

Zusammenfassung

Weder soziokulturelle Gegebenheiten, belastende Lebensereignisse noch zirkumskripte unbewußte Konfliktkonstellationen reichen alleine zum Verständnis der Ätiologie psychogener Eßstörungen aus. Die Verfasser betrachten die Erkrankung auf dem Hintergrund eines komplexen, sich wechselseitig bedingenden familiären Entwicklungsgefüges („familiendynamische Verlaufsgestalt“). Dieses Modell wird dargestellt und an 89 Patientinnen empirisch überprüft. Zwischen den beiden Patientengruppen mit Anorexia nervosa ($n = 43$) und Bulimia nervosa ($n = 30$) ergaben sich hinsichtlich der Häufigkeit der erwarteten familiären Konstellationen nur geringe Unterschiede, waren jedoch tendenziell ausgeprägter ($p < 0,10$) im Vergleich zur Gruppe der Patienten mit atypischer Anorexia bzw. Bulimia nervosa ($n = 16$). Für eine differenziertere klinische Überprüfung des vorgeschlagenen Entwicklungsmodells ist eine größere Patientenstichprobe erforderlich.

Familiendynamische Konstellationen als ätiologischer Faktor bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa

Hans Willenberg, Markus Bassler und Helmut Krauthauser
Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Die Ätiologie des psychogenen Eßstörungen wurde in der psychoanalytischen Literatur bisher bevorzugt unter dem Gesichtspunkt der Beziehung zwischen den Patientinnen und ihren Müttern insbesondere in frühen Phasen der Entwicklung erörtert (Thomä 1961; Bruch 1973; Sperling 1983; Wilson 1983). Die Bedeutung des Vaters wurde dagegen eher als marginal (Selvini-Palazzoli 1982) angesehen. Erst in den 80er Jahren wurde der Rolle des Vaters in „Magersuchtsfamilien“ (Sperling und Massing 1972) und seinem Anteil an der Pathogenese vereinzelt, vorwiegend ausgehend von Einzelfallstudien, Aufmerksamkeit gewidmet (Deegener 1982; Willenberg 1984; Guidano 1987; Süßenbacher 1989). Becker, Körner und Stöffler hatten sich bereits 1981 auf eine größere Fallzahl ($n = 38$) beziehen können und zwischen Patientinnen, die an Anorexia nervosa erkrankt waren, und ihren Vätern überdurchschnittlich häufig ödipale Beziehungen konstatiert.

Engel und Stienen (1988) verglichen eine Gruppe anorektischer Patientinnen ($n = 96$) mit einer gesunden Kontrollgruppe ($n = 111$) hinsichtlich vier „Vatertypen“ („weak“, „brutal“, „bonding“, „physical absent“). Diese Typologie war ausgehend von den in der Literatur geschilderten familiären

Konstellationen erstellt worden. Signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen hatten sich hinsichtlich des bindenden, zu symbiotischen Beziehungsmustern neigenden Vaterstyps und des brutalen Vaterstyps ergeben, dessen Aggressivität als Ausdruck von Schwäche zu verstehen ist. Letztlich repräsentieren alle vier Typen schwache, insuffiziente und enttäuschende Väter und keine souveränen Persönlichkeiten.

Buchholz (1991) untersucht die Bedeutung des Vaters Magersüchtiger unter dem Gesichtspunkt sich wandelnder familiärer Triaden, die als epigenetische Passagen der menschlichen Entwicklung verstanden werden.

Buchholz und Dümpelmann (1993) gehen über den querschnittlich typologisierenden Ansatz von Engel und Stienen (1988) hinaus, indem sie sich um eine „biographische Rekonstruktion“ bemühen, „um eine Anschauung über den familiären Kontext, über Beziehungen und Verläufe zu erhalten“ (S. 69). Bei der systematischen Durchsicht von 26 Krankenakten ergaben sich hierbei vier „typische familiäre Verlaufskonstellationen“: „Symmetrie durch Opfer-Eskalation“, „Sukzessive Scheidung, sukzessive Enttäuschung am Vater“, „Sexueller Mißbrauch und familiäre Gewalt“, „Fehlende Neutralisierung des mütterlichen Einflusses durch den Vater“ (S. 71ff).

Willenberg (1984, 1986) stellte fest, daß der Vater in der Biographie der späteren Patientinnen häufig eine wesentliche Bedeutung hatte, die aber

Dr. H. Willenberg, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Untere Zahlbacher Straße 8, D-55131 Mainz

System Familie (1998) 11:3–9 © Springer-Verlag 1998

Dynamic family-staging models as an etiological factor in anorexia nervosa and bulimia nervosa

Hans Willenberg, Markus Bassler and Helmut Krauthauser

Summary

Neither sociocultural circumstances stressing live events nor circumscribed unconscious conflict constellations alone can contribute to sufficient understanding of the etiology of psychogenic eating disorders. The authors discuss these disorders against the background of a complex and interdependent system of family development ("dynamic family-staging model"). This model was demonstrated and empirically proved in

89 patients. Between the two groups of patients with anorexia nervosa ($n = 43$) and bulimia nervosa ($n = 30$) the frequency of expected family constellations did not differ significantly, but had a more marked tendency ($P < 0.10$) than in the group of patients with atypical anorexia or bulimia nervosa ($n = 16$). A greater patient sample is necessary for a more differentiated clinical investigation of the proposed developmental model.

nur im Kontext der gesamten Entwicklung der familiendynamischen Konstellation und des soziokulturellen Hintergrundes (Willenberg 1997) als ätiologischer Faktor zu würdigen ist.

Diese biographischen und familiendynamischen Entwicklungsmuster wurden als „familiendynamische Verlaufsgestalt“ bezeichnet. Hieraus waren Überlegungen zur Pathogenese, Psychodynamik und Behandlungstechnik abgeleitet worden (Willenberg 1987, 1989, 1993, 1997).

Das Modell kann hier nur kurz skizziert werden:

1. Störung der „basalen Sicherheit“: Viele an Anorexia nervosa und Bulimia nervosa leidende Patientinnen sind der Überzeugung, unerwünscht zur Welt gekommen zu sein, was von den Eltern oft bestätigt wird (vgl. Buchholz und Dümpelmann 1993, S. 71). Vielfach hatten ungünstige äußere Umstände oder Erkrankungen der Mutter die frühen Entwicklungsbedingungen des Kindes beeinträchtigt.

2. Vater als Alternativobjekt: In Erstuntersuchungen wird der Vater von den Patientinnen oft erst auf mehrfache Nachfrage hin erwähnt und dann mit entwertendem Unterton als wenig bedeutsame, insuffiziente Persönlichkeit geschildert. Manchmal zeigt sich

erst im Verlauf mehrerer diagnostischer Sitzungen, daß zwischen Töchtern und Vätern in der Kindheit eine überaus enge Beziehung bestanden hatte, in der die Tochter versuchte, sich dem Vater in einer Weise anzunähern oder anzupassen, mit der sie glaubte, seinen Bedürfnissen, etwa nach einem Sohn, entgegenkommen zu können. Dies kann soweit gehen, daß die Mädchen mit der Phantasie leben, „Vaters Sohn“ zu sein. Der Vater ist hierbei weniger Muttersubstitut als ein Objekt, dessen Bedeutung gerade darin besteht, daß es von der als unsicher und bedrohlich erlebten Mutter klar unterschieden werden kann. Diese Konstellation wird in der Autobiographie einer magersüchtigen Autorin eindrucksvoll umschrieben: Die Magersüchtige benehme sich wie jemand, „der niemals Mutterliebe erfahren hat. Sie verhält sich so, als wäre die Welt voller Väter, die es zu beeindrucken, denen es zu gefallen und die es zufriedenzustellen gilt“ (MacLeod 1983, S. 77).

3. Erschütterung der „Vater-Sohn-Fiktion“ in der Pubertät:

a) Durch biologische Veränderungen: Die Distanzierung zwischen Vater und Tochter wird bei manchen Patientinnen in der frühen Adoleszenz, manchmal auf den Tag der Menarche, datiert.

Der Vater habe sie plötzlich fallen gelassen. Die natürliche und u. U. als Ausdruck von Taktgefühl zu verstehende Veränderung des Verhaltens eines Vaters gegenüber seiner pubertierenden Tochter wird von ihr als Beweis ihrer Unerwünschtheit und damit als Wiederholung der frühen Erfahrung mit der Mutter erlebt.

b) Durch den Vater betreffende Lebensereignisse:

Die Veränderung der guten präpubertären Beziehung zum Vater steht häufig in einem engen zeitlichen Zusammenhang mit Lebensereignissen, die die Position des Vaters in der Familie ungünstig verändern. Solche Ereignisse sind z. B. Arbeitsplatzverlust, verstärkter Alkoholkonsum, Erkrankungen, Invalidisierung, Aufdeckung außerehelicher Verhältnisse und gelegentlich *sexuelle Übergriffe gegenüber der Tochter* (Willenberg 1996) etc. In den Augen der Tochter büßt der Vater damit seine Funktion als haltbietetes Alternativobjekt ein, was als Wiederholung der frühen Erfahrung eines mangelnden Urvertrauens erlebt werden kann.

4. Postpubertäre Veränderungen in der Familie:

In dem Maße, wie der Vater aufgrund der äußeren Ereignisse (Arbeitslosigkeit, Erkrankung etc.) seine männliche Position in der Familie verliert, wird die Tochter durch ihre Erkrankung zu einem neuen Machtfaktor. Manche Patientinnen beschränken sich darauf, die gesamte Familie zu beherrschen, also quasi eine konventionelle patriarchalische Position einzunehmen (vgl. Buchholz 1991, S. 52). Andere sind bemüht, Streit zwischen den Eltern zu schlichten oder die Eltern wieder zusammenzubringen.

Während die Patientinnen so wirken, als hätten sie in ihrer Erkrankung einen starken Verbündeten gefunden, schweigen sie ihren Vater oft regelrecht tot. Hinter dieser „Tarnung“ wird in längeren Behandlungen eine Fortführung der präpubertären Bindung an den Vater mit veränderten Vorzeichen erkennbar: Der Vater büßt in der Familie seine väterliche Position ein, die nun von der Tochter besetzt wird. Die Tochter wird zur phallischen Ergänzung des depotenzierten Vaters.

5. Spätmanifestationen (Partnerschaften):

Bei Patientinnen, die im Erwachsenenalter erkranken, sind bis in die Pubertät ähnliche Konstellationen zu beobachten. Ihnen war es jedoch gelungen, nach der Krise in der Beziehung zum Vater eine Neuaufgabe der Alternativbeziehung einzugehen, indem sie sich früh an einen Partner banden. Hier ist auffallend, daß die Beschreibung der Eigenschaften der Partner der Väter ähneln. Dem späteren Symptombeginn gingen hier partnerschaftliche Krisen voraus, die auch diese Alternativbeziehung in Frage stellten.

6. Weitere begünstigende Gegebenheiten:

- Die spätere Patientin hat keine Möglichkeit, auf andere, einigermaßen tragfähige Alternativbeziehungen auszuweichen.
- In der Familie herrscht eine Atmosphäre, in der einer Störung des Eßverhaltens und des Gewichtes eine besondere Bedeutung beigemessen wird. Hier kann die von Wilson (1983) beschriebene latente anorektische Problematik der Mütter oder auch die Erfahrung mit entsprechenden Erkrankungen in der Umgebung zum Tragen kommen (Russell 1985).
- Die Familie lebt in einem kulturellen Umfeld, das die Entstehung von Eßstörungen begünstigt („culture bound syndrome“, Cassidy 1982).

Hypothesen:

Die Verfasser gehen davon aus, daß die oben skizzierten familiendynamischen Konstellationen überzufällig häufig im Sinne biographischer Verlaufsgestalten gruppiert sind.

Methode

Stichprobe

Untersucht wurden 89 Patientinnen einer psychosomatischen Universitätspoliklinik. 42 der Patientinnen litten unter einer Anorexia nervosa (ICD-10, F50.0), 29 unter einer Bulimia nervosa (F 50.2) und 14 unter einer atypischen Eßstörung. Wegen der geringen Fallzahl wurden atypische Anorexia nervosa (F 50.1) und atypische Bulimia nervosa (F 50.3) zu einer Gruppe zusammengefaßt. Dies schien auch wegen der niedrigen Trennschärfe der Kriterien für die beiden atypischen Subgruppen im ICD-10 gerechtfertigt.

Tabelle 1
„Vaterpunkte“

„Vater-Items“	„Vater-Punkte“
Postpubertäre Vater-Tochter-Beziehung	3
Wunsch, ein Junge zu sein	3
Vater als Alternativobjekt	2
Erstmanifestation oder Verstärkung der Symptome nach „Ereignissen“ beim Vater	Je 2
Bei Partnerwahl Orientierung am Vaterbild	2
Schlechte Ehe der Eltern/Bei Streit der Eltern	
Annäherung an Vater/Vermittlungsversuche bei Streit der Eltern/Erotisierte Vater-Tochter-Beziehung	Je 1

Das Durchschnittsalter betrug in der ersten Gruppe 23,2, in der zweiten 23,4 und in der dritten 29,2 Jahre. Einbezogen wurden solche Personen, bei denen aufgrund ausführlicher psychoanalytischer Erstuntersuchungen Aussagen zu den Variablen der familiendynamischen Verlaufsgestalt möglich waren.

Auswertung

Das Vorliegen der einzelnen qualitativen Kriterien wurde zuerst ausgezählt und die verwendeten Variablen aufgrund des dokumentierten klinischen Materials kategorial kodiert. Zur Überprüfung der Hypothese wurden diese Variablen nach folgendem Schema zusammengefaßt und aggregierte Variablen („Dummy-Variablen“) erstellt: Für die vermutete enge Beziehung zum Vater wurden bei den entsprechenden Items im Falle eines positiven Befundes eine gewertete Summe (je nach eingestufteter Wichtigkeit des Items) gebildet (s. Tabelle 1):

Die Stichprobe wurde bei Cutpoint 10 des Summenwertes gesplittet, was durchschnittlich mindestens einem Punkt je belastendem Item entspricht. Bei einem Summenwert größer oder gleich 10 und der zusätzlichen Bedingung „frühe Störung“ galt die geforderte Konstellation als erfüllt; bei kleinerer Summe oder „kein Hinweis auf Störung der basalen Sicherheit“ als nicht erfüllt.

Zur Auswertung wurden Chi-Quadrat-Tests mit der Prüfgröße nach Pearson eingesetzt, wobei die erhobenen Variablen jeweils in Bezug zur diagnostischen Gruppeneinteilung gesetzt wurden. Fehlende Werte oder unklare Verhältnisse wurden jeweils mit der Verneinung des fraglichen Items gleichgesetzt, um eine möglichst große Stichprobe für den jeweiligen Test zu gewinnen. Im Hinblick auf die angestrebte „Positivdiagnostik“ erscheint dieses Verfahren gerechtfertigt. Zur Aufklärung multivariater Zusammenhänge wurde anschließend ein hierarchisches log-lineares Modell gerechnet mit Variablen, bei denen sich im ersten Auswertungsschritt ergeben hatte, daß sie zwischen den diagnostischen Gruppen differenzieren. In einem letzten Schritt wurden konkret die a priori aufgestellten Hypothesen überprüft.

Ergebnisse

Auszählung qualitativer Beobachtungen

Zu 1. „Störung der basalen Sicherheit“:

Bei insgesamt 69,6% fanden sich Hinweise auf ungünstige oder real traumatisierende Umstände in den ersten Lebensjahren:

Unerwünschtheit schwere Krankheit, psychische Störung oder Unfall der Mutter	25,8%,
Vernachlässigung	14,6%,
Mißhandlungen	24,7%,
	4,5%.

Zu 2. „Vater als Alternativobjekt“:

Bei insgesamt 69,8% fanden sich deutliche Hinweise darauf, daß der Vater bis zur Pubertät in der Erinnerung der Patientin für sie eine bedeutungsvolle und entwicklungsprägende Funktion hatte:

Besonders herzliche Beziehung zum Vater	36,0%,
große Ähnlichkeit mit dem Vater	13,5%,
„Vater-Sohn-Arrangement“	12,4%,
aktives Werben um die Gunst des Vaters	7,9%.

Von den Patientinnen, deren Äußerungen nicht darauf hindeuteten, daß ihr Vater für sie die Rolle eines „Alternativobjektes“ hatte, waren folgende Informationen zu gewinnen:

unangemessen „erotisch getönter Umgang“ in der Familie	13,5%,
sexuelle Übergriffe (incl. realem Inzest)	12,4%,
Vater war unangenehm bedrängend	5,6%.

Zu 3. „Den Vater betreffende belastende Lebensereignisse“:

Bei 67,4% der Patienten gab es Hinweise auf Lebensereignisse, die den Vater betreffen und die von der Tochter als Belastung der Beziehung zu ihm erlebt wurden:

Krankheit oder Unfall	28,1%,
eheliche Zerwürfnisse	27,0%,
Alkoholismus	6,7%,
Arbeitslosigkeit	
oder Berentung	5,6%.

In 32,6% der Fälle zeigte sich ein deutlicher zeitlicher Zusammenhang zwischen den genannten Ereignissen und der Erstmanifestation der Eßstörung. Bei 6,7% kam es zu einer Verstärkung einer bereits bestehenden Eßstörung.

Zu 4. „Postpubertäre Vater-Tochter-Beziehung“:

Eltern verstehen sich nicht/ Ehe zerrüttet	48,4%,
„getarnte“ Fortführung der prä- pubertären Vaterbeziehung	48,3%,
Vermittlungs- und Zusammenfüh- rungsversuche der Patienten	30,3%,
Bemühen um Bündnis mit Vater gegen Mutter	22,5%,
ausgeprägte Parentifizierungs- tendenzen	11,2%,

Zu 5. „Partnerschaften“:

In einer festen Beziehung lebten knapp 70% der Patientinnen. 82% der in einer Partnerschaft lebenden Patientinnen schilderten den Partner als unzuverlässig oder manipulierbar, worauf sie großenteils mit Enttäuschung oder Entwertung reagierten. 57% der Patientinnen charakterisierten ihren Ehemann bzw. Freund ähnlich wie ihren Vater.

Ein zeitlicher Zusammenhang zwischen der Erfahrung, daß der Partner sich als unzuverlässig oder manipulierbar erwies und der Erstmanifestation der Symptomatik zeigt sich bei 37,7%, ein Wiederausbruch oder die Verstärkung einer bereits früher aufgetretenen Symptomatik bei 27,8%.

Die Auszählung qualitativer klinischer Beobachtungen ist ein vornehmlich heuristisches Vorgehen. Die vorstehenden Ergebnisse könnten vor- schnell als Bestätigung der klinischen Evidenz angesehen werden. Eine differenziertere statistische Auswertung

legt jedoch eine vorsichtiger Interpretation nahe.

Ergebnisse der statistischen Auswertung

„Störung der basalen Sicherheit“ verfehlte knapp das 10%-Signifikanzniveau ($\chi^2 (2, 89) = 4,30, p = 0,117$). Hinweise auf entsprechende Störungen traten bei der Bulimia-nervosa-Gruppe häufiger, bei der Anorexia-nervosa-Gruppe seltener als erwartet auf. Die Patienten der Gruppe „atypische Anorexie bzw. Bulimie“ verteilten sich gleichmäßig auf die Kategorien.

Bei der Variablen „konkrete Hinweise auf schlechte Ehe der Eltern“ gab es bei der Gesamtgruppe eine tendenziell bedeutsame Abweichung von der Normalverteilung ($\chi^2 (2, 89) = 5,14, p = 0,076$). Die Subgruppe der Anorexiopatienten verteilt sich entsprechend den Erwartungen. Demgegenüber zeigten sich diese „Hinweise“ bei der Bulimiegruppe häufiger, bei der atypischen Gruppe seltener als erwartet.

Bei der Variable „Ereignisse beim Vater“ ergab sich bei der Bulimiegruppe ein Effekt, der knapp das 5%-Niveau verfehlte ($\chi^2 (2, 89) = 5,75, p = 0,056$). Bei der Anorexiegruppe und der atypischen Gruppe wurden mit leichten Abweichungen von der erwarteten Verteilung derartige Vorkommnisse eher verneint, bei der Bulimiegruppe jedoch deutlich häufiger bejaht.

Die Erstmanifestation der Eßstörung im Gefolge „belastender Ereignissen beim Vater“ wurde sowohl bei der Anorexie- wie der Bulimiegruppe etwas häufiger, bei der atypischen Gruppe sehr viel seltener eruiert ($\chi^2 (2, 89) = 6,22, p = 0,045$).

Die Abweichungen der Verteilung bei der Variablen „getarntes Bündnis, postpubertär“ erwiesen sich als tendenziell bedeutsam ($\chi^2 (2, 89) = 4,46, p < 0,108$). Ein derartiges Bündnis wurde bei Patientinnen mit Anorexia nervosa ebenso wie mit Bulimia nervosa etwas häufiger beobachtet als in der atypischen Gruppe.

Bei „Vermittlungsversuchen zwischen den streitenden Eltern“ ergab sich ein Effekt, der knapp die Signifikanzgrenze verfehlte ($\chi^2 (2, 89) = 5,76,$

$p = 0,056$). Patientinnen mit Bulimia nervosa engagierten sich häufiger in Vermittlungsversuchen, die Patientinnen aus der atypischen Gruppe verteilten sich gleichmäßig auf die Alternativen. Für alle übrigen Variablen ergaben sich keine Auffälligkeiten.

Multivariate Analyse. Zur Erhellung multivariater Interdependenzen wurde ein hierarchisches log-lineares Modell berechnet, in das die oben genannten Variablen, deren p -Wert weniger als 0,10 betrug, sowie die Gruppierung nach Diagnosen eingingen. Vortests ergaben keine Anhaltspunkte auf höherwertige als 4fache Interaktion, die daher in die Berechnung nicht aufgenommen wurden.

In das Modell wurden alle angeforderten Variablen simultan einbezogen bei Rückwärtseliminierung nichtsignifikanter Interaktionen. Das endgültige Modell paßte sich dem Datenraum gut an mit einem L. R. $\chi^2 = 32,94, df$ (korrigiert) = 32, $p = 0,421$ unter Verwendung von zwei 4- und drei 3fachen Interaktionen (neben den Haupteffekten). Diese waren

a) dreifache Interaktionen:

1. Diagnostische Gruppe \times Umgang mit Symptom \times Entwertung des Vaters
2. Diagnostische Gruppe \times schlechte Ehe der Eltern \times Entwertung des Vaters
3. Diagnostische Gruppe \times schlechte Ehe der Eltern \times Erstmanifestation nach Ereignissen bei Vater;

b) vierfache Interaktionen:

4. Umgang mit Symptom \times schlechte Ehe der Eltern \times Erstmanifestation nach Ereignissen bei Vater \times Vermittlungsversuche bei Streit
5. Umgang mit Symptom \times Entwertung des Vaters \times Erstmanifestation nach Ereignissen bei Vater \times Vermittlungsversuche bei Streit.

Diese Interaktionen wurden mit gewöhnlichen Chi-Quadrat-Test mit Kontrollvariablen getestet, wobei sich jedoch nur vereinzelt Befunde ergaben, die klinisch sinnvolle Interpretationen zulassen.

1. In der Kontingenztafel „Umgang mit Hauptsymptom“ \times „Entwertung des Vaters aufgrund von Ereignissen“ mit Kontrolle der Variable „Diagno-

stische Gruppe“ zeigte sich lediglich eine statistisch bedeutsame Häufung der Variable „Entwertung des Vaters“ bei den anorektischen Patientinnen, die eher dazu neigen, das Symptom möglichst im Verborgenen zu halten. In der Bulimiegruppe sowie in der atypischen Gruppe entsprach die Verteilung den statistischen Erwartungen.

2. Der Zusammenhang zwischen „Entwertung des Vaters nach Ereignissen“ \times „schlechte Ehe der Eltern“ wurde wiederum für die Anorexiegruppe hochsignifikant ($\chi^2(1, n = 43) = 6,55, p = 0,011$), wobei Entwertungen häufiger als erwartet bei schlechter Ehe der Eltern auftraten, jedoch häufiger verneint wurden bei anscheinend guter Ehe. Für die Bulimiegruppe traten keine bedeutsamen Verteilungsunterschiede zu Tage, wohl aber für die atypische Gruppe ($\chi^2(1, n = 16) = 4,75, p = 0,29$), die das gleiche Verteilungsmuster wie die Anorektikergruppe aufwies.

3. Für die Analyse von „schlechte Ehe der Eltern“ \times „Erstmanifestation bei Ereignis beim Vater“ ergaben sich keine bedeutsamen Befunde.

4. Für die erste der 4fachen Interaktionen wurde in den Anschlußtests die Kontingenztafel der Variablen „schlechte Ehe der Eltern“ \times „Erstmanifestation nach Ereignissen beim Vater“ analysiert mit der Kontrollvariablen erster Stufe „Vermittlungsversuche bei Streit“ und der zweiten Stufe „Umgang mit Hauptsymptom“.

Lediglich in der Patientengruppe, deren Umgang mit dem Symptom demonstrativen Charakter hatte, ergab sich ein tendenziell bedeutsamer Befund bei denjenigen, die bei Streit zwischen den Eltern zu vermitteln versuchten ($\chi^2(1, n = 12) = 2,74, p = 0,098$). Ein zeitlicher Zusammenhang der „Erstmanifestation bei Ereignissen beim Vater“ trat bei diesen Patienten seltener als erwartet bei schlechter Ehe der Eltern auf und häufiger, wenn es keine Hinweise auf eine schlechte Ehe gab.

5. In den Anschlußtests zur zweiten 4fachen Interaktion wurden „Ereignisse beim Vater als Grund für dessen Entwertung“ und „Erstmanifestation nach Ereignissen beim Vater“ gegenübergestellt, kontrolliert durch die Variablen „Vermittlungsversuche zwischen den Eltern“ und „Umgang mit

Tabelle 2
Mittelwerte, Standardabweichungen und Fallzahlen der 3 diagnostischen Gruppen bei der Verteilung der „Vaterpunkte“

	Anorexia nervosa (43)	Bulimia nervosa (30)	Atypische Gruppe (16)
Vaterpunkte bei best. Partnerschaft	6,56 (3,74)	7,57 (4,26)	4,31 (3,24)

dem Hauptsymptom“. Im ersten Durchgang, der sich auf Patienten, für die der Umgang mit dem Symptom nicht bekannt ist, bezieht, war die Verteilung der Variablen, wenn Vermittlungsversuche bei Streit zwischen den Eltern unternommen wurden, regelrecht. Bei der Subgruppe, die keine Vermittlungsversuche bei Streitigkeiten zwischen den Eltern erkennen ließen, ergab sich ein hochsignifikanter Zusammenhang mit $\chi^2(1, n = 31) = 12,34, p = 0,0004$ zwischen „Ereignissen beim Vater, die zu dessen Entwertung führten“ und der „Erstmanifestation nach diesen Ereignissen“. Im gleichen Ausmaß wich die Nein/Nein-Kombination von den erwarteten Werten ab.

Komplexe Hypothesenprüfung

Die aus 11 Variablen erstellte Dummy-Variable „Typische Konstellation“ war für 16 Patienten erfüllt, für 73 Patienten war dies nicht der Fall. Es ergab sich eine tendenziell bedeutsame Gruppendifferenz in bezug auf die Diagnose ($\chi^2(2, n = 89) = 4,91, p = 0,086$). Bei Anorektikern und der atypischen Gruppe war die typische Konstellation in weniger Fällen erfüllt als statistisch erwartet, während sie bei Bulimikern häufiger auftrat.

Sofern eine Partnerschaft bestand (dies war bei 18 Patienten nicht der Fall, weswegen sie aus der folgenden Analyse ausgeschlossen blieben), ergab sich ein tendenziell bedeutsamer Unterschied ($\chi^2(2, n = 71) = 5,15, p = 0,103$) dahingehend, daß bei Anorexia nervosa und atypischer Gruppe die erwartete familiendynamische Konstellation seltener, bei Bulimia nervosa dagegen häufiger als statistisch erwartet auftrat.

Bei der Substichprobe, bei der eine Partnerschaft bestand, unter-

schieden sich hinsichtlich der „Vaterpunkte“ (d.h. der Summenwerte für die enge Beziehung zum Vater und ungünstige atmosphärische Bedingungen im Elternhaus) Anorexia und Bulimia nervosa nicht. Signifikante Unterschiede zeigten sich aber zwischen Anorexia nervosa und atypischer Gruppe ($U = 129,0, n = 47, p = 0,028$) und zwischen Bulimia nervosa und atypischer Gruppe ($U = 92,0, n = 37, p = 0,041$). Die deskriptiven Werte sind in Tabelle 2 wiedergegeben.

Anschließend wurde untersucht, ob sich die typische Konstellation auch auf die Partnerwahl der Betroffenen auswirkte. In der Kontingenztafel ergaben sich Hinweise darauf, daß bei Bulimikerinnen häufiger als erwartet bei Vorliegen der Konstellation das Vaterbild bei der Partnerwahl eine Rolle spielte, bei Anorektikerinnen und der atypischen Gruppe aber seltener. Der Chi-Quadrat-Test erreichte mit $\chi^2(2, n = 89) = 3,79$ nicht die notwendige Signifikanz ($p = 0,150$).

Beim nonparametrischen Vergleich (Mann-Whitney-U-Test) der „Vaterpunkte“ ergab sich ein hochsignifikanter Unterschied ($U = 35,0, n = 71, p < 0,000$) für die Partnerwahl. Patienten, bei denen das Vaterbild eine Rolle bei der Partnerwahl spielte, hatten einen deutlich höheren Mittelwert ($M=7,77, SD=3,45, n=61$) als diejenigen, bei denen das Vaterbild keine Rolle spielte ($M=1,10, SD=2,33, n=10$).

Mit Ausnahme der 4fachen Interaktionen, bei denen die Zuordnung zu den 3 diagnostischen Subgruppen keine Rolle spielte, können die Befunde der bivariaten und 3fachen Interaktionen klarer in der folgenden, stark vereinfachenden tabellarischen Übersicht zusammengefaßt werden (Tabelle 3).

Tabelle 3
Übersicht über Befunde bei den 3 diagnostischen Gruppen

Anorexie	Bulimie	Atypische Gruppe
Selten frühe Störung ./.	Häufig frühe Störung Häufig schlechte Ehe der Eltern	./. Selten schlechte Ehe der Eltern
./.	Häufig Ereignisse beim Vater	./.
Erstmanifestation nach Ereignissen beim Vater Getarntes Bündnis	Erstmanifestation nach Ereignissen beim Vater Getarntes Bündnis	./. ./.
./.	Häufig Vermittlungsversuche	Selten Vermittlungsversuche
Wenn verbergender Umgang mit Symptom, dann häufig Entwertung des Vaters	./.	./.
Entwertung des Vaters häufiger bei schlechter Ehe	./.	Entwertung des Vaters häufiger bei schlechter Ehe

Diskussion

Die Gruppe der an *Bulimia nervosa* leidenden Patientinnen zeigt in der Übersicht die stärksten biographischen Belastungen durch „Störung der basalen Sicherheit“ („frühe Störung“) und „schlechte Ehe der Eltern“. Die Patientinnen engagieren sich häufig in Vermittlungsversuchen bei Streitigkeiten zwischen den Eltern. Es kann vermutet werden, daß dies in dem Bestreben geschieht, einen Rest von familiärer Harmonie und damit eine protektive soziale Struktur zu erhalten. Zusätzlich wird der Vater häufig durch Erkrankungen oder äußere Ereignisse geschwächt. Dies könnte dahingehend interpretiert werden, daß die sich in Folge entwickelnde Eßstörung eine Abwehr des Schmerzes über die zerbrechende Familienkonstellation in Form einer Wendung gegen das Selbst darstellt. Hierfür spricht auch, daß Patientinnen mit *Bulimia nervosa* anders als anorektische Patientinnen ihre Symptomatik eher weniger demonstrativ und manipulativ innerhalb der Familie einsetzen.

Bei den *anorektischen Patientinnen* zeigt sich hinsichtlich der hypostasierten familiären Entwicklungsbedingungen in der Übersicht keine durchgehende Bestätigung. Es gibt wenig Hinweise auf Belastungen der

frühen Mutterbeziehung („Störung der basalen Sicherheit“), während offenbar der Vater eine besondere Rolle einnimmt. Entsprechend unserer Hypothese scheinen diese Patientinnen eine bestimmte Form der Machtverteilung in der Familie anzustreben, die zwischen ihnen und dem Vater konspirativ ausgehandelt wird („getarntes Bündnis“). Wenn der Vater durch Erkrankung oder durch äußere Ereignisse innerhalb der Familie depotenziert wird, schaltet sich die interaktionale Potenz der Symptomatik als Machtfaktor in das Familiengefüge ein. Unter Umständen entwertet die Patientin den Vater zusätzlich, so daß es nach der „Behinderung“ des Vaters nahezu liegen scheint, daß es nunmehr allein an ihr liegt, in der Familie eine Führungsposition einzunehmen. Gleichzeitig reagieren diese Patientinnen auf eheliche Konflikte der Eltern, indem sie hiervon manipulativ Gebrauch machen und hierdurch z. B. zur weiteren Depotenzierung des Vaters beitragen.

In der Gruppe mit *atypischen Eßstörungen* findet sich keine Bestätigung unserer Hypothesen. Dies erklärt sich möglicherweise daraus, daß es sich nicht nur um eine hinsichtlich des klinischen Erscheinungsbildes, sondern auch der zugrundeliegenden psychodynamischen Konstellationen

heterogene Subgruppe handelt. Die Ehe der Eltern war häufig unbelastet, und die Patientinnen interessierten sich auch insofern wenig dafür, als sie bei Streitigkeiten zwischen den Eltern kaum vermittelnd eingriffen. Hieraus ergibt sich die Vermutung, daß diese Patientinnen eher durch andere Faktoren, wie z. B. Nachahmungsverhalten in der Schule, ein gestörtes Eßverhalten erlernten, das aufgrund physiologischer Vorgänge habituell wurde.

Bei den klinischen Vollbildern der Anorexia und der *Bulimia nervosa* wird die Vermutung, daß die hypostasierten Besonderheiten der Beziehung zwischen den Patientinnen und ihren Vätern eine Bedeutung für die Pathogenese der Magersucht haben, weiterhin gestützt durch die Ergebnisse der Berechnung der ersten *4fachen Interaktion*, sofern nicht nach Diagnosen differenziert wird. Der Zusammenhang stellt sich so dar: Wenn die Eltern eine unauffällige Ehe führten und sich die Patientinnen bei dennoch auftretenden Streitigkeiten als Vermittler bemühten, kann es nach „den Vater betreffenden Ereignissen“ zur Erstmanifestation der Symptomatik kommen. Im weiteren Verlauf wird die Symptomatik dann demonstrativ eingesetzt. Hierin könnte sich einerseits die besondere Beziehung zum Vater ausdrücken, indem die Patientin stark auf dessen Schwächung reagiert, andererseits ergeben sich Hinweise auf den durch das Symptom ausgeübten Machtanspruch der Patientin der Familie gegenüber. Möglicherweise geschieht dies um so vehementer, je geringer die originären Chancen der Patientin auf eine solche Machtposition sind, nämlich bei guter Ehe der Eltern. Die aus deren gutem Einvernehmen resultierende Macht der Eltern wird durch die dann vorherrschende Beschäftigung der ganzen Familie mit der Patientin und ihrer bedrohlichen Symptomatik gebrochen.

Die vorliegende Arbeit ist als explorative Studie angelegt. Die Auszählung qualitativer Einschätzungen läßt zwar zunächst eine Bestätigung der klinischen Evidenz des hypothetischen Modells der „familiendynamischen Verlaufsgestalt“ vermuten, kann aber noch keine weitergehende Beweiskraft für sich beanspruchen.

Fazit für die Praxis

Die Pathogenese psychogener Eßstörungen wird als Prozeß verstanden, der sich ab ovo in der Familie entfaltet. Hierbei spielt der Vater eine sehr viel größere Rolle als lange angenommen wurde. Dieser Prozeß wird von der Paardynamik und der Biographie der Eltern geprägt und durch soziokulturelle Einflüsse beeinflusst. Das hier diskutierte Konzept der „familiendynamischen Verlaufsgestalt“ war aus der therapeutischen Praxis entstanden, wo es sich dann mit klinischer Evidenz zu bewähren schien. Diese Evidenz wurde mit einer mehrschichtig angelegten empirisch-statistischen Untersuchung an einer Gruppe von 85 Patientinnen und 4 Patienten in den Grundzügen gestützt.

Die statistischen Auswertungen relativieren erwartungsgemäß die Befunde der Auszählung und können das Entwicklungsmodell nicht als vollständige Verlaufsgestalt verifizieren. Dennoch finden sich für die beiden „klassischen“ Symptomgruppen Hinweise auf die Bedeutung einiger der einleitend beschriebenen familiendynamischen Konstellationen. Dies legt Folgeuntersuchungen mit differenzierterem Design nahe. Hierzu gehört eine genauere Operationalisierung der einzelnen Kriterien der „Verlaufsgestalt“, sowie die zusätzliche Verwen-

dung standardisierter Verfahren wie des FAM (Cierpka 1987). Ferner ist eine hinsichtlich der Symptomatik ausreichend verschiedene Kontrollgruppe zur Überprüfung der Spezifität der familiendynamischen Konstellationen zu wünschen.

Literatur

- Becker H, Körner P, Stöffler RA (1981) Psychodynamics and therapeutic aspects of anorexia nervosa. A study of family dynamics and prognosis. *Psychother Psychosom* 36: 8–16
- Buchholz MB (1991) Die Regression der Triade. Über die Bedeutung des Vaters bei der Magersucht. *Forum Psychoanal* 7: 47–61
- Buchholz MB, Dümpelmann M (1993) Väter bei Anorexie. In: Seidler GH (Hrsg) *Magersucht – Öffentliches Geheimnis*. Vandenhoeck, Göttingen, S 53–86
- Bruch H (1973) *Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa and the person within*. Basic Books, New York
- Cassidy CM (1982) Protein-energy malnutrition as a culture bound syndrome. *Cult Med Psychiatry* 6: 325–345
- Cierpka M (Hrsg) (1987) *Familiendiagnostik*. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Engel K, Stienen M (1988) Father types of anorexia nervosa patients: the “bonding”, the “brutal”, “the weak” and the “absent” father. *Psychother Psychosom* 49: 145–152
- Guidano VF (1987) *Complexity of the self. A developmental approach to psychopathology and therapy*. Guilford, New York London
- Hirsch M (1989) Körper und Nahrung als Objekte bei Anorexie und Bulimie. In: Hirsch M (Hrsg) *Der eigene Körper als Objekt*. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 221–228
- Thomä H (1961) *Anorexia nervosa: Geschichte, Klinik und Theorien der Pubertätsmagersucht*. Huber/Klett, Bern Stuttgart
- Selvini-Palazzoli M (1982) *Magersucht*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Sperling E, Massing A (1972) Besonderheiten in der Behandlung der Magersuchtsfamilie. *Psyche* 26: 357
- Sperling M (1983) A reevaluation of classification, concepts and treatment. In: Wilson CP (ed) *Fear of being fat*. Aronson, New York, pp 51–82
- Süssenbacher G (1989) Die „Hornbärprinzessin“. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiat* 38: 164–171
- Willenberg H (1984) Körpersymbolik – Ein Beitrag zum Verständnis des Selbsterlebens Magersüchtiger. *Psychother Med Psychol* 34: 242–245
- Willenberg H (1986) Die Bedeutung des Vaters für die Pathogenese der Magersucht. Eine kasuistische Untersuchung. *Materialien Psychoanalyse* 12: 237–277
- Willenberg H (1987) Ein Konzept zur stationären psychotherapeutischen Behandlung magersüchtiger Patienten. *Prax Psychother Psychosom* 32: 147–153
- Willenberg H (1989) „Mit Leib und Seel und Mund und Händen“. Der Umgang mit der Nahrung, dem Körper und seinen Funktionen bei Patienten mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. In: Hirsch M (Hrsg) *Der eigene Körper als Objekt*. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 170–220
- Willenberg H (1996) Eßstörungen. In: Egle UT, Hoffmann SO, Jorschky P (Hrsg) *Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung*. Schattauer, Stuttgart
- Willenberg H (1997) Die ambulante und stationäre Psychotherapie der Anorexie und Bulimie als angewandten Psychoanalyse. In: Janssen PL, Senf W, Meermann R (Hrsg) *Klinik der Eßstörungen*. Fischer, Stuttgart Jena Lübeck, S 68–88
- Wilson CP (1983) *Fear of being fat- the treatment of anorexia nervosa and bulimia*. Aronson, New York London