

Reich, Günter

Familienbeziehungen und Familientherapie bei Essstörungen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 54 (2005) 4, S. 318-336

urn:nbn:de:bsz-psydok-45632

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Inhalt

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Buchholz, M. B.: Herausforderung Familie: Bedingungen adäquater Beratung (Family as challenge: Contexts of adequate counselling)	664
Pachaly, A.: Grundprinzipien der Krisenintervention im Kindes- und Jugendalter (Basic principles of crisis intervention in children and adolescents)	473
Sannwald, R.: Wie postmoderne Jugendliche ihren Weg ins Leben finden – Einblicke in die Katathym Imaginative Psychotherapie von Adoleszenten (How postmodern youths find their way into life – Views on imaginative psychotherapy of adolescents)	417
Stephan, G.: Vom Schiffbruch eines kleinen Bootes zur vollen Fahrt eines Luxusliners (Children's drawings: A case study of the psychotherapeutic treatment of a seven year old boy)	59
Stumptner, K.; Thomsen, C.: MusikSpielTherapie (MST) – Eine Eltern-Kind- Psychotherapie für Kinder im Alter bis zu vier Jahren (MusicPlayTherapy – A parent-child psychotherapy for children 0 – 4 years old)	684
Walter, J.; Hoffmann, S.; Romer, G.: Behandlung akuter Krisen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Treatment of acute crisis in child and adolescent psychiatry)	487
Welter, N.: Vom Rambo-Jesus zu einer gut integrierten Männlichkeit (From Rambo-Jesus to well integrated masculinity)	37

Originalarbeiten / Original Articles

Giovannini, S.; Haffner, J.; Parzer, P.; Steen, R.; Klett, M.; Resch, F.: Verhaltensauffälligkeiten bei Erstklässlern aus Sicht der Eltern und der Lehrerinnen (Parent- and teacher-reported behavior problems of first graders)	104
Gramel, S.: Die Darstellung von guten und schlechten Beziehungen in Kinderzeichnungen (How children show positive and negative relationships on their drawings)	3
Hampel, P.; Kümmel, U.; Meier, M.; Dickow, C.D.B.: Geschlechtseffekte und Entwicklungsverlauf im Stresserleben, der Stressverarbeitung, der körperlichen Beanspruchung und den psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Gender and developmental effects on perceived stress, coping, somatic symptoms and psychological disorders among children and adolescents)	87
Hessel, A.; Geyer, M.; Brähler, E.: Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Jugendliche wegen körperlicher Beschwerden (Occupation of health care system because of body complaints by young people – Results of a representative survey)	367
Horn, H.; Geiser-Elze, A.; Reck, C.; Hartmann, M.; Stefini, A.; Victor, D.; Winkelmann, K.; Kronmüller, K.: Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen (Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for children and adolescents with depression)	578
Jordan, S.: www.drugcom.de – ein Informations- und Beratungsangebot zur Suchtprävention im Internet (www.drugcom.de – an internet based information and counselling project for the prevention of addiction)	742
Juen, F.; Benecke, C.; Wyl, A. v.; Schick, A.; Cierpka, M.: Repräsentanz, psychische Struktur und Verhaltensprobleme im Vorschulalter (Mental representation, psychic structure, and behaviour problems in preschool children)	191

Kienle, X.; Thumser, K.; Saile, H.; Karch, D.: Neuropsychologische Diagnostik von ADHS-Subgruppen (Neuropsychological assessment of ADHD subtypes)	159
Krischer, M.K.; Sevecke, K.; Lehmkuhl, G.; Steinmeyer, E.M.: Minderschwere sexuelle Kindesmisshandlung und ihre Folgen (Less severe sexual child abuse and its sequelae: Are there different psychic and psychosomatic symptoms in relation to various forms of sexual interaction?)	210
Kronmüller, K.; Postelnicu, I.; Hartmann, M.; Stefini, A.; Geiser-Elze, A.; Gerhold, M.; Horn, H.; Winkelmann, K.: Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen (Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for children and adolescents with anxiety disorders)	559
Lenz, A.: Vorstellungen der Kinder über die psychische Erkrankung ihrer Eltern (Children's ideas about their parents' psychiatric illness – An explorative study)	382
Nagenborg, M.: Gewalt in Computerspielen: Das Internet als Ort der Distribution und Diskussion (Violent computer games: Distribution via and discussion on the internet)	755
Nedoschill, J.; Leiberich, P.; Popp, C.; Loew, T.: www.hungrig-online.de: Einige Ergebnisse einer Online-Befragung Jugendlicher in der größten deutschsprachigen Internet-Selbsthilfegruppe für Menschen mit Essstörungen (www.hungrig-online.de: Results from an online survey in the largest German-speaking internet self help community for eating disorders)	728
Nützel, J.; Schmid, M.; Goldbeck, L.; Fegert, J.M.: Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung von psychisch belasteten Heimkindern (Psychiatric support for children and adolescents in residential care in a german sample)	627
Rosbach, M.; Probst, P.: Entwicklung und Evaluation eines Lehrergruppentrainings bei Kindern mit ADHS – eine Pilotstudie (Development and evaluation of an ADHD teacher group training – A pilot study)	645
Sevecke, K.; Krischer, M.K.; Schönberg, T.; Lehmkuhl, G.: Das Psychopathy-Konzept nach Hare als Persönlichkeitsdimension im Jugendalter? (The psychopathy-concept and its psychometric evaluation in childhood and adolescence)	173
Thomalla, G.; Barkmann, C.; Romer, G.: Psychosoziale Auffälligkeiten bei Kindern von Hämodialysepatienten (Psychosocial symptoms in children of hemodialysis patients)	399
Titze, K.; Wollenweber, S.; Nell, V.; Lehmkuhl, U.: Elternbeziehung aus Sicht von Kindern, Jugendlichen und Klinikern (Parental relationship from the perspectives of children, adolescents and clinicians. Development and clinical validation of the Parental-Representation-Screening-Questionnaire (PRSQ))	126
Winkel, S.; Groen, G.; Petermann, F.: Soziale Unterstützung in Suizidforen (Social support in suicide forums)	714
Winkelmann, K.; Stefini, A.; Hartmann, M.; Geiser-Elze, A.; Kronmüller, A.; Schenkenbach, C.; Horn, H.; Kronmüller, K.: Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensstörungen (Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for children and adolescents with behavioral disorders)	598

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Bartels, V.: Krisenintervention bei sexualisierter Gewalt gegen Mädchen und Jungen (Crisis intervention in child sexual abuse)	442
Franz, M.: Wenn Mütter allein erziehen (When mothers take care alone)	817

Hagenah, U.; Vloet, T.: Psychoedukation für Eltern in der Behandlung essgestörter Jugendlicher (Parent psychoeducation groups in the treatment of adolescents with eating disorders)	303
Herpertz-Dahlmann, B.; Hagenah, U.; Vloet, T.; Holtkamp, K.: Essstörungen in der Adoleszenz (Adolescent eating disorders)	248
Ley, K.: Wenn sich eine neue Familie findet – Ressourcen und Konflikte in Patchwork- und Fortsetzungsfamilien (Finding the way in a new family – Resources and conflicts in patchwork and successive families)	802
Napp-Peters, A.: Mehrelternfamilien als „Normal“-familien – Ausgrenzung und Eltern-Kind-Entfremdung nach Trennung und Scheidung (Multi-parent families as “normal” families – Segregation and parent-child- alienation after separation and divorce)	792
Pfeiffer, E.; Hansen, B.; Korte, A.; Lehmkuhl, U.: Behandlung von Essstörungen bei Jugendlichen aus Sicht der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik (Treatment of eating disorders in adolescents – The view of a child and adolescence psychiatric hospital)	268
Reich, G.: Familienbeziehungen und Familientherapie bei Essstörungen (Family relationships and family therapy of eating disorders)	318
Reich, G.: Familiensysteme heute – Entwicklungen, Probleme und Möglichkeiten (Contemporary family systems – Developments, problems, and possibilities)	779
Retzlaff, R.: Malen und kreatives Gestalten in der Systemischen Familientherapie (Drawings and art work in systemic family therapy)	19
Ruhl, U.; Jacobi, C.: Kognitiv-behaviorale Psychotherapie bei Jugendlichen mit Essstörungen (Cognitive-behavioral psychotherapy for adolescents with eating disorders)	286
Schnell, M.: Suizidale Krisen im Kindes- und Jugendalter (Suicidal crises in children and adolescents)	457
Windaus, E.: Wirksamkeitsstudien im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: eine Übersicht (Efficacy studies in the field of psychotherapy – psychoanalytical and psychodynamic psychology – for children and adolescents: a survey)	530
Wittenberger, A.: Zur Psychodynamik einer jugendlichen Bulimie-Patientin (On the psychodynamics of an adolescent bulimia patient)	337

Buchbesprechungen / Book Reviews

Balloff, R. (2004): Kinder vor dem Familiengericht. (L. Unzner)	429
Beebe, B.; Lachmann, F.M. (2004): Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener. (L. Unzner)	71
Ben-Aaron, M.; Harel, J.; Kaplan, H.; Patt, R. (2004): Beziehungsstörungen in der Kindheit. Eltern als Mediatoren: Ein Manual. (L. Unzner)	149
Brackmann, A. (2005): Jenseits der Norm – hochbegabt und hochsensibel? (D. Irblich)	768
Cierpka, M. (Hg.) (2005): Möglichkeiten der Gewaltprävention. (L. Unzner)	701
Deegener, G.; Körner, W. (Hg.) (2005): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch. (L. Unzner)	837
Eckardt, J. (2005): Kinder und Trauma. (L. Unzner)	835
Eggers, C.; Fegert, J.M.; Resch, F. (Hg.) (2004): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. (D. Irblich)	428
Emerson, E.; Hatton, C.; Thompson, T.; Parmenter, T. (Hg.) (2004): The International Handbook of Applied Research in Intellectual Disabilities. (K. Sarimski)	231

Fegert, J.M.; Schrapper, C. (Hg.) (2004): Handbuch der Jugendhilfe –Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. (<i>U. Kießling</i>)	704
Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E.L.; Target, M. (2004): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. (<i>L. Unzner</i>)	72
Gerlach, M.; Warnke, A.; Wewetzer, C. (Hg.) (2004): Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Therapie. (<i>A. Zellner</i>)	146
Gerlach, M.; Warnke, A.; Wewetzer, C. (Hg.) (2004): Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. (<i>J.M. Fegert</i>)	834
Grawe, K.: (2004): Neuropsychotherapie. (<i>O. Bilke</i>)	622
Grossmann, K.; Grossmann, K.E. (2004): Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit. (<i>L. Unzner</i>)	355
Haas, W. (2004): Familienstellen – Therapie oder Okkultismus? Das Familienstellen nach Hellinger kritisch beleuchtet. (<i>P. Kleinfurchnner</i>)	619
Hawellek, C.; Schlippe, A. v. (Hg.) (2005): Entwicklung unterstützen – Unterstützung entwickeln. Systemisches Coaching nach dem Marte-Meo-Modell. (<i>B. Westermann</i>)	706
Hinz, H.L. (2004): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 49. (<i>M. Hirsch</i>)	76
Holling, H.; Preckel, F.; Vock, M. (2004): Intelligenzdiagnostik. (<i>A. Zellner</i>)	507
Hoppe, F.; Reichert, J. (Hg.) (2004): Verhaltenstherapie in der Frühförderung. (<i>D. Irblich</i>)	74
Immisch, P.F. (2004): Bindungsorientierte Verhaltenstherapie. Behandlung der Veränderungsresistenz bei Kindern und Jugendlichen. (<i>B. Koob</i>)	151
Jacobs, C.; Heubrock, D.; Muth, D.; Petermann, F. (2005): Training für Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen. Das neuropsychologische Gruppenprogramm ATTENTIONER. (<i>D. Irblich</i>)	769
König, O. (2004): Familienwelten. Theorie und Praxis von Familienaufstellungen. (<i>C. v. Bülow-Faerber</i>)	617
Kollbrunner, J. (2004): Stottern ist wie Fieber. Ein Ratgeber für Eltern von kleinen Kindern, die nicht flüssig sprechen. (<i>L. Unzner</i>)	771
Kühl, J. (Hg.) (2004): Frühförderung und SGB IX. Rechtsgrundlagen und praktische Umsetzung. (<i>L. Unzner</i>)	506
Landolt, M.A. (2004): Psychotraumatologie des Kindesalters. (<i>D. Irblich</i>)	232
Lehmkuhl, U.; Lehmkuhl, G. (Hg.) (2004): Frühe psychische Störungen und ihre Behandlung. (<i>L. Unzner</i>)	359
Lenz, A. (2005): Kinder psychisch kranker Eltern. (<i>L. Unzner</i>)	702
Möller, C. (Hg.) (2005): Drogenmissbrauch im Jugendalter. Ursachen und Auswirkungen. (<i>U. Knölker</i>)	621
Neuhäuser, G. (2004): Syndrome bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ursachen, Erscheinungsformen und Folgen. (<i>K. Sarimski</i>)	509
Pauls, H. (2004): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. (<i>K. Sarimski</i>)	234
Ruf-Bächtiger, L.; Baumann, T. (2004): Entwicklungsstörungen. ADS/ADHD/POS: Das diagnostische Inventar (Version 3.0). (<i>D. Irblich</i>)	147
Sachse, R. (2004): Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für die Psychologische Psychotherapie. (<i>K. Mauthe</i>)	358
Sachsse, U. (2004): Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis. (<i>D. Irblich</i>)	510
Salewski, C. (2004): Chronisch kranke Jugendliche. Belastung, Bewältigung und psychosoziale Hilfen. (<i>K. Sarimski</i>)	150

Scheuing, H.W. (2004): „... als Menschenleben gegen Sachwerte gewogen wurden“. Die Geschichte der Erziehungs- und Pflegeanstalt für Geistesschwache Mosbach/Schwarza-cher Hof und ihrer Bewohner 1933 bis 1945. (<i>M. Müller-Küppers</i>)	233
Schmela, M. (2004): Vom Zappeln und vom Philipp. ADHS: Integration von familien-, hypno- und verhaltenstherapeutischen Behandlungsansätzen. (<i>D. Irblich</i>)	620
Seiffge-Krenke, I. (2004): Psychotherapie und Entwicklungspsychologie. Beziehungen: Herausforderung, Ressource, Risiko. (<i>M.B. Buchholz</i>)	228
Steiner, T.; Berg, I.K. (2005): Handbuch Lösungsorientiertes Arbeiten mit Kindern. (<i>B. Mikosz</i>)	769
Weinberg, D. (2005): Traumatherapie mit Kindern. Strukturierte Trauma-Intervention und traumabezogene Spieltherapie. (<i>D. Irblich</i>)	836
Wewetzer, C. (Hg.) (2004): Zwänge bei Kindern und Jugendlichen. (<i>D. Irblich</i>)	357
Wilken, E. (2004): Menschen mit Down-Syndrom in Familie, Schule und Gesellschaft. (<i>K. Sarimski</i>)	508
Wüllenweber, E. (Hg.) (2004): Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinde-rung. (<i>K. Sarimski</i>)	431
Wüllenweber, E.; Theunissen, G. (Hg.) (2004): Handbuch Krisenintervention. Bd. 2: Pra-xis und Konzepte zur Krisenintervention bei Menschen mit geistiger Behinderung. (<i>K. Sarimski</i>)	432

Neuere Testverfahren / Test Reviews

Ahrens-Eipper, S.; Leplow, B. (2004): Mutig werden mit Til Tiger. Ein Trainingsprogramm für sozial unsichere Kinder. (<i>C. Kirchheim</i>)	513
Langfeldt, H.-P.; Prücher, F. (2004): BSSK. Bildertest zum sozialen Selbstkonzept. Ein Ver-fahren für Kinder der Klassenstufen 1 und 2. (<i>C. Kirchheim</i>)	237
Seitz, W.; Rausche, A. (2004): PFK 9 – 14. Persönlichkeitsfragebogen für Kinder zwischen 9 und 14 Jahren (4., überarbeitete und neu normierte Auflage). (<i>C. Kirchheim</i>)	773

Editorial / Editorial	1, 247, 439, 527, 711, 777
Autoren und Autorinnen / Authors	70, 144, 226, 354, 427, 505, 615, 700, 767, 833
Tagungskalender / Congress Dates	84, 153, 240, 362, 434, 516, 623, 709, 776, 841
Mitteilungen / Announcements	157, 245, 519
Tagungsberichte / Congress Reports	78

Familienbeziehungen und Familientherapie bei Essstörungen

Günter Reich

Summary

Family relationships and family therapy of eating disorders

A multitude of empirical studies clearly demonstrates that the origin and course of eating disorders is closely linked to family factors. The influence is exerted in a direct way by conveying attitudes towards food, eating, weight, shape and appearance within the family and in a more indirect way by the family relationships. Families of bulimics differ from those of anorexics by a higher degree of conflict, impulsivity, expressiveness and by lower affective resonance and cohesion. Family therapy has proven to be effective in the treatment of eating disorders. A sketch of a family therapy describes the conflict oriented approach which includes behavioral elements in order to stabilize the eating behavior and the weight.

Key words: eating disorders – anorexia nervosa – bulimia nervosa – family relationships – family therapy

Zusammenfassung

Eine Vielzahl empirischer Untersuchungen belegt, dass Essstörungen in ihrer Entstehung und in ihrem Verlauf erheblich von familiären Faktoren beeinflusst werden. Dies geschieht direkt über die Vermittlung von Einstellungen zu Essen, Gewicht, Figur und Aussehen sowie indirekt über die familiären Beziehungen. Dabei unterscheiden sich Familien bulimischer Patientinnen von denen von Anorektikerinnen durch mehr Konflikte, höhere Impulsivität und Expressivität sowie geringere emotionale Resonanz und Verbundenheit. Familientherapie hat sich in der Behandlung von Essstörungen als effektiv erwiesen. Eine Fallskizze beschreibt das familientherapeutische konfliktorientierte Vorgehen, das auch behaviorale Elemente zur Stabilisierung des Essverhaltens und des Gewichts einschließt.

Schlagwörter: Essstörungen – Anorexia nervosa – Bulimia nervosa – Familienbeziehungen – Familientherapie

1 Vorbemerkung

Essstörungen wurden bereits früh in einem engen Zusammenhang mit familiären Beziehungen gesehen. Dies gilt insbesondere für die Anorexie. Auch wenn man Essstörungen durch ein Zusammenwirken mehrerer Faktoren bedingt sieht, wobei genetische, soziokulturelle und Persönlichkeitseinflüsse eine Rolle spielen, mindert das die Bedeutung der Familie nicht. Familiäre Beziehungen nehmen in folgender Hinsicht Einfluss auf Essstörungen:

- sie können Essstörungen wesentlich verursachen,
- sie können die anderen oben genannten Einflüsse wesentlich verstärken,
- sie können sie abschwächen und bei deren Bewältigung helfen.

Zudem haben Essstörungen oft einen weitgehenden Einfluss auf die familiären und partnerschaftlichen Beziehungen, fördern Spannungen und Konflikte und blockieren deren Lösungen. Familiäre Einflüsse wirken sich auf direkte und indirekte Weise auf die Entstehung von Essstörungen aus. Der direkte Einfluss findet über den familiären Umgang mit Essen, Gewicht und Aussehen statt, der indirekte über das Selbstwert-, Selbstwirksamkeits- und Autonomiegefühl, das durch die familiären Beziehungen und deren Verarbeitung geprägt ist (vgl. hierzu Reich 2003a).

Auch die Entwicklung der Familientherapie ist sehr stark mit der Behandlung von Essstörungen verbunden. Alle wesentlichen Richtungen der Familientherapie haben sich zu einem guten Teil aus der Behandlung von Anorektikerinnen und deren Familien sowie der dabei auftretenden Schwierigkeiten entwickelt. Dies gilt insbesondere für die psychoanalytisch-mehrgenerationale (z. B. Sperling 1965; Massing et al. 1999), für die strukturelle (Minuchin et al. 1978) und für die (im engeren Sinn) systemische Familientherapie (Selvini Palazzoli 1978; Weber u. Stierlin 1989). In allen familiendynamischen Ansätzen wird die Entwicklung einer Essstörung als Systemprozess gesehen. Dabei wurde deutlich, dass bei der Entwicklung von Essstörungen nicht nur die Beziehungen der Patientinnen zu ihren Müttern, sondern auch die zu den Vätern und Geschwistern eine bedeutende Rolle spielen (vgl. Reich 2003a, b). Die Essstörung erscheint in diesem Ansatz als Fortführung interpersoneller Beziehungsmuster und als ein Versuch zur Lösung der hierbei auftretenden Konflikte. Dieser systemorientierte Ansatz brachte eine Vielzahl fruchtbarer klinischer Beobachtungen und empirischer Untersuchungen hervor und verbesserte die Behandlungsmöglichkeiten von Essstörungen insbesondere bei Jugendlichen erheblich.

2 Familiäre Einflüsse auf das Essverhalten und die Einstellung zum Körper

Klinische Beobachtungen und quantitative Studien belegen die vielfältigen Einflüsse der Familie auf die Einstellung zum Essen, zum eigenen Körper und auf das Essverhalten selbst. Diese finden sowohl durch direkte Stellungnahmen als auch durch das Modellverhalten der wichtigen Beziehungspersonen, insbesondere der Mütter, statt. Hierzu liegen folgende Befunde vor:

- Offensichtlich entwickeln Familienmitglieder eine Ähnlichkeit in der Einstellung zu Nahrungsmitteln, insbesondere bezüglich der Sauberkeit, eventueller Ekelgefühle und der Lebensmittelpräferenzen (Rozin et al. 1984).
- Eine gestörte Einstellung zum Essen in der Generation der Mütter wird anscheinend oft an die Töchter weitergegeben. Beides korreliert deutlich miteinander (Pike u. Rodin 1990).
- Insbesondere wird das „gezügelter Essverhalten“, ein wesentlicher Risikofaktor für spätere Essstörungen, intrafamiliär von Müttern an die Töchter weitergegeben (Franzen u. Florin 1995).
- Pike und Rodin (1990) fanden zudem, dass Mütter essgestörter Töchter oft selbst in einem früheren Alter mit Diäten begannen als die der nicht essgestörten Kontrollgruppe.
- Die Wahrnehmung des Gewichts der Töchter durch die Mütter ist prospektiv ein wesentlicher Prädiktor für deren späteres Diätverhalten (Byely et al. 2000). Z. B. meinen Mütter von Essgestörten in stärkerem Maß, dass ihre Töchter – unabhängig von deren realem Gewicht – abnehmen sollten als die Mütter einer nicht essgestörten Kontrollgruppe (Pike u. Rodin 1990).
- Die Differenz zwischen der Selbsteinschätzung von Töchtern hinsichtlich ihrer Attraktivität und der diesbezüglichen Einschätzung der Mütter ist bei Essgestörten signifikant höher als in nicht essgestörten Kontrollgruppen (Pike u. Rodin 1990; Moreno u. Thelen 1993).
- Elterlicher Schlankheitsdruck, vor allem durch Mütter, die sich selbst sehr um Schlankheit bemühen, verstärkt Tendenzen zu pathologischen Formen des Diäthaltens (Levine et al. 1994).
- In Familien mit Essstörungen finden sich insgesamt häufiger kritische und abwertende Kommentare zu Figur, Gewicht und Essverhalten als in Familien psychiatrischer und gesunder Vergleichsgruppen. Dies gilt in besonderem Ausmaß für Bulimikerinnen (vgl. Fairburn et al. 1997, 1999) bzw. für bulimische Symptome (Mac Brayer et al. 2001).
- Eltern von Bulimikerinnen beschäftigen sich übermäßig mit Gewicht und Essen (Teusch 1988).
- In Familien Essgestörter finden sich eine stärkere Körperunzufriedenheit, eine stärkere Orientierung auf das soziale Ansehen und auf Leistung als in Familien nicht Essgestörter (Laliberté et al. 1999).
- Die Entwicklung von Bulimie lässt sich durch familiäre Betonung und Verstärkung von Aussehen, Diäthalten sowie durch exzessive Versuche, das Gewicht zu kontrollieren (z. B. durch Sport oder Erbrechen), vorhersagen (Stice 1997).
- Zudem fördert der Einsatz von Essen als Mittel gegen Langeweile und negative Gefühle durch die Mütter bulimisches Essverhalten sowie die Überzeugung, dass sich die Lebensqualität durch einen schlanken Körper verbessert (Mac Brayer et al. 2001).
- Manifeste Essstörungen sind in Familien von Bulimikerinnen und Anorektikerinnen häufiger zu finden als in Familien psychiatrisch unauffälliger Kontrollpersonen und Vergleichsgruppen mit anderen psychiatrischen Erkrankungen (Fairburn et al. 1997, 1999; s. auch Reich 2003b).

- Zudem sind Essstörungen in Familien von Bulimikerinnen häufiger zu finden als in denen von Anorektikerinnen (vgl. Reich 2003b); dies gilt auch für Übergewicht bei den Eltern.

In einer Studie an übergewichtigen Kindern wurde ein direkter Einfluss der Anwesenheit der Eltern auf das Essverhalten der Kinder festgestellt. Übergewichtige Kinder essen schneller und nehmen größere Bissen zu sich, wenn ihre Mütter anwesend sind. Sind diese nicht dabei, unterscheidet sich das Essverhalten der adipösen nicht von dem normalgewichtiger Kinder (Laessle et al. 2001).

In einer prospektiven Studie konnten Marchi und Cohen (1990) zeigen, dass frühkindliche Essstörungen und familiäre Auseinandersetzungen um das Essen prädisponierend für die Entwicklung von Bulimie und Anorexie in der Adoleszenz sind.

Zudem liegen inzwischen direkte Beobachtungen aktuell bzw. ehemals essgestörter (anorektischer und bulimischer) Mütter in ihrem Fütterungsverhalten ihren Babys gegenüber vor. In der Untersuchung von Evans und le Grange (1995) fütterten die Mütter der Essgestörten-Gruppe ihre Babys eher nach Plan. Die Mütter der nicht essgestörten Vergleichsgruppe richten sich nach den Bedürfnissen der Kinder. In der Studie von Agras et al. (1999) zeigten Kinder essgestörter Mütter ein stärkeres Essbedürfnis als andere. Ihre Mütter waren besorgter über deren Gewicht und Essverhalten. Im fünften Lebensjahr zeigten diese Kinder mehr negative Affekte als die nicht essgestörten Mütter (Agras et al. 1999).

3 Der Einfluss familiärer Beziehungen auf die Entwicklung von Essstörungen

Der Zusammenhang zwischen familiären Beziehungen und Essstörungen kann inzwischen als empirisch gesichert gelten (Übersicht bei Reich 2003a, b).

Dies gilt für:

- Die Beziehungen insgesamt: In einer Untersuchung in unserer Abteilung fand Schloen (1997), dass Jugendliche, die ihre Familien als wenig funktional erleben, auch die Atmosphäre und den Stellenwert gemeinsamer Mahlzeiten negativ sehen. Beides wiederum hängt eng mit einer Störbarkeit des Essverhaltens und einem negativen Körperbild der Jugendlichen, insbesondere bei Mädchen, zusammen.
- Die Organisation und den Zusammenhalt: Familien Essgestörter sind oft schlechter organisiert als die von Vergleichsgruppen. Der Zusammenhalt ist ebenfalls oft beeinträchtigt (Karwautz et al. 2002; Waller et al. 1988). Diese Probleme verstärken in der Adoleszenz Unsicherheiten der Jugendlichen bezüglich ihres Selbstgefühls und ihrer Autonomie (vgl. Reich 2003a, b).
- Die Ablösung: Essstörungen gehen mit Ablösungsproblemen einher (Friedlander u. Siegel 1990). Familien essgestörter Patientinnen ermutigen die Unabhängigkeit der Patientinnen weniger als Familien von Vergleichsgruppen (Williams et al. 1990). Sie üben mehr Kontrolle aus bzw. binden dann, wenn eigentlich die Autonomie ermutigt werden sollte. Auf der anderen Seite bieten sie wenig Zusammenhalt, wenn dieser benötigt wird (Kog et al. 1989).

- Die Kommunikation: Hier zeigen sich ebenfalls deutliche Probleme: Eltern setzen die Probleme ihrer Kinder in ihrer Bedeutung herab oder sind unwillig, sie wahrzunehmen (Larsson 1991). Der Gefühlsausdruck ist ebenfalls gestört (Felker u. Stivers 1994).

Hierbei allerdings muss sowohl auf der klinischen als auch auf der empirischen Ebene zwischen Anorexie und Bulimie sowie zwischen diesen beiden Formen und der Binge-Eating-Störung unterschieden werden. Zudem sind Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Essstörungen bei Mädchen und jungen Frauen zu denen bei Jungen und jungen Männern zu beachten.

3.1 Klinische Beobachtungen zur Familiendynamik bei Anorexie

Klinische Beobachtungen zeichnen zusammengefasst folgendes Bild der Familien magersüchtiger Patientinnen:

- Sie sind an Erfolg, Leistung und dem äußeren Erscheinungsbild orientiert und beschäftigen sich übermäßig stark mit Gewicht und Essen (Bruch 1980, 1991; Kalucy et al. 1977; Cierpka u. Reich 2001). Die Werte der Mittelschicht werden überbetont.
- Die Familien sind harmoniebetont. Das offene Austragen von Konflikten und deren Lösung wird vermieden. Negative Gefühle werden nicht oder kaum geäußert, jedenfalls nicht direkt. Heftige Affekte werden kaum oder gar nicht geäußert (Bruch 1980, 1991; Minuchin et al. 1978).
- Die interpersonellen Grenzen sind gestört. Die Beziehungen sind extrem eng und intensiv. Es besteht kein Gefühl für die Unabhängigkeit der Familienmitglieder. Auch die Grenze zwischen der Kernfamilie und den Ursprungsfamilien der Eltern ist in der Regel sehr durchlässig (Bruch 1980, 1991; Minuchin et al. 1978; Weber u. Stierlin 1989).
- Es finden sich oft starke Loyalitätsbindungen über die Generationen (Massing et al. 1999; Weber u. Stierlin 1989).
- Die Autonomie der späteren Patientinnen wird nicht gefördert, sondern entmutigt. Sie werden dazu erzogen, übermäßig auf die Gefühle der Eltern Rücksicht zu nehmen, lernen es nicht, sich nach den eigenen Empfindungen zu richten und werden übermäßig behütet. Insgesamt findet sich in den Familien ein übermäßiger Grad gegenseitiger Fürsorge (Bruch 1980, 1991; Minuchin et al. 1978).
- Dieser ist oft eine Verarbeitung von Traumatisierungen und Verlusten. Trennungen werden als bedrohlich erlebt und sind von Schuldgefühlen (Trennungsschuld) begleitet (Massing et al. 1999).
- Die Familien zeichnen sich durch eine rigide Aufrechterhaltung des bestehenden Status quo aus. Veränderungen und Wachstum, z. B. der Eintritt eines Kindes in die Adoleszenz, werden als starke Bedrohung erlebt. Die Notwendigkeit einer internen Veränderung wird verleugnet (Minuchin et al. 1978).
- Es findet eine Einbeziehung des Kindes in elterliche Konflikte im Sinne von Triangulierung, Eltern-Kind-Koalition oder Umgehung von Konflikten statt (Minuchin et al. 1978). Die Triangulierung besteht darin, dass das Kind sich nicht äu-

ßern kann, ohne dabei einen Elternteil gegen den anderen zu unterstützen. Dies entspricht dem von Selvini Palazzoli (1979) formulierten Muster der „Ehe zu dritt“. In der Eltern-Kind-Koalition ist das Kind mit einem Elternteil, oft in einer feststehenden Koalition, verbündet. In der Umgehung von Konflikten („detouring“) verbergen die Eltern ihre ehelichen Konflikte, indem sie dem kranken Kind helfen. Dieses wird als das einzige Problem ausgegeben, das sie haben.

- In den Familien werden Verzicht und Aufopferung betont (Massing et al. 1999; Schöll u. Reich 1989; Selvini Palazzoli 1979). Das Betonen oder Durchsetzen eigener Interessen ist verpönt. Forderungen werden mit den Interessen Dritter begründet. Familienmitglieder üben durch Verzicht und Aufopferung sowie hierdurch induzierte Schuldgefühle Einfluss aufeinander aus. Durch wechselseitige Betonung des Opfertums („Opfer-Eskalation“) wird versucht, Symmetrie in den Beziehungen herzustellen (Selvini Palazzoli 1979). Aggression wird in der Regel in Form von moralischen Werturteilen oder Anklagen geäußert.
- Verzicht und ein asketisches Ideal werden mehrgenerational weitergegeben (Massing et al. 1999).

Auslösend für eine Anorexie sind häufig äußere und innere Trennungsschritte oder -impulse der Patientin gegenüber der Familie, insbesondere Versuchs- und Versagens-Situationen, in denen die Patientin sich von den Über-Ich-Forderungen der Familie entfernen könnte. Hierzu gehören auch sexuelle Impulse und sexuelle Annäherungen, die verunsichernd wirken könnten. Mit der anorektischen Symptomatik hungert sich die Patientin aus diesen Konflikten heraus in einen vorpubertären Zustand. Gleichzeitig grenzt sie sich über die Verweigerung des Essens von der Familie ab (Reich 2003a).

3.2 Klinische Beobachtungen zur Familiendynamik bei Bulimie

Klinische Beobachtungen zur Familiendynamik der Bulimie lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Es finden sich häufig offene und heftig ausgetragene Familienkonflikte, die allerdings oft nicht zu einer Lösung führen, sondern sich wiederholen. Nicht selten sind Beziehungsabbrüche in Teilen der Familie zu beobachten (Reich 1992).
- Es finden sich deutliche Neigungen zu Impulsivität und zu Impulshandlungen, dies im aggressiven Bereich, durch Substanzmissbrauch, vor allem Alkoholabusus, und durch andere impulsive Handlungen, z. B. Kaufen, oder impulsive Entscheidungen (Cierpka u. Reich 2001; Reich 2003a).
- Neben der Neigung zum Substanzmissbrauch finden sich auch gehäuft Depressionsneigungen sowie Essstörungen und Übergewicht bei Eltern und Großeltern.
- Gleichzeitig sind die Familien sehr außen- und leistungsorientiert. Auf gutes Aussehen und ein gutes äußeres Erscheinungsbild wird großer Wert gelegt. Erfolg wird oft mit finanziellem oder leistungsmäßigem Erfolg gleichgesetzt. Die Familien erscheinen als abhängig von äußerer Bestätigung und befinden sich im ständigen Vergleich und in Konkurrenz zu anderen (Humphrey 1991; Reich 2003a, b).
- Dieser Gegensatz zwischen Neigungen zu Impulshandlungen und Depressionen sowie anderen Schwierigkeiten und der Leistungs- und Außenorientierung führt

dazu, dass wesentliche Aspekte des familiären Lebens als makelbehaftet erlebt und vertuscht werden. Es bildet sich eine „doppelte Wirklichkeit“ mit Familiengeheimnissen heraus (Reich 2003a).

- Bedürfnisse nach emotionaler Resonanz, Akzeptanz, Trost, Versorgung und Spannungsregulierung bleiben unerfüllt, werden nicht selten sogar herabsetzend beantwortet. Es findet wenig emotionaler Austausch statt (Humphrey 1991; Reich 2003a). Bei allen Familienmitgliedern bestehen Probleme in der Affektwahrnehmung, -differenzierung und -regulierung (Cierpka u. Reich 2001; Humphrey 1991). Gefühle von Verlust, Trauer oder Angst und Unsicherheit werden abgewehrt (Reich 2003a), oft durch Affektblockierung.
- Zur Regulierung dieser Affekte wird nicht selten Substanzmissbrauch, auch Essen, eingesetzt. Insbesondere Letzteres läuft dem Bedürfnis nach einem guten äußeren Erscheinungsbild und Schlankheit zuwider.
- Missbrauch von Alkohol, Tranquilizern, z. T. auch Schmerzmitteln kann dabei eingesetzt werden, um dysphorische Affekte wie Trauer, Angst, Scham- und Schuldgefühle sowie hieraus resultierende Selbstwertzweifel zu regulieren, ebenso Essen (und Abnehmen), das in diesen Familien oft eine besondere Bedeutung hat.
- Insgesamt besteht eine starke Neigung, unangenehme Gefühle, Konflikte und Schambesetztes durch Handlungen zu beseitigen. Dies bahnt die Affekt- und Konfliktregulierung durch die Bulimie, die ja eine Impulshandlung ist (vgl. Reich 2003a), ebenso wie dies die Regulierung durch Substanzmissbrauch und Essen tut.
- Sind die interpersonellen und intergenerationalen Grenzen innerhalb der Familie bezüglich der emotionalen Resonanz und affektiven Intimität oft rigide, so werden andererseits die Intimschranken durch einen grenzüberschreitenden Stil, durch taktloses Eindringen in die private oder intime Sphäre des Kindes von Seiten der Eltern verletzt (Reich 1992, 2003a). Hierdurch werden Intimität und Nähe oft mit Eindringen und Überwältigung und damit auch Beschämung gleichgesetzt (Reich 1992, 2003a).
- Die Ehebeziehung der Eltern ist oft von spürbaren Spannungen und offenen Konflikten geprägt, die manchmal auch gewalttätig ausgetragen werden können.

Auslösend für bulimische Symptome sind häufig Situationen, in denen die Patientinnen sich unter Bewährungsdruck und dabei unzulänglich fühlen. Von daher treten diese Symptome oft in der so genannten Verselbständigungsphase auf. Das Erkrankungsalter ist dementsprechend im Durchschnitt höher als bei der Anorexie (Reich 2003a, b).

Durch die Bulimie führt die Patientin das familiäre Muster, unangenehme Spannungen durch Handlungen und durch Substanzmissbrauch zu beseitigen, und die Tendenz, „Makelbehaftetes“ und „Schwächen“ zu verbergen, fort. Sie befriedigt dabei ihre Bedürfnisse nach Zuwendung und Trost pseudoautonom und vermeidet diesbezügliche Konflikte mit Eltern und Geschwistern.

3.3 Empirische Untersuchungen zu Familien anorektischer und bulimischer Patientinnen

Die skizzierten klinischen Beobachtungen regten zu zahlreichen empirischen Untersuchungen an, die diese zum Teil bestätigten, zum Teil differenzierten und zum Teil in ihrem Anspruch auf Allgemeingültigkeit widerlegten.

Crisp et al. (1974) fanden, dass sich der psychoneurotische Status der Eltern in Familien (z. B. Depressionen der Mütter) verschlechterte, als die magersüchtigen Töchter ihr ursprüngliches Gewicht wieder erreicht hatten. Dies stützt die Hypothese der Konfliktumleitung durch die anorektische Symptomatik. Es konnte zudem gezeigt werden, dass in Familien anorektischer Patientinnen erhebliche Probleme mit den interpersonellen Grenzen bestehen (Goldstein 1981; Kog u. Vandereycken 1989), dass diese stärker Konflikte vermeidend sind als nicht essgestörte und bulimische (Kog u. Vandereycken 1989) bzw. normale Vergleichsfamilien (Engel 1991) und dass die Ablösung der Patientinnen von der Familie durch die Mütter behindert wird (Shoebridge u. Gowers 2000). Minuchin et al. (1978) bestätigten die Merkmale der Rigidität, Überfürsorglichkeit, Verstrickung und Konfliktvermeidung für Familien mit anorektischen Mitgliedern in einer systematischen Beobachtung der Familieninteraktion. Zudem zeigen Familien essgestörter Patientinnen mehr Rigidität und Überfürsorglichkeit (Engel 1991) sowie eine höhere Leistungsorientierung und einen stärkeren Perfektionismus als die von nicht essgestörten Jugendlichen (Engel 1991; Woodside et al. 2002). Anorektikerinnen sind dabei höheren Erwartungen ihrer Eltern ausgesetzt als ihre gesunden Geschwister (Karwautz et al. 2001). Die Mütter machen sich zudem mehr Sorgen um Aussehen und Gewicht (Woodside et al. 2002). In einer Untersuchung von Temperament und Charakter der Familienmitglieder zeigten Familien von Anorektikerinnen eine geringere Selbstbestimmtheit bei Müttern, Vätern und Patientinnen als die einer normalen Vergleichsgruppe (Fassino et al. 2002). In Familien restriktiv anorektischer Patientinnen finden sich gehäuft soziophobische und zwanghafte Züge. Dies unterscheidet sie von Familien von Bulimikerinnen (Lilenfeld et al. 1998).

In einer Studie zum Bindungsstil bei Anorektikerinnen und ihren Müttern fanden Ward et al. (2001) bei der großen Mehrzahl eine unsichere Bindung, einen unsicher-vermeidenden Stil, wobei es zwischen dem spezifischen unsicheren Bindungsstil der Mutter und dem der Patientin keinen engen Zusammenhang gab. Bei den Müttern fand sich ein hoher Anteil an unverarbeiteten Verlusten. Bei Müttern und Töchtern gab es einen hohen Grad an Idealisierung und einen niedrigen Grad an reflexivem Funktionieren. Durch die unverarbeiteten Verluste der Mütter war möglicherweise deren emotionale Resonanz gegenüber den Töchtern beeinträchtigt.

Auch nach der Beseitigung der Anorexie erleben ehemalige Patientinnen die Familienbeziehungen als komplizierter und weniger befriedigend als nicht essgestörte Probandinnen. Krankheits- bzw. Besserungsverlauf und die Qualität der familiären Beziehungen hängen zusammen (Wewetzer et al. 1996).

Familien bulimischer Patientinnen unterscheiden sich in empirischen Studien von Familien anorektischer Patientinnen sowie von normalen und nicht essgestörten Vergleichsgruppen durch ein schlechteres allgemeines Funktionieren (vgl. Reich

2003a, b u. die dort zitierte Literatur). Es finden sich höhere Raten depressiver Erkrankungen als bei anorektischen Patientinnen sowie anderen psychiatrischen und normalen Kontrollgruppen (Fairburn et al. 1997, 1999; Reich 2003b). Das Familienleben ist stärker durch offene Konflikte bestimmt als bei anorektischen Patientinnen und anderen Vergleichsgruppen (Reich 2003b; Reich u. Buss 2002; Webster u. Palmer 2000). Der Affektausdruck ist heftiger als bei Familien anorektischer Patientinnen (Reich u. Buss 2002). Dort sind die Eltern überfürsorglicher (Humphrey 1989). Webster und Palmer (2000) fanden mehr Indifferenz, Mangel an Fürsorge, Antipathie und körperliche Misshandlungen in Familien bulimischer Patientinnen als in denen von Anorektikerinnen, die sich kaum von Familien nicht gestörter Probandinnen unterschieden. Familien anorektischer Patientinnen zeigen einen größeren Zusammenhalt als die von Bulimikerinnen, bei denen z. T. eine geringere Kohäsion gefunden wurde als in nicht essgestörten und normalen Vergleichsgruppen (Friedman et al. 1997; s. auch Reich 2003b).

Auch die eheliche Dyade scheint in den Familien bulimischer Patientinnen stärker offen gestört als in den genannten Vergleichsgruppen, insbesondere stärker als bei restriktiven Anorektikerinnen (Reich 2003a; Schmidt et al. 1993; Stasch u. Reich 2000). Störungen der elterlichen Ehebeziehung konnten inzwischen auch in einer Langzeitstudie als Prädiktor für bulimische Symptome bestimmt werden (Wade et al. 2001). Gegenüber normalen Vergleichsgruppen, auch gegenüber Anorektikerinnen, zeigt sich die emotionale Resonanz in den Familien bulimischer Patientinnen beeinträchtigt (vgl. Reich 2003a, b und die dort zitierte Literatur).

In Familien bulimischer Patientinnen scheint die Impulskontrolle gestörter zu sein als in denen anorektischer Patientinnen (z. B. Schmidt et al. 1993) und normaler Kontrollgruppen (Fairburn et al. 1997; vgl. auch Reich 2003b). In Familien bulimischer Patientinnen finden sich häufiger Suchterkrankungen und Substanzmissbrauch als bei normalen und psychiatrischen Kontrollgruppen (Fairburn et al. 1999; vgl. auch Reich 2003b). Substanzmissbrauch und Sucht sind hier offensichtlich auch stärker verbreitet als bei Angehörigen anorektischer Patientinnen (Fairburn et al. 1999; Lilienfeld et al. 1998; Reich 2003b).

Familien von Anorektikerinnen und Bulimikerinnen unterscheidet eine starke Leistungsorientierung gleichermaßen von Vergleichsgruppen (Fairburn et al. 1999; Laliberté et al. 1999).

Insgesamt zeigt sich in Familien von Anorektikerinnen eine Tendenz zu einem kontrollierten, affektiv zurückgenommenen Familienstil. Diese erscheinen als „konsensus-sensitiv“ (Kog u. Vandereycken 1989, nach Reiss 1971). Bei Familien von Bulimikerinnen zeigt sich ein impulsiv-konflikthafter Stil und eine affektive Instabilität. Diese erscheinen zudem als „distanz-sensitiv“ (Kog u. Vandereycken 1989, nach Reiss 1971).

3.4 Familien bulimischer Anorektikerinnen

Patientinnen mit voll ausgeprägten Anorexien und gleichzeitig voll ausgeprägtem bulimischen Verhalten sind eher selten, Übergänge von einer Bulimie in eine Anorexie auch. Dagegen gibt es häufiger Übergänge von einer Anorexie in eine Bulimie

(nach DSM-IV oder ICD-10) oder in bulimisches Verhalten. Zudem sind gelegentliche Essanfälle bei weitgehend restriktiven Anorexien nicht selten. Das gemeinsame Auftreten einer voll ausgeprägten Anorexie und einer ebensolchen Bulimie deutet auf eine schwere Störung hin. Dem entsprechend ähneln Familien bulimischer Anorektikerinnen in den meisten Untersuchungen denen von Bulimikerinnen: Sie zeigen ein beeinträchtigteres allgemeines Funktionieren, mehr Konflikte und negative Gefühle als Anorektikerinnen (vgl. Reich 2003a, b und die dort zitierte Literatur). Entgegen diesen Befunden ergaben sich in einem direkten Vergleich der Familieninteraktion bei restriktiven Anorexien und Anorexien mit bulimischem Verhalten in unserer Einrichtung keine Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen hinsichtlich der Konflikthaftigkeit, des Affektausdrucks, der Kohäsion sowie der Störung der interpersonellen Grenzen (Buss 2004). Bei diesen Patientinnen der „Mischgruppe“ sind weitere Studien zur Familieninteraktion nötig, die die jeweilige Ausprägung und Schwere der bulimischen und anorektischen Symptomatik sowie die Komorbidität mitberücksichtigen (Reich 2003a, b).

3.5 Familiendynamik bei männlichen Anorexien und Bulimien

Auch wenn die Zahl von Männern mit Essstörungen, die Behandlung aufsuchen, steigt und in der Presse von Zeit zu Zeit von einer starken Zunahme männlicher Anorexien und Bulimien berichtet wird, sind Fälle von männlicher Anorexie und Bulimie nach wie vor selten.

In Familien anorektischer Patienten wurden Häufungen von Essstörungen, insbesondere anorektischer Art, und anderer psychiatrischer Erkrankungen gefunden. Die oberflächlich betrachtet normal funktionierenden Familien entmutigen Autonomieschritte. Die späteren Patienten erscheinen als eng an ihre Mütter gebunden und von diesen kontrolliert. Von Seiten der Väter besteht zu ihnen eine ablehnende oder abwertende Beziehung, sodass sie sich nicht von der Mutter lösen und mit dem Vater identifizieren können, zumal die Mütter die Väter oft offen oder verdeckt ablehnen. Mehrgenerational wurde beobachtet, dass die Mütter die späteren Patienten mit einem Geschwister gleichsetzen, mit dem sie rivalisierten. Von daher ist ihre Beziehung zu dem späteren Patienten ebenfalls ambivalent. Auch bei Bulimikern wurde eine enge, ambivalente Mutterbindung und eine ablehnende oder distanzierte Beziehung des Vaters zu den späteren Patienten beschrieben. Bei beiden Krankheitsbildern soll dementsprechend die sexuelle Kernidentität gestört sein. Die Patienten haben Schwierigkeiten, sich als ein sexuell begehrendes Wesen zu erleben (vgl. Reich 2003a und die hier enthaltene ausführliche Falldarstellung).

Die Binge-Eating-Störung ist bei Männern stärker verbreitet als Bulimie und Anorexie. Der Anteil der Männer beträgt hier ca. ein Drittel. Auf Männer bezogene Untersuchungen und Beobachtungen zur Familie liegen bisher kaum vor. Emotionaler Missbrauch scheint hier bei Männern und Frauen gleichermaßen mit erhöhter Körperunzufriedenheit, Depressivität sowie vermindertem Selbstwertgefühl einherzugehen (Grilo u. Masheb 2001).

3.6 Familiendynamik bei der Binge-Eating-Störung

Im Gegensatz zur Anorexie und Bulimie ist die erstmals im DSM-IV (deutsche Version: Saß et al. 1996) definierte Binge-Eating-Störung („Essstörung mit Fressanfällen“) keine reine Erkrankung von Frauen. Sie betrifft zu einem Drittel Männer. Auch ist sie keine typische Erkrankung der Adoleszenz oder des jungen Erwachsenenalters. Bezüglich ihrer Verbreitung in dieser Altersgruppe liegen bisher keine epidemiologischen Zahlen vor. Ebenso gibt es bislang nur wenig Untersuchungen zu familiären Faktoren (Reich 2003a). Soweit heute bekannt, zeigen die Familien weniger Zusammenhalt und Zuwendung, gleichzeitig mehr Kontrolle und Konflikte, weniger Expressivität und Unabhängigkeit sowie weniger Anreiz zu aktiver Gestaltung freier Zeit und zu intellektuell-kultureller Orientierung als bei Gesunden. Die Patientinnen werden in der Familie häufiger wegen ihres Aussehens und ihres Gewichts kritisiert als Kontrollpersonen. Die emotionale Zuwendung erscheint als gestörter und es gibt häufiger sexuelle und körperliche Missbrauchserfahrungen der Patientinnen sowie Essstörungen und Alkoholprobleme bei den Eltern (vgl. Reich 2003a). Der mögliche Einfluss von Missbrauch und Misshandlung bei der Binge-Eating-Störung bedarf weiterer Klärung. Insbesondere die Befunde von Felitti (2002) legen nahe, dass deren Einfluss bei Esssucht und Übergewicht möglicherweise drastisch unterschätzt wurde.

4 Familientherapie bei Essstörungen

Familientherapie zielt darauf ab, die Beziehungen im interpersonellen System so zu verändern, dass die Essstörungssymptomatik als Lösungsversuch nicht mehr notwendig ist. Wegen der großen Bedeutung familiärer Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen und wegen der erheblichen Rückwirkungen dieser Erkrankungen auf die Familienbeziehungen ist die Einbeziehung der Familien in die Behandlung in vielen Fällen sinnvoll und notwendig. Veränderungen in der Familiendynamik führen zu positiven Veränderungen bei den Patientinnen und gehen mit einer verbesserten Prognose einher (Cierpka u. Reich 2001; Reich 2003a). Dies gilt auch bei erwachsenen Patientinnen mit chronifizierten Anorexien (Dare et al. 2001). Bei Anorexien mit schlechtem Ausgang verändern sich die Familie und die enge Bindung an die Familie oft nicht. Polarisierungen zwischen Patientinnen und Eltern sowie elterliche Kritik und Abwertung gegenüber den Patientinnen tragen ebenfalls zu einer schlechten Prognose bei (Eisler et al. 2000). In einer Nachuntersuchung von Familientherapien nach zwei Jahren (Wallin u. Kronvall 2002) durch Selbsteinschätzung der Familien und Beobachter-Rating zeigten die Familien eine klarere Hierarchie, eine verbesserte Kompetenz, ein vermindertes Ausmaß von Rigidität und Verstrickung sowie eine stärkere Expressivität. Auch Multifamilientherapie hat sich in Bezug auf Symptomatik und Beziehungsdynamik bei Anorexie als erfolgreicher Ansatz erwiesen (Scholz u. Asen 2001). Ebenso bei bulimischen Patientinnen kann Familientherapie erheblich zu Verbesserungen beitragen. Wegen der Pseudo-Autonomie dieser Patientinnen werden sie oft für unab-

hängiger von der Familie gehalten, als sie es bei näherer Exploration sind (Cierpka u. Reich 2001; Reich 2003a).

Weitere Forschung über Therapieeffekte in der Familienbehandlung, insbesondere bei bulimischen Patientinnen, und die jeweils konkrete Wahl des Settings bzw. den Zeitpunkt und die Reihenfolge der Einbeziehung der Familie ist allerdings dringend erforderlich.

Bei essgestörten Patientinnen ist die Einbeziehung der Familie notwendig und hilfreich, wenn

- Schwierigkeiten der Verselbständigungsphase und hiermit einhergehende Identitätsprobleme durch familiäre, oft mehrgenerationale, Bindungs- und Loyalitätsmuster bedingt erscheinen;
- Essen, Essrituale sowie Gewichts- und Aussehensfragen in der Familien eine besondere emotionale Besetzung, eventuell über mehrere Generationen, erfahren haben;
- die Patientin und ihre Familie in konflikthafte Interaktionsmuster um das gestörte Essverhalten herum verstrickt sind und sich hier festgefahren haben;
- die Grenzen zwischen den Generationen zu durchlässig gehalten werden;
- die Patientinnen im familiären System Funktionen übernehmen, die eigentlich ihre Eltern ausfüllen müssten, z. B. als Eltern- oder Partnerersatz;
- eingefahrene Interaktionsmuster, z. B. materielle Verwöhnung bereits Erwachsener, die Übernahme von Selbstverantwortung und Kompetenz behindern;
- sich die Familie durch Veränderungen und Individuationsschritte der Patientin bedroht fühlt und „gegensteuert“;
- relevante Informationen zum Verständnis der Konflikte und Übertragungsmuster der Patientinnen fehlen, sodass diese nicht verstanden werden können (z. B. aufgrund von Familiengeheimnissen);
- die Patientinnen selbst offene Fragen mit ihrer Ursprungsfamilie klären möchten;
- eine stationäre Aufnahme oder die Entlassung bevorsteht (vgl. Cierpka u. Reich 2001; Reich 2003a).

Nach dem Göttinger Modell (Cierpka u. Reich 2001) erfolgt die Familientherapie bei Essstörungen in drei Phasen:

- In der *Stabilisierungsphase* geht es darum, einen Zugang zum Familiensystem zu finden und das Essverhalten zu stabilisieren. Bei der Anorexie heißt dies, dass ein weiterer Gewichtsverlust gestoppt und eine Gewichtszunahme eingeleitet werden muss. Hierzu sind manchmal begleitende Einzelgespräche erforderlich. Bei den oft älteren Bulimikerinnen beginnt die Behandlung nicht selten mit Einzelgesprächen, wobei die Familie dann, nach Bearbeitung der Pseudo-Autonomie, hinzugezogen wird. Hier geht es vor allem darum, einen festen Essrhythmus zu etablieren und der Patientin zu einer zunehmenden Kontrolle über das Essverhalten zu verhelfen.
- In der *Konfliktbearbeitungsphase* werden die wesentlichen familiären Konflikte durchgearbeitet, insbesondere die mehrgenerationalen Verstrickungen und die bisher tabuierten Entwicklungen in der Familie. Nicht selten werden in dieser Phase Paargespräche mit den Eltern zur Klärung von deren Beziehung notwendig. Während in Familien anorektischer Patientinnen oft eher die Ablösung der

Patientinnen gefördert werden muss, geht es in Familien bulimischer Patientinnen häufig darum, die emotionale Resonanz unter den Familienmitgliedern und den Dialog so zu unterstützen, dass es nicht zu impulshaft ausgetragenen, aber zu keiner Lösung führenden Konflikten kommt.

- In der *Reifungsphase* geht es darum, die Veränderungen im Essverhalten und in den familiären Beziehungen zu festigen, die Autonomie der Patientinnen, aber auch der Familien zu fördern.

5 Fallbeispiel einer Familientherapie bei Anorexie

5.1 Erstgespräch und Stabilisierungsphase

Familie M. kommt wegen der Magersucht der 14-jährigen Tochter Charlotte zu uns. Der Hausarzt hatte auf eine stationäre Aufnahme gedrängt. Die Familie möchte es noch einmal ambulant versuchen. Charlotte ist Gymnasiastin, wiegt derzeit 38 kg bei einer Körpergröße von 1,63 m (BMI ca. 15). Frau M. ist Bankkauffrau, halbtags tätig. Herr M. ist Abteilungsleiter in einer Chemiefabrik, Diplom-Ingenieur. Auch der 10-jährige Stefan ist bei den Gesprächen mit dabei.

Die Magersucht begann vor ca. einem halben Jahr im Sommerurlaub der Familie in Spanien. Danach hatte Charlotte mit dem Fasten angefangen, mehr Sport getrieben, war regelmäßig mit dem Vater ins Fitness-Studio gegangen, hatte auf Süßigkeiten verzichtet, Fleisch und Käse weggelassen, ernährte sich nur noch von Obst, Gemüse, Magerquark und Ähnlichem. Essanfälle sowie Erbrechen oder anderes „purging“-Verhalten gibt es nicht.

Der Familie geht es wirtschaftlich gut. Die Eltern fühlen sich an ihrem Arbeitsplatz wohl, haben einen Bekanntenkreis. Der 10-jährige Stefan ist gut integriert. Auch Charlotte hatte bis zum Beginn der Magersucht eine Reihe von Freundinnen, war bis vor wenigen Wochen in einer Ballettgruppe aktiv und spielt in einem Orchester. Sie ist sehr gut in der Schule und im letzten halben Jahr sogar noch besser geworden, weil sie sich nahezu ausschließlich den Hausaufgaben widmet und sich von Gleichaltrigen fast völlig zurückgezogen hat.

Bevor wir die möglichen familiären Hintergründe der Magersuchtsentwicklung weiter explorieren, klären wir mit der Familie den Behandlungsrahmen ab. Wir vereinbaren eine regelmäßige ärztliche Kontrolle des Zustandes von Charlotte und legen eine Gewichtsgrenze fest, bei deren Unterschreiten wir auf eine stationäre Aufnahme drängen würden, sowie Schritte zu einer Gewichtszunahme, die wir bei Fortsetzung der ambulanten Behandlung erwarten. Diese liegen bei 500 Gramm pro Woche (vgl. Reich 2003a). Charlotte lässt sich hierauf zunächst nur äußerst widerwillig ein. Sie möchte aber eine stationäre Aufnahme vermeiden. Der Vater fürchtet, dass Charlotte dann fremdem Einfluss ausgesetzt ist und „die Familie auseinander gerissen“ werden könnte.

Im Lauf des Gesprächs betonen die Eltern ihre Zufriedenheit mit Charlottes Entwicklung, insbesondere mit ihrem Fleiß. Dies geht sehr stark vom Vater aus: „Bis auf die Magersucht. Früher hat sie viel ferngesehen, MTV und so etwas, jetzt gar nicht

mehr. Sie übt Fagott, macht Sport, übt für Mathematik. Das finde ich eigentlich gut.“ Frau M. sieht dies eher kritisch. In einem Vergleich mit der Tochter eines befreundeten Ehepaares wird deutlich, dass die Eltern, und hier wiederum besonders der Vater, „Abweichungen“ wie häufige Discobesuche, Jungenfreundschaften, frühe Sexualität und Konflikte fürchten. Beklagt wird zudem, dass Charlotte innerhalb der Familie abseits steht, an den vielfältigen gemeinsamen Unternehmungen nicht mehr teilnimmt.

Aus diesem ersten Gespräch wird für uns Folgendes deutlich: Familie M. legt anscheinend großen Wert auf Zusammenhalt. Der Vater scheint zudem Wert auf Leistung zu legen. Die Mutter betont beides weniger. Charlotte scheint sehr stark mit den Wertvorstellungen des Vaters identifiziert und mit ihm eng verbunden zu sein. Eine zentrale Befürchtung der Eltern, insbesondere des Vaters, scheint zu sein, was in Charlottes Pubertätsentwicklung auf sie zukommen könnte. Eine befreundete Familie wird als Negativbeispiel angeführt. Hier hat die Tochter bereits einen Freund, was Herr M. für Charlotte anscheinend nicht möchte. Es zeigt sich ein Konflikt zwischen Charlotte und ihrem Vater. Charlotte vollzieht in ihrer Magersucht eine widersprüchliche Entwicklung. Einerseits nähert sie sich sehr stark dem Wertesystem des Vaters an. Andererseits grenzt sie sich von der Familie ab.

5.2 Die Konfliktbearbeitungsphase

In der nächsten Sitzung stellt sich heraus, dass beide Eltern begeisterte Köche sind, dabei großen Wert auf Schlankheit legen. Die Mutter ist seit einer Operation vor einigen Jahren übergewichtig, führt immer wieder erfolglos Diäten durch. Dies kritisiert Charlotte. Sie grenzt sich auch von der Mutter ab, indem sie „konsequenter“ ist als diese.

Dann kommt es zu einer dramatischen Zuspitzung, weil Charlotte nach vorübergehender Gewichtszunahme stark abnimmt. Ein Klinikaufenthalt steht zur Diskussion. Wir geben noch einmal die Möglichkeit, den Gewichtsverlust ambulant aufzufangen. Dies gelingt auch. So können wir die Klärung der familiären Hintergründe der Magersucht fortsetzen.

Zur Biographie von Frau M. erfahren wir: Sie stammt aus einer Zusammenhalt und Fleiß betonenden, dabei im Umgang herzlichen und zugewandten Familie. In ihrer Familie bestehe eine Neigung zum Übergewicht. Alle essen gern, trinken „auch gern mal ein Glas Wein“. Das Familienleben wurde im letzten Jahr überschattet durch die Operation ihres 72-jährigen Vaters, der an einem Nierenkarzinom erkrankt war. Auch Charlotte und Stefan waren hierdurch sehr betroffen. Für Herrn M. wäre der Tod des Schwiegervaters ein herber Verlust, weil er in seiner Schwiegerfamilie eine Art Ersatz für seine Familie gefunden hat.

Wir fragen uns, ob die Krebserkrankung des Großvaters etwas mit der Magersuchtentwicklung von Charlotte zu tun hat. Gravierende Ereignisse in der weiteren Familie können die Ablösungsprozesse der Adoleszenz in der Kernfamilie erheblich erschweren, weil die Kinder spüren, dass sie den Eltern weitere Verluste und Konflikte, z. B. die Auseinandersetzungen der Pubertät, nicht zumuten können.

Herr M. stammt aus einer Handwerkerfamilie. Sein Vater war Maurermeister, hatte ein Baugeschäft, das Herr M.s jüngerer Bruder übernahm. Seit seine Mutter vor 14

Jahren plötzlich an einem Herzinfarkt gestorben ist, hat Herr M. zu seiner Familie nur noch sporadischen Kontakt. Der Vater hat jetzt eine neue Partnerin, mit der er nie „warm geworden“ sei. Seine Mutter sei das „Zentrum der Familie“ gewesen, habe insbesondere sein Studium sehr gefördert, ihn aber auch sehr kontrolliert. Als Jugendlicher und in der Studentenzeit habe er sich hierdurch eingeengt gefühlt. Im Nachhinein habe er manchmal das Gefühl, er habe etwas verpasst, weil er fast nur gearbeitet habe, zu streng und zu ernst gewesen sei. „Als meine Mutter dann starb, war das Zentrum der Familie weg. Der Mittelpunkt fehlte. Es war plötzlich ein Loch da. ... Ich war meiner Mutter sehr ähnlich, habe auch viel gelesen und war eher zurückgezogen.“ Bei dieser Schilderung weint er. Das ist ihm sehr unangenehm.

Die Mutter von Herrn M. war einige Monate nach Charlottes Geburt verstorben. Charlotte ist ein Trost für Herrn M. gewesen, habe das Loch in seinem Leben gefüllt. Er habe sich sehr mit ihr beschäftigt und sich so von der Trauer abgelenkt. Auch in den folgenden Jahren habe er sehr auf Charlotte aufgepasst. Er schildert eine Reihe von Ähnlichkeiten zwischen seiner Mutter und Charlotte: Beide seien eher feinsinnig, lesen gern, haben intellektuelle Interessen, sind musisch begabt, fleißig, sehr um Kontrolle ihrer Gefühle bemüht und rücksichtsvoll. Er selbst verarbeitet schwierige Gefühle durch Joggen. Nach Außen zeigt er sie nicht. Hierauf bemerkt Charlotte: „Da bin ich ja so ähnlich wie du. Ich lege auch sehr großen Wert auf Kontrolle. Und mein Essen kontrolliere ich ja auch.“

Am Ende deuten wir die enge Bindung zwischen Herrn M. und Charlotte sowie die Magersucht als Versuch der Patientin, der ganzen Familie, aber besonders dem Vater, die Angst vor weiteren Verlusten zu ersparen, dies auch angesichts der Erkrankung des Großvaters, sich aber gleichzeitig von der Familie abgrenzen zu wollen.

In den nächsten Stunden wird das Thema „Veränderung“ vertieft. Frau M. beschreibt nun, dass sie ihre Familie innerlich doch als eng empfunden habe und deshalb weiter weg gegangen sei als die Geschwister. Deshalb habe sie häufig Schuldgefühle gehabt; auch jetzt bei der Erkrankung ihres Vaters wieder. Die Kontrolle ihres Mannes von Seiten ihrer Schwiegermutter störte sie ebenfalls. Deshalb habe sie einen heftigen Konflikt mit dieser gehabt, während ihr Mann sich hier nicht abgrenzen mochte. Bei den eigenen Kindern habe sie es eigentlich anders machen wollen. „Nun bin ich doch in das alte Fahrwasser geraten ...“

Beide Eltern schildern nun mehrere Szenen, in denen sie Angst um Charlotte hatten und sie entsprechend behüteten.

Auch jetzt fällt es beiden schwer, Charlotte aus den Augen zu lassen. Wir betonen, dass Trennungen unvermeidlich sein werden, wenn Charlotte sich entwickelt wie andere Jugendliche. Insbesondere Herr M. nimmt dies zunächst nur widerwillig zur Kenntnis.

Die beiden nächsten Gespräche finden nur mit den Eltern statt. Hier geht es darum, was sie unabhängig von den Kindern tun können. Auch Stefan signalisiert zunehmend Desinteresse an gemeinsamen Aktivitäten, möchte lieber mit „seinen Kumpels“ oder seinem Fußballverein unterwegs sein.

Herr und Frau M. erinnern sich an gemeinsame Wanderungen und Konzertbesuche in ihrer Studentenzeit. Sie nehmen diesen Faden vorsichtig wieder auf, bilden zudem mit Freunden eine Kochgemeinschaft.

Während dieser ganzen Zeit führt Charlotte Essprotokolle und wird regelmäßig beim Hausarzt gewogen. Die Auswertung der Essprotokolle wird zum Teil mit ihr allein, zum Teil während der Familiensitzungen besprochen. Sie nimmt während dieser Zeit weiter, aber in ungleichmäßigen Schritten zu.

5.3 Reifungsphase

Am Ende der insgesamt elf Familiengespräche kommt es noch einmal zu einer Auseinandersetzung zwischen Charlotte und der Mutter, deren Verhalten bei den Diäten sie immer als äußerst inkonsequent empfunden hat. Hier empfindet sich Charlotte als überlegen.

Da Charlotte inzwischen über die Magersuchtsgrenze hinaus zugenommen hat, beenden wir auf Wunsch der Familie zunächst die Gespräche. Bei einer abschließenden Sitzung nach einem halben Jahr hat Charlotte weitere Veränderungen vorgenommen, war z. B. in den Sommerferien mit einer Jugendlichengruppe unterwegs. Die Eltern hätten sich nach anfänglichen Schwierigkeiten an die Trennung gewöhnt. Das Gewicht hat sich weiter stabilisiert. Nach den Sommerferien ist Charlotte zudem in eine bisher ungenutzte Einliegerwohnung im Keller des Elternhauses gezogen und wohnt nun etwas stärker getrennt von den anderen. Die Mahlzeiten werden zum Teil gemeinsam eingenommen, wenn Charlotte und Stefan nicht unterwegs sind oder ausschlafen wollen.

5.4 Fazit

Diese Familienbehandlung fand über zwölf Doppelstunden statt, die sich über ein Jahr und drei Monate verteilten. Während der Gespräche konnte die familiäre Krise, die der Entwicklung von Charlottes Magersucht zugrunde lag, in wesentlichen Aspekten bearbeitet werden. Günstig war, dass die Symptomatik erst ca. ein halbes Jahr bestand und dass die Familie insgesamt kooperativ war. Insbesondere die Eltern waren grundsätzlich bereit, sich auf schwierige emotionale Prozesse einzulassen und ihre eigene mögliche Verwicklung mit der Symptomentstehung der Tochter anzuschauen. In vielen Fällen sind Familientherapien natürlich sehr viel schwieriger durchzuführen. Der Ablösungskonflikt, der insbesondere zwischen Charlotte und dem Vater bestand, konnte bearbeitet und der Entwicklungsstillstand so beendet werden.

Literatur

- Agras, S.; Hammer, L.; McNicholas, F. (1999): A prospective study of the influence of eating-disordered mothers on their children. *Int. J. Eating Disorders* 25: 253–263.
- American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*. Washington DC: Psychiatric Press (dt.: Saß, H.; Wittchen, H.-U.; Zaudig, M., 1996, Göttingen: Hogrefe).
- Bruch, H. (1980): *Der goldene Käfig. Das Rätsel der Magersucht*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Bruch, H. (1991): *Eßstörungen. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht*. Frankfurt a. M.: Fischer.

- Byely, L.; Archibald, A. B.; Graber, J.; Brooks-Gunn, J. (2000): A prospective study of familial and social influences on girls body image and dieting. *Int. J. Eating Disord.* 23: 155–164.
- Cierpka, M.; Reich, G. (2001): Die familientherapeutische Behandlung von Anorexie und Bulimie. In: Reich, G.; Cierpka, M. (Hg.): *Psychotherapie der Essstörungen*. 2. neu bearb. u. erweit. Aufl. Stuttgart: Thieme, S. 128–155.
- Crisp, A. H.; Harding, B.; McGuinness, B. (1974): Anorexia nervosa. Psychoneurotic characteristics of parents: relationship to prognosis. *J. Psychosom. Research* 18: 167–173.
- Dare, C.; Eisler, I.; Russel, G.; Treasure, J.; Dodge, L. (2001): Psychological therapies for adults with anorexia nervosa. *Br. J. Psychiatry* 178: 216–221.
- Eisler, I.; Dare, C.; Hodes, M.; Russel, G.; Dodge, E.; Le Grange, D. (2000): Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *J. Child. Psychology Psychiatry* 41: 727–736.
- Engel, K. (1991): Die familiären Interaktionen von Anorexie-Patientinnen. *System Familie* 4: 149–157.
- Evans, J.; le Grange, D. (1995): Body size and parenting in eating disorders: A comparative study of the attitudes of mothers toward their children. *Int. J. Eating Disord.* 18: 39–48.
- Fairburn, C. G.; Welch, S. L.; Doll, H. A.; Davies, B. A.; O'Connor, M. E. (1997): Risk factors for bulimia nervosa. A community case-control study. *Arch. Gen. Psychiatry* 54: 509–517.
- Fairburn, C. G.; Cooper, Z.; Doll, H. A.; Welch, S. L. (1999): Risk factors for anorexia nervosa. Three integrated case-control comparisons. *Arch. Gen. Psychiatry* 56: 468–476.
- Fassino, S.; Svrakic, D.; Abbate-Daga, G.; Leombruni, P.; Amianto, F.; Stanic, S.; Rovera, G. G. (2002): Anorectic family dynamics: temperament and character data. In: *Compr. Psychiatry* 43: 114–120.
- Felitti, V. J. (2002): Kindheitsbelastung und Gesundheit im Erwachsenenalter. *Z. Psychosom. Med. Psychother.* 48: 359–369.
- Felker, K. R.; Stivers, C. (1994): The relationship of gender and family environment to eating disorder risk in adolescents. *Adolescence* 29: 821–834.
- Franzen, S.; Florin, I. (1995): Familiäre Transmission von gezügeltem Eßverhalten. *Z. Klin. Psychol.* 24: 65–69.
- Friedlander, M. L.; Siegel, S. M. (1990): Separation-individuation difficulties and cognitive-behavioral indicators of eating disorders among college women. *J. Counsel. Psychol.* 37: 74–78.
- Friedman, M. A.; Wifley, D. E.; Welch, R. R.; Kuncie, J. T. (1997): Self-directed hostility and family functioning in normal-weight bulimics and overweight binge eaters. *Addictive Behaviors* 22: 367–375.
- Goldstein, H. J. (1981): Family factors associated with schizophrenia and anorexia nervosa. *Journal of Youth and Adolescence* 10: 385–405.
- Grilo, C. M.; Masheb, R. M. (2001): Childhood psychological, physical, and sexual maltreatment in outpatients with binge eating disorder: frequency and associations with gender, obesity, and eating related psychopathology. *Obes. Res.* 9: 320–325.
- Humphrey, L. L. (1989a): Observed Family Interactions Among Subtypes of Eating Disorders Using Structural Analysis of Social Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57: 206–214.
- Humphrey, L. L. (1991): Object relations and the family system. An integrative approach to understanding and treating eating disorders. In: Johnson, C. L. (Hg.): *Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford Press, S. 321–353.
- Kalucy, R. S.; Crisp, A. H.; Hardin, B. (1977): A Study of 56 families with anorexia nervosa. *Br. J. Medical Psychol.* 50: 381–395.
- Karwautz, A.; Rabe-Hesketh, S.; Hu, X.; Zhao, J.; Sham, P.; Collier, D. A.; Treasure, J. (2001): Individual-specific risk factors for anorexia nervosa: a pilot-study using a discordant sister-pair design. *Psychological Medicine* 31: 317–319.
- Kog, E.; Vandereycken, W. (1989): Family interaction in eating disorder patients and normal controls. *Int. J. Eating Disord.* 8: 11–23.
- Kog, E.; Vertommen, H.; Vandereycken, W. (1989): Self-report study of family interaction in eating disorder families compared to normals. In: Vandereycken, W.; Kog, E.; Vanderlinden, J.

- (Hg.): The family approach to eating disorders. Assessment and treatment of anorexia nervosa and bulimia. New York: PMA Publishing Corp., S. 107–118.
- Laessle, R. G.; Uhl, H.; Lindel, B. (2001): Parental influences on eating behavior in obese and non-obese preadolescents. *Int. J. Eating Disord.* 30: 447–453.
- Laliberté, M.; Boland, F. J.; Leichner, P. (1999): Family climates: Family factors specific to disturbed eating and bulimia nervosa. *J. Cli. Psychol.* 55: 1021–1040.
- Larsson, B. J. (1991): Relationship of family communication patterns to Eating Disorder Inventory scores in adolescent girls. *J. Am. Diet. Assoc.* 91: 1065–1067.
- Levine, M. P.; Smolak, L.; Moodey, A. F.; Shumann, M. D.; Hessen, L. D. (1994): Normative developmental challenges and dieting and eating disturbances in middle school girls. *Int. J. Eat. Disord.* 15: 11–20.
- Lilenfeld, L. R.; Kaye, W. H.; Greeno, C. G. et al. (1998): A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Arch. Gen. Psychiatry* 55: 603–610.
- MacBrayer, E. K.; Smith, G. T.; McCarthy, D. M.; Demos, S.; Simmons, J. (2001): The role of family of origin food-related experiences in bulimic symptomatology. *Int. J. Eating Disord.* 30: 149–160.
- Marchi, M.; Cohen, P. (1990): Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 29: 112–117.
- Massing, A.; Reich, G.; Sperling, E. (1999): Die Mehrgenerationen-Familientherapie. 4. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- McClelland, L.; Crisp, A. (2001): Anorexia nervosa and social class. *Int. J. Eating Disord.* 29: 150–156.
- Minuchin, S.; Rosman, B.; Baker, L. (1978): Psychosomatische Krankheiten in der Familie. Stuttgart: Klett-Cotta (dt. 1983).
- Moreno, A.; Thelen, M. H. (1993): Parental factors related to bulimia nervosa. *Addictive behaviors* 18: 681–689.
- Pike, K. M.; Rodin, J. (1991): Mothers, daughters, and disordered eating. *J. Abnorm. Psychol.* 100: 198–204.
- Reich, G. (1992): Identitätskonflikte bulimischer Patientinnen. Klinische Beobachtungen zur inter- und intrapersonellen Dynamik. *Forum Psychoanal.* 8: 121–133.
- Reich, G. (2003a): Familientherapie der Essstörungen. Göttingen: Hogrefe.
- Reich, G. (2003b): Familienbeziehungen bulimischer Patientinnen. Eine Vergleichs-Studie zu Patientinnen mit Anorexia nervosa und einer nicht-essgestörten Kontrollgruppe. Heidelberg: Asanger.
- Reich, G.; Buss, C. (2002): Familienbeziehungen bei Bulimia und Anorexia nervosa. *Familiendynamik* 27: 231–258.
- Reiss, D. (1971): Varieties of consensual experience I. A theory for relating family interaction to individual thinking. *Fam. Process* 10: 1–28.
- Rozin, P.; Fallon, A.; Mandell, R. (1984): Family resemblance in attitudes to food. *Dev. Psychol.* 20: 309–314.
- Schloen, A. (1997): Familienfunktionalität und ihr Beitrag zur Entstehung eines gestörten Eßverhaltens bei Jugendlichen. Göttingen. Med. Diss.
- Schöll, I.; Reich, G. (1989): Psychoanalytisch-systemische Familientherapie bei Anorexie. *System Familie* 2: 101–109.
- Schmidt, U.; Tiller, J.; Treasure, J. (1993): Setting the scene for eating disorders: childhood care, classification and course. *Psychological Medicine* 23: 663–672.
- Selvini-Palazzoli, M. (1978): Magersucht. Stuttgart: Klett-Cotta (dt.: 1982).
- Scholz, M.; Asen, E. (2001): Multiple Family Therapy with eating disordered adolescents: Concepts and preliminary results. *Europ. Eating Dis. Rev.* 9: 33–42.
- Shoebridge, Ph.; Gowers, S. G. (2000): Parental high concern and adolescent-onset anorexia nervosa. A case-control study to investigate direction of causality. *Brit. J. Psychiatry* 176: 132–137.
- Sperling, E. (1965): Die „Magersuchtsfamilie“ und ihre Behandlung. In: Meyer, J. E.; Feldmann, H. (Hg.): Anorexia nervosa. Stuttgart: Thieme, S. 156–160.
- Stice, E. (1997): Modeling of eating pathology and social reinforcement of the thin-ideal predict onset of bulimic symptoms. *Behav. Res. Ther.* 26: 931–944.

- Teusch, R. (1988): Levels of ego development and bulimic's conceptualizations of their disorder. *Int. J. Eating Disord.* 7: 607–615.
- Wade, T. D.; Bulik, C. M.; Kendler, K. S. (2001): Investigation of quality of the parental relationship as a risk factor for subclinical bulimia nervosa. *Int. J. Eat. Disord* 30: 389–400.
- Waller, G.; Calam, R.; Slade, P. (1988): Family interaction and eating disorders. Do family members agree? *Br. Rev. Bulimia Anorexia Nervosa* 3: 33–40.
- Wallin, U.; Kronvall, P. (2002): Anorexia nervosa in teenagers: change in family function after family therapy, at 2-year follow-up. *Nord. J. Psychiatry* 56: 363–369.
- Ward, A.; Ramsay, R.; Turnbull, S.; Steele, M.; Steele, H.; Treasure, J. (2001): Attachment in anorexia nervosa: A transgenerational perspective. *British Journal of Medical Psychology* 74: 497–505.
- Weber, G.; Stierlin, H. (1989): In Liebe entzweit. Die Heidelberger Therapie der Magersucht. Reinbek b. Hamburg: Rowohlt.
- Webster, J. J.; Palmer, R. L. (2000): The childhood and family background of women with clinical eating disorders: a comparison with women with major depression and women without psychiatric disorder. *Psychological Medicine* 30: 53–60.
- Wewetzer, C.; Deimel, W.; Herpertz-Dahlmann, B.; Mattejat, F.; Remschmidt, H. (1996): Follow-up investigation of family relations in patients with anorexia nervosa. *European Child & Adolescent Psychiatry* 5: 18–24.
- Williams, G.-J.; Chamove, A. S.; Millar, H. R. (1990): Eating disorders, perceived control, assertiveness and hostility. *Br. J. Clin. Psychol.* 29: 327–335.
- Woodside, D. B.; Bulik, C. M.; Halmi, K. A.; Fichter, M. M. et al. (2002): Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders. *Int. J. Eating Disord.* 31: 290–299.

Korrespondenzadresse: Priv.-Doz. Dr. Günter , Ambulanz für Familientherapie und für Essstörungen, Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Göttingen, Humboldtallee 38, 37073 Göttingen; E-Mail: reich@gwdg.de