

Zusammenfassung

Die Autoren gehen davon aus, dass sexuelle Grenzverletzungen wie latenter und realer Inzest nicht als isolierte ätiologische Faktoren bei der Pathogenese von psychogenen Essstörungen zu betrachten sind, sondern ihrerseits als Symptome einer lange zurückreichenden Gestörtheit der familiendynamischen Konstellation aufgefasst werden können und auf diese zurückwirken. Diese Hypothese wird auf der Einzelfallebene und empirisch-statistisch überprüft. Hierzu werden eine an psychogenen Essstörungen leidende Patientengruppe mit Inzesterfahrungen ($n = 23$) und eine Gruppe ohne solche Erfahrungen ($n = 66$) miteinander verglichen.

Zusammenhänge zwischen sexuellen Grenzverletzungen und psychogenen Essstörungen

Sind sexuelle Grenzverletzungen ein ätiologischer Faktor für die Anorexia nervosa und Bulimia nervosa?

Hans Willenberg, Udo Porsch, Helmut Krauthauser und Sven Olaf Hoffmann
Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Das Erwachen des wissenschaftlichen Interesses für mögliche Zusammenhänge zwischen realen traumatisierenden Erfahrungen und psychogenen Essstörungen ist auf dem Hintergrund der Überschneidung zweier Themenkreise zu verstehen. Zum einen beschäftigen sich die populären Medien mit der angeblich epidemischen Zunahme der Bulimia nervosa und Anorexia nervosa, die als „neue Frauenkrankheit“ (Schwarzer 1987) stilisiert wurde. Zum anderen fand in den Massenmedien das „letzte Tabu“, also die heimliche Verletzung des Inzesttabus, immer größere Beachtung, was wohl nicht ganz unabhängig von vorausgehenden Publikationen im wissenschaftlichen Bereich (Miller 1979; Masson 1984) zu sehen ist.

Etwa beginnend mit der Mitte der 80er-Jahre wurde eine Reihe von Studien publiziert, die die Frage einer möglichen Verbindung zwischen Essstörungen und sexuellem Missbrauch aufwarfen. Dies schien plausibel, da einige Besonderheiten sowohl bei Patientinnen mit Essstörungen als auch bei solchen mit sexuellem Missbrauch auffielen. Dazu gehören ein geringes Selbstwertgefühl, Scham und eine negative Einstellung zum Körper und zur Sexualität (Welch u. Fairburn 1994). Auch an eine quasi reparative Funktion der Essstörung zur Bewältigung der er-

lebten Viktimisierung wurde gedacht (Goldfarb 1987). Erste, an größeren Populationen durchgeführte Studien beeindruckten durch die Häufigkeit unerwünschter sexueller Erfahrungen einschließlich realem Inzest, die auf den ersten Blick korrelative, wenn auch nicht kausale Zusammenhänge zwischen sexuellem Missbrauch und psychogenen Essstörungen evident zu machen scheinen.

So fanden Oppenheimer et al. (1985) in einer Population von 78 ambulanten Patientinnen mit Essstörungen 66% mit unerwünschten sexuellen Erfahrungen in der Vorgeschichte, davon 36 mit Familienangehörigen. Root et al. (1986) berichten über 172 bulimische Patientinnen, von denen 66% körperlich missbraucht, vergewaltigt, geschlagen oder sexuell belästigt worden seien. Steiger u. Zanko (1990) dagegen fanden, dass in einer Gruppe von 73 ambulanten Patientinnen, bei denen Essstörungen nach DSM-III (und zusätzliche Verlaufskriterien) vorlagen, 30% über sexuelle Traumata in der Kindheit berichteten. Davon hatten 6% eine restriktive Anorexia nervosa, 94% eine Bulimia nervosa. Der Anteil von Probandinnen mit kindlichem sexuellem Missbrauch und der Kontrollgruppe (Angst und affektiven Störungen) lag bei 33% in der gleichen Größenordnung. Connors u. Morse (1993) stellten fest, dass es im Überblick so scheinen mag, als seien 30% der Essgestörten in der Kindheit sexuellem Missbrauch ausgesetzt gewesen. Nach Auffassung der Autoren, die keine

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

System Familie (2000) 13: 51–58 © Springer-Verlag 2000

Connections between violation of sexual limits and psychogenic eating disorders. Are sexual boundary violations an etiological factor in anorexia and bulimia nervosa?

Hans Willenberg, Udo Porsch, Helmut Krauthauser and Sven Olaf Hoffmann

Summary

The authors postulate that in the pathogenesis of psychogenic eating disorders sexual boundary violations, including latent and actual incest, are not to be viewed as isolated etiological factors. They need instead to be understood as symptoms of a long-standing imbalance in the dynamics of the family constellation,

which, in turn, is affected by these symptoms. In the present study this hypothesis was tested empirically and statically and on the basis of individual case histories. Two groups of patients with psychogenic eating disorders consisting of one group with a history of incest (n = 23) and a second group without incest experience (n = 66) were compared.

exakte Definition der Art der Übergriffe angeben, entspricht diese Zahl jedoch der in der Normalbevölkerung anzutreffenden Rate.

Waller et al. (1993), die eine Gruppe von 100 Anorexia-nervosa-Patientinnen untersuchten, fanden lediglich bei den Patienten eine Häufung von Berichten über sexuellen Missbrauch, die nicht nur hungerten, sondern auch Laxanzienabusus betrieben und selbst induziert erbrachen.

Nach einer Studie von Calam u. Slade (1989) war die einzige Form unerwünschter sexueller Erfahrungen, die mit späteren Essstörungen korrelierte, sexueller Verkehr vor dem Alter von 14 Jahren, wobei Essstörungssymptome da am ausgeprägtesten waren, wo Probandinnen mit intrafamiliärem Missbrauch mit solchen ohne derartige Erfahrungen verglichen wurden.

Auf einen grundlegenden Mangel in der bisherigen Forschung über Kindesmisshandlung weisen Starr et al. (1991) hin. Nach ihrer Ansicht spricht generell nichts für eine Eins-zu-Eins-Beziehung zwischen Entwicklungsgeschichte und dem Verhalten im Erwachsenenalter. Sie stellen der simplen „correspondence theory“ einen „life-span developmental approach“ gegenüber, in dem die interaktive Komplexität des Selbst-Systems zum ökologischen Kontext, in dem das Individuum

sich entwickelt, in Beziehung gesetzt wird. Zu einem vergleichbaren Resultat kommen Kinzl et al. (1994) aufgrund einer Fragebogenstudie an einer nichtklinischen Population (n = 202).

In einer methodenkritischen Literaturübersicht belegen Pope u. Hudson (1992), dass aufgrund der vorliegenden Studien kein Hinweis darauf besteht, dass der sexuelle Missbrauch ein Risikofaktor für die Entwicklung einer Bulimia nervosa ist. In einer eigenen Studie kommen die gleichen Autoren (Pope u. Hudson 1992) dennoch zu folgendem Ergebnis: Sexueller Missbrauch in der Vorgeschichte ist durchaus als Risikofaktor für eine Bulimia nervosa anzusehen, zumindest dann, wenn das Kriterium eines körperlichen Kontaktes erfüllt ist. Andererseits war sexueller Missbrauch in der Gruppe der Essgestörten genauso häufig wie in der Gruppe der Frauen mit allgemeinen psychiatrischen Erkrankungen. Die Gruppe der aus allgemeinärztlichen Praxen rekrutierten Essgestörten unterschied sich nicht von denen, die sich in klinischer Behandlung befunden hatten. Dies sprach gegen die Hypothese, dass sexueller Missbrauch ein spezifischer Risikofaktor für die Entwicklung einer Bulimia nervosa ist. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass sexueller Missbrauch einen generellen Risikofaktor für die Entwicklung psy-

chiatrischer Störungen (einschließlich Bulimia nervosa) bei jungen erwachsenen Frauen darstellt. In die gleiche Richtung weist die Arbeit von Mullen et al. (1993). Die Autoren fassten alle Formen sexuellen Missbrauchs zusammen und fanden keinen Unterschied zur Inzidenz bei anderen psychischen Störungen. Wurde Missbrauch jedoch auf das Kriterium tatsächlich stattgefundenen sexuellen Verkehrs eingengt, erschien er als deutlicher Risikofaktor für eine Essstörung.

Stand der Forschung

Die vorliegende Literatur legt folgende Schlussfolgerungen nahe:

- Zwischen sexuellem Missbrauch und der späteren Inzidenz psychogener Essstörungen ist kein linear-kausaler Zusammenhang anzunehmen. Die Pathogenese ist als ein übergeordnetes komplexes Verursachungsgefüge zu sehen, in dem traumatische Faktoren bisher wohl unterschätzt wurden.
- Missbrauchserfahrungen haben vielfältige Auswirkungen, Funktionen und Bedeutungen:
 - im Sinne eines kausalen oder konditionalen Faktors im Gefüge anderer,
 - als „Symptom“ einer bereits lange vor dem Missbrauchereignis als pathologisch anzusehenden Familiendynamik.
- Es ist von einem Dunkelfeld sexuell missbräuchlicher Vorkommnisse insbesondere innerhalb der Familie auszugehen. Dies liegt vor allem daran, dass es sich um z. T. strafrechtlich relevante, schambesetzte und daher Abwehrmechanismen, wie etwa dissoziativen Vorgängen, unterliegende Geschehnisse handelt.
- Eine Erhöhung der Inzidenz von sexuellen Missbrauchserlebnissen ist am ehesten bei der Bulimia nervosa zu vermuten. Die pathogene Wirkung des Missbrauchs wird bei Essstörungen erhöht, wenn körperlicher Kontakt bzw. realer Verkehr stattgefunden hat.
- Es ist jeweils eine genauere Verständigung über die unterschiedlichen Erscheinungsformen sexueller Übergriffe und deren Bezeichnung erforderlich.

Begriffsbestimmung

Sexueller Missbrauch. Unter sexuellem Missbrauch wird eine gewaltsame psychische oder physische Verletzung der personalen Integrität durch fremde oder aus dem näheren oder nächsten sozialen Umkreis des Opfers stammende Täter verstanden. Hierbei kann es sich um unmittelbare physische oder mittelbar psychische Gewaltausübungen (z. B. durch Drohungen) zum Erzwingen sexueller Vorgänge handeln. Der Begriff umfasst auch subtilere Formen unmittelbaren oder mittelbaren Zwangs, die dem Täter zum Erreichen von für ihn mit sexuellen Implikationen verbundenen Zielen dienen.

Inzest. Dieser Begriff bezeichnet den sexuellen Missbrauch in der Familie. Die sexuellen Handlungen sind, so Hirsch (1994), nicht auf den vollendeten Beischlaf eingeengt. Gemeint sind auch genitale Berührungen, oral-genitaler Kontakt sowie exhibitionistische und voyeuristische Handlungen.

Inzest ist „intrafamiliäre Sexualität zwischen starken und schwachen, Ausbeutenden und Ausgebeuteten. Es handelt sich um eine Form der Kindesmisshandlung, bei der weniger offene, aber immer wenigstens subtile Gewalt angewendet wird ... er hat spezifische Ursachen und eine bestimmte Funktion innerhalb einer charakteristischen Familiendynamik.“ (Hirsch 1994, S. 9)

Latenter Inzest. Braun-Scharm et al. (1989) unterscheiden zwischen der „Inzest-Familie“ im engeren Sinne und der „inzestoiden Familie“ als einem Ort psychosexueller Fehlentwicklungen. Entsprechende Konstellationen werden mit dem Begriff „latenter Inzest“ (Hirsch 1994, S. 198f.) bezeichnet: „Im Falle einer nicht konkret ausagierten, jedoch gleichwohl vorhandenen pathogenen übermäßigen Sexualisierung der Beziehung zum Kind vonseiten eines Elternteils aufgrund dessen inzestuöser Fantasie spreche ich von latentem Inzest, ein Bereich, der einerseits noch im Bereich der Fantasie liegt, aber auch bereits eine pathogene Wirklichkeit darstellt.“

Unsere Untersuchung wird sich auf die beiden letztgenannten Formen sexueller Grenzüberschreitung beziehen.

Tabelle 1

Diagnostische Subgruppen

Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	Atypische Essstörung
n = 42, Ø 23,2 Jahre	n = 29, Ø 23,4 Jahre	n = 14, Ø 29,2 Jahre

Beschreibung der Stichprobe

Es wurden 85 Patientinnen und 4 Patienten (Durchschnittsalter 25,3 Jahre) im Rahmen der vorstationären Diagnostik in einer psychosomatischen Universitätsklinik untersucht. (Wegen des geringen Anteils männlicher Patienten wird im Folgenden von der Gesamtgruppe der Kürze halber als „den Patientinnen“ gesprochen.)

Die Untersuchung der Patientinnen wurde in mehreren Sitzungen mit der modifizierten Methode des offenen psychoanalytischen Erstgesprächs von analytisch weitergebildeten Psychotherapeuten geführt. Die Patientinnen wurden zunächst zur freien Gestaltung der Gesprächssituation angeregt, um ein „szenisches Verstehen“ (Argelan-der 1970) zu ermöglichen. Die Modifikation bestand darin, dass die Interviewer sich in den dem Erstkontakt nachfolgenden Sitzungen um möglichst umfassende Informationen zur biographischen Anamnese, insbesondere zur Atmosphäre und Dynamik in der Herkunftsfamilie bemühten. Die Untersuchung wurde bei Patientinnen, die in einer Partnerschaft lebten, durch Paargespräche und bei Patientinnen, die noch in engem Kontakt mit der Herkunftsfamilie standen, durch Familiensitzungen ergänzt. Ferner wurde der Gießen-Test (Beckmann et al. 1983) vorgelegt.

Einschlusskriterien (Symptomatik)

Einschlusskriterien waren ein Gewichtsspektrum von extremer Kachexie bis zum geringfügigen Überschreiten des Normgewichts sowie Essstörungen, die vom restriktiven Einhalten von Diäten bis zu regelmäßigen Essanfällen reichten, sofern letztere von Gewichtskontrollmethoden wie selbst induziertem Erbrechen, Laxanzien- oder Diuretikaabusus gefolgt wurden. Nicht berücksichtigt wurden Patienten, bei denen die Ess- und Gewichtsstörungen

als Symptome anderer Erkrankungen (z. B. depressive Störungen, funktionelle Oberbauchbeschwerden) anzusehen waren.

Hinsichtlich der Symptomatik wurden die Patientinnen und Patienten (Durchschnittsalter 25,3 Jahre) 3 diagnostischen Subgruppen zugeordnet (Tabelle 1).

Die 1. Gruppe erfüllt die Kriterien einer restriktiven Anorexia nervosa (ICD-10: F 50.00), die 2. Gruppe die einer Bulimia nervosa (ICD-10: F 50.2).

Die ICD-10 nennt die „krankhafte Furcht davor, dick zu werden“ als ein diagnostisches Kriterium der Bulimia nervosa. Bei der Anorexia nervosa wird von einer Angst, die „als eine tief verwurzelte überwertige Idee“ besteht, gesprochen.

Bei den als atypisch etikettierten Störungsbildern, die der 3. Gruppe zugeordnet wurden, wird dieses Kriterium nicht eindeutig erfüllt.

Wegen der geringen Fallzahl soll diese atypische Gruppe genauer beschrieben werden:

Von den 14 Patientinnen waren 12 untergewichtig, der größere Teil davon ausgeprägt kachektisch. Eine Patientin war normgewichtig, eine andere lag leicht über dem zu erwartenden Normgewicht.

Zehn Patientinnen sprachen davon, insbesondere nach dem Essen unter Übelkeit zu leiden und zu unwillkürlichem Erbrechen zu neigen. Der Verdacht, dass es sich um zumindest vorbewusst intendierte Gewichtskontrollmethoden handelte, war weder zu belegen noch sicher auszuräumen. Zwei Patientinnen berichteten, dass sie ein häufiges postprandiales Völlegefühl mit Laxanzien zu bekämpfen versuchten. Fünf gaben an, „normal“ zu essen, ohne sich ihr Untergewicht erklären zu können. Auch hier war nicht restlos auszuschließen, dass es sich bei der als „normal“ deklarierten Ernährung um habituelle Diäten handelte. Neun sprachen davon, wegen der habituell

zu erwartenden Übelkeit oder des Völlegefühls wenig zu essen, 3 davon räumten gelegentliche Heißhungerattacken ein, 1 Patientin gestand ein, Appetitzügler einzunehmen, um postprandiale Beschwerden von vornherein zu vermeiden.

Bei 2 Patientinnen wurde Analgetikaabusus, bei einer von ihnen eine Polytoxikomanie eruiert, bei einer weiteren bestand der Verdacht hierauf. Zwei Patientinnen wurden verdächtigt, sich heimlich selbst zu schädigen, 2 hatten zusätzlich eine Zwangsstörung, 3 zeigten eine depressive Symptomatik, 1 davon mit mehreren vorausgegangenen Suizidversuchen.

Wegen der großen phänomenalen Ähnlichkeit der recht kleinen atypischen und der größeren anorektischen Gruppe erschien es sinnvoll, beide zusammenzufassen. In der statistischen Auswertung werden somit eine anorektische und eine bulimische Subgruppe unterschieden.

Sexuelle Grenzverletzungen

Der Verdacht auf sexuelle Grenzverletzungen tauchte bei den meisten Fällen bereits im Erstgespräch auf und konnte manchmal auch sofort bestätigt werden. Bei einigen Patientinnen wurde erst in einem Familiengespräch die inzestuöse Familienatmosphäre erkennbar.

Insgesamt war bei 23 Patientinnen und 1 Patienten der gesamten Stichprobe von sexuellen Grenzüberschreitungen in der Herkunftsfamilie auszugehen.

Realer Inzest

Bei 9 Patientinnen kann von *Inzest* im engeren Sinne gesprochen werden.

Drei Patientinnen berichteten von Geschlechtsverkehr mit dem

- Vater im Alter von 8–17 Jahren¹
- Stiefvater im Alter von 10–13 Jahren,
- Onkel im Alter von 9–11 Jahren.

Eine Patientin spricht über eine versuchte Vergewaltigung durch einen Onkel mit 12 Jahren, woraufhin die Tante ihr Schweigegegeld gab. Zuvor

¹ Die gekennzeichneten Fälle wurden an anderer Stelle (Willenberg 1997) als ausführlichere Kasuistiken dargestellt

war sie von ihrem Vater in eine vor der Mutter geheim gehaltene sexuelle Affäre eingeweiht worden.

Eine Patientin war mit 18 Jahren häufigen sexuellen Übergriffen ausgesetzt, wenn sie ihren betrunkenen Vater ins Bett bringen musste (Beginn der Essstörung mit 21 Jahren). Eine andere Patientin war in der Pubertät von ihrem Stiefvater sexuell bedrängt worden, woraufhin sie in einem Fall anschließend einen Suizidversuch unternahm.

Bei einer Patientin, die von ihrem ihr bislang unbekanntem Vater mit 12 Jahren aus dem Heim geholt worden war und bei dem sie bis zu ihrer Flucht aus dem Osten mit 17 Jahren lebte, entstand der hochgradige Verdacht auf eine inzestuöse Beziehung, der von der Patientin jedoch nicht explizit bestätigt wurde.

Eine Patientin hatte diffuse Erinnerungen an gewalttätige sexuelle Übergriffe durch den Vater, als sie ein sehr kleines Mädchen war. Später hatte sie, wenn sie als Gelegenheitsprostituierte aus ihrer Ehe ausbrach, die Wunschvorstellung, ihr Vater würde zu ihr als „Freier“ kommen. Eine Patientin pflegte in der Kindheit und frühen Jugend zum Vater ins Bett zu schlüpfen, das die Mutter dann umgehend verließ. Die Mutter belästigte sie ihrerseits mit Klagen, dass der Vater sich mit Pornofilmen stimuliere. Die Schwester sprach über unmittelbare genitale Kontakte zum Vater. Bei einer weiteren Patientin bestand der unabwiesbare Verdacht auf sexuelle Kontakte mit dem Vater in der Präpubertät.

Latenter Inzest

Bei den letztgenannten Fällen zeigt sich, dass die Grenzen zwischen realem und latentem Inzest fließend sind. Im Folgenden sollen nur einige charakteristische Beispiele für eine inzestuöse Familienatmosphäre bzw. latenten Inzest skizziert werden.

In einer Familie entstand eine erotisierte Atmosphäre dadurch, dass der Vater sich seit der Pubertät der Tochter äußerst befangen zeigte und körperliche Nähe mied. Im Familiengespräch berichten Mutter und Tochter amüsiert, wie die Tochter mit 12 Jahren den Vater dazu bringen wollte, mit ihr „Zungenküsse zu üben“. Mehrfach findet

sich das Abwechseln oder Nebeneinanderbestehen von strenger Lust- und Körperfeindlichkeit und intrusiven Verhaltensweisen, die keine Grenzen respektieren. So bezeichnete es ein Vater als seine Pflicht, den Ernährungszustand seiner Tochter zu überprüfen, indem er sie durch das Schlüsselloch der Badezimmertür beobachtet oder andere Gelegenheiten nutzt, sie gegen ihren Willen unbedeckt zu sehen. Ein Vater ließ seine Tochter, die er wie einen Fetisch idolisierte, an seinen transvestitischen und homosexuellen Neigungen Anteil nehmen. Manche Väter schwenken von einer herzlichen Beziehung zur Tochter um zu heftiger Eifersucht mit inquisitorischen Fragen und detaillierten Unterstellungen.

Der einzige männliche Fall mit Hinweisen auf sexuelle Grenzverletzungen zeigte insofern eine Besonderheit, als er versuchte, eine erotisierte inzestuöse Atmosphäre aktiv herzustellen. Seit dem Tod seines Vaters, als er 13 Jahre alt war, begreift er sich, obwohl jüngster unter anderen Geschwistern, als Vertreter des Vaters. Wenn er mit der Mutter alleine im Haus ist, versucht er, inzwischen volljährig, die Mutter z. B. dadurch in verfangliche Situationen zu bringen, dass er die Tür offen lässt, wenn er Pornovideos betrachtet. Ob er in der Kindheit oder frühen Jugend selbst Opfer sexueller Übergriffe geworden war, ließ sich nicht klären.

Die „familiendynamische Verlaufsgestalt“

Hierbei handelt es sich um ein Modell, das aufgrund von Beobachtungen in der Behandlung ess- und gewichtsgestörter Patientinnen entwickelt und erstmals anhand einer Fallstudie (Willenberg 1986) dargestellt wurde und dessen klinische Evidenz in ihren Grundzügen empirisch bestätigt werden konnte (Willenberg et al. 1998). Es geht davon aus, dass das Verständnis der Ätiologie der Ess- und Gewichsstörungen eine längsschnittliche Betrachtung der Gesamtheit der familiendynamischen und soziokulturellen Entwicklungsbedingungen, also deren „Verlaufsgestalt“ (Sander 1928; Klemm 1936) erfordert. Die gehäuft auftretenden Entwicklungsmerkmale, deren be-

sonderes Gewicht nur im Zusammenspiel mit anderen Faktoren wirksam werden kann und denen, jeweils isoliert betrachtet, keine Spezifität zugeschrieben wird, sollen nachstehend kurz skizziert werden.

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 (Buchholz u. Dümpelmann 1993, S. 71) Vielfach hatten ungünstige äußere Umstände oder Erkrankungen der Mutter die frühen Entwicklungsbedingungen des Kindes beeinträchtigt.

Vater als Alternativobjekt

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.

Wunsch, ein Junge zu sein

Manche Mädchen erinnern sich nicht nur an den ausdrücklichen Wunsch, ein Junge zu sein, sondern daran, dass sie in der Fantasie lebten, „*Vaters Sohn*“ zu sein. Dabei scheint der Vater weniger die Bedeutung eines Muttersubstituts, sondern eher die eines Objekts gehabt zu haben, das von der als unsicher und bedrohlich erlebten Mutterimago klar unterschieden werden kann.

Andere Alternativobjekte außer dem Vater

Enge Bindungen an Geschwister, Freunde oder früh eingegangene Partnerschaften können einer bedeutsamen Beziehung zum Vater entsprechen oder an deren Stelle treten.

Erschütterung der „Vater-Sohn-Fiktion“

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.

Durch Lebensereignisse, die den Vater betreffen. 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 veränderten. Solche Ereignisse sind z. B. Arbeitsplatzverlust, verstärkter Alkoholkonsum, Erkrankungen, Invalidisierung, Aufdeckung außerehelicher Verhältnisse etc. In den Augen der Tochter büßt der Vater damit seine Funktion als Halt bietendes Alternativobjekt ein, was als Wiederholung der frühen Erfahrung eines mangelnden Urvertrauens erlebt werden kann.

Getarntes Bündnis mit dem Vater (postpubertär)

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 (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.

Autonomietendenzen

Bei einigen Patientinnen fällt auf, dass sie nach der Pubertät inner- und außerhalb der Familie eine möglichst unabhängige Position anstreben, ohne dass erkennbar wird, in welchem Zusammenhang dies mit der Beziehung zum Vater steht.

Spätmanifestationen

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

Weitere begünstigende Gegebenheiten

Folgende andere die Erkrankung begünstigende Gelegenheiten kommen in Betracht:

- In der Familie herrscht eine Atmosphäre, in der einer Störung des Essverhaltens und des Gewichts 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).

Hypothese

Wir gehen davon aus, dass sexuelle Grenzverletzungen nicht als isolierbare pathogene Ereignisse, sondern ih-

rerseits als Symptom einer gestörten Familiendynamik aufzufassen sind. Demnach ist zu vermuten, dass sich die familiendynamischen Grundmuster, die als charakteristisch für die Biographie ess- und gewichtsgestörter Patientinnen angesehen werden, dann voneinander unterscheiden, wenn Patientinnen mit sexuellen Grenzverletzungen in der Vorgeschichte mit solchen ohne derartige Erfahrungen verglichen werden.

Methode

Deskriptive Auswertung („familiendynamische Verlaufsgestalt“)

Aufgrund der Auszählung ergab sich ein beeindruckend hoch erscheinender prozentualer Anteil der Fälle, bei denen zumindest einige der Beziehungskonstellationen als erfüllt anzusehen waren. So trafen „Störung der basalen Sicherheit“ bei 69,6%, „Vater als Alternativobjekt“ bei 69,8% und „den Vater betreffende Lebensereignisse“ bei 67,4% zu. Bei 39,9% zeigte sich ein zeitlicher Zusammenhang zwischen diesen Ereignissen und der Erstmanifestation oder Verschlimmerung der Erkrankung. Von einer „getarnten Fortführung der präpubertären Vater-Tochter-Beziehung“ war in 48,3% der Fälle zu sprechen.

Die Auszählung qualitativer klinischer Beobachtungen ist ein vornehmlich heuristisches Vorgehen. Die eindrucksvoll wirkenden Ergebnisse könnten vorschnell als Bestätigung der klinischen Evidenz angesehen werden. Die im Ergebnisteil dargestellte differenziertere statistische Auswertung legt jedoch eine vorsichtiger Interpretation nahe (Willenberg et al. 1998)!

Statistische Auswertung

Die Gruppe mit latentem und realem Inzest (Gruppe I) wurde mit Gruppe II (ohne derartige Erfahrungen) hinsichtlich des Alters, der Symptomatik, der Selbsteinschätzung im Gießen-Test und der familiendynamischen Merkmale verglichen. Für diese kategorial kodierten Variablen wurden zur Deskription Häufigkeitsauszählungen sowie für inferenzstatistische Zwecke χ^2 -

Tests mit Prüfgröße nach Pearson verwendet. Für relevante Befunde werden die Kontingenztafeln der Verteilungen im Text wiedergegeben. Für die Gießen-Test-Skalen, die als rangskaliert aufzufassen sind, wurde der Mann-Whitney-U-Test für den Vergleich unabhängiger Gruppen herangezogen. Das Signifikanzniveau wurde in den üblichen Grenzen festgelegt, d. h. $p < 0,05$. Tendenziell bedeutsame Befunde ($0,1 < p < 0,05$) werden wegen des explorativen Charakters der Studie ebenfalls mitgeteilt.

Ergebnisse

Hinsichtlich des Alters unterscheidet sich Gruppe I nicht von der Vergleichsgruppe.

Bei der Diagnosegruppe mit anorektischer Essstörung trat das Merkmal „inzestuöse Erfahrungen“ seltener, bei der bulimischen Gruppe häufiger auf als statistisch erwartet. Stellt man die beiden Diagnosegruppen hinsichtlich der Verteilung der Gruppen I und II einander gegenüber, ergibt sich das in Tabelle 2 dargestellte Bild.

Tabelle 2 zeigt, dass inzestuöse Erfahrungen in der Bulimiegruppe häufiger auftreten, als es dem statistisch zu erwartenden Wert (in Klammern) entspricht. Dieses Ergebnis hat zumindest eine tendenzielle statistische Bedeutsamkeit: $\chi^2 (1,89) = 2,76, p = 0,096$.

Hinsichtlich der familiendynamischen Variablen ergaben sich folgende Unterschiede zwischen Gruppe I und II:

- Ein signifikantes Ergebnis zeigt sich hinsichtlich der Variable „Störung der basalen Sicherheit“: In Gruppe I zeig-

ten gemäß Kontingenztafel 22 Patienten Hinweise auf eine „Störung der basalen Sicherheit“ (erwartet: 18,9). Lediglich bei einer Patientin fand sich kein Hinweis (erwartet 4,1)! In Gruppe II waren demgemäß Hinweise auf eine frühe Störung mit 51 (erwartet 54,1) deutlich seltener als erwartet: $\chi^2 (1, n = 89) = 3,91, p = 0,048$.

- „Wunsch, ein Junge zu sein“: Die Patientinnen, die in einer Atmosphäre latenten Inzests aufgewachsen waren, hatten diesen Wunsch in ihrer Kindheit und Jugend häufiger (9; erwartet 5,4) bzw. sie verneinten ihn seltener (14; erwartet 17,6). In der Gruppe ohne latenten Inzest trat dieser Wunsch deutlich seltener auf (12; erwartet 15,6) bzw. der Wunsch wurde häufiger verneint (54; erwartet 50,4): $\chi^2 (1,89) = 4,15, p = 0,042$.

- „Alternativobjekte außer dem Vater“: 14 Patientinnen aus Gruppe I (erwartet 9,6) hatten derartige Bezugspersonen, 9 (erwartet 13,4) dagegen nicht. In Gruppe II hatten 23 (erwartet 37,4) eine Bezugsperson außer dem Vater, bei 43 (erwartet 38,6) war dies nicht der Fall: $\chi^2 (1,89) = 4,75, p = 0,029$.

- „Getarntes Bündnis mit dem Vater (postpubertär)“: In Gruppe I bestand ein „Geheimbündnis“ zwischen Vater und Tochter postpubertär in 15 Fällen fort (erwartet 11,1). Dieser Umstand wurde seltener als erwartet verneint (8; erwartet 11,9). In der Vergleichsgruppe war ein solches Bündnis seltener (28; erwartet 31,9), bzw. es wurde häufiger verneint (38; erwartet 34,1). Dieser Zusammenhang ist als tendenziell bedeutsam anzusehen: $\chi^2 (1, n = 89) = 3,59, p = 0,060$.

Tabelle 2

Gegenüberstellung der Diagnosegruppen hinsichtlich der Verteilung der Gruppen I und II

Gruppe	Anorexia nervosa und atypische Essstörungen	Bulimia nervosa	Gesamt
Gruppe I mit sexuellen Grenzverletzungen	12 (15,2)	11 (7,8)	n = 23 25,8%
Gruppe II keine sexuellen Grenzverletzungen	47 (43,8)	19 (22,2)	n = 66 74,2%
Gesamt	n = 59 66,3%	n = 30 33,7%	

• „Autonomietendenzen“: Anamnestische Hinweise auf das Bemühen, in der Familie eine möglichst unabhängige Position anzustreben, gab es in Gruppe I mit 9 Fällen häufiger als erwartet (5,9), bzw. eine derartige Konstellation wurde mit 14 seltener als erwartet (17,1) verneint. In Gruppe II traten Autonomiebestrebungen seltener auf (14; erwartet 17,1) bzw. wurden häufiger negiert (52; erwartet 48,9). Der statistische Zusammenhang kann ebenfalls nur als Tendenz verstanden werden: $\chi^2(1,89) = 2,88, p = 0,091$.

• Der Gießen-Test zeigt in Skala 3 („Kontrolle“) beim Vergleich der Mittelwerte beider Gruppen einen tendenziell bedeutsamen Unterschied: Gruppe I: $M = 47,58$ ($SD = 11,19, n = 17$), Gruppe II: $M = 52,83$ ($SD = 10,75, n = 58$). $U = 355,0, n = 75, p = 0,080$.

Dies spricht dafür, dass Patienten mit sexueller Traumatisierung sich im Gießen-Test als unkontrollierter, die andere Gruppe ohne diese Traumatisierung als zwanghafter darstellen.

Diskussion

Die Ergebnisse zeigen in einigen Parametern deutliche Unterschiede zwischen der Gruppe essgestörter Patientinnen mit latentem oder realem Inzest in der Herkunftsfamilie und solchen, bei denen auf derartige traumatische Erfahrungen keine Hinweise bestanden.

In der Bulimiegruppe finden sich mehr Patientinnen mit derartigen Erfahrungen, als es statistisch zu erwarten wäre. Dieses Ergebnis bestätigt den in der Literaturübersicht erwähnten Kenntnisstand.

Auf die Besonderheiten der Bulimiegruppe dürfte auch der signifikante Unterschied zwischen den belasteten (Gruppe I) und den unbelasteten Patientinnen (Gruppe II) in der Skala 3 („Kontrolle“) im Gießen-Test zurückgehen. Bei einem Vergleich der diagnostischen Subgruppen hatten sich die bulimischen Patientinnen hochsignifikant ($p < 0,001$) unkontrollierter gezeigt als die eher zwanghaften anorektischen Patientinnen. Dies könnte einerseits als Auswirkung der höheren

Belastung dieser Subgruppe mit sexuellen Übergriffen interpretiert werden. Entsprechend ihrer Hypothese erscheint es den Autoren näher liegend, die Übergriffe als Ausdruck der insgesamt problematischeren Familienkonstellation bei später bulimischen Patientinnen anzusehen, wobei hierdurch das pathogene Klima nochmals verstärkt wird.

Für die Gültigkeit dieser Annahme für die gesamte Stichprobe essgestörter Patienten spricht auch, dass die mit sexuellen Übergriffen belastete Gruppe I, die Fälle aus allen diagnostischen Subgruppen umfasst, bis auf eine einzige Ausnahme durchweg Hinweise auf eine frühe Störung der basalen Sicherheit zeigten.

Dieses Merkmal ist wiederum bei bulimischen (Willenberg et al. 1998) öfter als bei anorektischen Patientinnen festzustellen.

Wenn eine Mutter einem Kind keine basale Sicherheit vermitteln kann, ist hierin bereits der Ausdruck einer gestörten elterlichen Konstellation zu vermuten; wenn die Mutter als Partnerin keinen Rückhalt hat, kann sie ihrem Kind nur bedingt als hinreichend gute Mutter zur Verfügung stehen. Es ist zu vermuten, dass hierdurch nicht nur die individuelle Weiterentwicklung des Kindes, sondern auch die weitere Entwicklung der Familiendynamik, insbesondere die Beziehung der Partner und ihre Rollenverteilung als Eltern, beeinflusst werden.

Wenn in der belasteten Gruppe I der Wunsch, ein Junge zu sein präpubertär häufiger als statistisch erwartet auftritt und darüber hinaus über wichtige Bezugspersonen neben dem Vater berichtet wurde, könnte dies so gewertet werden, dass den später an einer Essstörung erkrankenden Kindern die Nähe zum Vater „nicht geheuer“ war und Mädchen sich vorstellten, dass sie sich als Jungen sicherer fühlen könnten. Die Tatsache, dass sich aber gerade diese Fälle in der Gruppe finden, bei der später eine inzestuöse Belastung wirksam wurde, verweist wiederum darauf, dass diese Bemühungen, sich zu schützen, wenig erfolgreich waren. Andererseits könnte dieser Wunsch auch als Zeichen einer sehr weitgehenden Identifikation mit dem Vater und der äußeren Annäherung an ihn gewertet werden,

Fazit für die Praxis

Die Frage, in welchem Maße sexuelle Traumatisierungen in der Herkunftsfamilie als ätiologischer Faktor zu bewerten sind, ist für die psychotherapeutische, zumal die familientherapeutische Praxis von weitreichender Bedeutung.

Die Autoren stellen aufgrund einer Literaturübersicht fest, dass bei psychogenen Essstörungen sexuelle Grenzverletzungen in der Vorgeschichte im Vergleich zu anderen Populationen nicht häufiger berichtet werden, also keinen für dieses Krankheitsbild spezifischen Risikofaktor darstellen. Es ist daher gerechtfertigt, im Umgang mit Familien Hinweise, die auf sexuelle Grenzüberschreitungen hindeuten könnten, kritisch zu betrachten, ohne vorschnell einen weitreichenden Verdacht zu äußern.

Die Schlussfolgerung der vorliegenden Untersuchung ist, dass die Grenzverletzung bei der real traumatisierten Subgruppe essgestörter Patientinnen nicht als isolierte Ursache der späteren Erkrankung zu bewerten ist, sondern als eine der Folgen der pathologischen Familiendynamik, die hierdurch zusätzlich pathogen wirkt. Die vorrangige Fokussierung auf die traumatischen Ereignisse und den Aspekt der Relation von Opfer und Täter erscheint unzureichend. Das therapeutische Vorgehen sollte sich daher mehr von der Würdigung der Familiendynamik und individuellen Psychodynamik in ihrer umfassenden historischen Dimension leiten lassen.

wodurch seinerseits sexuelle Wünsche gefördert werden könnten.

Die tendenzielle Häufung von Fällen mit „Autonomietendenzen“ könnte als Versuch gewertet werden, die zuvor passiv erlebte Überschreitung der Grenzen kompensatorisch durch aktive Grenzziehungen und die Beherrschung des Familiensystems zu bewältigen.

Unter dem Aspekt des Misslingens oder des Fehlens hinreichender protektiver Faktoren wie tragfähiger Beziehungen außerhalb der Familie ist es dann auch zu verstehen, dass sich Pa-

tientinnen mit einem *postpubertären* „Geheimbündnis“ mit dem Vater wieder gehäuft in der belasteten Gruppe finden.

Die Hypothese, dass eine inzestuöse Erfahrung nicht als kausaler Faktor für die Pathogenese einer Essstörung isoliert zu betrachten ist, sondern als Symptom einer bereits zuvor gestörten Familiendynamik, dem die Funktion eines weiteren Risikofaktors zukommt, wird durch die hier diskutierten Ergebnisse bekräftigt.

Ferner könnte der dieser Untersuchung u. a. zugrunde gelegte Ansatz der „Familiendynamischen Verlaufsgestalt“ (Willenberg et al. 1998) als kompatibel mit der Auffassung von Starr et al. (1991) angesehen werden, die fordern, der simplen „correspondence theory“ einen „life-span developmental approach“ gegenüberzustellen, in dem die interaktive Komplexität des Selbst-Systems zum ökologischen Kontext, in dem das Individuum sich entwickelt, in Beziehung gesetzt wird.

Folgen möchten wir auch der Auffassung von Starr et al. (1991), wonach die generalisierungsfähigen Aussagen empirischer Studien durch den stärker individualisierenden Aspekt von Einzelfallstudien ergänzt werden sollten (Willenberg 1997).

Literatur

- Braun-Scharm H, Frank R (1989) Die inzestoiden Familie. *Acta Paedopsychiat* 52:134–142
- Buchholz MB (1991) Die Regression der Triade. Über die Bedeutung des Vaters bei der Magersucht. *Forum Psychoanal* 7:47–61
- Argelander H (1970) Das Erstinterview in der Psychotherapie. *Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt*
- Calam RM, Slade PM (1989) Sexual experiences and eating problems in female undergraduates. *Int J Eat Disord* 8:391–397
- Connors ME, Morse W (1993) Sexual abuse and eating disorders: a review. *Int J Eat Disord* 13:1–11
- Goldfarb LA (1987) Sexual antecedent to anorexia nervosa, bulimia, and compulsive overeating: three case reports. *Int J Eat Disord* 6:675–680
- Hirsch M (1994) *Realer Inzest. Psychodynamik sexuellen Mißbrauchs in der Familie.* Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Kinzl JF, Traweger C, Guenther V, Biebl W (1994) Family background and sexual abuse associated with eating disorders. *Am J Psychiat* 151:1127–1131
- Oppenheimer R, HoWells R, Palmer RL, Chaltonner DA (1985) Adverse sexual experience in childhood and clinical eating disorders: a preliminary description. *J Psychiat Res* 19:357–361
- Masson JM (1984) Was hat man dir du armes Kind getan? Sigmund Freuds Unterdrückung der Verführungstheorie. Rowohlt, Reinbek
- Miller A (1979) Das Drama des begabten Kindes und die Suche nach dem wahren Selbst. Suhrkamp, Frankfurt
- Mullen PE, Romans-Clarkson SE, Walton VA, Herbison GP (1988) Impact of sexual and physical abuse on women's mental health in adult life. *Lancet* 16:841–845
- Pope HG, Hudson J (1992) Is sexual abuse a risk factor for bulimia nervosa? *Am J Psychiat* 149:455–463
- Root M, Fallon P, Friedrich W (1986) *Bulimia: system approach to treatment.* Norton, New York
- Schwarzer A (1987) *Durch dick und dünn.* Rowohlt, Reinbek
- Starr RH, MacLean DJ, Keating DP (1991) Life-span developmental outcomes of child maltreatment. In: Starr RH, Wolfe DA (eds) *The effects of child abuse and neglect. Issues and research.* Guilford, London, New York, pp 1–32
- Steiger H, Zanko M (1990) Sexual traumata among eating disordered, psychiatric, and normal female groups. Comparison of prevalences and defense styles. *J Interpersonal Violence* 5:74–86
- Welch SL, Fairburn CG (1994) Sexual abuse and bulimia nervosa: three integrated case control comparisons. *Am J Psychiat* 151:402–406
- Willenberg H (1986) Die Bedeutung des Vaters für die Pathogenese der Magersucht – Eine kasuistische Untersuchung. *Materialien Psychoanalyse* 12:237–277
- Willenberg H (1997) *Essstörungen.* In: Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg) *Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung.* Schattauer, Stuttgart New York, S 271–283
- Willenberg H (1998) „Mit Leib und Seel und Mund und Händen“ – Der Umgang mit der Nahrung, dem Körper und seinen Funktionen bei Patienten mit Anorexia und Bulimia nervosa. In: Hirsch M (Hrsg) *Der eigene Körper als Objekt, 2. Aufl.* Psychosozial-Verlag, Gießen, S 170–220
- Willenberg H, Bassler M, Krauthauser H (1998) *Familiendynamische Konstellationen als ätiologischer Faktor bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa.* *System Familie* 11: 3–9