

Elterlicher Alkoholismus – Ein Risikofaktor für Essstörungen von Töchtern

Publikationsbasierte Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Naturwissenschaften
(**Dr. rer. nat.**)

Dem Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität Marburg
vorgelegt von:

Dipl.-Psych. Nicole Baltruschat

(aus Oldenburg)

Langfurth, 10. 12. 2008

An den Fachbereich Psychologie die Philipps-Universität Marburg

Erstgutachter: Prof. Dr. Winfried Rief

Zweitgutachter: Prof. Dr. Edgar Geissner

Einreichung der Dissertation: 10.12.2008

Annahme der Dissertation: 23.12.2008

Mündliche Prüfung: 04.02.2009

Inhalt:	Seite
Zusammenfassung	6
1. Theoretischer Hintergrund	9
1.1 Behandlung von Essstörungen	9
1.2 Ausgewählte Risikofaktoren für die Entwicklung von Essstörungen	9
1.2.1 Risikofaktor Geschlecht.....	10
1.2.2 Risikofaktor Geringes Selbstbewusstsein	10
1.2.3 Risikofaktor Kultureller Druck / Schlankheitsideal	10
1.2.4 Risikofaktor Diätverhalten	11
1.2.5 Risikofaktor Psychische Störungen.....	12
1.2.6 Risikofaktor Sexueller Missbrauch	12
1.2.7 Risikofaktoren Gewicht/ Body Mass Index	12
1.2.8 Biologische Risikofaktoren	13
1.2.9 Risikofaktor Familiäre Sozialisation und Interaktion	14
1.2.10 Risikofaktor Psychische Störungen der Eltern	14
1.3 Der Risikofaktor elterlicher Alkoholismus	15
1.3.1 Alkoholikerkrankte Eltern	15
1.3.2 Kinder von alkoholikerkrankten Eltern.....	16
1.3.2.1 Alkoholismus bei Kindern von Alkoholikerkrankten.....	17
1.3.2.2 Fehlende elterliche Unterstützung und Kontrolle.....	18
1.3.2.3 Biologische Disposition bei Kindern von Alkoholikerkrankten	19
1.3.2.4 Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern von Alkoholikerkrankten.....	19
1.3.2.5 Geschlechtstypische Unterschiede bei Kindern von Alkoholikerkrankten....	20
1.3.2.6 Essstörungen bei Töchtern alkoholikerkrankter Eltern.....	20
1.3.2.7 Resilienz.....	22
1.4 Zwischenresümee	24

2. Erfassung des Zusammenhangs zwischen elterlichem Alkoholismus und der Entwicklung einer Essstörung der Töchter: Untersuchungsaufbau und methodische Aspekte	24
2.1 Untersuchungsablauf	25
2.2 Messinstrumente	26
2.2.1 Eating Attitudes Test – 26 (EAT-26).....	26
2.2.2 Eating Disorder Inventory (EDI)	27
2.2.3 Children of Alcoholics Screening Test (CAST).....	27
3. Publikationsübersicht.....	29
3.1 Elterlicher Alkoholmissbrauch: Risikofaktor für eine Essstörung der Töchter (Manuskript 1)	29
3.2 Deutsche Version des Children of Alcoholics Screening Test (CAST) – Befunde bei Patientinnen mit Magersucht und Bulimie (Manuskript 2)	31
3.3 Elterlicher Alkoholismus: Entwicklung einer Essstörung der Töchter als Folge (Manuskript 3).....	33
4. Resümee	35
5. Ausblick	37
6. Literatur.....	38
7. Danksagung.....	49
8. Lebenslauf und weitere Publikationen	50
9. Manuskripte	55

1. **Baltruschat, N.**, Geissner, E. & Klein, M. (2005). Elterlicher Alkoholmissbrauch: Risikofaktor für eine Essstörung der Töchter. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 13, 2, 56-68.

2. **Baltruschat, N.**, Geissner, E. & Klein, M. (2007). Deutsche Version des Children of Alcoholics Screening Test (CAST) – Befunde bei Patientinnen mit Magersucht und Bulimie. *Suchttherapie*, 8, 74-81.

3. **Baltruschat, N.**, Klein, M. & Geissner, E. (Manuskript eingereicht).
Elterlicher Alkoholismus: Entwicklung einer Essstörung der Töchter als Folge.
Suchttherapie.

10. Anhang.....**A**

Anhang A: Children of Alcoholics Screening Test (CAST).

Deutsche Übersetzung (M. Klein)A

Zusammenfassung

Elterlicher Alkoholismus stellt einen weit verbreiteten Belastungsfaktor für Kinder dar. Alleine in Deutschland leiden ca. 2.5 Millionen Menschen unter einer Alkoholstörung (Feuerlein, 1996). Bisherige Studien zeigten sowohl psychische als auch biologische Störungen der Kinder als Folge des elterlichen Alkoholismus.

Die vorliegende kumulative Dissertation untersuchte elterlichen Alkoholismus als Risikofaktor im Besonderen für die Entwicklung einer Essstörung der Töchter. In der Mantelschrift werden zunächst der theoretische Hintergrund und der aktuelle Forschungsstand hinsichtlich der Risikofaktoren für die Entwicklung einer Essstörung und der Auswirkungen elterlichen Alkoholismus auf ihre Kinder skizziert. Diätverhalten, komorbide psychische Erkrankungen wie z.B. Ängste und Depressionen, insbesondere frühkindliche Überängstlichkeit, Soziale Phobie und Zwangsstörungen, ein geringes Selbstwertgefühl, reduzierte Serotoninaktivitäten im Gehirn, familiäre Sozialisation sowie kultureller Druck, schlank zu sein, zeigten sich in verschiedenen Untersuchungen als Risikofaktoren für die Entwicklung einer Essstörung.

Was den elterlichen Einfluss anbelangt, so werden psychische Erkrankungen der Eltern wie z.B. Depressionen, Alkoholismus und Essstörungen als Risikofaktoren für die Entwicklung einer Essstörung der Töchter diskutiert. In verschiedenen Studien zeigte sich, dass elterlicher Alkoholismus für die Kinder sowohl ein erhöhtes Risiko darstellt, selber an einer Alkoholstörung zu erkranken als auch weitere psychische Erkrankungen zu entwickeln. Vor diesem Hintergrund wurde in der ersten Originalarbeit *„Elterlicher Alkoholmissbrauch: Risikofaktor für eine Essstörung der Töchter“* (Manuskript 1) untersucht, ob das Aufwachsen in einer Familie, in der ein Elternteil an einer Alkoholstörung erkrankt ist, für Töchter das Risiko erhöht, an einer Essstörung zu erkranken. In Studie 1 wurden zwei verschiedene methodische Ansätze verwendet: a) Essgestörte Patientinnen wurden hinsichtlich der wahrgenommenen Belastung durch den Alkoholkonsum der Eltern mit Hilfe des Children of Alcoholics Screening Test (CAST) befragt. b) Töchter alkoholkranker Eltern wurden mit Hilfe von essstörungsspezifischen Fragebögen untersucht. Die Ergebnisse belegen, dass 47% der befragten essgestörten Frauen durch elterlichen Alkoholmissbrauch belastet waren. Bei alkoholkranken Eltern wurde eine töchterliche Rate von ca. 40% an Essstörungssymptomen ermittelt.

Im Weiteren liefert die Mantelschrift einen Überblick über die Erfassung des Zusammenhangs zwischen elterlichem Alkoholismus und der Entwicklung der Essstörung

der Töchter. Der Untersuchungsablauf und die verwendeten Messinstrumente werden dargestellt. Die zweite Originalarbeit *„Deutsche Version des Children of Alcoholics Screening Test (CAST) – Befunde bei Patientinnen mit Magersucht und Bulimie“* (Manuskript 2) untersuchte die Binnenstruktur des Children of Alcoholics Screening Test (CAST) mit den zugrundeliegenden Subdimensionen anhand einer Hauptkomponentenanalyse und Korrelationsanalysen mit Aussenkriterien. Es konnten – im Gegensatz zum einfaktoriellen Ansatz der CAST-Autoren Jones und Pilat (1982) - zwei unabhängige Faktoren (*„Intrapsychische Belastungen“* und *„Interaktionelle Belastungen“*) ermittelt werden. Die in der Studie befragten Gruppen (*„Alkoholbelastete Töchter“* und *„Nicht alkoholbelastete Töchter“*) unterschieden sich hypothesenkonform. Die Mittelwerte der Skalen 1 und 2 (*„Intrapsychische Belastungen“* und *„Interaktionelle Belastungen“*) sind in der Gruppe *„Alkoholbelastete Töchter“* deutlich erhöht im Vergleich zur Gruppe *„Nicht alkoholbelastete Töchter“*. Beide Gruppen waren stärker durch Sorgen, Ärger, Schuld- und Verantwortungsgefühle hinsichtlich des Alkoholkonsums der Eltern belastet (Skala 1 *„Intrapsychische Belastungen“*) als durch Gewalt und Konflikte in den familiären Beziehungen (Skala 2 *„Interaktionelle Belastungen“*).

Ziel der dritten Originalarbeit *„Elterlicher Alkoholismus: Entwicklung einer Essstörung der Töchter als Folge“* (Manuskript 3) war, die in Studie 1 (*„Elterlicher Alkoholmissbrauch: Risikofaktor für eine Essstörung der Töchter“*; Manuskript 1) ermittelten Befunde zu replizieren. In Studie 1 zeigte sich eine hohe Rate an elterlichem Alkoholabusus anhand der Töchterangaben. In Studie 3 sollte daher untersucht werden, ob auch für klinisch (Expertenurteil) diagnostizierten elterlichen Alkoholismus (anhand von Elternangaben) eine erhöhte Rate gefunden werden kann, oder ob es sich bei der ersten Studie um eine Überschätzung handelte.

Zudem wurden in der dritten Studie alle weiteren psychischen Erkrankungen der Eltern erfasst, da sich in den Töchterangaben der ersten Studie andeutete, dass neben elterlichem Alkoholismus auch eine depressive Erkrankung der Eltern die Entwicklung der Essstörung der Töchter beeinflusst. Des Weiteren wurden elterliche psychische Erkrankungen bei psychisch gesunden Frauen (Kontrollgruppe) erhoben.

Die Ergebnisse der dritten Studie belegen einen Zusammenhang zwischen elterlichem Alkoholismus und der Entwicklung einer Essstörung der Töchter. Im Vergleich zur Kontrollgruppe ergab sich eine erhöhte Rate an elterlichem Alkoholabusus von 15%, so dass davon ausgegangen werden kann, dass es sich bei der in Studie 1 gefundenen Rate möglicherweise um eine Überschätzung handelt. Neben elterlichem Alkoholismus stellen

auch Depressionen und Essstörungen der Eltern einen hohen Risikofaktor für die Töchter dar. Bei 22.5% der Eltern essgestörter Frauen wurde im Vergleich zu 3.8% der Eltern der Kontrollgruppenteilnehmerinnen eine depressive Erkrankung diagnostiziert. 12.5% der Eltern essgestörter Frauen waren ebenfalls an einer Essstörung erkrankt, während kein Elternteil der Kontrollgruppenteilnehmerinnen eine Essstörung hatte.

Im Abschluss der Mantelschrift werden die Ergebnisse der Studien zusammengefasst und hinsichtlich des aktuellen Forschungsstands eingeordnet.

1. Theoretischer Hintergrund

1.1. Behandlung von Essstörungen

Sowohl im Bewusstsein der Bevölkerung als auch in der Forschung erfahren Essstörungen und die Diskussion um mögliche Risikofaktoren in den letzten Jahrzehnten zunehmend Beachtung (Cuntz & Hillert, 2000; Fichter, 1999; Stahr, Barb-Priebe & Schulz, 1995). Epidemiologische Befunde zeigen, dass Frauen im kritischen Alter zwischen 15 und 35 Jahren zu ca. 1 bis 3% unter einer Essstörung leiden (Fairburn & Beglin, 1990; Saß, Wittchen & Zaudig, 1998). Garfinkel, Lin, Goering, Spegg, Goldbloom, Kennedy, et al. (1995) berichten von einer Lebenszeitprävalenz von 1.1% für Frauen und 0.2% für Männer. Ein beträchtliches Ausmaß an Subsymptomen gestörten Essverhaltens ist auch in der „gesunden“ Gesamtpopulation zu verzeichnen: So induzieren 2.6% der erwachsenen Frauen regelmäßig Erbrechen, 5% aller Frauen benutzen Laxantien zur Gewichtsregulation, und bei 8% aller Frauen tritt mindestens einmal pro Woche eine Episode auf, die subjektiv als Essanfall erlebt wird (Westenhöfer, 1992). In der Behandlung von Essstörungen sind ambulante wie auch stationäre Therapien sinnvoll. Hinsichtlich der angebotenen und effektiven Behandlungen gibt es ein breites Spektrum. Es zeigten sich positive Behandlungsergebnisse sowohl für pharmakologische Behandlungen (Fichter, 1993; Jacobi, 1994; Jacobi, Thiel & Paul, 1996; Jacobi, Dahme & Rustenbach, 1997) als auch für kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren (Baltruschat, Geissner und Bents, 2006; Tuschen & Florin, 1998, Wilson & Fairburn, 1998). In den Richtlinien des National Institute for Health and Clinical Excellence (2004) werden für die Behandlung von Anorexia nervosa folgende Therapien als effektiv angegeben: Kognitiv-analytische Therapie (CAT), kognitiv-behaviorale Therapie (CBT), Interpersonelle Therapie (IPT), Focal-psychodynamische Therapie und Familientherapeutische Interventionen. Für die Behandlung von Bulimia nervosa wird der Einsatz von evidenzbasierten Selbsthilfeprogrammen, kognitiv-behaviorale Therapie als auch Interpersonelle Therapie (IPT) empfohlen.

1.2. Ausgewählte Risikofaktoren für die Entwicklung von Essstörungen

Risikofaktoren sind nach der Definition von Kraemer, Kraemer-Lowe und Kupfer (2005) Korrelate, die Ergebnissen zeitlich vorangehen (ausführlicher siehe Kraemer, Kraemer-Lowe und Kupfer, 2005), d.h. ein Risikofaktor ist eine Variable, die prospektiv einen

pathologischen Ausgang vorhersagen kann (Kraemer et al., 1997). Im Folgenden werden ausgewählte Risikofaktoren für die Entwicklung von Essstörungen vorgestellt.

1.2.1 Risikofaktor „Geschlecht“

Besonders gefährdet für die Entwicklung einer Essstörung sind junge Frauen des „westlichen“ Kulturkreises (Erkrankungsverhältnis Frauen : Männern 10:1; Hsu, 1996; Wittchen, Nelson & Lachner, 1998). Sowohl in klinischen als auch in nicht klinischen Untersuchungen zeigte sich eine erhöhte Rate an Frauen im Vergleich zu Männern, die an einer Essstörung erkrankten (Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley & Andrews, 1993; Patton et al., 1999; Vollrath, Koch & Angst, 1992).

1.2.2 Risikofaktor „Geringes Selbstbewusstsein“

Essgestörte Patientinnen leiden häufig unter geringem Selbstbewusstsein. Die Studie von Raffi, Rondini, Grandi und Fava (2000) zeigte, dass deutlich mehr bulimische Frauen sechs Monate vor Beginn ihrer Erkrankung ein geringes Selbstbewusstsein hatten als die Kontrollgruppe. Die Patientinnen versuchen dabei ihr negatives Selbstwertgefühl über Figur und Gewicht zu kompensieren. Dieser Risikofaktor hat insbesondere in der therapeutischen Behandlung von Patientinnen mit Essstörungen einen hohen Stellenwert, da sich klinisch zeigte, dass er sowohl für die Entstehung als auch Aufrechterhaltung der Erkrankung bedeutsam ist. Sehr wahrscheinlich ist, dass ein geringes Selbstbewusstsein andere Risikofaktoren negativ beeinflussen und verstärken kann, es stellt jedoch keinen spezifischen Risikofaktor für die Entwicklung einer Essstörung dar. Vielmehr hängt geringes Selbstbewusstsein mit einer depressiven Symptomatik eng zusammen, so dass häufig unklar ist, ob das reduzierte Selbstwertgefühl nicht eher ein Symptom einer möglichen depressiven Erkrankung der Probanden darstellt.

1.2.3 Risikofaktor „Kultureller Druck / Schlankheitsideal“

In der Essstörungsforschung wird häufig berichtet, dass bei Frauen, bei denen eine Störung des Körperbildes vorliegt und die eine geringe interozeptive Wahrnehmung besitzen, d.h. bei denen die Fähigkeit vermindert ist, Körpersignale wie z. B. Hungergefühle wahrnehmen zu können, ebenfalls ein erhöhtes Risiko für die spätere Entwicklung einer Essstörung besteht (Leon, Fulkerson, Perry & Early-Zald, 1995). Körperunzufriedenheit erhöht das Risiko einer Essstörung (Field et al., 1999; Killen et al. 1994, 1996; Stice & Agras, 1998) und stellt einen der robustesten Risikofaktoren für die Entwicklung einer Essstörung dar (Stice, 2001b). Der wahrgenommene soziokulturelle Druck, schlank zu sein, ist ein Prädiktor für die Entwicklung von Diätverhalten (Stice, Mazotti, Krebs & Martin, 1998), für den Beginn von bulimischen Symptomen (Field, Camargo, Taylor, Berkey & Colditz, 1999;

Stice & Agras, 1998) und für verstärkte Körperunzufriedenheit (Cattarin & Thompson, 1994). Er stellt sowohl einen krankheitsauslösenden - als auch aufrechterhaltenden Faktor dar (Stice & Agras, 1998; Stice, Mazotti, Krebs & Martin, 1998). Des Weiteren sind Frauen mit Adipositas gefährdet, eine Essstörung zu entwickeln, weil durch die Adipositas der soziale Druck, dünn zu sein als auch Körperunzufriedenheit, Diätverhalten und negative Emotionen gefördert werden (Cattarin & Thompson, 1994). Die Vermittlung des westlichen Schlankheitsideals über die Familie, Freunde oder Medien kann das Risiko der Entwicklung einer Essstörung insbesondere für bereits gefährdeten Personen erhöhen (Stice & Shaw, 1994; Stice, 2001). Gerade in der Werbung wird vermittelt, dass Erfolg, Glück und Schönheit mit einem dünnen Körper verbunden sind. Dies erhöht den sozialen Druck auf die heranwachsenden jungen Frauen und kann so das Risiko für Diätverhalten erhöhen (Killen et al., 1996; Striegel-Moore, Silberstein & Rodin, 1986).

1.2.4 Risikofaktor „Diätverhalten“

Vermehrtes Diätverhalten fördert die Entwicklung von Depressionen (Stice, Hayward, Cameron, Killen & Taylor, 2000) und vor allem von Essstörungssymptomen (Field et al., 1999; Killen et al., 1994, 1996; Patton et al., 1990; Stice & Agras, 1998; Stice, Killen, Hayward & Taylor, 1998). Gefährdet, eine Essstörung zu entwickeln, sind Frauen, die unter Ängsten vor Dicksein sowie vermehrtem Diätverhalten (Field, Camargo, Taylor, Berkey & Colditz, 1999; Hsu, 1990; Killen, Taylor, Hayward, Haydel, Wilson, Hammer, et al., 1994, 1996; Patton, Johnson-Sabine, Wood, Mann & Wakeling, 1990; Stice & Agras, 1998; Stice, Killen, Hayward & Taylor, 1998) leiden. Patton, Johnson-Sabine, Wood, Mann und Wakeling (1990) berichten, dass das Risiko, Essstörungssymptome zu entwickeln, bei diät haltenden Frauen achtfach erhöht ist im Vergleich zu nicht restriktiv essenden Frauen. Die Frauen haben oft eine Idealvorstellung von Dünnsein vor Augen, an der sie sich orientieren und die ihnen nur durch sehr restriktives Essen erreichbar zu sein scheint.

In der Studie von Stice und Agras (1998) zeigte sich die Idealvorstellung von Dünnsein als guter Prädiktor einer Essstörung. Haiman und Devlin (1999) berichten in ihrer Studie, dass bei 83.5% der bulimischen Frauen Diätverhalten dem Beginn der Essanfälle vorausging. Auch in der Studie von Raffi, Rondini, Grandi und Fava (2000) zeigte sich, dass rigides Diätverhalten bei Bulimikerinnen deutlich häufiger vor Beginn der Erkrankung vorhanden war als bei der Kontrollgruppe. Frauen, die in der Studie von Patton et al. (1990) als Diät haltende klassifiziert wurden, hatten im Vergleich zu Nicht-Diät haltenden ein 8-fach erhöhtes Risiko, bulimische Symptomatik oder einzelne Syndrome davon zu zeigen. Wenn die Frauen auf einem sehr niedrigem Gewichtsstand Diät hielten, zeigten sie im Vergleich zu

Nicht-Diät haltenden sogar ein noch sehr viel mehr erhöhtes Risiko (18-fach), eine Essstörung zu entwickeln (Patton et al., 1999).

1.2.5 Risikofaktor „Psychische Störungen“

Hinsichtlich der negativen Stimmungslage liegen uneindeutige Befunde vor. So nennt Casper (zum Überblick siehe Casper, 1998) komorbide Störungen wie Depressionen, Drogen und Alkoholmissbrauch, Cluster-B- und C-Persönlichkeitsstörungen und Angststörungen als Risikofaktoren für die Entwicklung einer Essstörung. Killen et al. (1996) sowie Stice und Agras (1998) berichten von einer Erhöhung des Risikos einer Essstörung bei negativer Stimmungslage als auch einer Zunahme von bulimischen Symptomen (Stice 2001a), wohingegen sich diese Ergebnisse in der Untersuchung von Leon et al. (1995) nicht zeigten. Depressive Symptome scheinen nach Angaben einiger Autoren keinen Einfluss auf die Entwicklung einer späteren Essstörung zu haben (Keel, Fulkerson & Leon, 1997; Vogeltanz-Holm et al., 2000). Jacobi, Hayward, De Zwaan, Kraemer und Agras (2004) berichten des Weiteren, dass Störungen in der Kindheit wie Überängstlichkeit, Soziale Phobie, Zwangsstörung oder zwanghafte Persönlichkeitszüge einen hohen Risikofaktor darstellen. Eine mögliche Ursache könnte sein, dass generelle Überängstlichkeit in der Kindheit die weitere psychische Entwicklung belastet, insbesondere auch die Entwicklung des Selbstwertgefühls und Selbstbewusstseins sowie soziale Interaktionen. Ein geringes Selbstbewusstsein zeigt sich dabei als ein Risikofaktor für die Entstehung einer Essstörung (s. Abschnitt 1.2.2). Zudem ist anzunehmen, dass zwangserkrankte Frauen Diätverhalten wesentlich strikter einhalten und dadurch deutlich an Gewicht abnehmen, wodurch sie im Diätverhalten weiter positiv motiviert werden. Raffi, Rondini, Grandi und Fava (2000) berichten, dass striktes Diätverhalten neben Anorexia das häufigste prodromale Symptom vor dem Beginn einer Bulimie sei.

1.2.6 Risikofaktor „Sexueller Missbrauch“

Ein empirischer Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch und der Entwicklung einer Essstörung konnte dagegen bisher nicht belegt werden (Vogeltanz-Holm et al., 2000). Sexueller Missbrauch ist wahrscheinlich eher als unspezifischer Risikofaktor für die Entwicklung einer psychopathologischen Symptomatik zu bewerten.

1.2.7 Risikofaktor „Gewicht“ bzw. „Body Mass Index“

Der Body Mass Index [BMI; $\text{kg}/(\text{m}^2)$] hängt deutlich mit Diätverhalten, Körperunzufriedenheit als auch mit erlebtem Druck, dünner zu werden, zusammen; er bewirkt jedoch weder spezifisch noch zwangsläufig die Entwicklung einer Essstörung (Stice, 2002). In verschiedenen Langzeitstudien konnte der Zusammenhang zwischen Body Mass

Index und Essstörungspathologie nicht repliziert werden (Keel, Fulkerson & Leon, 1997; Killen et al., 1996; Stice & Agras, 1998).

1.2.8 Biologische Risikofaktoren

Als gefährdend werden des Weiteren Schwangerschaftsprobleme (Frühgeburt) sowie Geburtskomplikationen (Gehirnblutungen) (Foley, Thacker, Aggen, Neale & Kendler, 2001), Veränderungen der Neurotransmitter im Gehirn, hormonelle Veränderungen als auch Stoffwechselveränderungen gesehen. Ein geringeres Schwangerschaftsalter war mit einem erhöhten Risiko für Anorexia nervosa verbunden. Schwangerschaftskomplikationen erhöhten das Risiko der Kinder, eine Anorexia oder Bulimia nervosa zu entwickeln (Foley, Thacker, Aggen, Neale & Kendler, 2001).

Ein besonderes Interesse galt in den Untersuchungen hinsichtlich der Neurotransmitter der Rolle des Serotonins (5-HT) und auch der Monoaminoxidase (MAO). In der Studie von Frank et al. (2001) erhielten in einer doppel-blind placebokontrollierten Untersuchung anorektische Patientinnen, nachdem sie wieder ein Normalgewicht erreichten, als auch nicht erkrankte Frauen Meta-Chlorophenylpiperazine (m-CPP). Im Vergleich zur Kontrollgruppe zeigten die Patientinnen vor der Medikamenteneinnahme erhöhte Raten an Depressionen, Zwanghaftigkeit und niedriges Körpergewicht. Nach der Einnahme von m-CPP zeigte sich bei den anorektischen Patientinnen eine Stimmungsaufhellung und Reduktion der Körperschemastörung im Vergleich zur Placebogruppe. Frank et al. (2001) gehen davon aus, dass bei anorektischen Patientinnen eine reduzierte Serotoninaktivität im Gehirn auch nach einer kurzzeitigen Gewichtserhöhung weiterhin besteht.

Auch bei bulimischen Frauen konnte eine geminderte serotonerge Ansprechbarkeit während der Erkrankungsphase gefunden werden (Kaye et al., 2000). Die Studie von Kaye et al. (2000) zeigt, dass bulimische Frauen anfälliger für stimmungsreduzierende Effekte von Tryptophandefiziten (ATD) sind. Die Autoren nehmen an, dass dies auf eine veränderte Modulation von 5-HT neuronaler Systeme zurückzuführen sei. In der Studie von Kaye et al. (1998) wurden die Bulimikerinnen, nachdem sie ein Jahr lang weder Essanfälle noch Erbrechen hatten, ein normales Gewicht und regelmäßige menstruelle Zyklen aufwiesen, hinsichtlich der Menge an Serotonin (5-hydroxyindoleacetic acid [5-HIAA]), Dopamin (homovanillic acid [HVA]) und Noradrenalin (3-methoxy-4-hydroxyphenylglycol [MHPG]) untersucht und mit gesunden Frauen verglichen. Die Patientinnen zeigten auch nach der Genesung im Vergleich zu gesunden Frauen mehr negative Stimmung, Perfektionismus und Essstörungssymptome und hatten vor allem deutlich erhöhte Werte an CSF 5-HIAA. Die Konzentrationen von CSF HVA und MHPG lagen im Normbereich. Da auch nach der

Genesung der Patientinnen weiterhin serotonerge Abweichungen als auch Verhaltensauffälligkeiten bestehen, gehen die Autoren davon aus, dass die psychobiologischen Auffälligkeiten die Pathogenese der Bulimie beeinflusst.

Aufgrund der Studien kann angenommen werden, dass die Störung der Serotoninaktivität die Anfälligkeit für die Entwicklung einer Essstörung erhöht.

Des Weiteren können genetische Prädispositionen ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Essstörung darstellen. Bei Anorexie zeigten sich Konkordanzraten von 56 bis 68 Prozent bei eineiigen Zwillingen im Vergleich zu 7 bis 8 Prozent bei zweieiigen Zwillingen (Holland, Sicotte & Treasure, 1988).

1.2.9 Risikofaktor „Familiäre Sozialisation und Interaktion“

In der Forschung werden eine Reihe familiärer Risikofaktoren diskutiert: So zeichnen sich z.B. einige Familien von bulimischen Frauen durch eine überprotektive Familiennorm aus und empfinden eine Loslösung der Kinder vom elterlichen Zuhause als bedrohlich (vgl. Jacobi, Thiel & Paul, 1996). Pica, kindliches Übergewicht oder aber Eltern, die wenig Kontakt mit ihren Kindern, dafür jedoch hohe Erwartungen an diese stellen und gehäuft kritische Bemerkungen zu Gewicht und Figur der Kinder machen (Fairburn, Cooper, Doll & Welch, 1999; Fairburn, Doll, Welch, Hay, Davies & O'Connor, 1998; Fairburn, Welch, Doll, Davies & O'Connor, 1997), vergrößern das Risiko, eine Essstörung zu entwickeln.

1.2.10 Risikofaktor „Psychische Störungen der Eltern“

Als Risikofaktor für eine Essstörung – insbesondere eine Bulimia nervosa – werden zudem Depressionen, Alkoholismus und Übergewicht der Eltern diskutiert (Kassett et al., 1989). Die Familienstudien von Strober et al. (2000) und Lilienfeld et al. (1998) ergaben, dass die Prävalenz von Essstörungen bei Angehörigen bulimischer und anorektischer Patientinnen 4 bis 12 mal höher ist als bei Angehörigen von Patientinnen ohne eine Essstörung. Bulik (1987) berichtet von 3.8 mal höheren Raten an Alkoholismus bzw. 3.5 mal höheren Raten an Depressionen von Angehörigen von bulimischen Patientinnen im Vergleich zu Angehörigen von psychisch gesunden Frauen. Kinder von psychisch erkrankten Eltern, insbesondere von depressiven und alkoholerkrankten Eltern sind häufig emotional auf sich alleine gestellt und erleben vermehrt Konflikte in der Familie, was insbesondere in der jugendlichen Entwicklung eine bedeutende Belastung und Überforderung der Kinder darstellen kann. Es ist anzunehmen, dass die Kinder versuchen, durch die Entwicklung einer Essstörung in einer unkontrollierbaren Umwelt wieder Kontrolle als auch eine Spannungsreduktion zu erleben.

Zudem kommt dem essensbezogenen Verhalten und den Einstellungen gegenüber Figur und Gewicht insbesondere der Mütter eine erhöhte Bedeutung zu. In verschiedenen Studien zeigte sich, dass Mütter von essgestörten Töchtern häufig selber ein essgestörtes Verhalten und problematische Einstellungen bzgl. Figur und Gewicht haben (Pike & Rodin, 1991; Geissner & Schary, 2005), was sie an ihre Töchter weitergeben. Die Kinder verinnerlichen über direktes Modelllernen das Schlankheitsideal der Eltern. Mütterliche Körperunzufriedenheit und elterliche Adipositas sensibilisiert dabei die Kinder, selber über ihr eigenes Gewicht nachzudenken (Stice, Agras & Hammer, 1999). Zudem fördert elterlicher Druck auf die Töchter, Gewicht zu verlieren und schlank zu sein als auch vermehrte kritische Äußerungen zu Gewicht und Figur der Töchter die Entwicklung späterer Essstörungssymptome der Kinder (Geissner & Schary, 2005; Levine, Smolak & Hayden, 1994; Levine, Smolak, Moodey, Shuman & Hessen, 1994; Thelen und Cormier, 1995). Kinder, die bereits an einer Essstörung erkrankt sind, nehmen dabei deutlich höheren Druck, dünn zu sein, bei ihren Eltern wahr, als Kinder ohne eine Essstörungssymptomatik (Stice, Ziemba, Margolis & Flick, 1996).

1.3. Der Risikofaktor elterlicher Alkoholismus

1.3.1 Alkoholikerkrankte Eltern

Einen in der Suchtforschung noch immer zu wenig beachteten Themenbereich stellen Kinder von alkoholikerkrankten Eltern dar. So ist davon auszugehen, dass eine hohe Rate an Kindern in Familien aufwächst, in denen zumindest ein Elternteil Alkoholabusus betreibt, da in Deutschland ca. 2.5 Millionen Menschen unter einer Alkoholstörung leiden (Feuerlein, 1996). Die Lebenszeitprävalenz für Alkoholabhängigkeit in der Bevölkerung ist in den letzten Jahrzehnten angestiegen, so dass jüngere Alterskohorten ein gegenüber älteren Alterskohorten deutlich erhöhtes Abhängigkeitsrisiko tragen und demnach immer mehr Kinder vom elterlichen Alkoholismus betroffen sind (Reich, Cloninger, Van Eerdewegh, Rice & Mullaney, 1988). In den letzten zwei Jahrzehnten wurden die psychischen Auswirkungen elterlichen Alkoholismus auf ihre Kinder (COA = „children of alcoholics“) verstärkt betrachtet (Black, 1981, 1990; Bulik, 1987; Claydon, 1987; Hudson, Pope, Jonas, Todd & Frankenberg, 1987; Kasset et al., 1989; Kuntz, Groze & Yates, 1992; Mintz, Kashubeck & Tracy, 1995; Stout & Mintz, 1996). Die Gruppe alkoholikerkrankter Familien erscheint dabei eher hetero- als homogen (Steinglass, 1987), so dass in den Studien unterschiedliche Auswirkungen des elterlichen Alkoholismus berichtet werden.

So leidet in einigen Familien ein Elternteil, in anderen beide unter Alkoholismus. Es kann vorkommen, dass alkoholerkrankte Elternteile nach einer Therapie nicht mehr Alkoholabusus betreiben, andere zeigen einen fortlaufenden Alkoholabusus ohne Unterbrechungen oder Rehabilitation. Bei den Eltern sind sowohl verschiedene komorbide Erkrankungen des Alkoholabusus betreibenden Elternteils als auch verschiedene psychische Erkrankungen oder teilweise auch keine psychische Erkrankungen der nicht alkoholerkrankten Partner vorhanden, so dass insgesamt eine äußerst heterogene Gruppe vorliegt. Es ist daher sehr schwierig, alleine auf den Alkoholabusus zurückzuführende Folgen für die Kinder zu eruieren.

Viele Alkoholerkrankte leiden unter komorbiden psychischen Störungen wie z.B. Depressionen und antisoziale Persönlichkeitsstörungen (Kessler, Crum, Warner, Nelson, Schulenberg & Anthony, 1997; Leonard & Eiden, 2007). Eltern in der Studie von Chassin, Rogosch und Barrera (1991) berichteten von langjährigem Alkoholabusus (Beginn mit einem Alter vor dem 25. Lebensjahr); nur eine Minderheit war bisher in klinischer Behandlung wegen des Alkoholismus (31% der Väter und 33% der Mütter). Alkoholerkrankte Männer zeigten dabei eine Prävalenz von 5.5% für Major Depression (im Vergleich zu 5 % in der Epidemiological Catchment Area Study; ECA) und antisoziale Persönlichkeit von 16.4 % (im Vergleich zu 15% in der ECA Studie); Frauen hatten leicht niedrigere Werte (12.1% in der Studie vs. 19 % in der ECA Studie) und höhere Raten an antisozialer Persönlichkeitsstörung (15.5% vs. 10% in der ECA Studie). Im Verlauf ihres Lebens gaben 11.2% der alkoholerkrankten Väter an, an einer Major Depression oder Dysthymie erkrankt zu sein während dies nur von 2.5% der Väter in der Kontrollgruppe berichtet wurde. Bei alkoholerkrankten Müttern zeigte sich eine deutlich erhöhte Rate von 14.9% an Depressionen und Dysthymie im Vergleich zu 4.5% bei Müttern aus der Kontrollgruppe.

Diese komorbiden Erkrankungen können die Auswirkungen des elterlichen Alkoholismus auf die Kinder beeinflussen oder aber auch eigenständige Auswirkungen haben. Zudem zeigen die Partner von Alkoholerkrankten häufig selber psychische Störungen. So berichten Roberts und Brent (1982) in ihrer Studie, dass Frauen aus Partnerschaften, in denen ein Partner unter Alkoholismus leidet, häufig ein erhöhtes Risiko zeigen, selber an Depressionen oder Traumata zu erkranken.

1.3.2 Kinder von alkoholerkrankten Eltern

Kinder aus alkoholbelasteten Familien sind häufig anderen familiären Bedingungen ausgesetzt als ihre Altersgenossen ohne Eltern mit einem erhöhten Alkoholkonsum (Zobel, 2000). Oft erleben sie eine aversive Familienatmosphäre verbunden mit mangelnder

Förderung, Vernachlässigung und mangelnder Zuneigung seitens der Eltern. Sie erfahren vermehrt Ehestreitigkeiten sowie Trennungen bzw. Scheidungen der Eltern, elterliche Arbeitslosigkeit und finanzielle Probleme (Zobel, 2000). Das Aufwachsen in einer Familie, in der ein Elternteil an einer Alkoholstörung erkrankt ist, kann daher für die Kinder eine erhöhte Belastung darstellen. Sie zeigen ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer psychischen Störung wie z.B. Angststörungen, Depressionen oder Essstörungen (Velleman, 1992). In einigen Studien (Anderson & Quast, 1983; Clair & Genest, 1987; Lachner & Wittchen, 1997; Mathew et al., 1993; Moos & Billings, 1982; Tweed & Ryff, 1991; Woititz, 1990) wiesen Kinder von alkoholerkrankten Eltern höhere Raten an Angststörungen und Depressionen auf, andere Studien fanden jedoch keine bedeutsamen Unterschiede zwischen Risiko- und Kontrollprobanden (Chassin, L., Pitts, C. C., De Lucia, C. & Todd, 1999; Neff, 1994; Kashubeck & Christensen, 1995; Knop, J., Goodwin, D. W., Jensen, P., Penick, E. Pollock, V., Gabrielli et al., 1993).

Nach Kashubeck und Christensen (1995) habe eher die Qualität der familiären Beziehungen als das Alkoholproblem an sich einen signifikanten Einfluss auf die Entwicklung z.B. von depressiven Symptomen bei Risikoprobanden. Es kann auch damit zusammenhängen, ob der Alkoholismus fortbesteht oder nicht: Kinder von Eltern mit nicht mehr anhaltendem Alkoholismus zeigen keine höheren Raten an Angst und Depressionen als Kinder aus nicht alkoholerkrankten Familien (Moos & Billings, 1982).

1.3.2.1 Alkoholismus bei Kindern von Alkoholerkrankten

Die hohe Vulnerabilität für *eigenen* Alkoholmissbrauch und eigene Alkoholabhängigkeit stellt insbesondere bei den Söhnen von Abhängigen ein eigenständiges Phänomen dar (Zobel, 2000). In bisherigen Studien wurde gefunden, dass Alkoholabhängige überzufällig oft aus Familien stammen, in denen bereits ein Elternteil oder beide alkoholabhängig waren (z.B. Chassin, Flora & King, 2004; Cotton, 1979; McKenna & Pickens, 1981; Zobel, Rösch & Quinten, 1994). Wittchen, Nelson und Lachner (1998) berichten von einem bis zu sechsfach erhöhten Risiko für Kinder von alkoholerkrankten Eltern, selber alkoholabhängig zu werden oder Alkoholmissbrauch zu betreiben.

So zeigten Männer mit familiärer Alkoholabhängigkeit und Kontrollprobanden in der prospektiven Studie von Schuckit und Smith (1996) acht Jahre später zu 28.6% eine Alkoholabhängigkeit im Vergleich zu 10.8% in der Kontrollgruppe. Alkoholmissbrauch war bei den Männern mit familiärem Alkoholabusus mit 14.1% im Vergleich zur Kontrollgruppe mit 6.6% ebenfalls deutlich erhöht. Beide Gruppen unterschieden sich hinsichtlich komorbider Angststörungen und depressiver Störungen nicht. Familiärer Alkoholismus gilt dabei als ein

spezifischer Risikofaktor im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen der Eltern, die eher einen allgemeinen Risikofaktor darstellen (Chassin, Rogosch und Barrera, 1991). Nach der Studie von Kubicka, Kozeny & Roth (1990) lassen sich männliche Risikoprobanden dabei in stark divergierende Untergruppen aus Probanden mit vergleichsweise geringem Alkoholkonsum und Personen mit erheblichem Alkoholmissbrauch unterteilen.

Auch bei Töchtern liegt ein erhöhtes Risiko für eigenen Alkoholmissbrauch und eigene Alkoholabhängigkeit vor (Sher, Gershuny, Peterson & Raskin, 1997). In der Adoptionsstudie von Bohman, Sigvardsson und Cloninger (1981) ergab sich kein erhöhtes Erkrankungsrisiko für Töchter von leiblichen alkoholkranken Vätern (3.5% vs. 2.8% bei Töchtern ohne leibliche alkoholabhängige Elternteile), wohingegen 10.3% der Frauen mit einer leiblichen alkoholabhängigen Mutter im Vergleich zu 2.8% von Töchtern ohne leibliche alkoholabhängige Elternteile selber alkoholabhängig waren. In einigen Studien zeigte sich, dass elterlicher Alkoholismus das Risiko sowohl für Alkohol- als auch Drogenkonsum im Jugendalter erhöht (Merikangas, Weissman, Prusoff, Pauls & Leckman, 1985; Chassin, Rogosch & Barrera, 1991; Sher, 1991; Hawkins, Catalano & Miller, 1992). In anderen Studien konnte kein erhöhtes Risiko für Alkohol- als auch Drogenkonsum gefunden werden (Knop, Teasdale, Schulsinger & Goodwin, 1985; Johnson, Leonard & Jacob, 1989).

Chassin, Rogosch und Barrera (1991) berichten in ihrer prospektiven Studie, dass elterlicher Alkoholismus Alkoholprobleme der Kinder im Jugendalter als auch interne Probleme vorhersagten. Antisoziale Verhaltensweisen der Eltern hingen mit Drogenabusus und externalisierenden Problemen der Kinder zusammen, während elterliche affektive Erkrankungen internalisierende Probleme bei den Kindern vorhersagten. Die Ergebnisse der Studie belegen, dass elterlicher Alkoholismus einen Risikofaktor für eigenen Alkoholismus bei den Kindern darstellt und auch weiterhin besteht, wenn komorbide Erkrankungen der Eltern miteinbezogen werden.

1.3.2.2 Fehlende elterliche Unterstützung und Kontrolle

Wenig ist bisher bekannt über die Mechanismen, die das Risiko für Alkohol- und Drogenabusus erhöhen (z.B. beeinträchtigte elterliche Aufsicht und Kontrolle, zu geringe Verbindung zwischen Eltern und Kindern, Stressbelastungen durch elterlichen Alkoholismus oder auch biologische Gründe). In den Studien von Hawkins, Catalano und Miller (1992) und Stice, Barrera und Chassin (1993) zeigte sich, dass dann ein vermehrter Konsum von Alkohol und Drogen bei den Kindern vorlag, wenn die elterliche Unterstützung und Kontrolle als niedrig empfunden wurden. Der Risikostatus der Jugendlichen führt nicht zwangsläufig zu erhöhtem Alkoholkonsum, sondern wird durch eine Reihe von Moderatorvariablen wie z.B.

aktiver Alkoholkonsum des abhängigen Elternteils oder unzureichendes elterliches Erziehungsverhalten (Stice, Barrera & Chassin, 1993) als auch einem hohen Alkoholkonsum der Peer-Group (Barnes & Welte, 1986) und einer pessimistischen Lebenseinstellung der Kinder (McCauley Ohannessian & Hesselbrock, 1994) beeinflusst.

1.3.2.3 Biologische Disposition bei Kindern von Alkoholkranken

Alle Längsschnittstudien bestätigen, dass insbesondere Söhne aus Suchtfamilien gegenüber Söhnen ohne familiäre Belastung ein deutlich höheres Risiko für eine eigene Abhängigkeit tragen. Eine mögliche Erklärung in der Transmission von Alkoholabhängigkeit stellt eine biologische Disposition dar. Kinder von alkoholkranken Eltern reagieren körperlich anders auf die Einnahme von Alkohol als Kinder aus familiär unbelasteten Familien. So hat der Alkoholkonsum bei Kindern mit elterlichem Alkoholismus vor allem in Stresssituationen eine erhöhte dämpfende Wirkung (Finn & Pihl, 1987; Levenson, Oyama & Meek, 1987). Risikoprobanden können durch Alkohol subjektiv eher entspannen und Stress abbauen als Kontrollpersonen. Die Jugendlichen erwarten - im Gegensatz zu Kontrollprobanden - vom Alkoholkonsum eher eine Steigerung der motorischen und kognitiven Fertigkeiten (Zobel, 2000). Expositionsstudien verdeutlichen, dass Risikoprobanden bei verschiedenen physiologischen Parametern (biochemische Reaktionen, zentrale Reaktionen) insgesamt eine geringere Reaktion nach Alkoholkonsum zeigen als Kontrollpersonen (Polich, Pollock & Bloom, 1994; Pollock, Volavka, Mednick, Gabrielli, Knop & Schulsinger, 1983; Schuckit, 1984), d.h. sie benötigen eine größere Menge an Alkohol, um die gleiche Wirkung wie familiär unbelastete Personen zu erreichen.

Des Weiteren berichtet Pollock (1992) in einer Studie, dass männliche Risikoprobanden sich subjektiv weniger empfänglich für die Wirkung des Alkohols erlebten. Eine vergleichsweise geringe physiologische und subjektive Reaktion auf Alkoholkonsum kann somit als Disposition für die Entwicklung von Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit angesehen werden (Zobel, 2000). So trinkt ein Teil der männlichen Risikopersonen aufgrund der erhöhten Alkoholtoleranz größere Mengen an Alkohol, um subjektiv den gleichen Rauschzustand zu erleben wie Kontrollpersonen. Gleichzeitig nehmen sie unangenehme körperliche Folgen des Alkoholkonsums ebenfalls in geringerem Ausmaß wahr.

1.3.2.4 Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern von Alkoholkranken

In einigen Studien zeigte sich, dass Kinder von alkoholkranken Eltern öfters Kontaktprobleme oder externalisierende Symptome zeigen (Jacob & Leonard, 1986; Merikangas et al., 1985). Sie scheinen eher hyperaktiv zu sein und zeigen vermehrt

antisoziales Verhalten (Sher, 1991). Schuckit, Smith, Radziminski und Heyneman (2000) berichten hingegen, dass sich keine Unterschiede zwischen Kindern von alkoholerkrankten Eltern und Kindern aus gesunden Familien hinsichtlich Kontaktprobleme oder oppositionelles Verhalten ergaben, wenn der sozioökonomische Status als auch familiäre antisoziale Erkrankungen kontrolliert werden.

1.3.2.5 *Geschlechtstypische Unterschiede bei Kindern von Alkoholerkrankten*

Dabei zeigen sich geschlechtstypische Auswirkungen des elterlichen Alkoholabusus: Nach Sher (1991) sind Jungen eher von expansiven Störungen betroffen (wie z.B. Alkoholstörung, Störungen des Sozialverhaltens, Delinquenz) und zeigen eher antisoziale Persönlichkeitsstörungen. Auch Puttler, Zucker, Fitzgerald und Bingham (1998) sowie Elpers und Lenz (1994) belegen für Jungen erhöhte Anfälligkeiten für externalisierende und dissoziale Verhaltensweisen. Die Töchter scheinen hingegen eher unter einer vermehrten Tendenz zu negativer Selbstkritik betroffen zu sein (Berkowitz & Perkins, 1988) und unter Essstörungen zu leiden (Baltruschat, Geissner & Klein, 2005). So fanden Chandy, Harris, Blum & Resnick (1994) in den Selbstaussagen von Jugendlichen alkoholmissbrauchender Eltern signifikant häufiger Symptome von gestörtem Essverhalten als in der Kontrollgruppe. Mädchen von Eltern mit Alkoholerkrankungen haben zudem eine höhere Rate an somatischen Beschwerden (Biek, 1981; Roberts & Brent, 1982).

1.3.2.6 *Essstörungen bei Töchtern alkoholerkrankter Eltern*

In einem Teil der bisherigen Studien zur Untersuchung des Zusammenhangs zwischen elterlichem Alkoholabusus und einer Essstörung der Töchter wurde der Ansatz verfolgt, Patientinnen mit einer diagnostizierten Essstörung (klinische Untersuchung) nach dem Auftreten von Alkoholstörungen der Eltern zu befragen (z.B. Boumann & Yates, 1994; Kaye et al., 1996; Kuntz, Groze & Yates, 1992 und Kasset et al., 1989). So berichten Kasset et al. (1989), dass sich bei 185 Verwandten ersten Grades von Bulimikerinnen höhere Raten an Major Depression und Essstörungen aber auch Alkoholstörungen zeigten. Besonders hohe Raten an elterlichem Alkoholismus fanden sich bei denjenigen Patientinnen, die sowohl unter Bulimie als auch einer Major Depression litten. Eine Alkoholstörung wurde bei 33% der Verwandten (N = 33) berichtet, während bei Verwandten von Bulimikerinnen, die nicht unter einer Major Depression litten, eine Rate von 21.9% (N = 19) zu verzeichnen war. Die Rate elterlicher Alkoholstörung lag dabei im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ohne psychische Erkrankungen bei 14% (N = 16).

Ein solcher Zusammenhang zwischen der Essstörung der Töchter und elterlichem Alkoholismus zeigte sich auch in der Studie von Boumann und Yates (1994), in der

bulimische Frauen als auch Frauen ohne eine Bulimia nervosa und die Eltern beider Gruppen mit Hilfe des *Family History Research Diagnostic Criteria (FH-RDC) Interviews* untersucht wurden. Es zeigte sich, dass bei bulimischen Frauen elterliche psychiatrische Erkrankungen (Depressionen und Alkoholismus) gehäuft auftraten im Vergleich zur Kontrollgruppe (64% vs. 24%). Kaye et al. (1996) befragten ebenfalls bulimische Patientinnen als auch Frauen ohne eine Essstörung sowie deren Angehörige ersten Grades. Angehörige bulimischer und Alkohol/- oder Drogenabusus betreibender Frauen hatten deutlich höhere Raten an Alkohol- oder Drogenabhängigkeit (38%) im Vergleich zu den Angehörigen bulimischer Frauen ohne einen Alkohol- oder Drogenabusus (10%) oder im Vergleich zur Rate an Angehörigen der gesunden Frauen (18%). Aufgrund der Befunde gehen die Autoren davon aus, dass die familiäre Transmission von Alkoholabhängigkeit und Bulimie unabhängig voneinander erfolgt.

In der Studie von Kuntz, Groze & Yates (1992) hingegen zeigte sich keine erhöhte Rate an Alkoholismus bei Angehörigen von essgestörten Frauen. Sie befragten sowohl bulimische Frauen als auch eine Kontrollgruppe gesunder Frauen, die weder eine Essstörung noch eine andere psychische Erkrankung zum Untersuchungszeitpunkt hatten, als auch die Angehörigen beider Gruppen mit Hilfe eines diagnostischen Familiengeschichts-Untersuchungs-Interviews (Family History-Research Diagnostic Criteria, FH-RDC) und spezifischer Fragebögen (z.B. dem Michigan Alcohol Screening Test, MAST). Die Angehörigen bulimischer Frauen wogen im Durchschnitt mehr als die Angehörigen der Kontrollgruppe und hatten häufiger Gewichtsprobleme in der Vergangenheit, was auf eine familiäre Transmission von Essstörungen bzw. Essstörungssymptomen deutet. Bulimische Frauen hatten im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant häufiger depressive Erkrankungen und Alkoholismus. Die Angehörigen beider Gruppen unterschieden sich hinsichtlich Alkoholismus oder Depressionen nicht signifikant.

In anderen Studien wurde der Frage nachgegangen, ob die Rate an Essstörungen bei Kinder von alkoholerkrankten Eltern verglichen mit der Rate bei Frauen, bei deren Eltern keine Alkoholproblematik besteht, erhöht ist (z.B. von Claydon, 1987; Mintz, Kashubeck & Tracy, 1995; Stout & Mintz, 1996). Einen Zusammenhang zwischen elterlichem Alkoholismus und einer Essstörung der Töchter fand sich auch in den Studien von Mintz, Kashubeck und Tracy (1995) sowie Claydon (1987), wobei hier Probanden mit Essstörungssymptomen, aber noch keiner voll ausgeprägten Essstörung, untersucht wurden. Mintz et al. (1995) fanden deutliche Unterschiede auf der Skala „Interozeptive Wahrnehmung“ des Eating Disorder Inventory (EDI; Garner, Olmsted & Polivy, 1983) zwischen Kindern von alkoholerkrankten Eltern (N = 36) und Studenten (N = 142), deren Eltern nicht an einer Alkoholstörung erkrankt

waren. Demnach geht eine größere wahrgenommene Belastung der Kinder durch den elterlichen Alkoholismus (gemessen mit Hilfe des Children of Alcoholics Screening Test [CAST], Pilat & Jones, 1982) mit stärker ausgeprägten Essstörungssymptomen einher. Damit im Einklang steht die Studie von Claydon (1987), der für Kinder von alkoholerkrankten Eltern (gemessen anhand des CAST) ein eineinhalbfach erhöhtes Risiko fand, an einer Essstörung zu erkranken im Vergleich zu Studentinnen, die keinen Elternteil mit einer Alkoholerkrankung hatten (N = 1302). In der Studie von Claydon (1987) wurde die eigene Essstörung anhand der Frage „Denkst du, dass du eine Essstörung hast (z.B. Binge eating, Bulimia nervosa oder Anorexia nervosa)?“ erfasst.

Robinson (1990) berichtet, dass Essstörungen zu den Hauptsymptomen von erwachsenen Kindern von Alkoholerkrankten zählen. Er äußert die Annahme, dass alkoholbelastete Mütter oftmals ihre Kinder überfüttern würden, als Ausgleich zu der fehlenden Liebe, die sie ihnen nicht geben könnten. Auch stelle Essen eine Möglichkeit für die Kinder dar, einen Ersatz für die ausbleibende emotionale Nähe zu ihren alkoholbelasteten Eltern zu erlangen. Auf der anderen Seite stehen die Ergebnisse der Studien von Kuntz, Groze und Yates (1992) sowie von Stout und Mintz (1996). Kuntz, Groze und Yates (1992) konnten bei 210 Untersuchungsteilnehmerinnen keine signifikanten Unterschiede zwischen Bulimikerinnen und einer Kontrollgruppe hinsichtlich einer Alkoholproblematik bei deren Elternteilen feststellen. Auch die Studie von Stout und Mintz (1996) spricht eher gegen einen Zusammenhang zwischen einer Essstörung der Töchter und einer Alkoholproblematik der Eltern. Es wurden keine Unterschiede zwischen Kindern von alkoholerkrankten Eltern und Frauen, deren Eltern nicht an einer Alkoholstörung erkrankt sind, hinsichtlich der Essstörungssymptomatik der Töchter gefunden (N = 90). Neben diesen globalen Befunden gibt es jedoch auch interessante differentielle Befunde. Einen wichtigen Faktor stellt hier das Merkmal Geschlecht dar: Stout und Mintz (1996) berichten von erhöhten Werten auf den Skalen des Eating Disorder Inventory bei Töchtern, deren Vater an einer Alkoholstörung erkrankt war. War die Mutter hingegen erkrankt, fand sich dieser Unterschied bei den Töchtern nicht.

1.3.2.7. Resilienz

Eine große Anzahl von Kindern wird mit Unsicherheiten, Belastungen und psychischen Erkrankungen der Eltern konfrontiert. Und dennoch wachsen viele Kinder trotz erhöhter Entwicklungsrisiken in ihrer Umgebung zu erstaunlich kompetenten und leistungsfähigen Persönlichkeiten heran, die keine psychische Erkrankung entwickeln und sich gegenüber den Belastungen resilient zeigen. Resilienz wird dabei als die *psychische Widerstandsfähigkeit von Kindern* gegenüber biologischen, psychologischen und

psychosozialen Entwicklungsrisiken definiert, d.h. die betroffenen Kinder zeigen *psychische Gesundheit* trotz Risikobelastungen, d.h. sie haben *Bewältigungskompetenzen entwickelt, die sie schützen*. Im Vergleich zu früheren Ansätzen wird heute davon ausgegangen, dass Resilienz *kein angeborenes Persönlichkeitsmerkmal* bezeichnet, sondern vielmehr eine Kapazität, die im Verlauf der Entwicklung *im Kontext der Kind-Umwelt-Interaktion erworben wird* (Rutter 2000). In Studien mit alkoholkranken Eltern gibt es häufig auch Befunde über resiliente Kinder (D'Andrea, Fisher & Harrison, 1994; Wolin & Wolin, 1995, 1996). Nach den Beobachtungen von Kagan (1984) sind neben den objektiven Umständen, in denen ein Kind aufwächst, vor allem die subjektive Wahrnehmung und Bewertung dieser Umstände relevant für die weitere Entwicklung des Kindes. Wolin und Wolin (1995) unterscheiden dabei bei Kindern aus alkoholbelasteten Familien zwei grundsätzliche Reaktionsweisen: Kinder, die die familiären Erlebnisse als Herausforderung (challenge) wahrnehmen, widerstehen den krankmachenden Einflüssen. Wenn die Familienumgebung hingegen hauptsächlich als schädigend wahrgenommen werde, läge die Entwicklung von Störungen nahe. Wenn familiäre Rituale eingehalten werden (Bennett, Wolin, Reiss, & Teitelbaum, 1987; Wolin, Bennett & Noonan, 1979; Wolin, Bennett, Noonan & Teitelbaum, 1980) oder eine emotionale Beziehung zum nicht-abhängigen Elternteil oder zu anderen Personen besteht (Zobel, 2000), hat es einen protektiven Einfluss auf die Entwicklung der Kinder.

Des Weiteren können ein offener Umgang mit der Alkoholproblematik, angemessene Bewältigungsstile der Kinder als auch geringe Erwartungen von positiven Alkoholeffekten als Schutzfaktoren wirken (Clair & Genest, 1987; Domenico & Windle, 1993). Kinder, die später nicht auffällig werden, sind nach Ackerman (1983) dadurch gekennzeichnet, dass sie enge positive Beziehungen außerhalb der Familie (z.B. in der Peer-Group) haben. Zudem kann sich eine Reihe von Symptomen in der Familie zurückbilden, wenn sich der abhängige Elternteil zu einem abstinenten Leben entschließt (Moos & Billings, 1982; Chassin, Rogosch & Barrera, 1991; Whipple & Noble, 1991). Die Autoren Moos und Billings (1982) verglichen dabei die Einschätzungen der Ehefrauen von rückfälligen und gebesserten Alkoholabhängigen hinsichtlich der emotionalen Situation ihrer Kinder mit den Einschätzungen von Kontrollfamilien. In der Untersuchung von De Lucia et al. (2001) zeigte sich hingegen kein Zusammenhang zwischen der Gesundheit der Eltern vom Alkoholismus und einer Verbesserung des elterlichen Erziehungsverhaltens oder verbesserte Ergebnisse bei den Kindern.

1.4 Zwischenresümee

Die vorausgegangene Zusammenstellung der empirischen Ergebnisse sollte deutlich machen, dass a) sowohl Risikofaktoren der Betroffenen selber (z.B. Diätverhalten, Schlankheitsdruck), biologische Faktoren (z.B. serotonerge Auffälligkeiten) und familiäre Risikofaktoren (z.B. elterliche Erkrankungen wie Depressionen und Essstörungen) das Risiko für Frauen erhöht, an einer Essstörung zu erkranken. Elterlicher Alkoholismus stellt dabei einen Belastungsfaktor unter mehreren weiteren dar. b) Kinder aus alkoholbelasteten Familien unterliegen einem erhöhten Risiko, selbst psychische Störungen zu entwickeln. Elterlicher Alkoholismus kann dabei außer der Entwicklung einer Essstörung bei den Töchtern insbesondere die Entwicklung eines eigenen Alkoholabusus der Kinder – hierbei besonders der Jungen sowie weitere psychische Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten beeinflussen.

In meinen folgenden Studien wurde daher der Zusammenhang zwischen elterlichem Alkoholabusus und der Entwicklung einer psychischen Erkrankung der Kinder (im Speziellen die Entwicklung einer Essstörung der Töchter) untersucht, um mehr Hinweise zu erhalten, welche Rolle dem elterlichen Alkoholismus bei der Entwicklung einer Essstörung der Kinder zukommt.

2. Erfassung des Zusammenhangs zwischen elterlichem Alkoholismus und der Entwicklung einer Essstörung der Töchter: Untersuchungsaufbau und methodische Aspekte

Die bisherige Befundlage zu elterlichem Alkoholismus und der Entwicklung einer Essstörung bei den Töchtern ist uneinheitlich. Es gibt sowohl Studien, die für einen Zusammenhang zwischen elterlichem Alkoholismus und einer Essstörung der Töchter sprechen (Boumann & Yates, 1994; Kaye et al., 1996; Kasset et al., 1989; Mintz, Kashubeck und Tracy, 1995 sowie Claydon, 1987), als auch Studien, in denen kein Zusammenhang gefunden wurde (Kuntz, Groze & Yates, 1992; Stout & Mintz, 1996). Festzuhalten ist, dass Kinder aus alkoholerkrankten Familien vielen psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind, die das Risiko einer Essstörung oder auch weiterer psychischer Erkrankungen der Kinder beeinflussen können. Viele Kinder entwickeln jedoch trotz schwerer Belastungsfaktoren keine psychischen Erkrankungen, so dass davon ausgegangen werden muss, dass insbesondere die Wahrnehmung und Bewertung des elterlichen Alkoholismus für die weitere Entwicklung eine bedeutende Rolle spielt.

Um den Zusammenhang zwischen elterlichem Alkoholismus und insbesondere der Entwicklung einer Essstörung der Töchter genauer zu untersuchen, können verschiedene methodische Wege gewählt werden, die sowohl die psychischen Erkrankungen von Eltern und Kindern und die wahrgenommenen Belastungen durch den elterlichen Alkoholismus erfassen als auch eine Kontrollgruppe gesunder Frauen beinhalten. Es sollten sowohl Selbstauskünfte ermittelt werden, um die subjektiv wahrgenommene Belastung erfassen zu können, als auch eine Validierung der Angaben durch klinische Kriterien, mit deren Hilfe klinische Diagnosen gestellt werden können und nicht nur Symptome erfasst werden.

Insbesondere die Ermittlung des elterlichen Alkoholismus stellt eine besondere Schwierigkeit dar, da viele Alkoholiker ihre eigenen Alkoholismus bagatellisieren oder nicht wahrhaben wollen. So kann es bei Fremdanamnesen aber auch bei Selbstauskünften zu einer Unterschätzung kommen. Die Erhebung des Alkoholismus sollte sich daher auf verschiedene Kriterien und auch Fremd- sowie Selbstauskünfte stützen. Ein Messinstrument, das sich in nordamerikanischen und englischen Studien zur Erfassung von Kindern, die zumindest mit einem Elternteil aufwuchsen, der eine Alkoholikerkrankung hatte, sehr gut bewährte, ist der Children of Alcoholics Screening Test (CAST; Pilat & Jones, 1982; Jones, 1982; Jones, 1985). Dieses Instrument wurde auch in den folgenden Studien verwendet.

2.1 Untersuchungsablauf

In der ersten Studie (Manuskript 1) sollten daher sowohl a) essgestörte Frauen, die sich aufgrund ihrer Erkrankung in stationärer psychotherapeutischer Behandlung befanden hinsichtlich der wahrgenommenen Belastung durch elterlichen Alkoholkonsum (mit Hilfe des Children of Alcoholics Screening Test; CAST, siehe 2.2.3) als auch b) die Töchter alkoholikerkrankter Eltern, die sich aufgrund des Alkoholismus in stationärer Behandlung befanden hinsichtlich der Essstörungssymptome (mit Hilfe des EAT und EDI; siehe 2.2.1 und 2.2.2.) befragt werden. Mit dieser ersten Untersuchung sollte erfasst werden, ob ein Zusammenhang zwischen wahrgenommenem elterlichem Alkoholkonsum und Essstörungen der Töchter besteht. In der Folgestudie (Manuskript 3) wurden sowohl essgestörte Frauen und deren Eltern als auch gesunde Frauen und ihre Eltern mit Hilfe eines strukturierten klinischen Interviews befragt, um zu überprüfen, ob sich der gefundene Zusammenhang zwischen elterlichem Alkoholkonsum und Essstörungssymptomen der Töchter auch bei klinisch diagnostizierbaren Erkrankungen (im Gegensatz zu Selbstauskünften und Fremdanamnesen in der ersten Studie) replizieren lässt und welche weiteren psychischen Erkrankungen der Eltern – außer dem Alkoholismus – das Risiko einer

Essstörung der Töchter erhöht haben. In verschiedenen Studien gibt es Belege dafür, dass insbesondere Depressionen und eigene Essstörungen der Eltern das Risiko einer Essstörung für die Töchter erhöht. Aufgrund der Ergebnisse in der ersten Studie wurde davon ausgegangen, dass mehr Eltern essgestörter Frauen einen klinisch diagnostizierbaren Alkoholismus aufweisen sollten als im Vergleich Eltern der Kontrollgruppe. Um Art und Umfang elterlicher Alkoholbelastung bei Kindern genau bestimmen zu können, ist es notwendig, ein Instrument zur Verfügung zu haben, das es erlaubt, kritische Grenzen zu beschreiben. In der zweiten Studie (Manuskript 2) sollte daher die Binnenstruktur des CAST und seine kritischen Grenzen analysiert werden.

2.2 Messinstrumente

Es werden sowohl essstörungsspezifische Fragebögen (EDI, EAT) zur Ermittlung der Essstörungssymptome der Töchter, ein Fragebogen zur Erfassung der wahrgenommenen Belastung durch den elterlichen Alkoholkonsum (CAST) als auch diagnostische Interviews (SKID) eingesetzt. Zudem wurde in den folgenden Studien die Kriteriumsfrage „Ist dir/Ihnen schon einmal der Gedanke gekommen, dass dein/Ihr Vater oder deine/Ihre Mutter alkoholabhängig sein könnte?“ verwendet, um Kinder aus alkoholbelasteten Familien zu erfassen.

2.2.1 *Eating Attitudes Test – 26* (EAT-26; Garner & Garfinkel, 1979; Garner et al., 1982).

Der EAT erfasst charakteristische Symptome und Gedanken von Essstörungen. Der Fragebogen beinhaltet 26 Items (sechsstufiger Antwortmodus [1=immer, 2=meistens, 3=oft, 4=manchmal, 5=selten, 6=nie]). Diese lassen sich in drei Subskalen aufteilen (Diätverhalten, Bulimie und ständige Beschäftigung mit Nahrung sowie orale Kontrolle). Die Antworten für jedes Item sollen nach Angaben der Autoren von 0 bis 3 gewichtet werden (immer = 3, meistens = 2, oft = 1, manchmal, selten und nie = 0). Ein Wert von 3 spricht für eine deutliche Ausprägung in symptomatischer Richtung. Gesamtwerte über 20 deuten einer Empfehlung der Autoren zufolge darauf hin, dass eine Essstörung vorhanden ist. Ein Beispiel für Diätverhalten (Dieting) ist: „Wenn ich in Bewegung bin, denke ich daran, wie viel Kalorien ich dabei verbrauche.“ Ein Beispiel für Bulimie und ständige Beschäftigung mit Nahrung (Bulimia and food preoccupation) ist: „Ich hatte Fressanfälle, bei denen ich merkte, dass ich nicht mehr aufhören konnte zu essen.“ Ein Beispiel für Orale Kontrolle (oral control) ist: „Ich vermeide es zu essen, wenn ich hungrig bin.“

2.2.2 *Eating Disorder Inventory* (EDI; Garner, Olmsted & Polivy, 1983; deutsche Version von Thiel & Paul, 1988).

Das EDI ist das international gebräuchlichste Standardinstrument zur mehrdimensionalen Erfassung psychologischer Merkmale und Verhaltenscharakteristika anorektischer und bulimischer Patienten. Aus diesem Fragebogen wurden einer häufigen Konvention entsprechend die ersten drei Skalen („Schlankheitsstreben“ [drive for thinness], „Bulimisches Verhalten“ [bulimia] sowie „Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper“ [body dissatisfaction]) verwendet. Diese Variante beinhaltet 23 Items (sechsstufiger Antwortmodus [1=nie, 2=selten, 3=manchmal, 4=oft, 5=sehr oft, 6=immer]). Ein Beispiel für Schlankheitsstreben (drive for thinness) ist: „Wenn ich ein Pfund zunehme, habe ich Angst, dass es so weitergeht.“ Ein Beispiel für Bulimie (bulimia) ist: „Ich stopfe mich mit Essen voll.“ Ein Beispiel für Körperliche Unzufriedenheit (body dissatisfaction) ist: „Ich glaube, mein Bauch ist zu dick.“

2.2.3 *Children of Alcoholics Screening Test* (CAST; Jones, 1982; Jones, 1985; Pilat & Jones, 1982).

Ein international gut bewährtes Instrument zur Erfassung von Kindern, die in Familien aufgewachsen sind, in denen mindestens ein Elternteil Alkoholabusus betrieb, ist der Children of Alcoholics Screening Test (CAST; deutsch Baltruschat, Geissner & Klein; 2007; Jones, 1982; Jones, 1985; Pilat & Jones, 1982). Der CAST besteht aus 30 Ja-Nein-Fragen zu Gefühlen, Meinungen und Verhaltensweisen der Kinder hinsichtlich des elterlichen Alkoholkonsums (z.B. „Hast du schon einmal ein Familienmitglied vor deinem Vater oder deiner Mutter beschützt, wenn er oder sie getrunken hatte?“). Er wurde ursprünglich einfaktoriell konzipiert, so dass ein Gesamtwert berechnet werden kann (Min. = 0, Max. = 30). In der amerikanischen Literatur (Pilat & Jones, 1982) wird ein Cut-off- Wert von 6 oder mehr als Indiz für eine Belastung der Kinder durch elterlichen Alkoholkonsum für Kinder alkoholerkrankter Eltern angegeben. Pilat und Jones (1982) berichten, dass anhand dieses Cut-off- Werts 100% der zuvor in der freien klinischen Exploration als Kinder von alkoholerkrankten Eltern diagnostizierten auch per Fragebogen richtig identifiziert werden konnten. Der Cut-off- Wert von 6 oder höher ist den amerikanischen Angaben zufolge hinreichend bei der Identifikation von Kindern aus alkoholbelasteten Familien.

Es liegen bereits einige Befunde zur psychometrischen Eignung des CAST vor (Dinning & Berk, 1989; Pilat & Jones, 1982; Roosa, Sandler, Beals & Short, 1988). In einigen Arbeiten konnte sich der CAST als praxistaugliches Verfahren bewähren (Kashubeck & Christensen, 1992; Newcomb, Stollman & Vargas, 1995). Jones (1983) berichtet eine Spearman-Brown split-half Reliabilität von $r_{tt} = .98$. Staley und El-Guebaly (1991) fanden

eine interne Konsistenz von $\alpha = .97$ für erwachsene psychiatrische Patienten. In der Studie von Clair und Genest (1992) zeigte sich eine 8-Wochen Retest-Reliabilität von $r_{it} = .88$ für eine Stichgruppe von jugendlichen Kindern von alkoholerkrankten Eltern. Bezüglich der differentiellen Validität zeigt der CAST einige Schwächen auf, insbesondere einen geschlechtsspezifischen Bias, da sich Mädchen im Vergleich zu Jungen eher als Kind einer alkoholbelasteten Familie identifizieren (Havey & Dodd, 1995). Auffallend hoch ist auch die Zahl derjenigen, die sich als Kind aus einer alkoholbelasteten Familie identifizieren, dies aber nicht sind: Jones (1983) identifizierten mit einem cut-off-Wert von sechs 100% der Kinder aus alkoholbelasteten Familien, wobei 23% der Kontrollgruppe von Personen ohne trinkenden Elternteil einen cut-off-Wert von sechs hatten.

In den folgenden Studien wurde die deutsche Übersetzung nach M. Klein verwendet (für eine Auflistung der verwendeten Items siehe Anhang bei Baltruschat, Geissner und Klein, 2007). In der Studie von Baltruschat, Geissner und Klein (2007) wurden nach einer Hauptkomponentenanalyse zwei Faktoren ermittelt und im Anschluss daran entsprechend zwei Subskalen entwickelt (Subskala 1 „Intrapsychische Belastungen“ und Subskala 2 „Interaktionelle Belastungen“). Subskala 1 (sieben Items) beschreibt dabei Verantwortungs- oder auch Schuldgefühle bezüglich des elterlichen Trinkverhaltens als auch das Sich-Sorgen um die Gesundheit der Eltern und weist eine Konsistenz von $\alpha = .91$ auf. Die Trennschärfe der Items liegt insgesamt im sehr guten Bereich und variiert von $r_{it} = .60$ bis $r_{it} = .80$ (Mittlere Trennschärfe $r_{it} = .73$). Subskala 2 beschreibt interaktionelle Belastungen wie Gewalterfahrungen und Konflikte innerhalb der Familie. Weiterhin beinhaltet diese Subskala Schamgefühle und Befürchtungen peinlicher Situationen wegen des elterlichen Trinkens als auch Ängste vor negativen Konsequenzen (wie z.B. Scheidung der Eltern) und weist eine Konsistenz von $\alpha = .87$ auf. Die Trennschärfe der Items variiert von $r_{it} = .53$ bis $r_{it} = .69$ (Mittlere Trennschärfe $r_{it} = .62$).

3. Publikationsübersicht

3. 1. Elterlicher Alkoholmissbrauch: Risikofaktor für eine Essstörung der Töchter (Manuskript 1)

Baltruschat, N.; Geissner, E.; Klein, M. (2005). Elterlicher Alkoholmissbrauch. Risikofaktor für eine Essstörung der Töchter. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 13 (2), 58-68.

Zielsetzung

Ziel der Studie war die Frage, ob das Aufwachsen in einer Familie, in der ein Elternteil an einer Alkoholstörung erkrankt ist, insbesondere für die Töchter das Risiko erhöht, an einer Essstörung zu erkranken. Die bisher uneindeutige Befundlage hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen elterlichem Alkoholismus und einer Essstörung der Töchter sollte in der Untersuchung weiter eruiert werden. Zum einen sollte untersucht werden, ob Töchter mit einer klinisch diagnostizierten Essstörungsproblematik zu einem substantiellen Anteil Eltern mit einer Alkoholproblematik haben (*Teilstudie I*). Hierbei gingen wir von einer Grundrate von 1.1-4.9% an Alkoholstörungen in der Bevölkerung (Demmel, 2000) aus. Zum anderen sollte geprüft werden, ob die Rate an Essstörungen bei den Töchtern erhöht ist, die Eltern mit einer klar diagnostizierbaren Alkoholerkrankung haben (*Teilstudie II*). Entsprechend gingen wir auch hier von einer Grundrate von 1-3% an Essstörungen in der Bevölkerung (Fichter, 1999) bzw. ca. 8 % an subklinischer Essstörungssymptomatik (vgl. Westenhöfer, 1992) aus. Diese Vorgehensweise ermöglichte die Relativierung möglicher Über-/Unterschätzungen und die Gewinnung eines valideren Ergebnisbildes.

Methode

In Teilstudie 1 wurden 100 essgestörte Frauen zwischen 13 und 26 Jahren mittels klinischer Interviews und Fragebögen ([1] Familiengeschichte, [2] Children of Alcoholics Screening Test (CAST); Pilat & Jones, 1982; Jones, 1982; Jones, 1985) untersucht. In Teilstudie 2 wurden 47 alkoholerkrankte Elternteile, die sich aufgrund des Alkoholismus in stationärer psychotherapeutischer Behandlung befanden, hinsichtlich der wahrgenommenen Essstörungssymptome ihrer Töchter befragt ([1] klinische Interviews, [2] Eating Attitudes Test 26- Fremdauskunft, [3] Subskalen des Eating Disorder Inventory EDI – Fremdauskunft). Die Eltern litten dabei seit durchschnittlich 12 Jahren an einer Alkoholstörung (SD = 7.60; Min. 1 Jahr, Max. 30 Jahre Alkoholismus). Die Essstörungssymptome der Töchter der untersuchten alkoholerkrankten Eltern wurden zudem mit Hilfe einer Befragung (EAT-26, EDI) der Töchter (N = 54) erfasst. Darüber hinaus wurde die Wahrnehmung der Töchter des

elterlichen Alkoholismus anhand des CAST erhoben. Der Body Mass Index [BMI; kg/(m²)] der Töchter lag im Durchschnitt bei 20.68 (SD = 2.88) und variierte zwischen 15.61 und 28.09.

Ergebnisse

Die ermittelten Ergebnisse stützen die Hypothese, dass es einen Zusammenhang zwischen einer Essstörung der Töchter und dem Alkoholabusus der Eltern gibt. Teilstudie 1 (essgestörte Frauen) ergab eine Rate elterlicher Alkoholkrankungen von 47% (Grundrate in der Allgemeinbevölkerung 1.1 – 4.9%, Demmel, 2000). Für Teilstudie 2 (Eltern mit einer Alkoholkrankung) wurde eine töchterliche Rate an Essstörungssymptomen von ca. 40% ermittelt (Essstörungsraten bei jungen Frauen z.B. 3% für Bulimie, Fichter, 1999; ca. 8% für subklinische Essstörungssymptome, Westenhöfer, 1992). Demnach stellt elterlicher Alkoholabusus einen bedeutsamen Risikofaktor für die Entwicklung einer Essstörung bei Töchtern dar.

Bewertung der Ergebnisse

Die ermittelte Rate von 47% an Frauen, die durch elterlichen Alkoholismus belastet sind, war unerwartet groß. Die von uns gefundene Rate von 47% muss jedoch dahingehend relativiert werden, dass dies für eine Alkoholsymptomatik (Missbrauch) im weiteren Sinne spricht, aber noch nicht unbedingt für eine durch Experten klar diagnostizierte Alkoholabhängigkeit. Eine Überschätzung elterlichen Alkoholismus zeigte sich auch in der Studie von Jones (1983): Jones (1983) identifizierten mit einem cut-off-Wert von sechs 100% der Kinder aus alkoholbelasteten Familien, wobei 23% der Kontrollgruppe von Personen ohne trinkenden Elternteil einen cut-off-Wert von sechs hatten.

Offen bleibt zudem, welche Kausalzusammenhänge hier bestehen bzw. inwieweit Drittvariablen eine Rolle spielen. Einen Hinweis auf einen Zusammenhang von elterlichem Alkoholismus und Depressionen geben die Töchterangaben dieser Untersuchung. Hinsichtlich komorbider psychischer Erkrankungen der Eltern berichteten insgesamt 27 Patientinnen (27%), dass ein Elternteil sich über einen Zeitraum von 2 Jahren „die meiste Zeit niedergeschlagen und traurig fühlte“. 20 (20%) Patientinnen hatten dabei einen CAST-Gesamtwert von > 6 und sieben (7%) von ≤ 6 ($Ch^2(1) = 10.884; p = .001$). Elterliche Komorbidität könnte dabei den Schweregrad der psychischen Störungen der COA erhöhen (Sher, 1991). Neben elterlichen Depressionen und Alkoholismus können auch elterliche Essstörungen das Risiko einer Essstörung der Töchter erhöhen (siehe Geissner & Schary, 2005, Stice, Agras & Hammer, 1999).

3.2 Deutsche Version des Children of Alcoholics Screening Test (CAST) – Befunde bei Patientinnen mit Magersucht und Bulimie (Manuskript 2)

Baltruschat, N., Geissner, E. & Klein, M. (2007). Deutsche Version des Children of Alcoholics Screening Test (CAST) – Befunde bei Patientinnen mit Magersucht und Bulimie. *Suchttherapie* 2, 74-81.

Zielsetzung

In der vorangegangenen Studie wurde die wahrgenommene Belastung essgestörter Töchter durch den elterlichen Alkoholkonsum erfasst. Es ergab sich eine deutlich erhöhte Rate an elterlichem Alkoholabusus (47%), gemessen mit der einfachen Übersetzung des CAST. In der folgenden Studie sollte die Binnenstruktur des Children of Alcoholics Screening Test (CAST) mit den zugrundeliegenden Subdimensionen untersucht und genauer auf die Gütekriterien eingegangen werden. Können z.B. solche Subdimensionen gezeigt werden, so wäre es lohnenswert, die Zusammenhänge hinsichtlich der Art der Alkoholbelastung weiter auszudifferenzieren.

Methode

Untersucht wurden 100 essgestörte Frauen, die sich aufgrund der Erkrankung zur stationären psychotherapeutischen Behandlung in klinischen Einrichtungen befanden, mit Hilfe von klinischen Interviews und dem Children of Alcoholics Screening Test (CAST) (Pilat & Jones, 1982; Jones, 1982; Jones, 1985) als auch 50 essgestörte Frauen mit Hilfe von klinischen Interviews und dem Children of Alcoholics Screening Test (CAST), dem Freiburger Persönlichkeits-Inventar (FPI-R; Fahrenberg, Hampel & Selg, 2001) und der Symptom-Checklist-90-R (SCL-90-R; Franke, 1995) befragt. Wir führten Skalenanalysen durch und überprüften den Fragebogen auf charakteristische Gruppenunterschiede bzw. Merkmalszusammenhänge.

Ergebnisse

In dieser Studie wurden nach einer Hauptkomponentenanalyse zwei Faktoren ermittelt und im Anschluss daran entsprechend zwei Subskalen entwickelt (Subskala 1 „*Intrapsychische Belastungen*“ und Subskala 2 „*Interaktionelle Belastungen*“). Die mittels orthogonaler Rotation gewonnenen Faktoren klären zusammen 50.1% der Varianz auf. Subskala 1 (mit sieben Items) „*Intrapsychische Belastungen*“ beinhaltet Verantwortungs- oder auch Schuldgefühle der Töchter bezüglich des elterlichen Trinkverhaltens. Sie beschreibt auch Gedankenkreisen um das Trinken der Eltern und dessen Auswirkungen, ferner das Sich-Sorgen um die Gesundheit der Eltern. Subskala 2 (mit neun Items) „*Interaktionelle Belastungen*“ beinhaltet Gewalterfahrungen der Töchter und Konflikte

innerhalb der Familie. Weiterhin umfasst sie Schamgefühle wegen des elterlichen Trinkens als auch Angst vor negativen Auswirkungen des elterlichen Alkoholismus auf die Familie wie z.B. Scheidung der Eltern als auch Befürchtungen peinlicher Situationen, wenn andere Menschen den betrunkenen Elternteil wahrnehmen. Die Mittelwerte der Skalen 1 und 2 („*Intrapsychische Belastungen*“ und „*Interaktionelle Belastungen*“) sind in der Gruppe „Alkoholbelastete Töchter“ deutlich erhöht im Vergleich zur Gruppe „Nicht alkoholbelastete Töchter“. Beide Gruppen waren stärker durch Sorgen, Ärger, Schuld- und Verantwortungsgefühle hinsichtlich des Alkoholkonsums der Eltern belastet (Skala 1 „*Intrapsychische Belastungen*“) als durch Gewalt und Konflikte in den familiären Beziehungen (Skala 2 „*Interaktionelle Belastungen*“).

Die Berechnung von Cronbach's α belegt die sehr gute Homogenität für die Skala 1 „*Intrapsychische Belastungen*“ ($\alpha = .91$). Die Trennschärfe der Items liegt insgesamt im sehr guten Bereich und variiert von $r_{it} = .60$ bis $r_{it} = .80$ (Mittlere Trennschärfe $r_{it} = .73$). Für die Skala 2 „*Interaktionelle Belastungen*“ liegt die innere Konsistenz mit $\alpha = .87$ ebenfalls im guten Bereich. Die Homogenitäten der Skalen mit 7 bzw. 9 Items liegen damit im hohen Bereich und sind vergleichbar mit den internen Konsistenzen anderer Studien für den aus 30 Items bestehenden Gesamt-CAST (Dinning & Berk, 1989; Staley & El-Guebaly, 1991). Die Trennschärfe der Items variiert von $r_{it} = .53$ bis $r_{it} = .69$ (Mittlere Trennschärfe $r_{it} = .62$). Korrelationsanalysen zwischen den CAST-Subskalen 1 und 2 auf der einen Seite und dem Freiburger Persönlichkeits-Inventar sowie der Symptom-Checklist-90-R auf der anderen Seite ergaben niedrige Korrelationen.

Die Extraktion der beiden Faktoren legt eine verkürzte Version des CAST, die die insgesamt 16 Items der beiden extrahierten Faktoren beinhaltet, nahe. Denkbar wäre auch eine spezifische Gewichtung der Items anhand ihrer Ladung auf den ermittelten Faktoren.

Bewertung der Ergebnisse

Der CAST zeigte sich als ein gutes und differenziertes Instrument zur Ermittlung der elterlichen Alkoholbelastung bei Kindern. Es erfasst sowohl „*Intrapsychische Belastungen*“ als auch „*Interaktionelle Belastungen*“ der Kinder, die durch den elterlichen Alkoholismus bestehen. Offen bleibt jedoch, ob eine reine Fragebogenbeurteilung des elterlichen Alkoholismus anhand der Töchter zu den gleichen Ergebnissen wie eine klinische Beurteilung anhand von Diagnosekriterien führen würde. Wenn der CAST frühzeitig eingesetzt wird, kann er Behandler für die „*Intrapsychischen Belastungen*“ der Kinder von alkoholerkrankten Eltern aufmerksam machen und somit evtl. die Entwicklung weiterer psychischer Erkrankungen der Kinder reduzieren. Mit Hilfe des CAST haben die Kinder eine

Möglichkeit, zum einen ihre Sorgen und Ängste bzgl. des Alkoholkonsums der Eltern zu berichten als auch die häufig verdeckt in den Familien bestehenden „*Interaktionellen Belastungen*“ wie Gewalterfahrungen zu äußern. Dadurch wäre ein schnelleres Ende der „*Interaktionellen Belastungen*“ der Kinder erreichbar.

3.3 Elterlicher Alkoholismus: Entwicklung einer Essstörung der Töchter als Folge (Manuskript 3)

Baltruschat, N., Klein, M. & Geissner, E. (Manuskript eingereicht). Elterlicher Alkoholismus: Entwicklung einer Essstörung der Töchter als Folge. Suchttherapie.

Zielsetzung

In der ersten Studie zeigte sich eine unerwartet hohe Rate an elterlichem Alkoholismus bei essgestörten Frauen (47%). In einer nachfolgenden Studie sollte daher die Hypothese des Zusammenhangs zwischen elterlichem Alkoholismus und der Entwicklung einer Essstörung der Töchter weiter geklärt werden. Ziel der Studie war, ob sich unabhängig von Studie 1 eine so hohe Rate für klinisch (Expertenurteil) diagnostizierten elterlichen Alkoholismus replizieren lässt oder ob es sich bei der ersten Studie um eine Überschätzung handelt, die relativiert werden muss. Des Weiteren deutet die hohe Rate an depressiver Stimmung bei Eltern von essgestörten Frauen aus Studie 1 darauf hin, dass neben elterlichem Alkoholismus weitere psychische Erkrankungen die Entwicklung einer Essstörung der Töchter beeinflussen. Ziel der Studie war daher die Erfassung aller psychischen Erkrankungen der Eltern, um untersuchen zu können, welche weiteren elterlichen psychischen Erkrankungen das Risiko einer Essstörung bei den Töchtern erhöht. In der ersten Studie musste zudem offen bleiben, welche Erkrankungen der Kinder – außer einer Essstörung - mit elterlichem Alkoholismus in Zusammenhang stehen. In der Folgestudie wurden daher sowohl essgestörte Frauen und ihre Eltern als auch gesunde Frauen und ihre Eltern mit Hilfe strukturierter klinischer Interviews (Strukturiertes Klinisches Interview; SKID) untersucht. Die emotionale Belastung der Töchter durch elterlichen Alkoholismus wurde mit Hilfe des CAST in der revidierten Form (siehe Studie 2) erfasst (Children of Alcoholics Screening Test, CAST; Pilat & Jones, 1982; Jones, 1982; Jones, 1985).

Methode

Es wurden zwei Ansätze verfolgt: (a) Untersuchung von 39 essgestörten Frauen (16-27 Jahre) mittels strukturierter klinischer Interviews und Fragebögen ([1] Strukturiertes Klinisches Interview (SKID), [2] Children of Alcoholics Screening Test (CAST; Skala 1

„Intrapsychische Belastungen“ und Skala 2 „Interaktionelle Belastungen“), [3] Eating Attitudes Test (EAT), [4] Subskalen des Eating Disorder Inventory (EDI)) als auch ihre Eltern mittels strukturierter klinischer Interviews (SKID); (b) Untersuchung von 35 Frauen (16-27Jahre) ohne psychische Störungen (Kontrollgruppe) mittels strukturierter klinischer Interviews und Fragebögen ([1] Strukturiertes Klinisches Interview (SKID), [2] Children of Alcoholics Screening Test (CAST), [3] Eating Attitudes Test (EAT), [4] Subskalen des Eating Disorder Inventory (EDI)) als auch ihre Eltern mittels strukturierter klinischer Interviews (SKID). Die essgestörten Frauen befanden sich aufgrund der Erkrankung zur stationären psychotherapeutischen Behandlung in klinischen Einrichtungen.

Ergebnisse

Die Ergebnisse können die in Studie I belegte Hypothese, dass es einen Zusammenhang zwischen einer Essstörung der Töchter und dem elterlichen Alkoholismus gibt, stützen. Der Zusammenhang muss jedoch dahingehend relativiert werden, dass neben elterlichem Alkoholismus auch eine depressive Erkrankung und Essstörungen der Eltern das Risiko einer Essstörung der Töchter beeinflussen. Zudem scheint die deutlich erhöhte Rate (47%) aus der Studie 1 eine Überschätzung des elterlichen Alkoholismus darzustellen. Für Untersuchungsstichprobe (a) „Essgestörte Töchter“ ergab sich im Vergleich zur Kontrollgruppe eine erhöhte Rate an elterlichem Alkoholabusus, diagnostiziert mit Hilfe des SKID (6 Elternteile [15%] vs. kein Elternteil bei der Kontrollgruppe ($\chi^2(1) = 7.93; p = .005$); im Vergleich zur Grundrate in der Allgemeinbevölkerung 1.1 - 4%; Demmel, 2000). Hinsichtlich komorbider Erkrankungen der Eltern zeigte sich eine erhöhte Rate (12.5%; fünf Eltern) an Essstörungen bei den Eltern von essgestörten Frauen, wohingegen kein Elternteil der Kontrollgruppe an einer Essstörung erkrankte ($\chi^2(1) = 5.66; p = .017$). Bei neun Eltern (22.5%) von essgestörten Patientinnen wurde eine depressive Erkrankung (depressive Episode oder Anpassungsstörung) diagnostiziert. Im Vergleich dazu lag nur bei zwei Eltern (3.8%) der Kontrollgruppenteilnehmerinnen eine depressive Erkrankung (depressive Episode oder Anpassungsstörung) im Verlauf ihres Lebens vor ($\chi^2(1) = 5.77; p = .016$).

Die essgestörten Patientinnen erzielten deutlich höhere Mittelwerte für die Skala II „Interaktionelle Belastungen“ des CAST im Vergleich zur Kontrollgruppe ($t = -2,386(72); p = .016$). Sie sind wesentlich stärker durch familiäre Gewalterfahrungen und Konflikte belastet als die Kontrollgruppe.

Bewertung der Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen zum einen, dass elterlicher Alkoholismus einen bedeutsamen Risikofaktor für die Entwicklung einer Essstörung der Töchter darstellt. Des Weiteren deuten

die Ergebnisse darauf hin, dass junge essgestörte Frauen sowohl von elterlichem Alkoholabusus als auch Depressionen und Essstörungen der Mütter belastet sind. Zudem erleben die Patientinnen durch vermehrte Gewalterfahrungen und Konflikte zusätzliche Belastungen, die das Risiko einer Entwicklung einer Essstörung ebenfalls beeinflussen können.

4. Resümee

Die vorliegende Arbeit prüft die Annahme eines Zusammenhangs zwischen elterlichem Alkoholismus und einer Essstörung der Töchter. In der ersten Studie (siehe Manuskript 1; Baltruschat, Geissner & Klein, 2005) wurde dieser Zusammenhang mit Hilfe einer reinen Fragebogenerhebung (CAST) untersucht. Es zeigte sich eine deutlich erhöhte Rate an elterlichem Alkoholismus (40%) bei essgestörten Patientinnen. Im Rahmen der zweiten Studie (vgl. Manuskript 2; Baltruschat, Geissner & Klein, 2007) wurde die Binnenstruktur des CAST als auch seine Validität und Reliabilität für den deutschen Sprachraum untersucht. Dabei wurden nach einer Hauptkomponentenanalyse zwei Faktoren ermittelt und im Anschluss daran entsprechend zwei Subskalen entwickelt (Subskala 1 „*Intrapsychische Belastungen*“ und Subskala 2 „*Interaktionelle Belastungen*“). Beide Skalen zeigten sehr gute Homogenitätswerte auf. Die Extraktion der beiden Faktoren legte eine verkürzte Version des CAST mit zwei Subdimensionen und insgesamt 16 Items der ermittelten Faktoren beinhaltet, nahe.

Im Rahmen der dritten Studie (siehe Manuskript 3; Baltruschat, Klein & Geissner, Manuskript eingereicht) wurde die in Studie 1 (siehe Manuskript 1; Baltruschat, Geissner & Klein, 2005) belegte Hypothese eines Zusammenhangs zwischen elterlichem Alkoholismus und der Entwicklung einer Essstörung der Töchter dahingehend relativiert, dass der elterliche Alkoholismus das Risiko erhöht, jedoch auch weitere psychische Erkrankungen der Eltern (v.a. Depressionen und eigene Essstörungen) die psychische Entwicklung der Töchter – insbesondere die Entwicklung einer Essstörung – beeinflussen (vgl. Manuskript 3; Baltruschat, Klein & Geissner, Manuskript eingereicht).

Festzuhalten ist jedoch, dass elterlicher Alkoholismus als ein Risikofaktor für die Entwicklung einer Essstörung bei Töchtern gelten muss, da auch hier eine deutlich erhöhte Rate (15%) von elterlichem Alkoholismus bei essgestörten Töchtern gefunden wurde. Durch den Einsatz von klinischen Interviews sowohl bei den essgestörten Patientinnen als auch deren Eltern und die Untersuchung einer Kontrollgruppe von Frauen ohne psychische

Erkrankungen und deren Eltern konnten die Ergebnisse des CAST anhand klinischer Diagnosen validiert werden. Die deutlich erhöhte Belastung der Kinder von alkoholerkrankten Eltern durch Konflikte und Gewalthandlungen innerhalb der Familie bestätigte die dritte Studie (vgl. Manuskript 3; Baltruschat, Klein & Geissner, Manuskript eingereicht). Um eine Überschätzung der wahrgenommenen Belastung durch elterlichen Alkoholismus zu vermeiden, sind neben der ersten Fragebogenuntersuchung mittels CAST klinische Interviews jedoch unerlässlich.

Einordnung in den Forschungskontext:

a) Hinsichtlich der Risikofaktoren für die Entwicklung einer Essstörung bestätigen die Ergebnisse der Studie 1 und 3 (siehe Manuskript 1 und 3) die bisherige Befundlage (.B. Kasset et al. 1989; Pike & Rodin, 1991; Geissner & Schary, 2005), dass neben dem Risikofaktor „Diäthalten“, dem „kulturellen Druck, schlank zu sein“ und „biologischen Risikofaktoren“ insbesondere elterliche psychische Erkrankungen wie Depressionen, Essstörungen und Alkoholismus das Risiko einer Essstörung der Töchter deutlich erhöhen. Die Kinder lernen bereits frühzeitig einen maladaptiven Umgang mit Gefühlen und Problemen. Die elterlichen Erkrankungen können zudem das Selbstwertgefühl der Töchter reduzieren, da sie sich für die Erkrankungen oder das Verhalten der Eltern schämen. Das reduzierte Selbstwertgefühl macht die Töchter jedoch vulnerabler für in Massenmedien vermittelte Schlankheitsideale und damit auch anfälliger für die Entwicklung einer eigenen Essstörung.

b) Die Ergebnisse der Studien 1 und 3 belegen, dass elterlicher Alkoholismus einen Risikofaktor für die Entwicklung einer Essstörung der Töchter darstellt, jedoch auch das Risiko für die Entwicklung von Depressionen, Ängsten und eigenem Alkoholabusus der Töchter erhöht (siehe Manuskript 3, Baltruschat, Klein & Geissner, Manuskript eingereicht). Einen Zusammenhang zwischen elterlichem Alkoholismus als auch der Entwicklung von Alkoholismus der Kinder zeigen auch andere Studien (Zobel, Rösch & Quinten, 1994; Hawkins, Catalano & Miller, 1992; Chassin, Rogosch & Barrera, 1991; Chassin, Flora & King, 2004). Hawkins, Catalano und Miller (1992) und Stice et al. (1993) berichteten, dass dann ein vermehrter Konsum von Alkohol und Drogen bei den Kindern vorlag, wenn die elterliche Unterstützung und Kontrolle als niedrig empfunden wurde. Die depressive Stimmungslage der Eltern als auch deren Alkoholabusus kann dazu führen, dass die Eltern weniger Unterstützung zeigen, es zu einer Überforderung der Kinder kommt und das Risiko für die Kinder zur Entwicklung von Essstörungen und eigenem Alkoholabusus somit erhöht.

In einigen Studien (Anderson & Quast, 1983; Moos & Billings, 1982; Clair & Genest, 1987; Woititz, 1990; Lachner & Wittchen, 1997; Mathew et al., 1993; Tweed & Ryff, 1991) wurden ebenfalls erhöhte Raten an Angststörungen und Depressionen bei Kindern von Alkoholkranken gefunden, mit denen unsere Befunde im Einklang stehen. Ein Zusammenhang zwischen elterlichem Alkoholismus und einer Essstörung der Kinder zeigte sich auch in den Studien von Claydon (1987) und Mintz, Kashubeck und Tracy (1995), wobei in diesen Studien Essstörungssymptome, jedoch keine voll ausgeprägte Essstörung untersucht wurden. Die Ergebnisse der Studie 2 (vgl. Manuskript 2; Baltruschat, Geissner & Klein, 2007) unterstützen die bisherigen Befunde, dass Kinder aus alkoholbelasteten Familien gehäuft Gewalterfahrungen und Konflikte erleben (zum Überblick siehe Zobel, 2000).

5. Ausblick

Es bleibt festzuhalten, dass elterlicher Alkoholismus einen Risikofaktor für die Entwicklung einer Essstörung bei Töchtern darstellt. Weitere Risikofaktoren – wie Depressionen und eigene Essstörungen der Eltern als auch gehäufte Erfahrungen von Konflikten und Gewalt innerhalb der Familie - sind ebenfalls in Betracht zu ziehen. Die beiden CAST-Skalen „Intrapsychische Belastungen“ und „Interaktionelle Belastungen“ stellen ein zuverlässiges und sehr differenziertes Instrument zur ersten Erfassung von Kindern aus alkoholbelasteten Familien dar. In zukünftigen Untersuchungen sollten die Komplexität und vor allem die Heterogenität der Gruppe von Kindern aus alkoholbelasteten Familien noch stärker als bisher beachtet werden.

6. Literatur

Alterman, A. I., Bridges, K. R. & Tarter, R. E. (1986). Drinking behavior of high-risk college men: Contradictory preliminary findings. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 10, 1-6.

Anderson, E. & Quast, W. (1983). Young children in alcoholic families: A mental health needs assessment and intervention/prevention strategy. *Journal of Primary Prevention*, 3, 174-187.

Baltruschat, N., Geissner, E. & Bents, H. (2006). Expositionsverfahren in der Behandlung der Bulimia nervosa: Evaluation eines verhaltenstherapeutischen Intensivansatzes. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35 (1), 1-11.

Baltruschat, N., Geissner, E. & Klein, M. (2005). Elterlicher Alkoholmissbrauch. Risikofaktor für eine Essstörung der Töchter. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 13 (2), 58-68.

Baltruschat, N., Geissner, E. & Klein, M. (2007). Deutsche Version des Children of Alcoholics Screening Test (CAST) – Befunde bei Patientinnen mit Magersucht und Bulimie. *Suchttherapie*, 8, 74-81.

Baltruschat, N., Klein, M. & Geissner, E. (Manuskript eingereicht). Elterlicher Alkoholismus: Entwicklung einer Essstörung der Töchter als Folge. *Suchttherapie*.

Barnes, C. M. & Welte, J. W. (1986). Patterns and predictors of alcohol use among 7-12th grade students in New York State. *Journal of Studies on Alcohol*, 47, 53-62.

Bennett, L. A., Wolin, S. J., Reiss, D. & Teitelbaum, M. A. (1987). Couples at risk for transmission of alcoholism: Protective influences. *Family Process*, 26, 111-129.

Berkowitz, A. & Perkins, H. W. (1988). Personality characteristics of children of alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 206-209.

Biek, J. (1981). Screening test for identifying adolescents adversely affected by a parental drinking problem. *Journal of Adolescent Health Care*, 2, 107-113.

Black, C. (1981). *It will never happen to me*. Denver, CO. Medical Administration Company.

Black, C. (1990). *Double duty*. New York. Ballantine Books.

Boumann, C. E. & Yates, W. R. (1994). Risk factors for bulimia nervosa: a controlled study of parental psychiatric illness and divorce. *Addictive Behaviors*, 19, 667-675.

Bohman, M., Sigvardsson, S. & Cloninger, C. R. (1981). Maternal inheritance of alcohol abuse: Cross-fostering analyses of adopted women. *Archives of General Psychiatry*, 38, 965-969.

Bulik, C. M. (1987). Alcohol use and depression in women with bulimia. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 13, 343-355.

Bulik, C. M. (1987). Drug and alcohol abuse by bulimic women and their families. *American Journal of Psychiatry*, 144 (12), 1604-1606.

Casper, R. C. (1998). Depression and eating disorders. *Depression and Anxiety*, 8 (1), 96-104.

Cattarin, J. A. & Thompson, J. K. (1994). A three-year longitudinal study of body image, eating disturbance and general psychological functioning in adolescent females. *Eating Disorders*, 2, 114-115.

Chandy, J. M., Harris, L., Blum, R. W. & Resnick, M. D. (1994). Disordered eating among adolescents whose parents misuse alcohol: Protective and risk factors. *International Journal of the Addictions*, 29, 505-516.

Chassin, L., Flora, D. B. & King, K. M. (2004). Trajectories of Alcohol and Drug Use and Dependence From Adolescence to Adulthood: The Effects of Familial Alcoholism and Personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 113 (4), 483-498.

Chassin, L., Pitts, C. C., De Lucia, C. & Todd, M. (1999). A longitudinal study of children of alcoholics: Predicting young adult substance use disorders, anxiety and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 106-109.

Chassin, L., Rogosch, R. & Barrera, M. (1991). Substance use and symptomatology among adolescent children of alcoholics. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (4), 449-463.

Clair, D. C. & Genest, M. (1987). Variables associated with the adjustment of offspring of alcoholic fathers. *Journal of Studies on Alcohol*, 48, 345-355.

Clair, D. C. & Genest, M. (1992). The Children of Alcoholics Screening Test: Reliability and relationship to family environment, adjustment and alcohol-related stressors of adolescent offspring of alcoholics. *Journal of Clinical Psychology*, 48, 414-420.

Claydon, P. (1987). Self-reported alcohol, drug, and eating-disorder problems among male and female collegiate children of alcoholics. *Journal of American College Health*, 36 (2), 111-116.

Cotton, N. S. (1979). The familial incidence of alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 40, 89-116.

Cuntz, U. & Hillert, A. (2000). *Eßstörungen. Ursachen, Symptome, Therapien*. Verlag C.H. Beck.

D'Andrea, L. M., Fisher, G. L. & Harrison, T. C. (1994). Cluster analysis of adult children of alcoholics. *The International Journal of the Addictions*, 29, 565-582.

De Lucia, C., Belz, A., Chassin, L. (2001). Do adolescent symptomatology and family environment vary over time with fluctuations in paternal alcohol impairment? *Developmental Psychology*, 37, 207-216.

Demmel, R. (2000). Epidemiologie. In Poehlke, T., Flenker, I., Follmann, A., Kremer, G. & Rist, F. (Hrsg.). *Suchtmedizinische Versorgung. Band 1: Grundlagen der Behandlung* (S. 15-22). Berlin: Springer.

Dinning, W. D. & Berk L. A. (1989). The children of alcoholics screening test: Relationship to sex, family environment and social adjustment in adolescents. *Journal of Clinical Psychology* (45), 335-339.

Domenico, D. & Windle, M. (1993). Intrapersonal and interpersonal functioning among middleaged female adult children of alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 659-666.

Elpers, M. & Lenz, K. (1994). Psychiatrische Störungen bei Kindern alkoholkranker Eltern. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 22, 107-113.

Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (2001). *FPI-R Das Freiburger Persönlichkeitsinventar*. 7. Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Fairburn, C.G. & Beglin, S.J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 147, 401-408.

Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H. A. & Welch, S.L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56, 468-476.

Fairburn, C.G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A. & O`Connor, M. E. (1998). Risk factors for binge-eating disorder: A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 425-432.

Fairburn, C.G., Welch, S.L., Doll, H. A., Davies, B. A. & O`Connor, M. E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa. A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 54, 509-517.

Feuerlein, W. (1996). *Alkoholismus*. Warnsignale – Vorbeugung – Therapie. München: C. H. Beck.

Fichter, M. M. (1993). Die medikamentöse Behandlung von Anorexia und Bulimia nervosa. *Der Nervenarzt*, 64, 21-35.

Fichter, M. M. (1999). Anorektische und bulimische Eßstörungen. In Berger, P. (Hrsg.). *Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 715-738). Hogrefe.

Field, A. E., Camargo, C. A., Taylor, C.B., Berkey, C. S. & Colditz, G. A. (1999). Relation of peer and media influences to the development of purging behaviours among preadolescent and adolescent girls. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 153, 1184-1189.

Finn, P. R. & Pihl, R. O. (1987). Men at high risk for alcoholism: The effect of alcohol on cardiovascular response to unavoidable shock. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 230-236.

- Foley, D. L., Thacker, L. R., Aggen, S. H., Neale, M. C. & Kendler, K. S. (2001). Pregnancy and perinatal complications associated with risks for common psychiatric disorders in a population-based sample of female twins. *American Journal of Medical Genetics*, 105, 426-431.
- Frank, G., Kaye, W., Weltzin, T., Perel, J., Moss, H., McConaha, C. & Pollice, Ch. (2001). Altered response to meta-chlorophenylpiperazine in anorexia nervosa: Support for a persistent alteration of serotonin activity after short-term weight restoration. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 57-68.
- Franke, G.-H. (1995). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R) - Deutsche Version*. Weinheim: Beltz.
- Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D.S., Kennedy, S. et al. (1995). Bulimia nervosa in a Canadian community sample: Prevalence and comparison of subgroups. *American Journal of Psychiatry*, 152 (7), 1052-1058.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P. & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-35.
- Geissner, E. & Schary, K. (2005). Familiäre und soziokulturelle Faktoren bei Essstörungssymptomen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 13 (2), 44-57.
- Haiman, C. & Devlin, M. J. (1999). Binge eating before the onset of dieting : A distinct subgroup of bulimia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 25, 151-157.
- Havey, J. M. & Dodd, D. K. (1995). Classifying coas with three variations of the CAST : Classification rates, stability, and gender differences. *Addictive Behaviors*, 20 (4), 501-507.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance use prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Holland, A. J., Sicotte, N. & Treasure, J. (1988). Anorexia nervosa: Evidence for a genetic basis. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 561-571.
- Hsu, L.K.G. (1990). *Eating disorders*. New York: Guilford Press.
- Hsu, L. K. G. (1996). Epidemiology of the eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 19, 681-700.
- Hudson, J. I., Pope, H. G., Jonas, J. M., Todd, D & Frankenberg, F. (1987). A controlled family history study of bulimia. *Psychological Medicine*, 17, 883-890.
- Jacob, T. & Leonard, K. (1986). Psychological functioning in children of alcoholic fathers, depressed fathers, and control fathers. *Journal of Studies on Alcohol* 47, 373-380.

- Jacobi, C. (1994). Pharmakotherapie und Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa. *Verhaltenstherapie*, 4, 162-171.
- Jacobi, C., Dahme, B. & Rustenbach, S. (1997). Vergleich kontrollierter Psycho- und Pharmakotherapiestudien bei Bulimia und Anorexia nervosa. *Psychotherapy Psychosomatic and Medical Psychology* 47, 346-364.
- Jacobi, C., Hayward, C., De Zwaan, Kraemer, H., C. & Agras, S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130 (1), 19-65.
- Jacobi, C., Thiel, A. & Paul, T. (1996). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa* (S. 3-156). Psychologie Verlags Union.
- Johnson, S., Leonard, K. & Jacob, T. (1989). Drinking, drinking styles, and drug use in children of alcoholics, depressives, and controls. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 427-432.
- Jones, J. W. (1982). *Preliminary test manual: The Children of Alcoholics Screening Test*. Chicago. Family Recovery Press.
- Jones, J. (1983). The Children of Alcoholics Screening Test: A validity study. *Bulletin of Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 2, 155-163.
- Jones, J. (1985). *Children of Alcoholics Screening Test*. Chicago: Camelot Unlimited.
- Kagan, J. (1984). *The nature of the child*. New York: Basic Books.
- Kashubeck, S. und Christensen, S. A. (1992). Differences in distress among adult children of alcoholics. *Journal of Counseling Psychology*, 39 (3), 356-362.
- Kashubeck, S. und Christensen, S. A. (1995). Parental alcohol use, family relationship, quality, self-esteem and depression in college students. *Journal of College Student Development*, 36, 431-443.
- Kassett, J. A., Gershon, E. S., Maxwell, M. E., Guroff, J. J., Kazuba, D. M., Smith, A. L., Brandt, H. A. & Jimerson, D. C. (1989). Psychiatric disorders in the first-degree relatives of probands with bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 146 (11), 1468-1471.
- Kaye, W. H., Gendall, K, Fernstrom. M., Fernstrom, J., McConaha, C. & Weltzin, T. (2000). Effects of acute tryptophan depletion on mood in bulimia nervosa. *Biological Psychiatry*, 47, 151-157.
- Kaye, W., Greeno, C., Moss, H., Fernstrom, J., Fernstrom, M., Lilienfeld, L., Weltzin, T. & Mann, J. (1998). Alterations in Serotonin Activity and Psychiatric Symptoms After Recovery From Bulimia Nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 55, 927-935.
- Kaye, W. H., Lilienfeld, L. R., Plotnicov, K., Merikangas, K. R., Nagy, L., Strober, M. et al. (1996). Bulimia nervosa and substance dependence: Association and family transmission. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 20, 878-881.

Keel, P. K., Fulkerson, J. A. und Leon, G. R. (1997). Disordered eating precursors in pre- and early adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 26, 203-216.

Kessler, R. C., Crum, R. M., Warner, L.A., Nelson, C.B. Schulenberg, J. und Anthony, J. C. (1997). Lifetime cooccurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 54, 313-321.

Killen, J. D., Taylor, C. B., Hayward, C., Haydel, K. F., Wilson, D.M., Hammer, L. D. et al. (1994). Pursuit of thinness and onset of eating disorder symptoms in a community sample of adolescent girls: A three-year prospective analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 227-238.

Killen, J. D., Taylor, C. B., Hayward, C., Haydel, K. F., Wilson, D.M., Hammer, L. D. et al. (1996). Weight concerns influence the development of eating disorders: A 4-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 936-940.

Knop, J., Teasdale, T. W., Schulsinger, F. & Goodwin, D. (1985). A prospective study of young men at high risk for alcoholism: School behaviour and achievement. *Journal of Studies on Alcohol*, 46, 273-278.

Knop, J., Goodwin, D. W., Jensen, P., Penick, E. Pollock, V., Gabrielli, W., Teasdale, T. W. & Mednick, S. A. (1993). A 30-year follow-up study of the sons of alcoholic men. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 370, 48-53.

Kraemer, H. C., Kazdin, A. E., Offord, D. R., Kessler, R. C., Jensen, P.S. & Kupfer, D. J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry*, 54, 337-343.

Kraemer, H. C, Kraemer-Lowe, K. & Kupfer, D. J. (2005). *To your health: How to understand what research tells us about risk*. US: Oxford University Press.

Kuntz, B., Groze, V. & Yates, W. R. (1992). Bulimia: A systemic family history perspective. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 73 (10), 604-612.

Kubicka, L., Kozeny, J. & Roth, Z. (1990). Alcohol abuse and its psychosocial correlates in sons of alcoholics as young men and in the general population of young men in Prague. *Journal of Studies on Alcohol*, 51, 49-58.

Lachner, G. & Wittchen, H.-U. (1997). Familiär übertragene Vulnerabilitätsmerkmale für Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit. In H. Watzl & B. Rockstroh. *Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Leon, G. R., Fulkerson, J. A., Perry, C. L. & Early-Zald, M. B. (1995). Prospective analysis of personality and behavioural influences in the later development of disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 140-149.

Leonard, K. E. und Eiden, R. D. (2007). Marital and family processes in the context of alcohol use and alcohol disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 285-310.

Levenson, R. W., Oyama, O. N. & Meek, P. S. (1987). Greater reinforcement from alcohol for those at risk: Parental risk, personality risk and sex. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 242-253.

Levine, M. P., Smolak, L. und Hayden, H. (1994). The relation of sociocultural factors to eating attitudes and behaviours among middle school girls. *Journal of Early Adolescence*, 14, 471-490.

Levine, M. P., Smolak, L., Moodey, A. F., Shuman, M. D. und Hessen, L. D. (1994). Normative developmental challenges, dieting, and eating disturbances in middle school girls. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 11-20.

Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley J. R. & Andrews, J.A. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 133-144.

Lilienfeld, L. R., Kaye, W. H., Greeno, C. G., Merikangas, K. R., Plotnicov, K., Pollice, C., Rao, R., Strober, M., Bulik, C., Nagy, L. (1998). A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 55, 603-610.

Mathew, R. J., Wilson, W. H., Blazer, D. G. & George, L. K. (1993). Psychiatric Disorders in adult children of alcoholics: Data from the epidemiologic catchment area project. *American Journal of Psychiatry*, 150, 793-800.

McCauley Ohannessian, C. & Hesselbrock, V. M. (1994). Hassles and uplifts and generalized outcome expectancies as moderators on the relation between a family of alcoholism and drinking behaviors. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 754-763.

McKenna, T. & Pickens, R. (1981). Alcoholic children of alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 42, 1021-1029.

Merikangas, K., Weissman, M., Prusoff, B., Pauls, D. & Leckman, J. (1985). Depressives with secondary alcoholism: Psychiatric disorders in offspring. *Journal of Studies on Alcohol*, 46, 199-204.

Mintz, L. B., Kashubeck, S., Tracy, L. S. (1995). Relations among parental alcoholism, eating disorders, and substance abuse in nonclinical college women: Additional evidence against the uniformity myth. *Journal of Counseling Psychology*, 42 (1), 65-70.

Moos, R. & Billings, A. (1982). Children of alcoholics during the recovery process: Alcoholic and matched control families. *Addictive Behaviors*, 7, 155-163.

Neff, J. A. (1994). Adult children of alcoholic or mentally ill parents: Alcohol consumption and psychological distress in a tri-ethnic community study. *Addictive Behaviors*, 19, 185-197.

National Institute For Health And Clinical Excellence (2004). *Clinical Guideline Eating Disorders*. <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG9>

Newcomb, M. D., Stollman, G. D. & Vargas, J. H. (1995). Adult Children of Alcoholics In and Out of Psychotherapy : Issues of Intimacy and Interpersonal Relationships. *Journal of Applied Social Psychology, 25* (4), 279-296.

Patton, G. C., Johnson-Sabine, E., Wood, K., Mann, A. H. & Wakeling, A. (1990). Abnormal eating attitudes in London schoolgirls: A prospective epidemiological study: Outcome at twelve month follow-up. *Psychological Medicine, 20*, 383-394.

Patton, G. C., Selzer, R. Coffey, C., Carlin, J. B. & Wolfe, R. (1999). Onset of adolescent eating disorders: Population based cohort study over 3 years. *British Medical Journal, 318*, 765-768.

Pike, K. M. & Rodin, J. (1991). Mothers, daughters, and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 198-204.

Pilat, J. & Jones, J. A. (1982). A screening test and treatment program for children in alcoholic families. *Paper presented at the 30th National Alcoholism Forum of the National Council on Alcoholism, Washington, D. C., April, 1982.*

Puttler, L. I., Zucker, R.A., Fitzgerald, H. E. & Bingham C. R. (1998). Behavioral outcomes among children of alcoholics during the early and middle childhood years: Familial subtype variations. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 22*, 1962-1972.

Polich, J., Pollock, V. E. & Bloom, F. E. (1994). Meta-analysis of P300 amplitude from males at risk for alcoholism. *Psychological Bulletin, 115*, 55-73.

Pollock, V. E. (1992). Meta-analysis of subjective sensitivity to alcohol in sons of alcoholics. *American Journal of Psychiatry, 149*, 1534-1538.

Pollock, V. E., Volavka, J., Mednick, S.A., Gabrielli, W. F., Knop, J. & Schulsinger, F. (1983). The EEG after alcohol administration in men at risk for alcoholism. *Archives of General Psychiatry, 40*, 857-861.

Raffi, A. R., Rondini, M., Grandi, S. & Fava, G. A. (2000). Life events and prodromal symptoms in bulimia nervosa. *Psychological Medicine, 30*, 727-731.

Reich, T.; Cloninger, R.; Van Eerdewegh, P.; Rice, J.; and Mullaney, J. (1988). Secular trends in the familial transmission of alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 12*, (4), 458-464.

Roberts, K. & Brent, E. (1982). Physician utilization and illness patterns in families of alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol, 43*, 119-128.

Robinson, B. (1990). Identifying preschool children of alcoholic parents. *Early Child Development and Care, 61*, 65-75.

- Roosa, M. W., Sandler, I. N., Beals, J. & Short, J. L. (1988). Risk status of adolescent children of problem-drinking parents. *American Journal of Community Psychology, 16*, 225-239.
- Rutter, M.: Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. In: Shonkoff, J.P. & Meisels, S.J. (Eds.): *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge: Cambridge University Press 2000, S. 651-682
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1998). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV)*. 2. Auflage. Hogrefe Verlag.
- Schuckit, M. A. (1984): Subjective responses to alcohol in sons of alcoholic and control subjects. *Archives of General Psychiatry, 41*, 879-884.
- Schuckit, M. A. & Smith, T. L. (1996): An 8-year follow-up of 450 sons of alcoholic and control subjects. *Archives of General Psychiatry, 53*, 202-210.
- Schuckit, M, Smith, T., Radzimirski, S. & Heyneman, E. (2000). Behavioral symptoms and psychiatric diagnoses among 162 children in nonalcoholic or alcoholic families. *American Journal of Psychiatry, 157*, 1881-1883
- Sher, K. J. (1991). *Children of alcoholics. A critical appraisal of theory and research*. Chicago: University. Chicago Press.
- Sher, K. J., Gershuny, B. S., Peterson, L. & Raskin, G. (1997). The role of childhood stressors in the international transmission of alcohol use disorders. *Journal of Studies on Alcohol, 58*, 414-427.
- Stahr, I., Barb-Priebe, I. & Schulz, E. (1995). *Essstörungen und die Suche nach Identität*. Weinheim: Juventa Verlag.
- Staley, D. & El Guebaly, N. (1991). Psychometric evaluations of the Children of Alcoholics Screening Test (CAST) in a psychiatric sample. *International Journal of the Addiction, 26*, 657-668.
- Steinglass, P. (1987). *The alcoholic family*. New York: Basic Books.
- Stice, E. (2001a). A prospective test of the dual pathway model of bulimic pathology: Mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 124-135.
- Stice, E. (2001b). Risk factors for eating pathology: Recent advances and future directions. In Striegel-Moore, R. H. & Smolak, L. (Hrsg.). *Eating Disorders. Innovative directions in research and practice* (S. 51-73). Washington DC: American Psychological Association.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating psychopathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 128* (5), 825-848.
- Stice, E. & Agras, W. S. (1998). Predicting onset and cessation of bulimic behaviors during adolescence: A longitudinal grouping analyses. *Behavior Therapy, 29*, 257-276.

Stice, E. & Agras, S. W. und Hammer, L. D. (1999). Risk factors for the emerge of childhood eating disturbances: A five year prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 375-387.

Stice, E., Barrera, M. & Chassin, L. (1993). Relation of parental support and control to adolescents externalising symptomatology and substance use: A longitudinal examination of curvilinear effects. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 609-629.

Stice, E., Hayward, C., Cameron, R., Killen, J. D. & Taylor, C. B. (2000). Body image and eating related factors predict onset of depression in female adolescents: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 438-444.

Stice, E., Killen, J.D., Hayward, C. & Taylor, C.B. (1998). Age of onset for binge eating and purging during adolescence: A four-year survival analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 671-675.

Stice, E., Mazotti, L., Krebs, M. & Martin, S. (1998). Predictors of adolescent dieting behaviours: A longitudinal study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 12, 195-205.

Stice, E. & Shaw, H. (1994). Adverse effects of the media portrayed thin-ideal on women, and linkage to bulimic symptomatology. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 13, 288-308.

Stice, E.; Ziemba, C.; Margolis, J. und Flick, P. (1996). The dual pathway model differentiates bulimics, subclinical bulimics and controls: Testing the continuity hypothesis. *Behavior Therapy*, 27, 531-549.

Stout, M. L. & Mintz, L. B. (1996). Differences Among Nonclinical College Women With Alcoholic Mothers, Alcoholic Fathers, and Nonalcoholic Parents. *Journal of Counseling Psychology*, 43 (4), 466-472.

Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J. & Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 2000, 157, 393-401.

Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R. & Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychologist*, 41, 246-263.

Thelen, M. H. und Cormier, J. F. (1995). Desire to be thinner and weight control among children and their parents. *Behavior Therapy*, 26, 85-99.

Tuschen-Caffier, B. & Florin, I. (1998). Eßstörungen: Intervention. In: Baumann, U. & Perrez, M. (Hrsg.). *Klinische Psychologie-Psychotherapie*. (S. 767-776). Bern: Hans Huber Verlag.

Tweed, S. H. & Ryff, C. D. (1991). Adult children of alcoholics: Profiles of wellness amidst distress. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 133-141.

Velleman, R. (1992). Intergenerational effects – a review of environmentally oriented studies concerning the relationship between parental alcohol problems and family

disharmony in the genesis of alcohol and other problems. II. The intergenerational effects of family disharmony. *The International Journal of the Addictions*, 27, 367-389.

Vogeltanz-Holm, N. D., Wonderlich, S. A., Lewis, B. A., Wilsnack, S. C., Harris, T. R., Wilsnack, R. W. und Kristjanson, A. F. (2000). Longitudinal predictors of binge eating, intense dieting, and weight concerns in a national sample of women. *Behavior Therapy*, 31, 221-235.

Vollrath, M., Koch, R. & Angst, J. (1992). Binge eating and weight concerns among young adults. Results from the Zurich Cohort Study. *British Journal of Psychiatry*, 160, 498-503.

Westenhöfer, J. (1992). *Gezügeltes Essen und Störbarkeit der Kontrolle*. Göttingen: Hogrefe.

Whipple, S. C. & Noble, E. P. (1991). Personality Characteristics of Alcoholic Fathers and Their Sons. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 52 (4), 331-337.

Wilson, G. T. & Fairburn, C. G. (1998). Treatments for eating disorders. In: P. E. Nathan & J. M. Gorman (Hrsg.). *A guide to treatments that work* (S. 501-530). New York: Oxford University Press.

Wittchen, H.U., Nelson, C.B. & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28, 109-126.

Woititz, J. G. (1990). *Um die Kindheit betrogen. Hoffnung und Heilung für erwachsene Kinder von Suchtkranken*. München: Kösel Verlag.

Wolin, S. und Wolin, S. (1995). Resilience among youth growing up in substance-abusing families. *Substance Abuse*, 42, 415-429.

Wolin, S. und Wolin, S. (1996). The challenge model. Working with strengths in children of substance abusing parents. *Adolescent Substance Abuse and Dual Disorder*, 5, 243-256.

Zobel, M. (2000). Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und -chancen. In Petermann, F. (Hrsg.) *Klinische Kinderpsychologie* (S. 18-244). Band 2. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Zobel, M. , Rösch, W. & Quinten, C. (1994). Jahresbericht 1993. Zahlen – Daten – Fakten. *Thomm Therapie Texte*, 6, Heft 2

7. Danksagung

Eine Arbeit und ein Projekt wie dieses entstehen nie allein, sondern sind das Ergebnis der unterstützenden Mitarbeit vieler:

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Edgar Geissner für seine engagierte fachliche und auch emotionale Unterstützung. Seine menschliche Hilfe und sein Vertrauen ermöglichten es mir, mich an die Dissertation zu wagen und mehrere gemeinsame Projekte erfolgreich umzusetzen.

Ein weiterer Dank gilt Herrn Prof. Michael Klein, der mir ebenfalls mit fachlichem Rat zur Seite stand.

Herrn Prof. Dr. Winfried Rief möchte ich herzlich für die Unterstützung der Durchführung der Dissertation an der Phillips-Universität Marburg und auch seine fachlichen Rückmeldungen danken.

Des Weiteren möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. Manfred Fichter bedanken, dass er den Großteil der Datenerhebung ermöglicht hat.

Mein abschließender Dank gilt vor allem auch allen beteiligten Patientinnen der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck und dem Zentrum für Verhaltenstherapie im Klinikum Staffelstein sowie allen Studienteilnehmerinnen und den Angehörigen, die es mir durch ihre Offenheit und Teilnahme es erst ermöglicht haben, diese Studien durchführen zu können.

8. Lebenslauf und weitere Publikationen

Persönliche Daten

Name: Nicole Baltruschat
Geburtsdaten: 14.03.1975 in Oldenburg i. Oldb.

Schulbildung

1981-1984 Grundschule
1985-1986 Orientierungsstufe
1987-1994 Gymnasium; Abitur
1994-1995 Freiwilliges Soziales Jahr in einem Behinderten - Integrationskindergarten

Studium

10/1995-05/2001 Diplomstudium Psychologie an der Westfälischen Wilhelms - Universität Münster. Abschluss: Gesamtnote „sehr gut“. Schwerpunkte: Klinische Psychologie, Arbeits- und Betriebsorganisation. Diplomarbeit (empirische Arbeit) „*Stationäre psychologische Behandlung der Bulimia nervosa: Evaluation eines verhaltenstherapeutischen Intensivansatzes*“ (Prof. Dr. Holling, Prof. Dr. Geissner)

Berufliche Tätigkeit

05/2001-05/2003 Projektstelle als wissenschaftliche Mitarbeiterin in einem BMBF - geförderten Projekt „*Chronifizierungsverhinderung von Depressionen und Somatoformen Störungen*“ des Kompetenznetzwerkes Depression an der Medizinisch - Psychosomatischen Klinik Roseneck, Prien a. Ch. unter Leitung von Prof. Dr. Fichter und Prof. Dr. Geissner. Planung, Durchführung und Auswertung einer Untersuchung im Primärversorgungsbereich

05/2001-02/2002 Therapeutische Tätigkeit (assoziiert) auf einer Essstörungsstation in der Medizinisch - Psychosomatischen Klinik Roseneck, Prien am Ch. ; Einzel- und Gruppentherapien, Familiengespräche, Indikativgruppen

- 11/2001-04/2006 Postgraduale Weiterbildung mit Abschluss zur Psychologischen Psychotherapeutin bei der Bayerischen Privaten Akademie für Psychotherapie (BAP)
- 05/2003-07/2004 Therapeutische Tätigkeit auf einer Schwerpunktstation für Patienten mit komplexem chronischen Tinnitus in der Medizinisch - Psychosomatischen Klinik Roseneck, Prien am Ch.; Einzel- und Gruppentherapien, Paargespräche, Indikativgruppen
- 07/2004-12/2005 Therapeutische Tätigkeit auf einer Rehasstation in der Medizinisch - Psychosomatischen Klinik Roseneck, Prien am Ch. mit den Schwerpunkten Tinnitus, Somatisierungs- und Schmerzstörung, Angst- und Zwangserkrankungen, PTSD, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen; Einzel- und Gruppentherapien, Paargespräche, Indikativgruppen
- 01/2006-11/2007 Therapeutische Tätigkeit auf einer allgemein psychosomatischen Station im Klinikum Staffelstein, Bad Staffelstein im Zentrum für Verhaltenstherapeutische Medizin. Schwerpunkt Somatisierungs- und Schmerzstörungen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen; Einzel- und Gruppentherapien, Familien- und Paargespräche, Indikativgruppen
- Seit 02/2008 Selbständige ambulante psychotherapeutische Tätigkeit in Nürnberg

Veröffentlichungen

Baltruschat, N. (2002). Leistungsprüfsystem für 50-90jährige (LPS 50+). In E. Brähler, H. Holling, D. Leutner & F. Petermann (Hrsg.), *Brickenkamp - Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests* (S. 109-192).Göttingen: Hogrefe.

Baltruschat, N. (2002). Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest (MWT-A). In E. Brähler, H. Holling, D. Leutner & F. Petermann (Hrsg.), *Brickenkamp - Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests* (S. 201-203).Göttingen: Hogrefe.

Baltruschat, N., Geissner, E. & Klein. M. (2003). Essstörungen bei Töchtern suchtkranker Eltern. Abschlussbericht für den Forschungsschwerpunkt Sucht des Landes Nordrhein-Westfalen.

Baltruschat, N., Geissner, E. & Klein. M. (2005). Elterlicher Alkoholmissbrauch. Risikofaktor für eine Essstörung der Töchter. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 13 (2), 58-68.

Baltruschat, N., Geissner, E. & Bents, H. (2006). Expositionsverfahren in der Behandlung der Bulimia nervosa: Evaluation eines verhaltenstherapeutischen Intensivansatzes. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35 (1), 1-11.

Baltruschat, N., Geissner, E. & Klein, M. (2007). Deutsche Version des Children of Alcoholics Screening Test (CAST) - Befunde bei Patientinnen mit Magersucht und Bulimie, *Suchttherapie*, 8, 74-81.

Baltruschat, N., Klein, M. & Geissner, E. (Manuskript eingereicht). Elterlicher Alkoholismus: Entwicklung einer Essstörung der Töchter als Folge. *Suchttherapie*.

Vorträge und Präsentationen

Baltruschat, N., Geissner, E., Klein, M. (2002). Forschung und Organisation: Bestandsaufnahme des Projektes „*Essstörungen in Familien mit einer Suchtproblematik*“. Statuskonferenz des Forschungsschwerpunktes Sucht der Katholischen Fachhochschule Köln, Köln, 04/2002.

Baltruschat, N., Geissner, E., Klein, M. (2002). Essstörungen bei Töchtern suchtkranker Eltern - erste Ergebnisse. 20. Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Konstanz, 05/2002.

Baltruschat, N., Geissner, E., Klein, M. (2002). Essstörungen bei Töchtern suchtkranker Eltern - erste Ergebnisse. 43. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Berlin, 09/2002.

Baltruschat, N. (2003). Konzeptualisierung eines Projektes „*Transmission psychischer Erkrankungen: Elterlicher Alkoholismus als Gefahr für Essstörungen ihrer Töchter*“. Wissenschaftliche Konferenz des Bezirkskrankenhauses Gabersee, Wasserburg, 01/2003.

Baltruschat, N., Geissner, E., Klein, M. (2003). Essstörungen bei Töchtern suchtkranker Eltern. 9. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation, Göttingen, 02/2003.

Baltruschat, N., Geissner, E., Klein, M. (2003). Essstörungen bei Töchtern suchtkranker Eltern. 3. Workshop- Kongress Klinische Psychologie und Psychotherapie, Freiburg, 05/2003.

Baltruschat, N., Timmer, B. (2003). Grundlagen der Statistik unter Berücksichtigung forschungsmethodischer Designs. Doktorandenkolloquium der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck, Prien, 05/2003.

Baltruschat, N., Geissner, E., Bents, H. (2003). Treating bulimia nervosa by Exposure techniques: Evaluation of an Intensive Inpatient Behavior Therapy Program. XXXIII Annual Congress of the European association of behavioural cognitive therapy EABCT, Prag, Tschechische Republik, 09/2003.

Baltruschat, N., Geissner, E., Klein, M. (2004). Elterlicher Alkoholabusus: Risikofaktor für eine Essstörung der Töchter. VI. Kongress für Gesundheitspsychologie, Leipzig, 03/2004.

Baltruschat, N., Geissner, E., Bents, H. (2004). Expositionsverfahren in der Therapie von Bulimia nervosa: Evaluation eines verhaltenstherapeutischen Intensivansatzes. 22. Symposium Klinische Psychologie und Psychotherapie Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs), Halle, 05/2004.

Baltruschat, N., Geissner, E., Bents, H. (2004). Treating bulimia nervosa by Exposure techniques: Evaluation of an Intensive Inpatient Behavior Therapy Program. 8th international congress of behavioral medicine ICBM, Mainz, Germany, 08/2004.

Baltruschat, N., Geissner, E., Bents, H. (2004). Expositionsverfahren in der Therapie von Bulimia nervosa. Evaluation eines verhaltenstherapeutischen Intensivansatzes. 44. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Göttingen, 09/2004.

Baltruschat, N., Geissner, E., Bents, H. (2005). Erfolgskontrolle eines verhaltenstherapeutischen Intensivansatzes in der Behandlung von Bulimia nervosa. Fortbildungscurriculum Psychotherapie an der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck Prien, 04/2005.

Baltruschat, N., Geissner, E., Bents, H. (2005). Expositionsverfahren in der Therapie von Bulimia nervosa. 23. Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs), Dresden, 05/2005.

Baltruschat, N., Geissner, E., Klein, M. (2005). Kinder aus alkoholbelasteten Familien – eine bisher vernachlässigte Risikogruppe. VII. Kongress für Gesundheitspsychologie, Freiburg, 09/2005.

Baltruschat, N., Geissner, E., Klein, M. (2006). Deutsche Version des Children of Alcoholics Screening Test (CAST) im Einsatz bei Töchtern mit einer Essstörung. 24. Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Würzburg, 05/2006.

Baltruschat, N., Geissner, E., Klein, M. (2006). Essstörungen bei Töchtern aus alkoholbelasteten Familien. 45. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Nürnberg, 09/2006.

Baltruschat, N., Gold-Müller, M. (2006). Ich sehe was, was du nicht siehst. Einführung in das Biofeedback. Gesundheitsgespräch im Klinikum Staffelstein, Bad Staffelstein, 12/2006.

Baltruschat, N. (2007). Somatisierungsstörungen – Theorie und Therapie. Fortbildungscurriculum Psychotherapie am Klinikum Staffelstein, Bad Staffelstein, 04/2007.

Baltruschat, N. (2007). Expositionstherapie in der Behandlung von Ängsten.

Fortbildungscurriculum Psychotherapie am Klinikum Staffelstein, Bad Staffelstein, 09/2007.

9. Manuskripte

Manuskript 1

Baltruschat, N., Geissner, E. & Klein, M. (2005). Elterlicher Alkoholmissbrauch. Risikofaktor für eine Essstörung der Töchter. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 13 (2), 56-68.

Manuskript 2

Baltruschat, N., Geissner, E. & Klein, M. (2007). Deutsche Version des Children of Alcoholics Screening Test (CAST) – Befunde bei Patientinnen mit Magersucht und Bulimie. *Suchttherapie*, 8, 74-81.

Manuskript 3

Baltruschat, N., Klein, M. & Geissner, E. (Manuskript eingereicht). Elterlicher Alkoholismus: Entwicklung einer Essstörung der Töchter als Folge. *Suchttherapie*.

10. Anhang

Anhang A: Children of Alcoholics Screening Test (CAST). Deutsche Übersetzung (M. Klein), Antwortformat 0 = nein; 1 = ja

Nr. CAST-Item

- 1 Ist dir schon einmal der Gedanke gekommen, dass dein Vater oder deine Mutter alkoholabhängig sein könnte?
(Kriteriumsfrage)
- 2 Konntest du schon einmal nicht schlafen, weil dein Vater oder deine Mutter getrunken hatte?
- 3 Hast du deinen Vater oder deine Mutter schon einmal aufgefordert, mit dem Trinken aufzuhören?
- 4 Hast du dich schon einmal allein gelassen gefühlt oder bist du ängstlich, nervös, wütend oder frustriert gewesen, weil dein Vater oder deine Mutter nicht aufhörte zu trinken?
- 5 Hast du dich schon einmal mit deinem Vater oder deiner Mutter gestritten oder gezankt, wenn er oder sie getrunken hatte?
- 6 Hast du deinen Eltern schon einmal gedroht, von Zuhause fortzulaufen, weil dein Vater oder deine Mutter getrunken hatte?
- 7 Bist du oder jemand anders aus deiner Familie schon einmal von deinem Vater oder deiner Mutter geschlagen worden, als er oder sie getrunken hatte?
- 8 Hast du schon einmal gehört, dass sich dein Vater oder deine Mutter stritten, wenn einer von ihnen betrunken war?
- 9 Hast du schon einmal ein Familienmitglied vor deinem Vater oder deiner Mutter beschützt, wenn er oder sie getrunken hatte?
- 10 Wolltest du schon einmal eine Schnapsflasche deines Vaters oder deiner Mutter verstecken oder ausgießen?
- 11 Machst du dir viele Gedanken über das Trinken deiner Mutter bzw. deines Vaters oder Schwierigkeiten, die dadurch entstehen?
- 12 Hast du dir schon einmal gewünscht, dass dein Vater oder deine Mutter aufhört zu trinken?
- 13 Hast du schon einmal gedacht, du seiest verantwortlich für oder schuld an dem Trinken deines Vaters oder deiner Mutter?

Fortsetzung

Anhang A Fortsetzung

Nr. CAST-Item

- 14 Hast du schon einmal Angst gehabt, dass sich deine Eltern scheiden lassen, weil einer von ihnen trinkt?
 - 15 Hast du schon einmal eine Veranstaltung oder eine Verabredung mit Freunden abgesagt oder im vornherein darauf verzichtet, weil du Angst hattest, es könnte zu peinlichen und beschämenden Situationen kommen, wenn dein Vater oder deine Mutter sich betrinkt?
 - 16 Hast du schon einmal das Gefühl gehabt, du seiest der Grund für einen Streit zwischen Eltern (von denen einer zuviel trinkt)?
 - 17 Hast du schon einmal geglaubt, dass dein Vater oder deine Mutter wegen dir trinkt?
 - 18 Hast du schon einmal gedacht, dass dich dein alkoholabhängiger Vater bzw. deine alkoholabhängige Mutter nicht liebt?
 - 19 Hast du dich schon einmal darüber geärgert, dass dein Vater oder deine Mutter trinkt?
 - 20 Hast du dir schon einmal Sorgen darüber gemacht, dass die Gesundheit deines Vaters oder deiner Mutter darunter leiden könnte, dass er oder sie trinkt?
 - 21 Hat man dir schon einmal die Schuld daran gegeben, dass dein Vater oder deine Mutter trinkt?
 - 22 Hast du schon einmal daran gedacht, dass dein Vater Alkoholiker sein könnte?
 - 23 Hast du dir schon einmal gewünscht, dass es bei dir zu Hause so wäre wie bei deinen Freunden, deren Eltern nicht trinken?
 - 24 Hat dein Vater oder deine Mutter dir schon einmal etwas versprochen und dann nicht gehalten, weil er oder sie getrunken hatte?
 - 25 Hast du schon einmal daran gedacht, dass deine Mutter Alkoholikerin sein könnte?
 - 26 Hast du dir schon einmal gewünscht, es gäbe jemanden, mit dem du reden könntest und der die vom Alkohol verursachten Probleme in deiner Familie verstehen und aus der Welt schaffen könnte?
 - 27 Hast du dich schon einmal mit deinem Bruder oder deiner Schwester über das Trinken deines Vaters oder deiner Mutter gestritten?
 - 28 Bist du schon einmal nicht nach Hause gegangen, um einen trinkenden Elternteil nicht sehen oder miterleben zu müssen, wie der andere Elternteil darauf reagiert?
 - 29 Ist dir schon einmal schlecht gewesen oder hast du geweint oder das Gefühl gehabt, dir läge ein Stein im Magen, wenn du dir Sorgen über das Trinken deines Vaters oder deiner Mutter gemacht hast?
 - 30 Hast du schon einmal Hausarbeit oder andere Pflichten in der Familie übernommen, die für gewöhnlich Aufgaben deines Vaters oder deiner Mutter waren als er bzw. sie noch nicht so viel getrunken hat?
-

Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig, ohne unerlaubte Hilfe angefertigt und mich dabei keiner anderen als der von mir ausdrücklich bezeichneten Quellen und Hilfen bedient habe.

Die Dissertation wurde in der jetzigen oder einer ähnlichen Form bei keiner anderen Hochschule eingereicht und hat keinen sonstigen Prüfungszwecken gedient.

Langfurth, Dezember 2008

Elterlicher Alkoholmissbrauch

Risikofaktor für eine Essstörung der Töchter

Nicole Baltruschat¹, Edgar Geissner¹ und Michael Klein²

¹Westfälische Wilhelms-Universität Münster

²Katholische Fachhochschule Köln

Zusammenfassung. Theoretischer Hintergrund: In den letzten zwei Jahrzehnten wurden die psychischen Auswirkungen elterlichen Alkoholismus auf deren Kinder (children of alcoholics) verstärkt betrachtet. Fragestellung: Hintergrund der Studie ist die Frage, ob das Aufwachsen in einer Familie, in der ein Elternteil an einer Alkoholstörung erkrankt ist, insbesondere für die Töchter das Risiko erhöht, an einer Essstörung zu erkranken. Vorausgegangene Studien analysierten, (a) inwieweit bei essgestörten Frauen eine Alkoholstörung bei deren Eltern vorlag bzw. (b) ob bei alkoholerkrankten Eltern die Rate töchterlicher Essstörungen erhöht war. Die bis heute uneindeutige Befundlage sollte in der Studie eruiert werden. Methode: Es wurden zwei Ansätze verfolgt: (a) Untersuchung 100 essgestörter Frauen (13–26 J.) mittels klinischer Interviews und Fragebögen ([1] Familiengeschichte, [2] Children of Alcoholics Screening Test (CAST)), (b) Untersuchung 47 alkoholerkrankter Elternteile über wahrgenommene Essstörungssymptome der Töchter ([1] klinische Interviews, [2] Eating Attitudes Test 26 – Fremdauskunft, [3] Subskalen des Eating Disorder Inventory EDI – Fremdauskunft; sowie Befragung von deren Töchtern ($N = 54$) [EAT-26, EDI, CAST]. Ergebnisse: Die Ergebnisse können unsere Hypothese, dass es einen Zusammenhang zwischen Essstörung der Töchter und dem Alkoholabusus der Eltern gibt, stützen. Für Untersuchungsstichprobe (a) (Töchter) ergab sich eine Rate elterlicher Alkoholerkrankungen von 47% (Grundrate in der Allgemeinbevölkerung 1.1–4%). Für Untersuchungsstichprobe (b) (Eltern mit Alkoholerkrankung) wurde eine töchterliche Rate an Essstörungssymptomen von ca. 40% ermittelt (Essstörungsrate bei jungen Frauen z.B. 3% für Bulimie, 10% für subklinische Essstörungssymptome). Schlussfolgerung: Elterlicher Alkoholabusus stellt einen bedeutsamen Risikofaktor für die Entwicklung einer Essstörung bei Töchtern dar. Die Ergebnisse werden vor dem Hintergrund familiärer Sozialisation und der allgemeinen Transmission psychischer Störungen diskutiert.

Schlüsselwörter: Essstörungen, elterlicher Alkoholabusus, Risikofaktor, Transmission

Parental alcohol misuse. Risk factors for eating disorders in their daughters

Abstract. Background: In the last two decades psychological effects on children of alcoholics (COA) have gained importance. Objective: The question of the present study is, could growing up in a household with an alcoholic or alcohol-abusing parent increase the risk for their daughters developing an eating disorder? Recent studies analyzed: (a) if women with an eating disorder have higher rates of parents with drinking problems (b) if daughters of parents with alcohol problems are at more risk of developing an eating disorder. Results up until now have proved inconclusive. Method: Following two different ways of examination: (a) assesment of 100 women with an eating disorder (13–26 years) by clinical interviews and questionnaires ([1] family history, [2] Children of Alcoholics Screening Test (CAST); (b) assesment of 47 alcohol-abusing parents to see if they have noticed symptoms of eating disorders in their daughters ([1] clinical interviews, [2] Eating Attitudes Test 26 and [3] Subscales of the Eating Disorder Inventory – EDI from the parents about their daughters) and additional inquiry of their daughters ($N = 54$) [EAT-26, EDI, CAST]. Results: The results could verify our hypothesis about a connection between eating disorder in daughters and parental alcohol-abuse. In sample (a) daughters we found a rate of parental alcohol-abuse of 47% (baseline of the population 1.1–4%). In sample (b) (parents with an alcohol problem) we found a rate of daughters with symptoms of an eating disorder of approximately 40% (Rates of eating disorders of young women, e.g., 3% bulimia nervosa, 10% “less severe” symptoms of an eating disorder). Conclusions: Parental alcohol-abuse is an important risk factor in their daughters developing an eating disorder. Results are discussed against the background of familiar socialisation and the general transmission of psychological diseases.

Key words: eating disorders, parental alcoholism, risk factor, transmission

Nicole Baltruschat ist heute an der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck, Prien tätig; Edgar Geissner ist heute an der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck, Prien und am Department Psychologie der Universität München tätig.

Das dieser Arbeit zu Grunde liegende Forschungsprojekt wurde vom Ministerium für Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen gefördert.

Unser Dank gilt den Einrichtungen Christoph-Dornier Klinik für Psychotherapie, Münster; Westf. Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard, Marl-Sinsen; St. Rochus Hospital, Telgte; Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee; Fachklinik Bad Tönisstein, Bad Tönisstein, die an diesem Projekt mitwirkten.

DOI: 10.1026/0943-8149.13.2.58

Epidemiologische Befunde zeigen, dass Frauen im kritischen Alter zwischen 15 und 35 Jahren zu ca. 1 bis 3% unter einer Essstörung leiden (Fairburn & Beglin, 1990; Saß, Wittchen & Zaudig, 1998). Garfinkel et al. (1995) berichten von einer Lebenszeitprävalenz von 1.1% für Frauen und 0.2% für Männer. Ein beträchtliches Ausmaß an Subsymptomen gestörten Essverhaltens ist auch in der „gesunden“ Gesamtpopulation zu verzeichnen: So induzieren 2.6% der erwachsenen Frauen regelmäßig Erbrechen, 5% aller Frauen benutzen Laxantien zur Gewichtsregulation, und bei 8% aller Frauen tritt mindestens einmal pro Woche eine Episode auf, die subjektiv als Essanfall

erlebt wird (Westenhöfer, 1992). Besonders gefährdet sind dabei junge Frauen des „westlichen“ Kulturkreises (Erkrankungsverhältnis Frauen : Männern 10 : 1; Wittchen, Nelson & Lachner, 1998), die unter Ängsten vor Dicksein sowie vermehrtem Diätverhalten (Hsu, 1990; Killen et al., 1994, 1996) als auch geringem Selbstbewusstsein leiden. Patton, Johnson-Sabine, Wood, Mann und Wakeling (1990) berichten, dass das Risiko, Essstörungssymptome zu entwickeln, bei *diät haltenden* Frauen achtfach erhöht ist im Vergleich zu nicht restriktiv essenden. In der Essstörungsforschung wird häufig berichtet, dass bei Frauen, bei denen eine *Störung des Körperbildes* vorliegt und die eine geringe interozeptive Wahrnehmung besitzen, d. h. die die Fähigkeit verloren haben, Körpersignale wie z. B. Hungergefühle wahrnehmen zu können, ebenfalls ein erhöhtes Risiko für die spätere Entwicklung einer Essstörung besteht (Leon, Fulkerson, Perry & Early-Zald, 1995). Als weitere Risikofaktoren werden komorbide Störungen wie Depressionen, Drogen und Alkoholmissbrauch, Angststörungen und Cluster-B- und C-Persönlichkeitsstörungen (zum Überblick siehe Casper, 1998) genannt. Jacobi, Hayward, De Zwaan, Kraemer und Agras (2004) berichten des Weiteren, dass Störungen in der Kindheit wie Überängstlichkeit, Soziale Phobie, Zwangsstörung oder zwanghafte Persönlichkeitszüge einen hohen Risikofaktor darstellen. Ein empirischer Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch und der Entwicklung einer Essstörung konnte dagegen bisher nicht belegt werden. Bulik (2000) argumentiert, dass sexueller Missbrauch eher als unspezifischer Risikofaktor für die Entwicklung einer psychopathologischen Symptomatik zu bewerten ist. Der Body Mass Index [BMI; kg/(m²)] hängt deutlich mit Diätverhalten, Körperunzufriedenheit als auch erlebtem Druck, dünner zu werden, zusammen; er bewirkt jedoch weder spezifisch noch zwangsläufig die Entwicklung einer Essstörung (Stice, 2002). Der wahrgenommene Druck, schlank zu werden, stellt dagegen sowohl einen krankheitsauslösenden als auch -aufrechterhaltenden Faktor dar (Stice & Agras, 1998). Als gefährdend werden des Weiteren Schwangerschaftsprobleme (Frühgeburt) sowie Geburtskomplikationen (Gehirnblutungen) (Foley, Thacker, Aggen, Neale & Kendler, 2001), Veränderungen der Neurotransmitter im Gehirn, hormonelle Veränderungen als auch Stoffwechselveränderungen gesehen.

Überdies werden eine Reihe familiärer Risikofaktoren diskutiert: So zeichnen sich z. B. einige Familien von bulimischen Frauen durch eine überprotektive Familiennorm aus und empfinden eine Loslösung der Kinder vom elterlichen Zuhause als bedrohlich (vgl. Jacobi, Thiel & Paul, 1996). Pica (ständiges Essen ungenießbarer Stoffe, z. B. Erd- oder Farbenssen), kindliches Übergewicht oder aber Eltern, die wenig Kontakt mit ihren Kindern haben, dafür jedoch hohe Erwartungen an diese stellen und gehäuft kritische Bemerkungen zu Gewicht und Figur der Kinder machen (Fairburn, Cooper, Doll & Welch, 1999; Fairburn, Doll, Welch, Hay, Davies & O'Connor, 1998; Fairburn, Welch, Doll, Davies & O'Connor, 1997), vergrößern das Risiko, eine Essstörung zu entwickeln. Das Risiko, eine Essstörung – insbesondere eine Bulimia nervosa – zu entwickeln, erhöht sich zudem, wenn die Eltern unter Depres-

sionen, Alkoholismus und Übergewicht leiden (Kassett, Gershon, Maxwell, Guroff, Kazuba, Smith, Brandt & Jimer-son, 1989).

Elterlicher Alkoholismus als Risikofaktor

Familiäre Belastungsfaktoren, insbesondere elterlicher Alkoholabusus und -missbrauch, gilt in neuerer Zeit besondere Aufmerksamkeit. So ist davon auszugehen, dass eine hohe Rate an Kindern von der Alkoholabhängigkeit zumindestens eines Elternteils betroffen ist, da in Deutschland ca. 2.5 Millionen Menschen unter einer Alkoholstörung leiden (Feuerlein, 1996). In den letzten zwei Jahrzehnten wurden die psychischen Auswirkungen elterlichen Alkoholismus auf ihre Kinder (COA = children of alcoholics) verstärkt betrachtet (Black, 1981, 1990; Bulik, 1987; Claydon, 1987; Hudson, Pope, Jonas, Todd & Frankenberg, 1987; Kasset et al., 1989; Kuntz, Groze & Yates, 1992; Mintz, Kashubeck & Tracy, 1995; Stout & Mintz, 1996). Das Aufwachsen in einer Familie, in der ein Elternteil an einer Alkoholstörung erkrankt ist, kann für die Kinder eine erhöhte Belastung darstellen und so das Risiko für eine psychische Störung wie z. B. Angststörungen, Depressionen oder Essstörungen (Velleman, 1992) erhöhen. In bisherigen Studien wurde gefunden, dass Alkoholabhängige überzufällig oft aus Familien stammen, in denen bereits ein Elternteil oder beide alkoholabhängig waren (z. B. Cotton, 1979; McKenna & Pickens, 1981; Zobel, Rösch & Quinten, 1994). Wittchen et al. (1998) berichten von einem bis zu sechsfach erhöhtem Risiko für COAs, selber alkoholabhängig zu werden oder Alkoholmissbrauch zu betreiben. Des Weiteren zeigen sich geschlechtstypische Auswirkungen des elterlichen Alkoholabusus: Während Jungen eher von expansiven Störungen betroffen sind (wie z. B. Alkoholstörung, Störungen des Sozialverhaltens, Delinquenz), sind bei Töchtern vermehrt Persönlichkeits- und Essstörungen sowie eine vermehrte Tendenz zu negativer Selbstkritik zu finden (Alterman, Bridges & Tarter, 1986; Berkowitz & Perkins, 1988).

In der vorliegenden Studie geht es um den Zusammenhang zwischen Essstörungen der Töchter und dem Alkoholabusus der Eltern. In einem Teil der bisherigen Studien wird der Ansatz verfolgt, Patientinnen mit einer diagnostizierten *Essstörung* nach dem Auftreten von *Alkoholstörungen der Eltern* zu befragen (z. B. Boumann & Yates, 1994; Kaye, Lilienfeld, Plotnicov, Merikangas, Nagy, Strober et al., 1996; Lilienfeld, Kaye, Greeno, Merikangas, Plotnicov, Pollice et al., 1997; Kuntz et al., 1992 und Kasset et al., 1989). In anderen hingegen wird untersucht, ob die Rate an *Essstörungen bei COAs* verglichen mit der Rate bei Frauen, bei deren Eltern keine Alkoholproblematik besteht, erhöht ist (z. B. von Claydon, 1987; Mintz et al., 1995; Stout & Mintz, 1996).

Kasset et al. (1989) fanden, dass sich bei 185 Verwandten ersten Grades von Bulimikerinnen höhere Raten an

Major Depression und Essstörungen aber auch Alkoholstörungen zeigten. Besonders hohe Raten an elterlichem Alkoholismus fanden sich bei denjenigen Patientinnen, die sowohl unter Bulimie als auch Major Depression litten. Eine Alkoholstörung wurde bei 33% der Verwandten ($N=33$) berichtet, während bei Verwandten von Bulimikerinnen, die nicht unter Major Depression litten, eine Rate von 21,9% ($N=19$) zu verzeichnen ist. Die Rate elterlicher Alkoholstörung lag dabei im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ohne psychische Erkrankungen bei 14% ($N=16$). Ein solcher Zusammenhang fand sich auch in den Studien von Mintz et al. (1995) sowie Claydon (1987), wobei hier Probanden mit Essstörungssymptomen, aber noch keiner voll ausgeprägten Essstörung, untersucht wurden. Mintz et al. (1995) fanden deutliche Unterschiede auf der Skala „Interozeptive Wahrnehmung“ des Eating Disorder Inventory (EDI; Garner, Olmsted & Polivy, 1983) zwischen COAs ($N=36$) und Studenten ($N=142$), deren Eltern nicht an einer Alkoholstörung erkrankt waren. Demnach geht eine größere wahrgenommene Belastung der Kinder durch den elterlichen Alkoholismus (gemessen mit Hilfe des Children of Alcoholics Screening Test [CAST], Pilat & Jones, 1982) mit stärker ausgeprägten Essstörungssymptomen einher. Damit im Einklang steht die Studie von Claydon (1987), der für COAs ein eineinhalbfach erhöhtes Risiko fand, an einer Essstörung zu erkranken im Vergleich zu Studentinnen, die keinen Elternteil mit einer Alkoholkrankung hatten ($N=1302$). Auf der anderen Seite stehen die Ergebnisse der Studien von Kuntz et al. (1992) sowie von Stout und Mintz (1996). Kuntz et al. (1992) konnten bei 210 Untersuchungsteilnehmerinnen keine signifikanten Unterschiede zwischen Bulimikerinnen und einer Kontrollgruppe hinsichtlich einer Alkoholproblematik bei deren Elternteilen feststellen. Auch die Studie von Stout und Mintz (1996) spricht eher gegen einen Zusammenhang zwischen einer Essstörung der Töchter und einer Alkoholproblematik der Eltern. Es wurden keine Unterschiede zwischen COAs und Frauen, deren Eltern nicht an einer Alkoholstörung erkrankt sind, hinsichtlich der Essstörungssymptomatik der Töchter gefunden ($N=90$). Neben diesen globalen Befunden gibt es jedoch auch interessante differentielle Befunde. Einen wichtigen Faktor stellt hier das Merkmal Geschlecht dar: Stout und Mintz (1996) berichten von erhöhten Werten auf den Skalen des Eating Disorder Inventory bei Töchtern, deren Vater an einer Alkoholstörung erkrankt war. War die Mutter hingegen erkrankt, fand sich dieser Unterschied bei den Töchtern nicht.

Die vorliegende Studie greift die hier diskutierte Fragestellung mit der Absicht auf, die bis dato uneindeutige Befundlage weiter zu erhellen. Wir untersuchten, ob es einen Zusammenhang zwischen einer Essstörung der Töchter und elterlichem Alkoholismus gibt, wobei wir die bisherigen Untersuchungsansätze in zwei Teilstudien realisierten. Zum einen sollte untersucht werden, ob Töchter mit einer klinisch diagnostizierten Essstörungsproblematik zu einem substantiellen Anteil Eltern mit einer Alkoholproblematik haben (Teilstudie I). Hierbei gingen wir von einer Grundrate von 1,1–4,9% an Alkoholstörungen in der Bevölkerung (Demmel, 2000) aus. Zum anderen sollte ge-

prüft werden, ob die Rate an Essstörungen bei den Töchtern erhöht ist, die Eltern mit einer klar diagnostizierbaren Alkoholkrankung haben (Teilstudie II). Entsprechend gingen wir auch hier von einer Grundrate von 1–3% an Essstörungen in der Bevölkerung (Fichter, 1999) bzw. ca. 8% an subklinischer Essstörungssymptomatik (vgl. Westenhöfer, 1992) aus. Diese Vorgehensweise ermöglichte die Relativierung möglicher Über-/Unterschätzungen und die Gewinnung eines valideren Ergebnisbildes.

Methode

Probanden der Teilstudie I: Essgestörte Frauen

Als Einschlusskriterium galt, dass die essgestörten Frauen zwischen 13 und 26 Jahre alt und weniger als fünf Jahre allein lebend sein sollten, um die unmittelbare familiäre Konfrontation gewährleisten zu können. Insgesamt wurden 100 Frauen, die sich auf Grund einer Essstörung (Bulimia nervosa [DSM-IV 307.51], Binge eating disorder [DSM-IV 307.50], Eating disorder not otherwise specified [DSM-IV 307.50] und Anorexia nervosa [DSM-IV 307.1]) in stationärer psychotherapeutischer Behandlung befanden, bezüglich des Alkoholkonsums der Eltern und der eigenen, wahrgenommenen Belastung durch diese Situation befragt. Die Teilnehmerinnen waren im Mittel 20,43 Jahre alt ($SD=3.08$). Der Body Mass Index [BMI; $\text{kg}/(\text{m}^2)$] lag im Durchschnitt bei 20,88 ($SD=2.63$) und variierte zwischen 12,16 und 20,78. Bei 61% der essgestörten Frauen bestanden Komorbiditäten (hauptsächlich Major Depression 40% [$N=40$], Posttraumatische Belastungsstörung 7% [$N=7$], Borderline Persönlichkeitsstörung 6% [$N=6$] und Alkoholabusus 4% [$N=4$]). Über die Hälfte der Patientinnen (67%) hatten 1–2 Geschwister. 18,1% ($N=17$) gaben an, dass ihre Eltern getrennt leben. 88 essgestörte Frauen hatten bereits psychologische Unterstützung aufgesucht. Dabei nahmen 54,5% ($N=48$) ambulante, 8% ($N=7$) stationäre und 37,5% ($N=33$) sowohl ambulante als auch stationäre Hilfe in Anspruch.

Probanden der Teilstudie II: Alkoholkrankte Elternteile und deren Töchter

Bei den befragten Elternteilen (Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit, DSM-IV 303.90) musste gewährleistet sein, dass sie Töchter im Alter zwischen 12 und 26 Jahren hatten. In diesem Alter kann von einem intensiven Miterleben familiärer Belastungsfaktoren ausgegangen werden. Es nahmen 47 alkoholkrankte Elternteile, die sich auf Grund ihrer Alkoholkrankung in stationärer psychotherapeutischer Behandlung befanden, mit insgesamt 54 Töchtern an der Untersuchung teil. Sie litten seit durchschnittlich 12 Jahren an einer Alkoholstörung ($SD=7.60$). Dabei gab es sowohl Elternteile, die erst seit kurzer (1 Jahr) als auch seit sehr langer Zeit (30 Jahre) an einer Alkoholstörung erkrankt waren. 19 Eltern (40,4%) gaben an, mit

dem Gesetz auf Grund von Alkohol in Konflikt gekommen zu sein (hauptsächlich Straßenverdelikte). 17 Paare (37%) waren getrennt lebend. Im Durchschnitt hatten die Eltern zwei Kinder.

Die Töchter dieser Elternteile waren zwischen 12 und 23 Jahre alt, im Mittel 17.04 ($SD = 2.94$). Der Body Mass Index [BMI; $kg/(m^2)$] lag im Durchschnitt bei 20.68 ($SD = 2.88$) und variierte zwischen 15.61 und 28.09. Zu Beginn der Alkoholstörung ihrer Eltern waren die Töchter zwischen 5 und 8 Jahre alt.

Messinstrumente/Untersuchungsmerkmale

Neben der Erfassung soziodemographischer Daten (Alter, Geschlecht, körperliche Erkrankungen, Familiengröße etc.) wurde die Beziehung zwischen den Eltern und den Töchtern sowie unter den Ehepaaren auf einer fünfstufigen Skala (1 = sehr schlecht; 2 = eher schlecht, 3 = mittel, 4 = eher gut, 5 = sehr gut) erfasst. Des Weiteren wurden Fremdanamnesen sowohl in Bezug auf körperliche als auch psychische Erkrankungen der Eltern bzw. der Töchter im Rahmen eines diagnostischen Interviews erhoben. Zur Erfassung der Essstörungssymptomatik als auch der wahrgenommenen Beeinträchtigung durch elterlichen Alkoholismus wurden folgende Fragebögen verwendet:

(1) *Eating Attitudes Test-26* (EAT-26; Garner & Garfinkel, 1979; Garner et al., 1982). Der EAT erfasst charakteristische Symptome und Gedanken von Essstörungen. Der Fragebogen beinhaltet 26 Items (sechsstufiger Antwortmodus [1 = immer, 2 = meistens, 3 = oft, 4 = manchmal, 5 = selten, 6 = nie]). Diese lassen sich in drei Subskalen aufteilen (Diätverhalten, Bulimie und ständige Beschäftigung mit Nahrung sowie orale Kontrolle). Die Antworten für jedes Item sollen nach Angaben der Autoren von 0 bis 3 gewichtet werden (immer = 3, meistens = 2, oft = 1, manchmal, selten und nie = 0). Ein Wert von 3 spricht für eine deutliche Ausprägung in symptomatischer Richtung. Gesamtwerte über 20 deuten einer Empfehlung der Autoren zufolge darauf hin, dass eine Essstörung vorhanden ist. Ein Beispiel für Diätverhalten (Dieting) ist: „Wenn ich in Bewegung bin, denke ich daran, wieviel Kalorien ich dabei verbrauche.“ Ein Beispiel für Bulimie und ständige Beschäftigung mit Nahrung (Bulimia and food preoccupation) ist: „Ich hatte Fressanfälle, bei denen ich merkte, dass ich nicht mehr aufhören konnte zu essen.“ Ein Beispiel für Orale Kontrolle (oral control) ist: „Ich vermeide es zu essen, wenn ich hungrig bin.“

(2) *Eating Disorder Inventory* (EDI; Garner et al., 1983; deutsche Version von Thiel & Paul, 1988). Das EDI ist das international gebräuchlichste Standardinstrument zur mehrdimensionalen Erfassung psychologischer Merkmale und Verhaltenscharakteristika anorektischer und bulimischer Patienten. Aus diesem Fragebogen wurden einer häufigen Konvention entsprechend die ersten drei Skalen („Schlankheitsstreben“ [drive for thinness], „Bulimisches Verhalten“ [bulimia] sowie „Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper“ [body dissatisfaction]) verwendet. Diese Va-

riante beinhaltete 23 Items (sechsstufiger Antwortmodus [1 = nie, 2 = selten, 3 = manchmal, 4 = oft, 5 = sehr oft, 6 = immer]). Ein Beispiel für Schlankheitsstreben (drive for thinness) ist: „Wenn ich ein Pfund zunehme, habe ich Angst, dass es so weitergeht.“ Ein Beispiel für Bulimie (bulimia) ist: „Ich stopfe mich mit Essen voll.“ Ein Beispiel für Körperliche Unzufriedenheit (body dissatisfaction) ist: „Ich glaube, mein Bauch ist zu dick.“

Die alkoholerkrankten Eltern sollten eine vereinfachte Fremdbeurteilung des Essverhaltens ihrer Töchter vornehmen (z.B. „Denkt Ihre Tochter, dass ihr Bauch zu dick ist?“). Im Rahmen der Studie wurde der Antwortmodus auf eine dichotome Ja-Nein-Beurteilung reduziert. Die Töchter bekamen die oben beschriebene Version.

(3) *Children of Alcoholics Screening Test* (CAST; Jones, 1982; 1985; Pilat & Jones, 1982). Der CAST dient der Erfassung der spezifischen alkoholbedingten Belastung von Kindern, die mit alkoholerkrankten Eltern leben oder gelebt haben. Der CAST besteht aus 30 ja-nein-Fragen zu Gefühlen, Meinungen und Verhaltensweisen der Kinder hinsichtlich des elterlichen Alkoholkonsums. Er ist einfaktorisch konzipiert, so dass ein Gesamtwert berechnet werden kann (min. = 0, max. = 30). In der amerikanischen Literatur (Pilat & Jones, 1982) wird ein cut-off-Wert von 6 oder mehr als Indiz für eine Belastung der Kinder durch elterlichen Alkoholkonsum für Kinder alkoholerkrankter Eltern angegeben. Die Autoren berichten, dass anhand dieses Cut-off-Werts 100% der klinisch diagnostizierten Kinder von alkoholerkrankten Eltern identifiziert werden konnten. Eine deutsche Fassung wurde im Rahmen unseres Projektes entwickelt ($\alpha = .95$). Die Items sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Neben dieser Version (Befragung der essgestörten Töchter) wurde zur Befragung der Kinder von alkoholerkrankten Eltern darüber hinaus eine für diese Studie entwickelte Kurzversion verwendet. Diese bestand aus 9 Items des CAST (Markierung der entsprechenden Items in Tabelle 1) sowie drei zusätzlichen Items („Ich habe mich schon einmal für das Trinken meines Vaters oder meiner Mutter geschämt“; „Meine Gedanken kreisten oft um das Trinken meines Vaters oder meiner Mutter“ und „Das Trinken meines Vaters oder meiner Mutter haben mir schon einmal Angst gemacht“), die zur Erfassung der emotionalen Beeinträchtigung dienten.

Untersuchungsablauf

Teilstudie I (Essgestörte Frauen)

Die Patientinnen wurden anlässlich eines stationären psychotherapeutischen Aufenthaltes in einer klinischen Einrichtung untersucht (sukzessive nach Aufnahme; Interview im Einzelsetting). Alle Teilnehmerinnen wurden über den Inhalt der Studie informiert und nahmen freiwillig teil. Das Interview, das soziodemographische Fragen, die Erfassung körperlicher und psychischer Erkrankungen der Eltern sowie die Belastung der essgestörten Patientinnen

durch elterlichen Alkoholkonsum beinhaltet, betrug ca. 30 Minuten. Da bei den Patientinnen bereits auf Grund des stationären Aufenthaltes die sichere Diagnose einer Essstörung bestand, konnte auf den Einsatz eines diesbezüglichen diagnostischen Instruments zur Erfassung der Essstörung verzichtet werden.

Teilstudie II (Alkoholerkrankte Elternteile sowie deren Töchter)

Die alkoholerkrankten Elternteile wurden ebenfalls sukzessive nach Aufnahme in einer Fachklinik für Alkohol- und Medikamentenerkrankungen im Einzelsetting interviewt. Die Diagnose der Haupterkrankung war durch den Zuweiser sowie die stationäre Befunderhebung gesichert. Den Patienten wurde mitgeteilt, dass es in der Untersuchung um die seelische Gesundheit und speziell um das Essverhalten ihrer Töchter ginge. Auch hier war die Teilnahme an der Studie freiwillig. Die soziodemographischen Merkmale sowie die Fragen zu körperlichen und psychischen Erkrankungen ihrer Töchter wurden im Rahmen eines 45-minütigen Interviews bei den Patienten erhoben. Des Weiteren wurden im Interview die störungsspezifischen Fragebögen (für den Modus der Fremdbeurteilung die adaptierte Versionen des EAT-26 und des EDI) itemweise persönlich erfragt.

Nach dem Interview des Elternteils wurden die Adressen der Töchter erfragt. Deren anschließende Befragung erfolgte postalisch. Sie erhielten ein Informationsschreiben, in dem sie über die Studie aufgeklärt und auf die Freiwilligkeit der Studienteilnahme hingewiesen wurden. Die Töchter erhielten den EAT-26, die drei Skalen des EDI und die im Projekt entwickelte Kurzform des CAST als Fragebogenversion. Da in dieser Stichprobe bereits sichergestellt war, dass eine Alkoholabhängigkeit der Eltern vorlag, waren keine weiteren diesbezüglichen Erhebungen erforderlich. Das Ausfüllen der Fragebögen betrug ca. 30 Minuten.

Abbildung 1 veranschaulicht das Design der Teilstudien I und II und zeigt schematisch den Ablauf sowie die in den jeweiligen Studien verwendeten Fragebögen auf.

Ergebnisse

Teilstudie I: Essgestörte Frauen

In Tabelle 1 sind die Häufigkeitsangaben für die CAST-Antworten angegeben. Bei Aufsummierung zu einem Gesamtwert ergibt sich, dass sich 32% der Essstörungspatientinnen ($N = 32$) gar nicht (CAST-Gesamtwert = 0) und 21% ($N = 21$) nur leicht (CAST-Gesamtwert = 1–6) durch den Alkoholkonsum ihrer Eltern belastet fühlten. Werte zwischen 1 und 6 gelten den CAST-Autoren zufolge als unproblematisch hinsichtlich des Belastungserlebens. 47 der 100 Frauen erreichten CAST-Gesamtwerte von 7 und mehr. Auf Grund des amerikanischen Cut-off-Wertes von > 6 ist davon auszugehen, dass diese 47% in einem Elternhaus aufgewachsen sind, in dem mindestens ein Elternteil eine ernste Alkoholproblematik aufwies. 47% der befragten Frauen gaben an, dass ihnen schon einmal der Gedanke gekommen sei, dass ihr Vater oder ihre Mutter alkoholabhängig wäre (siehe Tabelle 1, Item 1). Auch die Anteile zu den weiteren Einzelaussagen des CAST sind z. T. drastisch erhöht. So haben sich 48% der untersuchten essgestörten Patientinnen schon einmal Sorgen darüber gemacht, dass die Gesundheit ihres Vaters oder ihrer Mutter darunter leiden könnte, dass er oder sie trinkt, und 30% fühlten sich verantwortlich oder schuld an dem Trinken ihrer Eltern. Item 1 kann als ein Schlüsselitem gelten und korreliert zu $r = .79$ mit der Summe der übrigen Items.

Für die Gruppe der durch elterliche Alkoholstörung belasteten Frauen (Pbn mit CAST > 6) liegt der durchschnittliche CAST-Gesamtwert bei 15.55 ($SD = 5.63$). Der Mittelwert der unbelasteten Gruppe (Gesamtscore ≤ 6), beträgt 1.11 ($SD = 1.82$). Insofern zeigen sich auch auf allen Items signifikante Unterschiede zwischen der belas-

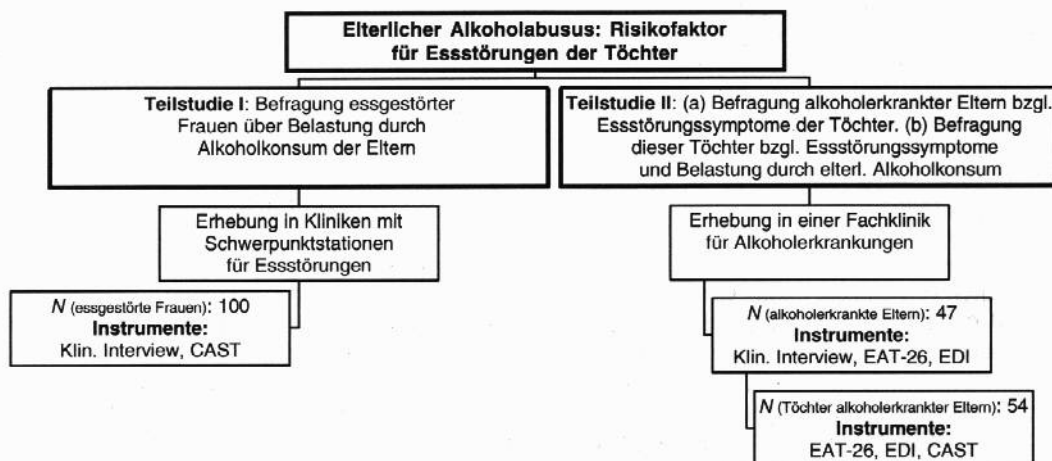


Abbildung 1. Studiendesign.

Tabelle 1. Häufigkeitsangaben im Children of Alcoholics Screening Test – CAST ($N = 100$ Patientinnen mit Essstörungen)

Nr.	CAST-Item	Antwort	
		Ja %	Nein %
1	Ist dir schon einmal der Gedanke gekommen, dass dein Vater oder deine Mutter alkoholabhängig sein könnte?	47	53
2	Konntest du schon einmal nicht schlafen, weil dein Vater oder deine Mutter getrunken hatte?	26	74
3	Hast du deinen Vater oder deine Mutter schon einmal aufgefordert, mit dem Trinken aufzuhören?	41	59
4	Hast du dich schon einmal allein gelassen gefühlt oder bist du ängstlich, nervös, wütend oder frustriert gewesen, weil dein Vater oder deine Mutter nicht aufhörte zu trinken?	31	69
5	Hast du dich schon einmal mit deinem Vater oder deiner Mutter gestritten oder gezankt, wenn er oder sie getrunken hatte?	34	66
6	Hast du deinen Eltern schon einmal gedroht, von Zuhause fortzulaufen, weil dein Vater oder deine Mutter getrunken hatte?	10	90
7	Bist du oder jemand anders aus deiner Familie schon einmal von deinem Vater oder deiner Mutter geschlagen worden, als er oder sie getrunken hatte?	13	87
8	Hast du schon einmal gehört, dass sich dein Vater oder deine Mutter stritten, wenn einer von ihnen betrunken war?	38	62
9	Hast du schon einmal ein Familienmitglied vor deinem Vater oder deiner Mutter beschützt, wenn er oder sie getrunken hatte?	13	87
10*	Wolltest du schon einmal eine Schnapsflasche deines Vaters oder deiner Mutter verstecken oder ausgießen?	23	77
11*	Machst du dir viele Gedanken über das Trinken deiner Mutter bzw. deines Vaters oder Schwierigkeiten, die dadurch entstehen?	39	61
12*	Hast du dir schon einmal gewünscht, dass dein Vater oder deine Mutter aufhört zu trinken?	46	54
13*	Hast du schon einmal gedacht, du seiest verantwortlich für oder schuld an dem Trinken deines Vaters oder deiner Mutter?	30	70
14	Hast du schon einmal Angst gehabt, dass sich deine Eltern scheiden lassen, weil einer von ihnen trinkt?	18	82
15	Hast du schon einmal eine Veranstaltung oder eine Verabredung mit Freunden abgesagt oder im vornherein darauf verzichtet, weil du Angst hattest, es könnte zu peinlichen und beschämenden Situationen kommen, wenn dein Vater oder deine Mutter sich betrinkt?	13	87
16	Hast du schon einmal das Gefühl gehabt, du seiest der Grund für einen Streit zwischen Eltern (von denen einer zuviel trinkt)?	22	78
17*	Hast du schon einmal geglaubt, dass dein Vater oder deine Mutter wegen dir trinkt?	27	73
18	Hast du schon einmal gedacht, dass dich dein alkoholabhängiger Vater bzw. deine alkoholabhängige Mutter nicht liebt?	15	85
19*	Hast du dich schon einmal darüber geärgert, dass dein Vater oder deine Mutter trinkt?	52	48
20*	Hast du dir schon einmal Sorgen darüber gemacht, dass die Gesundheit deines Vaters oder deiner Mutter darunter leiden könnte, dass er oder sie trinkt?	48	52
21	Hat man dir schon einmal die Schuld daran gegeben, dass dein Vater oder deine Mutter trinkt?	9	91
22	Hast du schon einmal dran gedacht, dass dein Vater Alkoholiker sein könnte?	29	71
23*	Hast du dir schon einmal gewünscht, dass es bei dir zu Hause so wäre wie bei deinen Freunden, deren Eltern nicht trinken?	26	74
24	Hat dein Vater oder deine Mutter dir schon einmal etwas versprochen und dann nicht gehalten, weil er oder sie getrunken hatte?	26	74
25	Hast du schon einmal daran gedacht, dass deine Mutter Alkoholikerin sein könnte?	14	86
26*	Hast du dir schon einmal gewünscht, es gäbe jemanden, mit dem du reden könntest und der die vom Alkohol verursachten Probleme in deiner Familie versteht und aus der Welt schaffen könnte?	23	77

Tabelle 1. Fortsetzung

Nr.	CAST-Item	Antwort	
		Ja %	Nein %
27	Hast du dich schon einmal mit deinem Bruder oder deiner Schwester über das Trinken deines Vaters oder deiner Mutter gestritten?	10	90
28	Bist du schon einmal nicht nach Hause gegangen, um einen trinkenden Elternteil nicht sehen oder miterleben zu müssen, wie der andere Elternteil darauf reagiert?	10	90
29	Ist dir schon einmal schlecht gewesen oder hast du geweint oder das Gefühl gehabt, dir läge ein Stein im Magen, wenn du dir Sorgen über das Trinken deines Vaters oder deiner Mutter gemacht hast?	36	64
30	Hast du schon einmal Hausarbeit oder andere Pflichten in der Familie übernommen, die für gewöhnlich Aufgaben deines Vaters oder deiner Mutter waren als er bzw. sie noch nicht so viel getrunken hat?	21	79

Anmerkung: * – Items, die bei der Befragung der Töchter alkoholkranker Eltern (Teilstudie II) verwendet wurden. Teilstichprobe I beantwortete alle Items.

Tabelle 2. Häufigkeitsangaben CAST-Items nach Gruppen, Mittelwertvergleiche mittels χ^2 -Testung

CAST-Item	Belastete Gruppe CAST > 6		Unbelastete Gruppe CAST ≤ 6		χ^2 -Wert
	Ja	Nein	Ja	Nein	
Item 1	41	6	6	47	57.62***
Item 2	25	22	1	52	34.07***
Item 3	39	8	2	51	64.60***
Item 4	31	16	0	53	50.66***
Item 5	29	18	5	48	30.32***
Item 6	10	37	0	53	12.53***
Item 7	12	35	1	52	12.31***
Item 8	30	17	8	45	25.11***
Item 9	13	34	0	53	16.85***
Item 10	23	24	0	53	33.68***
Item 11	37	10	2	51	58.81***
Item 12	44	3	2	51	80.94***
Item 13	28	19	2	51	36.93***
Item 14	15	32	3	50	11.63**
Item 15	13	34	0	53	16.85***
Item 16	22	25	0	53	31.80***
Item 17	26	21	1	52	36.08***
Item 18	15	32	0	53	19.90***
Item 19	44	3	8	45	61.53***
Item 20	41	6	7	46	54.68***
Item 21	9	38	0	53	11.15**
Item 22	26	21	3	50	29.83***
Item 23	26	21	0	53	39.62***
Item 24	24	23	2	51	28.95***
Item 25	14	33	0	53	18.35***
Item 26	23	24	0	53	33.68***
Item 27	10	37	0	53	12.53***
Item 28	9	38	1	52	8.24**
Item 29	34	13	2	51	50.83***
Item 30	18	29	3	50	15.99***

Anmerkung: ** $p < .01$; *** $p < .001$ (zweiseitige Testung).

teten Gruppe (CAST > 6) und der unbelasteten Gruppe (CAST ≤ 6). In Tabelle 2 sind die Häufigkeiten sowie die Ergebnisse der Chi-Quadrat-Tests für die Items des CAST angegeben.

Nach der Trinkmenge der Eltern befragt, wurde von 23 % der essgestörten Frauen (N = 23) ein täglicher Konsum von einem Bier, von 13 Patientinnen ein täglicher elterlicher Alkoholkonsum von 2–3 Bier und von 29 eine tägliche Menge von über 2–3 Bier angegeben. 17 % (N = 17) nahmen einen geringen oder seltenen Konsum wahr und 18 % (N = 18) einen elterlichen Alkoholgebrauch, der sich auf das Wochenende bzw. Feiertage beschränkte.

Hinsichtlich komorbider psychischer Erkrankungen der Eltern berichteten insgesamt 27 Patientinnen, dass ein Elternteil (während eines Zeitraumes von 2 Jahren die meiste Zeit) sehr niedergeschlagen oder traurig war. 20 Patientinnen hatten dabei einen CAST-Gesamtwert von > 6 und sieben von ≤ 6 ($\chi^2(1) = 10.88; p = .001$, siehe Tabelle 3). 66 % (N = 66) der essgestörten Frauen berichteten zudem körperliche Erkrankungen ihrer Eltern.

Tabelle 3. Depressive Verstimmung der Eltern über 2 Jahre (Töchterangaben)

	ja	nein
Children of Alcoholics	20	27
Non-Children of Alcoholics	7	46

Anmerkungen: Children of Alcoholics = CAST-Gesamtwert > 6; Non-Children of alcoholics = CAST-Gesamtwert ≤ 6; $\chi^2(1) = 10.88; p < .001$.

Essgestörte Patientinnen aus der belasteten Gruppe (CAST-Gesamtwert > 6) erlebten die familiären Beziehungen im Vergleich zu der nicht belasteten Gruppe (CAST-Gesamtwert ≤ 6) als deutlich schlechter (siehe Tabelle 4), wobei die Signifikanzschranke bei „Beziehung zur Mutter“

knapp verfehlt wurde (Mutter: $t(97) = 1.86, p = .07$; Vater: $t(96) = 2.53, p < .05$; Eltern untereinander: $t(94) = 4.14, p < .01$).

Teilstudie II: Alkoholikerkrankte Elternteile sowie deren Töchter

In einem direkten Vergleich zeigte sich, dass die Einschätzung der Eltern bezüglich des Essverhaltens und damit verbundener Einstellungen ihrer Töchter zu $r = .72 (N = 46)$ korreliert. Während die Töchter Essstörungssymptome in durchaus größerem Umfang bejahen, werden diese von ihren alkoholikerkrankten Elternteilen in manchem nicht so deutlich wahrgenommen. In Tabelle 5 sind die Angaben der Töchter zu ihrer Essstörungsproblematik dargestellt. Die Töchter wurden in zwei Gruppen aufgeteilt. Dabei wurden diejenigen Frauen als „essgestört“ eingestuft, deren Mittelwerte im EAT-26 über 20 (Cut-off-score) und deren Skalenwerte des EDI im auffälligen Bereich (deutsche Normen nach Thiel & Paul, 1988) lagen. Demnach sind 22 Töchter der Gruppe der essgestörten und 32 der Gruppe der nicht essgestörten Töchter zuzuordnen. Daraus ergibt sich eine Rate an essgestörten Töchtern von Eltern mit einer Alkoholstörung in Höhe von 40 %.

Hinsichtlich komorbider Störungen ihrer Töchter berichteten die Eltern in zehn (21.3 %) Fällen von einer mindestens zweiwöchigen depressiven Stimmungslage ihrer Töchter, bei zwei Töchtern (2.3 %) über eine depressive Stimmungslage über mehr als 2 Jahre. In vier (8.5 %) Fällen wurden Schulängste der Töchter angegeben, und bei zwei Töchtern (2.3 %) nahmen die Eltern Zwangsstörungen wahr (Trichotillomanie sowie Zählzwänge). Neun (19.1 %) der alkoholikerkrankten Eltern gaben an, dass ihre Töchter unter körperlichen Erkrankungen litten (hauptsächlich Allergien und chronische Bronchitis), während der Großteil der Töchter (80.9%; N = 38) keine körperlichen Erkrankungen aufzeigte. In Bezug auf die Familienbeziehungen ergaben sich hier keine eindeutigen und systematischen störungsspezifischen Gruppenunterschiede.

Tabelle 4. Angaben der essgestörten Patientinnen zu ihren familiären Beziehungen

	Beziehung zur Mutter N(%)		Beziehung zum Vater N(%)		Beziehung der Eltern untereinander N(%)	
	CAST > 6	CAST ≤ 6	CAST > 6	CAST ≤ 6	CAST > 6	CAST ≤ 6
Sehr schlecht	4 (8.7)	2 (3.8)	7 (15.6)	6 (11.3)	9 (20.5)	5 (9.6)
Eher schlecht	9 (19.6)	9 (17.0)	13 (28.9)	3 (5.7)	12 (27.3)	2 (3.8)
Mittel	12 (26.1)	9 (17.0)	6 (13.3)	10 (18.9)	11 (25.0)	10 (19.2)
Eher gut	13 (28.4)	15 (28.3)	15 (33.3)	24 (45.3)	7 (15.9)	18 (34.6)
Sehr gut	8 (17.4)	18 (34.0)	4 (8.93)	10 (18.9)	5 (11.4)	17 (32.7)

Tabelle 5. Töchter alkoholkranker Eltern ($N = 54$ Töchter von $N = 47$ Eltern): Mittelwerte und Standardabweichungen

	<i>N</i>	<i>EAT</i>	<i>EDI-1</i> <i>Schlankheits-</i> <i>streben</i>	<i>EDI-2</i> <i>Bulimisches</i> <i>Verhalten</i>	<i>EDI-3</i> <i>Körperliche</i> <i>Unzufriedenheit</i>
ESS	22	26.82 (12.28)	29.73 (3.56)	19.82 (8.07)	43.64 (5.64)
Non-ESS	32	5.84 (4.99)	19.75 (5.48)	11.03 (3.37)	29.50 (10.25)

Anmerkungen: ESS = als essgestört zu bezeichnende Töchter; Non-ESS = als nicht essgestört zu bezeichnende Töchter; Gruppeneinteilung anhand der Normwerte nach Thiel und Paul (1988) sowie des EAT-Gesamtgrenzwertes über 20 (= Indikator für eine Essstörung, Garner et al., 1982). EDI-Normen (Mittelwert)/Bulimie: EDI-1 = 32.99, EDI-2 = 30.68, EDI-3 = 36.92. Für Nicht-Essgestörte: EDI-1 = 18.37, EDI-2 = 11.59, EDI-3 = 29.74.

Diskussion

Die Untersuchung ging der Frage nach, ob ein Zusammenhang zwischen elterlichem Alkoholismus und der Entwicklung einer Essstörung bei den Töchtern besteht. Dieses wurde zum einen anhand einer Teilstudie mit 100 essgestörten Patientinnen untersucht, die hinsichtlich der wahrgenommenen Belastung durch übermäßigen elterlichen Alkoholkonsum befragt worden waren. Zum anderen wurde anhand einer zweiten Teilstudie mit 47 alkoholkranken Elternteilen und insgesamt 54 Töchtern geprüft, ob bei den Töchtern Essstörungsmerkmale in substantiellem Ausmaß vorliegen. Die ermittelten Ergebnisse der ersten Teilstudie (essgestörte Patientinnen) sprechen klar für einen Zusammenhang zwischen einer Essstörung der Töchter und einer elterlichen Alkoholstörung. Fast die Hälfte der Patientinnen (47%) gibt im CAST eine erhebliche Belastung durch elterlichen Alkoholkonsum an (Werte oberhalb des Cut-offs von 6). Hierbei handelt es sich um deutliche Hinweise auf eine klinisch relevante Alkoholstörung der Eltern, wie dies unter anderem auch Angaben zu den einzelnen CAST-Items illustrieren. Die Patientinnen gaben z. B. an, ein Familienmitglied bereits vor dem Vater oder der Mutter beschützt zu haben, als einer von beiden getrunken hatte, des Weiteren, dass sie schon einmal eine Schnapsflasche der Eltern verstecken oder ausgießen wollten. Auch sagten sie z. B. eine Veranstaltung oder Verabredung mit Freunden ab oder verzichteten im Vorhinein darauf, aus Angst vor einer peinlichen oder beschämenden Situation, wenn sich eines ihrer Elternteile betrunken hatte. Ein Großteil hatte auf Grund des Alkoholkonsums der Eltern auch bereits häusliche Pflichten oder die Aufgaben des betrunkenen Elternteils übernommen.

Generell ist von zwei deutlich unterscheidbaren Gruppen auszugehen, wobei die alkoholbelastete Gruppe unerwartet groß (47%) ist. Die Angaben zur Alkoholsymptomatik bei der belasteten Gruppe sind prägnant und lassen den Schluss zu, dass es hier nicht um eine übersensitive Bewertung eines geringfügigen Alkoholkonsums geht. Auch wenn die Beurteilung subjektiv ist und von Personen abgegeben wurde, die selbst unter einer psychischen

Störungsproblematik leiden, legt der hier ermittelte Befund doch einen deutlichen Zusammenhang zwischen elterlichem Alkoholkonsum und einer Essstörung der Töchter nahe. Die Rate für Alkoholabhängigkeit in der Allgemeinbevölkerung liegt zwischen 1.1 und 4.9% (Demmel, 2000). Die hier ermittelten Befunde stehen im Einklang mit anderen Studien (Kasset et al., 1989; Fairburn et al., 1997, 1998, 1999; Boumann & Yates, 1994), die ebenfalls einen Zusammenhang zwischen einer Essstörung der Töchter und einer elterlichen Alkoholstörung fanden. Unsere Ergebnisse zeigen, dass der Zusammenhang bisher möglicherweise *unterschätzt* wurde. Kasset et al. (1989) fanden, dass 33% der Verwandten ersten Grades von Bulimikerinnen an einer Alkoholstörung erkrankt waren. Fairburn et al. (1997, 1998 und 1999) berichteten, dass bei bulimischen Patientinnen im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe die Rate an elterlichem Alkoholismus (20% vs. 3%) deutlich erhöht war. Im Vergleich zu Patientinnen mit einer anderen psychiatrischen Erkrankung war elterlicher Alkoholismus bei bulimischen Patientinnen dort ebenfalls wesentlich häufiger. Nur leicht erhöhte Raten an Alkoholstörungen bei Eltern von bulimischen Patientinnen (10% bei Eltern von bulimischen Patientinnen vs. 4% bei Eltern der Kontrollgruppe) zeigten sich hingegen in der Untersuchung von Boumann und Yates (1994). In anderen Studien konnte ein solcher Zusammenhang nur bei essgestörten Patientinnen mit einer komorbiden Alkoholstörung festgestellt werden. So berichten Kaye et al. (1996), dass die Rate an elterlichen Alkoholstörungen nur bei denjenigen bulimischen Patientinnen erhöht war, bei denen neben der Essstörung auch eine Alkoholstörung bestand. Sie gehen davon aus, dass es sich dabei um eine unabhängige Transmission der beiden Störungen handelt. Dafür sprechen auch die Befunde von Lilienfeld et al. (1997). Unsere Ergebnisse stützen insofern nicht jene Arbeiten, in welchen *kein* Zusammenhang zwischen einer Essstörung der Töchter und einer Alkoholstörung ihrer Eltern gefunden wurde (Logue et al., 1989), sondern jene, in welchen dieser Zusammenhang gezeigt werden konnte. Dabei muss die von uns gefundene Rate von 47% dahingehend relativiert werden, dass dies für eine Alkoholsymptomatik (Missbrauch) im weiteren Sinne spricht, aber noch nicht unbedingt für eine durch Experten klar diagnostizierte Alkoholabhängigkeit.

Die Ergebnisse der zweiten unabhängigen Teilstudie (Alkoholerkrankte Elternteile und ihre Töchter) unterstreichen das Ergebnisbild von Teilstudie I. Essstörungsspezifische Merkmale sind bei 40% der Töchter alkoholerkrankter Eltern zu finden. Auch diese Rate ist ausgesprochen hoch und liegt deutlich außerhalb des erwarteten Rahmens. Im Vergleich dazu liegt die Rate an Essstörungen in der Allgemeinbevölkerung für Anorexie bei 0,6–3% und für Bulimie bei 1–3% (Fichter, 1999). Für subklinische Essstörungssymptome ist eine Rate von ca. 8% (vgl. Westenhöfer, 1992) zu finden.

Unsere Daten legen eindrücklich nahe, dass von einem Zusammenhang zwischen elterlichem massivem Alkoholkonsum und Essstörungen bei Töchtern auszugehen ist. Töchter alkoholerkrankter Eltern scheinen dabei in hohem Maße gefährdet, an einer Essstörung zu erkranken. Offen bleiben muss gegenwärtig, welche Kausalzusammenhänge hier bestehen bzw. inwieweit Drittvariablen eine Rolle spielen. Das Aufwachsen in einer Familie, in der ein Elternteil an einer Alkoholstörung erkrankt ist, stellt für die Kinder eine große Belastung dar, für die notwendige Bewältigungsstrategien nicht vorhanden sind. Nahrungsverweigerung, aber auch Essanfälle können hier als kindnahe Bewältigungsmechanismen in Betracht gezogen werden, um unerträgliche Gefühle auszuhalten. Außerdem könnten sie Gefühle von Macht und Struktur in einer unberechenbaren Umgebung, die häufig von familiären Trennungen und Delinquenz eines Elternteils gekennzeichnet ist, vermitteln. In dieser Hinsicht stellen Kinder aus Familien, in denen beide Elternteile unter einer Alkoholstörung leiden, eine noch ausgeprägtere Risikogruppe dar. Besondere Beachtung ist auf alternative Unterstützungssysteme (vgl. West & Prinz, 1987) und Familienrituale zu legen, die als protektive Faktoren fungieren könnten.

Anzumerken ist, dass in Familienstudien auf Grund teilweise fehlender Vergleichsgruppen (sowohl psychiatrisch nicht erkrankte als auch an anderen psychiatrischen Störungen erkrankte Patienten) nur wenig über die Spezifität des gefundenen Zusammenhangs ausgesagt werden kann. Einen Hinweis auf einen Zusammenhang von elterlichem Alkoholismus und Depressionen geben die Tochterangaben dieser Untersuchung (20 Töchter, die gemäß den Angaben des CAST einen Elternteil mit einer Alkoholerkrankung haben, gaben an, dass dieser sich über einen Zeitraum von 2 Jahren „die meiste Zeit niedergeschlagen und traurig fühlte“). Elterliche Komorbidität könnte dabei den Schweregrad der psychischen Störungen der COA erhöhen (Sher, 1991).

Generell weisen die Ergebnisse darauf hin, dass elterlicher Alkoholabusus junge Frauen vulnerabel für die Entwicklung einer Essstörung macht. Zur Prävention von Essstörungen wäre es folglich nicht ausreichend, Schlankheitsideale junger Frauen zu hinterfragen, sondern auch ein besonderes Augenmerk auf elterliche psychische Erkrankungen, insbesondere Alkoholabusus zu richten und familiäre Belastungsfaktoren und damit verbundene Lernmechanismen in der Therapieplanung mit zu berücksichtigen.

Literatur

- Alterman, A. I., Bridges, K. R. & Tarter, R. E. (1986). Drinking behavior of high-risk college men: Contradictory preliminary findings. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 10, 1–6.
- Berkowitz, A. & Perkins, H. W. (1988). Personality characteristics of children of alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 206–209.
- Black, C. (1981). *It will never happen to me*. Denver, CO: Medical Administration Company.
- Black, C. (1990). *Double duty*. New York: Ballantine Books.
- Boumann, C. E. & Yates, W. R. (1994). Risk factors for bulimia nervosa: a controlled study of parental psychiatric illness and divorce. *Addictive Behaviors*, 19, 667–675.
- Bulik, C. M. (1987). Alcohol use and depression in women with bulimia. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 13, 343–355.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F. & Kendler, K. S. (2000). Twin studies of eating disorders: A review. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 1–20.
- Casper, R. C. (1998). Depression and eating disorders. *Depression and Anxiety*, 8, 96–104.
- Claydon, P. (1987). Self-reported alcohol, drug, and eating-disorder problems among male and female collegiate children of alcoholics. *Journal of American College Health*, 36, 111–116.
- Cotton, N. S. (1979). The familial incidence of alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 40, 89–116.
- Demmel, R. (2000). Epidemiologie. In T. Poehlke, I. Flenker, A. Follmann, G. Kremer & F. Rist (Hrsg.), *Suchtmedizinische Versorgung. Band 1: Grundlagen der Behandlung* (S. 15–22). Berlin: Springer.
- Fairburn, C. G. & Beglin, S. J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 147, 401–408.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A. & Welch, S. L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56, 468–476.
- Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A. & O'Connor, M. E. (1998). Risk factors for binge-eating disorder: A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 425–432.
- Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., Davies, B. A. & O'Connor, M. E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa. A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 54, 509–517.
- Feuerlein, W. (1996). *Alkoholismus. Warnsignale – Vorbeugung – Therapie*. München: C. H. Beck.
- Fichter, M. M. (1999). Anorektische und bulimische Eßstörungen. In M. Berger (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 715–739). München: Urban & Schwarzenberg.
- Foley, D. L., Thacker, L. R., Aggen, S. H., Neale, M. C. & Kendler, K. S. (2001). Pregnancy and perinatal complications associated with risks for common psychiatric disorders in a population-based sample of female twins. *American Journal of Medical Genetics*, 105, 426–431.
- Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D. S., Kennedy, S. et al. (1995). Bulimia nervosa in a Canadian community sample: Prevalence and comparison of subgroups. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1052–1058.
- Garner, D. M. & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitude Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273–279.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y. & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitude Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871–878.

- Garner, D. M., Olmsted, M. P. & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15–35.
- Hsu, L. K. G. (1990). *Eating disorders*. New York: Guilford Press.
- Hudson, J. I., Pope, H. G., Jonas, J. M., Todd, D. & Frankenberg, F. (1987). A controlled family history study of bulimia. *Psychological Medicine*, 17, 883–890.
- Jacobi, C., Hayward, C., Zwaan, M. de, Kraemer, H., C. & Agras, S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130, 19–65.
- Jacobi, C., Thiel, A. & Paul, T. (1996). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Jones, J. W. (1982). *Preliminary test manual: The Children of Alcoholics Screening Test*. Chicago: Family Recovery Press.
- Jones, J. (1985). *Children of Alcoholics Screening Test*. Chicago: Camelot Unlimited.
- Kassett, J. A., Gershon, E. S., Maxwell, M. E., Guroff, J. J., Kazuba, D. M., Smith, A. L., Brandt, H. A. & Jimerson, D. C. (1989). Psychiatric disorders in the first-degree relatives of probands with bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1468–1471.
- Kaye, W. H., Lilienfeld, L. R., Plotnicov, K., Merikangas, K. R., Nagy, L., Strober, M. et al. (1996). Bulimia nervosa and substance dependence: Association and family transmission. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 20, 878–881.
- Killen, J. D., Taylor, C. B., Hayward, C., Haydel, K. F., Wilson, D. M., Hammer, L. D. et al. (1994). Pursuit of thinness and onset of eating disorder symptoms in a community sample of adolescent girls: A three-year prospective analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 227–238.
- Killen, J. D., Taylor, C. B., Hayward, C., Haydel, K. F., Wilson, D. M., Hammer, L. D. et al. (1996). Weight concerns influence the development of eating disorders: A 4-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 936–940.
- Kuntz, B., Groze, V. & Yates, W. R. (1992). Bulimia: A systemic family history perspective. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 73, 604–612.
- Leon, G. R., Fulkerson, J. A., Perry, C. L. & Early-Zald, M. B. (1995). Prospective analysis of personality and behavioural influences in the later development of disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 140–149.
- Lilienfeld, L. R., Kaye, W. H., Greeno, C. G., Merikangas, K. R., Plotnicov, K., Pollice, C. et al. (1997). Psychiatric disorders in women with bulimia nervosa and their first-degree relatives: Effects of comorbid substance dependence. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 253–264.
- Logue, C. M., Crowe, R. R. & Bean, J. A. (1989). A family study of anorexia nervosa and bulimia. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 179–188.
- McKenna, T. & Pickens, R. (1981). Alcoholic children of alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 42, 1021–1029.
- Mintz, L. B., Kashubeck, S. & Tracy, L. S. (1995). Relations among parental alcoholism, eating disorders, and substance abuse in nonclinical college women: Additional evidence against the uniformity myth. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 65–70.
- Patton, G. C., Johnson-Sabine, E., Wood, K., Mann, A. H. & Wakeling, A. (1990). Abnormal eating attitudes in London schoolgirls: A prospective epidemiological study: Outcome at twelve month follow-up. *Psychological Medicine*, 20, 383–394.
- Pilat, J. & Jones, J. A. (1982). *A screening test and treatment program for children in alcoholic families*. Paper presented at the 30th National Alcoholism Forum of the National Council on Alcoholism, Washington, D. C., April, 1982.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1998). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV)* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Sher, K. J. (1991). *Children of alcoholics. A critical appraisal of theory and research*. Chicago: University of Chicago Press.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating psychopathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 825–848.
- Stice, E. & Agras, W. S. (1998). Predicting onset and cessation of bulimic behaviors during adolescence: A longitudinal group-analyses. *Behavior Therapy*, 29, 257–276.
- Stout, M. L. & Mintz, L. B. (1996). Differences among non-clinical college women with alcoholic mothers, alcoholic fathers, and nonalcoholic parents. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 466–472.
- Thiel, A. & Paul, T. (1988). Entwicklung einer deutschsprachigen Version des Eating-Disorder-Inventary (EDI). *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 9, 267–278.
- Velleman, R. (1992). Intergenerational effects – a review of environmentally oriented studies concerning the relationship between parental alcohol problems and family disharmony in the genesis of alcohol and other problems. II. The intergenerational effects of family disharmony. *The International Journal of the Addictions*, 27, 367–389.
- West, M. O. & Prinz, R. J. (1987). Parental alcoholism and childhood psychopathology. *Psychologica*, 102, 204–218.
- Westenhöfer, J. (1992). *Gezügeltes Essen und Störbarkeit der Kontrolle*. Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H. U., Nelson, C. B. & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28, 109–126.
- Zobel, M., Rösch, W. & Quinten, C. (1994). Jahresbericht 1993. Zahlen – Daten – Fakten. *Thomson Therapie Texte*, 6, Heft 2.

Dipl.-Psych. Nicole Baltruschat
Prof. Dr. Edgar Geissner

Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck
83209 Prien am Chiemsee

Prof. Dr. Michael Klein

Katholische Fachhochschule NW, Abt. Köln
Wörthstraße 10
50668 Köln

Deutsche Version des Children of Alcoholics Screening Test (CAST) – Befunde bei Patientinnen mit Magersucht und Bulimie

German Version of the Children of Alcoholics Test (CAST) – Results among Patients with Anorexia or Bulimia Nervosa

Autor **N. Baltruschat¹, E. Geissner^{2,3}, M. Klein⁴**

Institut

¹ Zentrum für Verhaltenstherapeutische Medizin, Klinikum Staffelfeinstein

² Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck

³ Ludwig-Maximilians-Universität München

⁴ Katholische Fachhochschule Köln

Schlüsselwörter

- Kinder von Alkoholikern
- deutscher CAST
- Risikofaktor

Key words

- Children of alcoholics
- German CAST
- risk factor

Zusammenfassung

Theoretischer Hintergrund: In dieser Studie wurde die familiäre und emotionale Belastung von Kindern aus alkoholbelasteten Familien mittels eines Fragebogens untersucht. Der Fragebogen erfasst spezifische alkoholbedingte Belastungen von Kindern, die mit alkoholerkrankten Eltern leben oder gelebt haben (Children of Alcoholics Screening Test CAST) [1]. Der CAST besteht aus 30 dichotomen Fragen zu Gefühlen, Meinungen und Verhaltensweisen der Kinder hinsichtlich des elterlichen Alkoholkonsums, die mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden können. Bisherige Analysen fanden eine einfaktorische Struktur [1].

Fragestellung: Wir analysierten bei einer Stichprobe von 100 Patientinnen mit und ohne familiäre Alkoholbelastung die dimensionale Struktur für den deutschen Sprachraum. Wir führten hierfür Skalenanalysen durch und überprüften den Fragebogen auf charakteristische Gruppenunterschiede bzw. Merkmalszusammenhänge.

Methode: Untersucht wurden Patientinnen mit einer Essstörung, die sich zur stationären psychotherapeutischen Behandlung in klinischen Einrichtungen befanden. Die Stichprobe bestand aus 100 essgestörten Frauen, die mit Hilfe von klinischen Interviews und dem Children of Alcoholics Screening Test (CAST) befragt wurden. Eine Teilstichprobe von 50 essgestörten Frauen bearbeitete zusätzlich das Freiburger Persönlichkeits-Inventar-R (FPI-R) und die Symptom-Checklist-90-Revised (SCL-90-R).

Ergebnisse: Die Faktorenanalyse legt eine zweifaktorielle Lösung mit einem intrapsychischen (7 Items) und einem interaktionellen Belastungsfaktor (9 Items) nahe. Skalenanalysen belegen die gute innere Konsistenz für beide Skalen. Die Trennschärfen der Items liegen für Skala 1 „Intrapsychische Belastungen“ im Mittel bei $r_{it} = .73$ (zwischen $r_{it} = .60$ und $r_{it} = .80$) und für Skala 2

Abstract

Background: In the study described above the familial and emotional strain of children where alcohol abuse is present in the family is analysed by means of a questionnaire. CAST (Children of Alcoholics Screening Test) [1] is an instrument used for children by which the specific strains derived from having or living with alcohol addicted parents are recorded. The CAST consists of 30 dichotomous questions concerning feeling, opinions and behaviour patterns of children with regards parental alcohol consumptions that can be answered with “yes” or “no”. Previous analyses found a one factor structure [1].

Aims: A random sample of 100 German female patients both with and without a familial history of alcohol abuse were analysed. Scale analyses were made, with emphasis on characteristic group differences or feature contexts.

Method: 100 female patients were selected from within a cohort of patients receiving in-hospital psychotherapeutic treatment for eating disorders. They were questioned by means of clinical interviews and the Children of Alcoholics Screening Test (CAST). 50 female patients of this sample were also analysed by questionnaires for personality (Freiburger Personality-Inventory R; FPI-R) and general psychopathology (Symptom-Checklist-90-Revised; SCL-90-R).

Results: The results of the factor analysis suggest a two factor solution: an “intrapsychological” (with 7 items) and an “interactional” strain (with 9 items). Scale analyses prove inner consistency for both scales. The average selectivity of the items is for scale 1 “intrapsychological strain” $r_{it} = .73$ (from $r_{it} = .60$ to $r_{it} = .80$) and for scale 2 “interactional strain” $r_{it} = .62$ (from $r_{it} = .53$ to $r_{it} = .69$). Context analyses resulted in a low average context between the CAST scales 1 and 2 and the SCL-90-R (scale “psychoticism”) and the FPI-R (scale “extraversion”).

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2007-981662
Suchttherapie 2007; 8: 74–81
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York
ISSN 1439-9903

Korrespondenzadresse

N. Baltruschat
Zentrum für Verhaltenstherapeutische Medizin
Klinikum Staffelfeinstein
Am Kurpark 11
96231 Bad Staffelfeinstein
NBaltruschat@gmx.de

„Interaktionelle Belastungen“ bei $r_{it} = .62$ (zwischen $r_{it} = .53$ und $r_{it} = .69$). Korrelationsanalysen ergaben im Mittel niedrige Korrelationen zwischen den CAST-Skalen 1 und 2 und der SCL-90-R (Ausnahme Skala „Misstrauischer Denkstil“) und dem FPI-R (Ausnahme Skala „Extraversion“).

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse belegen, dass sich der CAST gut eignet, die Belastung von Töchtern durch die Alkoholproblematik ihrer Eltern zu erkennen. Die Binnengliederung (zwei Faktoren) ist ein lohnenswerter Ansatz für differenziertere Analysen dieser Belastung.

Einführung

Einem in der Suchtforschung noch immer zu wenig beachteten Themenbereich stellen Kinder von alkoholerkrankten Eltern dar. So besteht z.B. ein gehäuftes Risiko für Kinder aus Familien, in denen bereits ein Elternteil oder beide alkoholabhängig waren, selber alkoholabhängig zu werden oder Alkoholmissbrauch zu betreiben [2, 3]. In der neueren Forschung gilt elterlicher Alkoholismus als Risikofaktor auch für die Entwicklung einer Essstörung der Töchter [4]. Claydon [5] fand für Kinder von Alkoholerkrankten ein eineinhalbfach erhöhtes Risiko, an einer Essstörung zu erkranken im Vergleich zu Kindern die keinen Elternteil mit einer Alkoholerkrankung hatte ($N = 1302$). Robinson [6] berichtet, dass Essstörungen zu den Hauptsymptomen von erwachsenen Kindern von Alkoholerkrankten zählen. Er äußerte die Annahme, dass alkoholbelastete Mütter oftmals ihre Kinder überfüttern würden, als Ausgleich zu der fehlenden Liebe, die sie ihnen nicht geben könnten. Auch stelle Essen eine Möglichkeit für die Kinder dar, einen Ersatz für die ausbleibende emotionale Nähe zu ihren alkoholbelasteten Eltern zu erlangen. Die Perspektive von Kindern aus alkoholbelasteten Familien ist eine notwendige Ergänzung in der umfassenden Beschreibung des Phänomens Alkoholismus und könnte Hinweise für damit assoziierte psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten der Kinder liefern.

Ein Instrument zur Erfassung von Kindern, die in Familien aufgewachsen sind, in denen mindestens ein Elternteil Alkoholabusus betreibt, ist der Children of Alcoholics Screening Test (CAST). Es ist nicht nur für die Forschung, sondern auch für die Versorgungspraxis von Interesse, Art und Umfang elterlicher Alkoholbelastung bei Kindern genau zu bestimmen. Ziel wäre hier, neben der Erfassung von Facetten der Alkoholbelastung auch ein Maß verfügbar zu haben, das es erlaubt, kritische Grenzen zu beschreiben. Im englischen Sprachraum existiert mit dem CAST ein solches Instrument, für welches bereits einige Befunde zur psychometrischen Eignung vorliegen [1, 7, 8] und welches sich in vorangegangenen Arbeiten bereits als praxistaugliches Verfahren bewähren konnte [9, 10]. Der CAST besteht aus 30 Ja-Nein-Fragen zu Gefühlen, Meinungen und Verhaltensweisen der Kinder hinsichtlich des elterlichen Alkoholkonsums. Er wurde ursprünglich einfaktoriellement konzipiert, so dass ein Gesamtwert berechnet werden kann (Min. = 0, Max. = 30). In der amerikanischen Literatur [1] wird ein Cut-off-Wert von 6 oder mehr als Indiz für eine Belastung der Kinder durch elterlichen Alkoholkonsum angegeben. Die Autoren berichten, dass anhand dieses Cut-off-Werts eine sehr gute Zuordnung gelang: 100% der Kinder, die zuvor in einer ausführlichen klinischen Untersuchung als Kinder von alkoholerkrankten Eltern festgestellt wurden, werden auch im CAST-Fragebogen als solche diagnostiziert. Der CAST scheint daher ein inhaltlich valides und zeitökonomisches Instrument

Conclusions: The results are highly suggestive that CAST is suitable for use of identification of strains of daughters derived from parental alcohol abuse. The internal structure (two factors) is a worthy approach for differentiated analyses of the strain of children of alcoholics.

zu sein. Auch stellt die Beurteilung eines erhaltenen individuellen Wertes anhand des Cut-off-Kriteriums von 6 Punkten einen guten Richtwert dar, um Kinder danach zu differenzieren, ob sie aus alkoholbelasteten oder – unbelasteten Familien kommen. Jones [11] berichtete für den (amerikanischen) CAST eine Spearman-Brown split-half Reliabilität von $r_{it} = .98$. Staley und El-Guebaly [12] fanden eine interne Konsistenz nach Cronbach von $\alpha = .97$ für erwachsene psychiatrische Patienten. In der Studie von Clair und Genest [13] zeigte sich eine 8-Wochen Test-Retest-Reliabilität von $r_{it} = .88$ für eine Stichgruppe jugendlicher Kinder von alkoholerkrankten Eltern.

Ziel der vorliegenden Studie war die Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften der deutschen Fassung des CAST und seiner Eignung für die Klinik. Wir untersuchten seine Tauglichkeit in einem relevanten klinischen Feld, und zwar bei Patientinnen mit einer Essstörung mit und ohne alkoholbelastete Eltern. Des Weiteren untersuchten wir, ob dem Verfahren eine Binnenstruktur mit Subdimensionen zugrunde liegt. Schließlich wurde der Fragebogen hinsichtlich seiner Testgüte (Reliabilität, Validität) analysiert. Wir erwarteten, dass essgestörte Patientinnen, bei denen das Auftreten eines elterlichen Alkoholproblems gegeben war, höhere CAST-Werte erreichen als essgestörte Patientinnen, die nicht in einer alkoholbelasteten Familie aufgewachsen sind.

Methode

Stichprobe

100 essgestörte Frauen, die sich in Nordrhein-Westfalen und in Bayern aufgrund einer Essstörung (Bulimia nervosa [DSM-IV 307.51], Binge eating disorder [DSM-IV 307.50], Essstörung nicht näher bezeichnet [DSM-IV 307.50] oder Anorexia nervosa [DSM-IV 307.1]) [14] in stationärer psychotherapeutischer Behandlung befanden, gingen in die Studie ein. Sie wurden mit Hilfe eines klinischen Interviews und des CAST befragt. Als Einschlusskriterium galt, dass die essgestörten Frauen zwischen 13 und 26 Jahre alt und weniger als fünf Jahre allein lebend sein sollten, um die unmittelbare familiäre Konfrontation gewährleisten zu können. Die Teilnehmerinnen waren im Mittel 20.4 Jahre alt ($SD = 3.1$). Der Body Mass Index [BMI; $\text{kg}/(\text{m}^2)$] lag im Durchschnitt bei 20.8 ($SD = 3.9$) und variierte zwischen 12.2 und 36.7. 18 Patientinnen hatten die Hauptdiagnose Anorexia nervosa, 69 hatten eine Bulimia nervosa, und 13 litten unter einer nicht näher bezeichneten Essstörung. Anhand der Kriteriumsfrage „Hattest du schon einmal den Gedanken, dass deine Eltern alkoholabhängig sein könnten?“ wurden zwei Gruppen von Töchtern gebildet. 47 Patientinnen bejahten diese Frage. Sie bildeten die Gruppe I „Alkoholbelastete Töchter“. 53 Patientinnen verneinten die Kriteriumsfrage, sie bildeten die Gruppe II „Nicht

Tab. 1 Nebendiagnosen essgestörter Töchter nach Gruppen aufgeteilt

Nebendiagnose	Alkoholbelastete Töchter (N=47)	Nicht alkoholbelastete Töchter (N=53)
Major Depression	18 (29.5%)	22 (36.1%)
PTSD	5 (8.2%)	2 (3.3%)
Borderline-Persönlichkeitsstörung	4 (6.5%)	2 (3.3%)
Alkoholabusus	2 (3.3%)	2 (3.3%)
Soziale Phobie	1 (1.6%)	0 (0%)
Medikamentenabusus	0 (0%)	2 (3.3%)
Migräne	0 (0%)	1 (1.6%)

alkoholbelastete Töchter". Bei insgesamt 61% der essgestörten Frauen bestanden Komorbiditäten, die gegliedert nach den beiden gebildeten Gruppen in Tab. 1 zu entnehmen sind.

Messinstrumente und Einzelmerkmale

Neben der Erfassung der Grunddaten Alter, Geschlecht, Gewicht und Größe wurde die Belastung durch den Alkoholkonsum der Eltern mit Hilfe des CAST erfasst.

Children of Alcoholics Screening Test

(CAST) [1, 15, 16]. Der CAST dient der Erfassung der spezifischen alkoholbedingten Belastung von Kindern, die mit alkoholkranken Eltern leben oder gelebt haben (s.o.). In dieser Studie wurde die deutsche Übersetzung nach M. Klein verwendet. Die Items sind im Anhang aufgeführt.

Zur Überprüfung von Zusammenhängen zwischen dem CAST und Persönlichkeitseigenschaften bzw. der klinischen Belastung wurden die folgenden Maße eingesetzt:

(a) Das Freiburger Persönlichkeits-Inventar (FPI-R) [17]

Das Freiburger Persönlichkeits-Inventar misst verschiedene Persönlichkeitseigenschaften (10 Skalen sowie zwei Faktoren zweiter Ordnung): (1) „Lebenszufriedenheit“ (lebenszufrieden vs. lebensunzufrieden); (2) „Soziale Orientierung“ (Hilfsbereitschaft vs. Eigenverantwortung); (3) „Leistungsorientierung“ (ehrgeizig vs. wenig ehrgeizig); (4) „Gehemmtheit“ (kontaktunsicher vs. ungezwungen im Kontakt); (5) „Erregbarkeit“ (empfindlich vs. ruhig und gelassen); (6) „Aggressivität“ (sich durchsetzend vs. zurückhaltend); (7) „Beanspruchung“ (sich oft im Stress fühlend vs. belastbar); (8) „Körperliche Beschwerden“ (psychosomatisch gestört vs. psychosomatisch ungestört); (9) „Gesundheitssorgen“ (Gesundheitssorgen vs. gesundheitlich unbekümmert); (10) „Offenheit“ (offenes Zugeben kleiner Schwächen vs. auf guten Eindruck bedacht); Faktoren zweiter Ordnung: Extraversion (gesellig, impulsiv vs. introvertiert), Emotionalität (emotional labil vs. emotional stabil).

Die insgesamt 138 Items sind mit Ja- oder Nein zu beantworten. Die erhaltenen Rohwerte werden in normalisierte Stanine-Werte umgewandelt. Die interne Konsistenz variiert zwischen $\alpha = .75$ und $.83$ ($N = 3740$) [17].

(b) Symptom-Checklist-90-R (SCL-90-R) [18]

Mit der SCL-90-R [18] – bestehend aus 90 Items mit jeweils fünf Antwortalternativen (0 = überhaupt nicht, 4 = sehr stark) – wird die allgemeine psychische Belastung einer Person erfasst. Sie ist in die folgenden neun Skalen unterteilt: (1) „Somatisierung“

(einfache körperliche Belastung vs. funktionelle Störungen); (2) „Zwanghaftigkeit“ (leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen vs. ausgeprägte Zwanghaftigkeit); (3) „Unsicherheit im Sozialkontakt“ (leichte soziale Unsicherheit vs. Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit); (4) „Depressivität“ (Traurigkeit vs. schwere Depression); (5) „Ängstlichkeit“ (körperlich spürbare Nervosität vs. tiefe Angst); (6) „Aggressivität/Feindseligkeit“ (Reizbarkeit und Unausgeglichenheit vs. starke Aggressivität mit feindseligen Aspekten); (7) „Phobische Angst“ (leichtes Gefühl von Bedrohung vs. massive Angst); (8) „Paranoies Denken“ (Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühle vs. starkes paranoides Denken); (9) „Psychotizismus“ (mildes Gefühl der Isolation und Entfremdung vs. dramatische Evidenz psychotischer Episoden).

Zusätzlich kann ein globaler Kennwert, der GSI (global severity index) errechnet werden, der die allgemeine psychische Belastung misst. Die interne Konsistenz (Cronbach's α) kann als gut bewertet werden (Min = .75; Max = .87 bei $N = 2141$) [19]. Die Test-Retest-Reliabilität (Abstand eine Woche) liegt bei ambulanten psychiatrischen Patienten ($N = 94$), die in der Zwischenzeit keine Behandlung erfahren haben, zwischen .78 und .90 [20]. Die von Derogatis ermittelten neun Skalen klären 53% der Varianz auf. Andere Studien konnten diese Struktur nicht exakt replizieren [21].

Untersuchungsablauf

Die Patientinnen wurden anlässlich eines stationären psychotherapeutischen Aufenthaltes in einer klinischen Einrichtung untersucht (sukzessive nach Aufnahme; Interview im Einzelsetting). Alle Teilnehmerinnen wurden über den Inhalt der Studie informiert und nahmen freiwillig teil. Das Interview, das die soziodemographischen Angaben sowie Fragen zur Belastung der essgestörten Patientinnen durch elterlichen Alkoholkonsum (CAST) beinhaltete, betrug ca. 15 Minuten. Die Erfassung der Persönlichkeitseigenschaften sowie der allgemeinen psychischen Belastung erfolgte mit Hilfe von Fragebögen. Da bei den Patientinnen bereits aufgrund der Zuweisungsdiagnose des Einweisers und des Aufnahmebefundes der Klinik die Diagnose einer Essstörung gesichert war, konnte auf den Einsatz diesbezüglicher diagnostischer Prozeduren verzichtet werden.

Ergebnisse

Alkoholkonsum der Eltern

Insgesamt berichteten alle 100 Frauen, dass ihre Eltern Alkohol zu sich nahmen, wobei 17% angaben, dass dies „nur selten“ bzw. bei weiteren 18% „bei Feiern“ oder „am Wochenende“ vorkäme. 23% gaben an, dass ihre Eltern „täglich ein Glas Bier“ zu sich nahmen. Einen erhöhten Alkoholkonsum von „2–3 Bier täglich“ nahmen 13% wahr, während 29% der Töchter einen stärkeren elterlichen Alkoholkonsum von „täglich mehr als 2–3 Bier“ angaben. Hypothesenkonform gab es einen deutlichen Unterschied zwischen den beiden Gruppen (1) „Alkoholbelastete Töchter“ und (2) „Nicht alkoholbelastete Töchter“ bzgl. der Menge an Alkohol, die sie bei ihren Eltern wahrnahmen (siehe Tab. 2). 11 Frauen aus der Gruppe „alkoholbelastete Töchter“ berichteten, dass ihre Mutter alkoholabhängig wäre, während dies von keiner Tochter aus der Gruppe „Nicht alkoholbelastete Töchter“ geäußert wurde. Dass ihr Vater alkoholabhängig wäre, gaben 28 Frauen aus der Gruppe „Alkoholbelastete Töchter“ an, wohingegen dies 7 aus der Gruppe „Nicht alkoholbelastete Töchter“ be-

richteten. In 6 Fällen aus der Gruppe „Alkoholbelastete Töchter“ wurde angegeben, beide Eltern seien alkoholabhängig (vs. keine Nennung in der Gruppe „Nicht alkoholbelastete Töchter“).

CAST-Gesamtwerte

Die Aufsummierung zu einem Gesamtwert ergab, dass sich 32 % der Patientinnen ($N=32$) gar nicht (CAST-Gesamtwert=0) und 21 % ($N=21$) nur leicht (CAST-Gesamtwert=1–6) durch den Alkoholkonsum ihrer Eltern belastet fühlten. Nach den CAST-Autoren [1] sind Werte zwischen 1 und 6 als unproblematisch hinsichtlich des Belastungserlebens durch elterlichen Alkoholkonsum zu werten. Wie im Abschnitt „Stichprobe“ erwähnt, erbrachte die Frage: „Hattest du schon einmal den Gedanken, dass deine Eltern alkoholabhängig sein könnten?“ eine Rate von 47 % Ja-Antworten. 41 dieser 47 Personen hatten einen CAST-Gesamtwert von 7 und mehr, dagegen hatten sechs einen CAST-Gesamtwert von 6 oder kleiner.

Der CAST-Gesamtwert liegt für die Gruppe „Alkoholbelastete Töchter“ im Mittel bei 15 ($SD=6.4$). Die 53 essgestörten Frauen mit Nein-Antworten in der Kriteriumsfrage erzielten 47-mal einen CAST-Gesamtwert von 6 oder kleiner, wohingegen sechs einen CAST-Gesamtwert von 7 und mehr hatten. Der CAST-Gesamtwert liegt für die Gruppe „Nicht alkoholbelastete Töchter“ bei 1.7 ($SD=3.5$).

Faktorenanalyse

Die Hauptkomponentenanalyse legte nach Inspektion des Eigenwertverlaufs (Screen-Test) die Extraktion zweier Faktoren nahe (○ Tab. 3). Die mittels orthogonaler Rotation gewonnenen Faktoren klärten zusammen 50.1 % der Varianz auf und erfüllten das Kriterium der Einfachstruktur. Faktor I beinhaltet intrapsychische Belastungen der Töchter wie Verantwortungs- oder auch Schuldgefühle bezüglich des elterlichen Trinkverhaltens. Er beschreibt auch Gedankenkreisen um das Trinken der Eltern und dessen Auswirkungen, ferner das Sich-Sorgen um die Gesundheit der Eltern. Faktor II beinhaltet interaktionelle Belastungen wie Gewalterfahrungen und Konflikte innerhalb der Familie. Auf diesem Faktor laden auch Schamgefühle wegen des elterlichen Trinkens, ferner Angst vor negativen Auswirkungen des elterlichen Alkoholismus auf die Familie wie Scheidung der Eltern als auch Befürchtungen peinlicher Situationen, wenn andere Menschen den betrunkenen Elternteil wahrnehmen. Auch der Versuch, aktiv der belastenden Situation zu entfliehen, z.B. nicht nach Hause kommen zählt zu diesem Faktor. Die Auswahl der Items für die Faktoren erfolgte anhand einer Ladungshöhe von $h > .50$. Dadurch ergaben sich für Faktor I sieben Items und für Faktor II neun Items. Sieben Items mit einer Ladungshöhe von

Tab. 2 Alkoholtrinkmenge der Eltern nach Gruppen aufgeteilt

Trinkmenge	Alkoholbelastete Töchter ($N=47$)	Nicht alkoholbelastete Töchter ($N=53$)
mehr als 2–3 Bier täglich	26 (55.3 %)	3 (5.7 %)
2–3 Bier täglich	10 (21.3 %)	3 (5.7 %)
1 Bier täglich	6 (12.8 %)	17 (32.1 %)
nur auf Feiern oder am Wochenende	4 (8.5 %)	14 (26.4 %)
selten	1 (2.1 %)	16 (30.2 %)
überhaupt nicht	0 (0 %)	0 (0 %)

Tab. 3 Faktorenstruktur des CAST ($N=100$)

Items	Faktor I	Faktor II
Intrapsychische Belastungen:		
„Machst du dir viele Gedanken über das Trinken deiner Mutter bzw. deines Vaters oder Schwierigkeiten, die dadurch entstehen?“ (#11)	.70	.48
„Hast du dir schon einmal gewünscht, dass dein Vater oder deine Mutter aufhört zu trinken?“ (#12)	.74	.43
„Hast du schon einmal gedacht, du seiest verantwortlich für oder schuld an dem Trinken deines Vaters oder deiner Mutter?“ (#13)	.84	–
„Hast du schon einmal geglaubt, dass dein Vater oder deine Mutter wegen dir trinkt?“ (#17)	.71	–
„Hast du dich schon einmal darüber geärgert, dass dein Vater oder deine Mutter trinkt?“ (#19)	.70	.39
„Hast du dir schon einmal Sorgen darüber gemacht, dass die Gesundheit deines Vaters oder deiner Mutter darunter leiden könnte, dass er oder sie trinkt?“ (#20)	.69	.26
„Ist dir schon einmal schlecht gewesen oder hast du geweint oder das Gefühl gehabt, dir läge ein Stein im Magen, wenn du dir Sorgen über das Trinken deines Vaters oder deiner Mutter gemacht hast?“ (#29)	.77	.33
Interaktionelle Belastungen:		
„Hast du deinen Eltern schon einmal gedroht, von Zuhause fortzulaufen, weil dein Vater oder deine Mutter getrunken hatte?“ (#6)	.15	.62
„Bist du oder jemand anders aus deiner Familie schon einmal von deinem Vater oder deiner Mutter geschlagen worden, als er oder sie getrunken hatte?“ (#7)	–	.79
„Hast du schon einmal gehört, dass sich dein Vater oder deine Mutter stritten, wenn einer von ihnen betrunken war?“ (#8)	.27	.64
„Hast du schon einmal ein Familienmitglied vor deinem Vater oder deiner Mutter beschützt, wenn er oder sie getrunken hatte?“ (#9)	–	.70
„Hast du schon einmal Angst gehabt, dass sich deine Eltern scheiden lassen, weil einer von ihnen trinkt?“ (#14)	–	.67
Hast du schon einmal eine Veranstaltung oder eine Verabredung mit Freunden abgesagt oder im vornherein darauf verzichtet, weil du Angst hattest, es könnte zu peinlichen und beschämenden Situationen kommen, wenn dein Vater oder deine Mutter sich betrinkt?“ (#15)	.32	.59
„Hast du schon einmal das Gefühl gehabt, du seiest der Grund für einen Streit zwischen Eltern (von denen einer zuviel trinkt)“ (#16)	.33	.57
„Hast du schon einmal gedacht, dass dich dein alkoholabhängiger Vater bzw. deine alkoholabhängige Mutter nicht liebt?“ (#18)	.20	.66
„Hast du dir schon einmal gewünscht, dass es bei dir zu Hause so wäre wie bei deinen Freunden, deren Eltern nicht trinken?“ (#23)	.39	.69
Eigenwert	13.4	2.8
Aufgeklärte Varianz vor der Rotation	44.67 %	9.37 %

Anmerkungen: [†]F_s werden nur Ladungen über .15 berichtet. ^{**}Ladungen über .50 werden fett gedruckt.

Tab. 4 Item-Trennschärfe und innere Konsistenz der Items der CAST-Skalen

Item-Nr.	r_{it}	α if Item deleted
Skala 1 „Intrapsychische Belastungen“ (N=100, $\alpha=.91$)		
11	.77	.89
12	.80	.89
13	.69	.90
17	.60	.91
19	.76	.90
20	.72	.90
28	.77	.89
Skala 2 „Interaktionelle Belastungen“ (N=100, $\alpha=.87$)		
6	.54	.87
7	.68	.85
8	.62	.86
9	.64	.86
14	.59	.86
15	.53	.87
16	.62	.86
18	.63	.86
23	.69	.85

$h > .50$ laden auf keinem der beiden Faktoren. Sie beinhalten Gefühle von Alleingelassen werden und dem Wunsch nach Hilfe und Unterstützung von anderen sowie Erfahrungen mit der Unzuverlässigkeit der Eltern.

Skalanalyse

Die sieben Items von Faktor I wurden zur Skala „Intrapsychische Belastungen“ und die neun Items von Faktor II zur Skala „Interaktionelle Belastungen“ zusammengefasst. Die Berechnung der Skalenhomogenität (Cronbach's α) belegt, dass beide Skalen homogen sind. Für Skala 1 „Intrapsychische Belastungen“ wurde ein α von .91 ermittelt. Die Trennschärfen der Items von Skala 1 liegen insgesamt im sehr guten Bereich und variieren von $r_{it}=.60$ – $r_{it}=.80$ (Mittlere Trennschärfe $r_{it}=.73$). Für die Skala „Interaktionelle Belastungen“ liegt die innere Konsistenz mit $\alpha=.87$ ebenfalls im guten Bereich. Die Trennschärfe der Items variiert hier von $r_{it}=.53$ – $r_{it}=.69$ (Mittlere Trennschärfe $r_{it}=.62$) (siehe Tab. 4).

Gruppenunterschiede

Zwischen den Gruppen „Alkoholbelastete Töchter“ und „Nicht alkoholbelastete Töchter“ fanden sich keine Unterschiede hinsichtlich Alter, Body Mass Index und Nebendiagnosen (siehe Tab. 1) sowie den Skalen der SCL-90-R und des FPI-R. Ebenfalls ergaben sich keine Häufigkeitsunterschiede zwischen den beiden Gruppen bzgl. der Essstörungsdiagnosen, d.h. Magersucht, Bulimia nervosa und Nicht-näher-bezeichnete Essstörung waren in beiden Gruppen gleich häufig verteilt.

Hinsichtlich der Skalen des CAST unterscheiden sich die beiden Gruppen dagegen hypothesenkonform. Die Mittelwerte für die Skala 1 „Intrapsychische Belastungen“ sind in der Gruppe I „Alkoholbelastete Töchter“ ($MW=.74$, $SD=.25$) im Vergleich zur Gruppe II „Nicht alkoholbelastete Töchter“ ($MW=.009$, $SD=.19$) deutlich erhöht (Tab. 5). Die Mittelwerte für die Skala 2 „Interaktionelle Belastungen“ sind für die Gruppe I „Alkoholbelastete Töchter“ ($MW=.33$, $SD=.28$) im Vergleich zur Gruppe II „Nicht alkoholbelastete Töchter“ ($MW=.005$, $SD=.13$) ebenfalls deutlich erhöht (Tab. 5). Relativ gesehen sind die Ausprägungen auf der Skala 1 deutlich höher als auf Skala 2. Beide

Tab. 5 Mittelwertanalyse CAST-Skalen 1 und 2, nach Gruppen aufgeteilt

	Gruppe I („Alkoholbelastete Töchter“) MW (SD)	Gruppe II („Nicht alkoholbelastete Töchter“) MW (SD)
CAST-Skala 1 „Intrapsychische Belastungen“	.74 (.25)	.009 (.19)
CAST-Skala 2 „Interaktionelle Belastungen“	.33 (.28)	.005 (.13)

Gruppen sind wesentlich stärker durch Sorgen, Ärger, Schuld- und Verantwortungsgefühle hinsichtlich des Alkoholkonsums der Eltern belastet (Skala 1 „Intrapsychische Belastungen“: $MW=.39$, $SD=.39$) als durch Gewalt und Konflikte in den familiären Beziehungen (Skala 2 „Interaktionelle Belastungen“: $MW=.17$, $SD=.25$).

Korrelationen zwischen CAST- Skala 1 und 2 und Skalen der SCL-90-R bzw. des FPI-R

Zwischen den CAST-Skalen 1 und 2 und der Symptom-Checklist-90-R bestehen niedrige Korrelationen. Sie liegen für Skala 1 im Mittel um $r=.14$ und für Skala 2 im Mittel um $r=.17$. Eine Ausnahme stellt die Skala „Misstrauisches Denken“ (SCL-Skala Psychotizismus) dar. CAST-Skala 1 weist hier mit $r=.25$ ($p<.05$) und CAST-Skala 2 mit $r=.28$ ($p<.05$) mäßig hohe Korrelationen auf. Hinsichtlich des FPI bestehen ebenfalls niedrige Korrelationen. Für CAST-Skala 1 liegen sie im Mittel um $r=.09$ und für CAST-Skala 2 um $r=.11$. Skala 1 („Intrapsychische Belastungen“) weist keine substantielle Korrelation mit den FPI-R-Skalen auf. Skala 2 („Interaktionelle Belastungen“) hat mit $r=.26$ ($p<.05$) mit der FPI-R-Skala Extraversion eine mäßig hohe Korrelation.

Diskussion

Da in Deutschland ca. 2.5 Millionen Menschen unter einer Alkoholstörung leiden [22], ist davon auszugehen, dass eine hohe Rate an Kindern von der Alkoholabhängigkeit mindestens eines Elternteils betroffen ist. Zuletzt wurde auf der Basis aktueller epidemiologischer Studien und Mikrozensusdaten eine Zahl von 2.65 Millionen Kindern und Jugendlichen im Alter bis zu 18 Jahren ermittelt, die – wenigstens zeitweise – von der Alkoholstörung (Missbrauch oder Abhängigkeit nach DSM-IV) betroffen sind [23]. Das Aufwachsen in einer Familie, in der ein Elternteil an einer Alkoholstörung erkrankt ist, kann für die Kinder eine erhöhte Belastung darstellen und für diese zu einer eigenen Alkoholgefährdung führen. Wittchen, Nelson und Lachner [2] wie auch Klein [23] berichten von einem bis zu sechsfach erhöhten Risiko für COA's, selber alkoholabhängig zu werden oder Alkoholmissbrauch zu betreiben. Elterlicher Alkoholismus kann aber auch das Risiko für weitere psychische Störungen wie z.B. Angststörungen, Depressionen oder Essstörungen [24] erhöhen. Kasset und Mitarbeiter [25] ermittelten in ihrer Untersuchung eine Rate von 33% an Verwandten ersten Grades ($N=33$) von Bulimikerinnen, die an einer Alkoholstörung erkrankt waren. Die Rate elterlicher Alkoholstörung lag dabei im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ohne psychische Erkrankungen bei 14% ($N=16$).

Fairburn und Mitarbeiter [26,27] sowie Fairburn, Cooper, Doll und Welch [28] berichteten, dass bei bulimischen Patientinnen im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe die Rate an elterlichem Alkoholismus (20 vs. 3%) deutlich erhöht war.

In unserer Untersuchung, in der wir 100 essgestörte Patientinnen hinsichtlich der wahrgenommenen Belastung durch elterlichen Alkoholkonsum (CAST) befragt haben, ermittelten wir eine Rate von 47%, die durch den Alkoholkonsum der Eltern erheblich belastet sind. Das Kriterium war ein Wert oberhalb des Cut-off-Werts von 6. Dieser gilt nach Angaben der Autoren des CAST [1] als deutlicher Hinweis auf eine klinisch relevante Alkoholstörung der Eltern. Dies illustrieren sowohl die Angaben zu einzelnen CAST-Items (48% haben sich Sorgen über die Gesundheit der Eltern gemacht, die unter dem elterlichen Alkoholkonsum leiden könnte; 13% haben Veranstaltungen aus Angst vor einer peinlichen Situation abgesagt, wenn eines ihrer Elternteile betrunken war), als auch die wahrgenommene elterliche Alkoholtrinkmenge (29% berichteten über „2–3 Bier täglich“). Anhand der Kriteriumsfrage „Hattest du schon einmal den Gedanken, dass deine Eltern alkoholabhängig sein könnten?“ konnten 47% der Patientinnen als Töchter von möglicherweise alkoholauffälligen Eltern identifiziert werden.

Ein Vergleich zwischen den anhand der Kriteriumsfrage und anhand der CAST-Gesamtwerte ermittelten Gruppen ergab geringe Abweichungen: Sechs essgestörte Frauen aus der Gruppe „Alkoholbelastete Töchter“ (anhand der Kriteriumsfrage gebildet) wären anhand der CAST-Gesamtwerte als „Kinder von Eltern, die bei Problemen trinken“ zu bewerten. Der elterliche Alkoholabusus beschränkt sich dabei auf einzelne Problemsituationen. Sechs Frauen aus der Gruppe „Nicht alkoholbelastete Töchter“ (gebildet anhand der Kriteriumsfrage) wären anhand der CAST-Gesamtwerte als „Alkoholbelastete Töchter“ zu bewerten. Diese Töchter machen sich insbesondere Sorgen um das Trinken der Eltern und mögliche gesundheitliche Auswirkungen.

Ein Schwerpunkt der Studie lag in der Überprüfung der dimensional Struktur des CAST für den deutschen Sprachraum. Hinsichtlich der Dimensionalität des CAST legen die ermittelten Ergebnisse eine zweifaktorielle Struktur nahe (Faktor I „Intrapsychische Belastungen“ und Faktor II „Interaktionelle Belastungen“). Beide Faktoren klären gemeinsam 50% der Varianz auf. Die Extraktion der beiden Faktoren spricht durchaus auch für eine verkürzte Version des CAST (16 Items), aber – anders als in der amerikanischen Originalfassung – mit zwei distinkten Faktoren (7 Items für Faktor I und 9 Items für Faktor II). Hierzu müssen weitere Studien erfolgen.

Die Homogenität der aus den Items der Faktoren gebildeten Skalen „Intrapsychische Belastungen“ und „Interaktionelle Belastungen“ ist gut. Diese beiden Skalen zeigen auf, dass die Töchter nicht nur von „innerfamiliärem Stress“ belastet sind, sondern vor allem unter den eigenen Sorgen und Gefühlen von Verantwortung für das elterliche Trinken leiden. Gerade diese inneren Belastungen sind jedoch von Außenstehenden nur schwer zu beobachten, zumal den Kindern insbesondere aufgrund von mit dem elterlichen Alkoholabusus verbundenen Schamgefühlen eine Öffnung gegenüber Außenstehenden sehr schwer fällt.

Die beiden Skalen des CAST („Intrapsychische Belastungen“ und „Interaktionelle Belastungen“) weisen nur geringe bis mäßig hohe Korrelationen mit den Skalen des FPI-R und der SCL-90-R auf. Mäßig hohe Korrelationen zeigten sich zwischen den beiden Skalen des CAST und der Skala „Misstrauisches Denken“ („Psychotizismus“) der SCL-90-R. Die Kinder aus alkoholbelasteten Familien erleben häufig unzuverlässige Beziehungen. So ver-

sprechen die Eltern z.B., dass sie mit dem Trinken aufhören würden, welches sie letztendlich meist doch nicht einhalten. Dies könnte das Vertrauen in Interaktionen mit anderen stören, so dass die Kinder im Kontakt mit anderen misstrauischer sind. Die mäßig hohe Korrelation der Skala 2 („Interaktionelle Belastungen“) mit der Skala „Extraversion“ des FPI-R könnte ein Hinweis darauf sein, dass es insbesondere bei eher impulsiven Kindern zu Konflikten innerhalb der Familien kommt und legt eine Wechselwirkung zwischen elterlichem Alkoholabusus und kindlichem Temperament nahe.

Offen bleibt, ob eine reine Fragebogenbeurteilung durch Kinder im Vergleich zu einer klinischen Beurteilung zu einer Überschätzung des elterlichen Alkoholkonsums und den damit verbundenen Belastungen bei den Kindern führt. Dies müsste durch direktere Verfahren (Interview- und Beobachtungsdaten; Vergleich: Angaben der Eltern und Angaben der Kinder) validiert werden. Gerade im Bereich des Substanzmittelmissbrauchs ist die Über- bzw. Unterschätzung der tatsächlich bestehenden Problematik methodisch nicht einfach zu handhaben. Andererseits waren die Angaben zur Alkoholsymptomatik in der belasteten Gruppe der essgestörten Frauen in unserer Studie außerordentlich prägnant, so dass der Schluss zulässig ist, dass es sich hier nicht nur um eine übersensitive Bewertung eines doch eher geringfügigen Alkoholkonsums handelt. Auch wenn die Beurteilung subjektiv ist und von Personen abgegeben wurde, die selbst unter einer psychischen Störungsproblematik leiden, spricht die Messung mittels CAST doch für die hohe Relevanz der Problematik. Generell bleibt festzuhalten, dass der CAST ein differenziertes Screeninginstrument zur Erfassung der elterlichen Alkoholbelastung bei Kindern darstellt. Frühzeitig eingesetzt kann er Behandler auf die „Intrapsychischen Belastungen“ (Faktor I) der Kinder von alkoholerkrankten Eltern aufmerksam machen und somit auf die mögliche Entwicklung weiterer psychischer Erkrankungen hinweisen. Mit Hilfe des CAST haben die Kinder des Weiteren die Möglichkeit, ihre Sorgen und Ängste bzgl. des Alkoholkonsums der Eltern zu berichten, sowie die häufig verdeckt in den Familien bestehenden „Interaktionellen Belastungen“ (Faktor II) wie Gewalterfahrungen zu äußern. Dies ermöglicht eine gezieltere Schwerpunktsetzung in Therapie und Beratung.

Schlussfolgerungen

- ▼
- ▶ CAST ist ein differenziertes Screeninginstrument zur Erfassung der elterlichen Alkoholbelastung bei Kindern.
- ▶ Verwendung einer verkürzten Version des CAST mit zwei distinkten Faktoren (Faktor I „Intrapsychische Belastungen“ und Faktor II „Interaktionelle Belastungen“) scheint sinnvoll, weitere Studien dazu sind notwendig.
- ▶ Zur Verbesserung der Validierung der elterlichen Alkoholbelastung bei Kindern sollten direktere Verfahren (Interview- und Beobachtungsdaten; Vergleich: Angaben der Eltern und Angaben der Kinder) eingesetzt werden.

Danksagung

▼
 Unser Dank gilt Herrn Christoph Cramer (ehemalige Studentische Hilfskraft im Forschungsschwerpunkt Sucht der Katholischen Fachhochschule NW, Köln, für Tätigkeiten bei der Datenerhebung und den Einrichtungen Christoph-Dornier Klinik für Psychotherapie, Münster; Westf. Klinik für Kinder- und Jugend-

psychiatrie in der Haard, Marl-Sinsen; St. Rochus Hospital, Telgte; Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee; Fachklinik Tönisstein, Bad Neuenahr-Ahrweiler, die an diesem Projekt mitwirkten.

Ein ganz spezieller Dank gilt den beteiligten Patientinnen sowie deren Familienangehörigen. Das dieser Arbeit zugrundeliegende Forschungsprojekt wurde vom Ministerium für Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen gefördert.

Literatur

- 1 Pilat J, Jones JA. A screening test and treatment program for children in alcoholic families. 1982, Paper presented at the 30th National Alcoholism Forum of the National Council on Alcoholism, Washington, D.C., April, 1982
- 2 Wittchen HU, Nelson CB, Lachner G. Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine* 1998; 28: 109–126
- 3 Zobel M, Rösch W, Quinten C. Jahresbericht 1993. Zahlen – Daten – Fakten 1994, Thommener Therapie Texte, 6, Heft 2
- 4 Baltruschat N, Geissner E, Klein M. Elterlicher Alkoholmissbrauch. Risikofaktor für eine Essstörung der Töchter. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 2005; 13: 58–68
- 5 Claydon P. Self-reported alcohol, drug, and eating-disorder problems among male and female collegiate children of alcoholics. *Journal of American College Health* 1987; 36: 111–116
- 6 Robinson B. Identifying preschool children of alcoholic parents. *Early Child Development and Care* 1990; 61: 65–75
- 7 Roosa MW, Sandler IN, Beals J, Short JL. Risk status of adolescent children of problem-drinking parents. *American Journal of Community Psychology* 1988; 16: 225–239
- 8 Dinning WD, Berk LA. The children of alcoholics screening test: Relationship to sex, family environment, and social adjustment in adolescents. *Journal of Clinical Psychology* 1989; 45: 335–339
- 9 Kashubeck S, Christensen SA. Differences in distress among adult children of alcoholics. *Journal of Counseling Psychology* 1992; 39: 356–362
- 10 Newcomb MD, Stollman GD, Vargas JH. Adult children of alcoholics in and out of psychotherapy: Issues of intimacy and interpersonal relationships. *Journal of Applied Social Psychology* 1995; 25: 279–296
- 11 Jones J. The Children of Alcoholics Screening Test: A validity study. *Bulletin of Society of Psychologists in Addictive Behaviors* 1983; 2: 155–163
- 12 Staley D, El-Guebaly N. Psychometric evaluations of the Children of Alcoholics Screening Test (CAST) in a psychiatric sample. *International Journal of the Addictions* 1991; 26: 657–668
- 13 Clair DC, Genest M. The Children of Alcoholics Screening Test: Reliability and relationship to family environment, adjustment and alcohol-related stressors of adolescent offspring of alcoholics. *Journal of Clinical Psychology* 1992; 48: 414–420
- 14 Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV). 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe, 1998
- 15 Jones JW. Preliminary test manual: The Children of Alcoholics Screening Test. Chicago: Family Recovery Press, 1982
- 16 Jones J. Children of Alcoholics Screening Test. Chicago: Camelot Unlimited, 1985
- 17 Fahrenberg J, Hampel R, Selg H. FPI-R Das Freiburger Persönlichkeitsinventar. 7. Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag, 2001
- 18 Franke GH. Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version. Göttingen: Beltz Test Gesellschaft, 1995
- 19 Hessel A, Schumacher J, Geyer M, Brähler E. Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Diagnostica* 2001; 47: 27–39
- 20 Derogatis LR. SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual II for the (Revised) version and other instruments of the Psychopathology Rating Scale Series. Townson: Clinical Psychometric Research, Inc, 1992
- 21 Franke GH. SCL-90-R Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis – Deutsche Version. 2. Auflage. Göttingen: Beltz Test Gesellschaft, 2002
- 22 Feuerlein W. Alkoholismus. Warnsignale – Vorbeugung – Therapie. München: C. H. Beck, 1996
- 23 Klein M. Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien. Stand der Forschung, Situations- und Merkmalsanalyse, Konsequenzen. Regensburg: Roderer, 2005, (=Schriftenreihe Angewandte Suchtforschung; Bd. 1)
- 24 Velleman R. Intergenerational effects – a review of environmentally oriented studies concerning the relationship between parental alcohol problems and family disharmony in the genesis of alcohol and other problems. II. The intergenerational effects of family disharmony. *The International Journal of the Addictions* 1992; 27: 367–389
- 25 Kasset JA, Gershon ES, Maxwell ME, Guroff JJ, Kazuba DM, Smith AL, Brandt HA, Jimerson DC. Psychiatric disorders in the first-degree relatives of probands with bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry* 1989; 146: 1468–1471
- 26 Fairburn CG, Welch SL, Doll HA, Davies BA, O'Connor ME. Risk factors for bulimia nervosa. A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry* 1997; 54: 509–517
- 27 Fairburn CG, Doll HA, Welch SL, Hay PJ, Davies BA, O'Connor ME. Risk factors for binge-eating disorder: A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry* 1998; 55: 425–432
- 28 Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Welch SL. Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry* 1999; 56: 468–476

Anhang 1

Children of Alcoholics Screening Test – (CAST) – Deutsche Übersetzung (M. Klein).

Nr.	CAST-Item
1	Ist dir schon einmal der Gedanke gekommen, dass dein Vater oder deine Mutter alkoholabhängig sein könnte? (Kriteriumsfrage)
2	Konntest du schon einmal nicht schlafen, weil dein Vater oder deine Mutter getrunken hatte?
3	Hast du deinen Vater oder deine Mutter schon einmal aufgefordert, mit dem Trinken aufzuhören?
4	Hast du dich schon einmal allein gelassen gefühlt oder bist du ängstlich, nervös, wütend oder frustriert gewesen, weil dein Vater oder deine Mutter nicht aufhörte zu trinken?
5	Hast du dich schon einmal mit deinem Vater oder deiner Mutter gestritten oder gezankt, wenn er oder sie getrunken hatte?
6	Hast du deinen Eltern schon einmal gedroht, von Zuhause fortzulaufen, weil dein Vater oder deine Mutter getrunken hatte?
7	Bist du oder jemand anders aus deiner Familie schon einmal von deinem Vater oder deiner Mutter geschlagen worden, als er oder sie getrunken hatte?
8	Hast du schon einmal gehört, dass sich dein Vater oder deine Mutter stritten, wenn einer von ihnen betrunken war?
9	Hast du schon einmal ein Familienmitglied vor deinem Vater oder deiner Mutter beschützt, wenn er oder sie getrunken hatte?
10	Wolltest du schon einmal eine Schnapsflasche deines Vaters oder deiner Mutter verstecken oder ausgießen?
11	Machst du dir viele Gedanken über das Trinken deiner Mutter bzw. deines Vaters oder Schwierigkeiten, die dadurch entstehen?
12	Hast du dir schon einmal gewünscht, dass dein Vater oder deine Mutter aufhört zu trinken?
13	Hast du schon einmal gedacht, du seiest verantwortlich für oder schuld an dem Trinken deines Vaters oder deiner Mutter?
14	Hast du schon einmal Angst gehabt, dass sich deine Eltern scheiden lassen, weil einer von ihnen trinkt?
15	Hast du schon einmal eine Veranstaltung oder eine Verabredung mit Freunden abgesagt oder im vornherein darauf verzichtet, weil du Angst hast, es könnte zu peinlichen und beschämenden Situationen kommen, wenn dein Vater oder deine Mutter sich betrinkt?
16	Hast du schon einmal das Gefühl gehabt, du seiest der Grund für einen Streit zwischen Eltern (von denen einer zuviel trinkt)?
17	Hast du schon einmal geglaubt, dass dein Vater oder deine Mutter wegen dir trinkt?
18	Hast du schon einmal gedacht, dass dich dein alkoholabhängiger Vater bzw. deine alkoholabhängige Mutter nicht liebt?
19	Hast du dich schon einmal darüber geärgert, dass dein Vater oder deine Mutter trinkt?
20	Hast du dir schon einmal Sorgen darüber gemacht, dass die Gesundheit deines Vaters oder deiner Mutter darunter leiden könnte, dass er oder sie trinkt?
21	Hat man dir schon einmal die Schuld daran gegeben, dass dein Vater oder deine Mutter trinkt?
22	Hast du schon einmal daran gedacht, dass dein Vater Alkoholiker sein könnte?
23	Hast du dir schon einmal gewünscht, dass es bei dir zu Hause so wäre wie bei deinen Freunden, deren Eltern nicht trinken?
24	Hat dein Vater oder deine Mutter dir schon einmal etwas versprochen und dann nicht gehalten, weil er oder sie getrunken hatte?
25	Hast du schon einmal daran gedacht, dass deine Mutter Alkoholikerin sein könnte?
26	Hast du dir schon einmal gewünscht, es gäbe jemanden, mit dem du reden könntest und der die vom Alkohol verursachten Probleme in deiner Familie verstehen und aus der Welt schaffen könnte?
27	Hast du dich schon einmal mit deinem Bruder oder deiner Schwester über das Trinken deines Vaters oder deiner Mutter gestritten?
28	Bist du schon einmal nicht nach Hause gegangen, um einen trinkenden Elternteil nicht sehen oder miterleben zu müssen, wie der andere Elternteil darauf reagiert?
29	Ist dir schon einmal schlecht gewesen oder hast du geweint oder das Gefühl gehabt, dir läge ein Stein im Magen, wenn du dir Sorgen über das Trinken deines Vaters oder deiner Mutter gemacht hast?
30	Hast du schon einmal Hausarbeit oder andere Pflichten in der Familie übernommen, die für gewöhnlich Aufgaben deines Vaters oder deiner Mutter waren als er bzw. sie noch nicht so viel getrunken hat?

Kolumnentitel: Risikofaktor/elterlicher Alkoholabusus/Esstörung

Elterlicher Alkoholismus: Entwicklung einer Essstörung der Töchter als Folge

Autoren: Nicole Baltruschat¹, Michael Klein² und Edgar Geissner^{3,4}

¹Praxis für Psychotherapie Nürnberg, ²Katholische Fachhochschule Köln, ³Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck, ⁴Ludwig-Maximilians-Universität München

Unser Dank gilt den Einrichtungen Zentrum für Verhaltenstherapeutische Medizin im Klinikum Staffelstein, Bad Staffelstein; Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee und den Töchtern und Eltern, die an diesem Projekt mitwirkten

Dipl.-Psych. Nicole Baltruschat
Psychologische Psychotherapeutin
Privatpraxis für Psychotherapie
Spenglerstr. 13 A
90443 Nürnberg
Tel.: 0911-65 08 08 66
kontakt@psychotherapie-baltruschat.de

Zusammenfassung. Theoretischer Hintergrund: In der vorgestellten retrospektiven Studie wurden elterlicher Alkoholismus als auch weitere familiäre Risikofaktoren für die Entwicklung einer Essstörung bei den Töchtern mit Hilfe eines diagnostischen Interviews (Strukturiertes Klinisches Interview; SKID) untersucht. Des Weiteren wurde die emotionale Belastung der Töchter durch elterlichen Alkoholismus mittels eines Fragebogens erfasst, in welchem spezifische alkoholbedingte Belastungen von Kindern, die mit alkoholkranken Eltern leben oder gelebt haben, erfasst werden (Children of Alcoholics Screening Test, CAST, [1]).

Fragestellung: Hintergrund der Studie ist die Frage, welches Risiko elterlicher Alkoholismus zur Entwicklung einer Essstörung der Töchter darstellt. In einer vorangegangenen Studie [2] zeigte sich, dass elterlicher Alkoholabusus als ein bedeutsamer Risikofaktor für die Entwicklung einer Essstörung bei Töchtern zu bewerten ist. Bisher uneindeutig ist, ob der elterliche Alkoholismus oder aber weitere psychische Erkrankungen der Eltern zur Transmission psychischer Störungen führten.

Methode: Es wurden zwei Ansätze verfolgt: (a) Untersuchung von 39 essgestörten Frauen (13-26 J.) mittels strukturierter klinischer Interviews und Fragebögen ([1] Strukturiertes Klinisches Interview (SKID), [2] Children of Alcoholics Screening Test (CAST; Skala 1 „Intrapsychische Belastungen“ und Skala 2 „Interaktionelle Belastungen“), [3] Eating Attitudes Test (EAT), [4] Subskalen des Eating Disorder Inventory (EDI)) als auch ihre Eltern mittels strukturierter klinischer Interviews (SKID); (b) Untersuchung von 35 Frauen (16-27J.) ohne psychische Störungen mittels strukturierter klinischer Interviews und Fragebögen ([1] Strukturiertes Klinisches Interview (SKID), [2] Children of Alcoholics Screening Test (CAST), [3] Eating Attitudes Test (EAT), [4] Subskalen des Eating Disorder Inventory (EDI)) als auch ihre Eltern mittels strukturierter klinischer Interviews (SKID). Die essgestörten Frauen befanden sich aufgrund der Erkrankung zur stationären psychotherapeutischen Behandlung in klinischen Einrichtungen.

Ergebnisse: Die Ergebnisse können unsere Hypothese, ob es einen Zusammenhang zwischen Essstörung der Töchter und dem Alkoholabusus der Eltern gibt, stützen. Für Untersuchungsstichprobe (a) „Essgestörte Töchter“ ergab sich im Vergleich zur Kontrollgruppe eine erhöhte Rate an elterlichem Alkoholabusus, diagnostiziert mit Hilfe des SKID (6 Elternteile [15%] vs. kein Elternteil bei der Kontrollgruppe; im Vergleich zur Grundrate in der Allgemeinbevölkerung 1.1 - 4%). Des Weiteren zeigten sich erhöhte Raten an Depressionen als auch Essstörungen der Mütter von Patientinnen im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse zeigen zum einen, dass elterlicher Alkoholismus einen bedeutsamen Risikofaktor für die Entwicklung einer Essstörung der Töchter darstellt. Des Weiteren deuten die Ergebnisse darauf hin, dass junge essgestörte Frauen sowohl von elterlichem Alkoholabusus als auch Depressionen und Essstörungen der Mütter belastet sind.

Schlüsselwörter: Kinder von Alkoholikern, deutscher CAST, Risikofaktor, Essstörung

Abstract. Background: In the present retrospective study we analyzed the familial risk factors – especially parental alcoholism - for daughters for an eating disorder with a structured clinical interview (structural clinical interview; SKID). Emotional stress for children, growing up or living with alcoholic parents is analyzed by questionnaire (Children of alcoholics screening test CAST, [1]). **Objective:** The question of the present study is, if growing up in a household with an alcoholic or alcohol-abusing parent could increase the risk for their daughters developing an eating disorder? In a recent study [2] parental alcohol abuse could be found as an important risk factor for their daughters developing an eating disorder. Until now it is not clear, if parental alcohol abuse or other mental disorders are a transmission factor for mental disorders for their daughters. (a) if women with an eating disorder have higher rates of parents with drinking problems (b) if daughters of parents with alcohol problems are at more risk of developing an eating disorder. Results up until now have proved inconclusive. **Method:** Following two different ways of examination: (a) Assessment of 39 women with an eating disorder (13-26 years) by structural clinical interviews and questionnaires ([1] SKID, [2] Children of Alcoholics Screening Test (CAST, scale 1 “intrapsychical stress” and scale 2 “interaktionel stress”), [3] Eating Attitudes Test (EAT), [4] subscales of the Eating Disorder Inventory (EDI)) and their parents with structural clinical interviews (SKID); (b) Assessment of 35 healthy women (16-27 years) by additional inquiry of themselves and their parents. Eating disordered patients where at time of questioning attending therapy in hospitals. **Results:** The results could verify our hypothesis about a connection between an eating disorder of the daughters and parental alcohol-abuse. In sample (a) (eating disordered patients) we found a higher rate of parental alcohol-abuse compared with the control group (6 parents [15%] of eating disordered women and none of the control group; baseline of the population 1.1 - 4%). We also found higher rates of depression and an eating disorder of the mothers of patients in contrast to the parents of the control group. **Conclusions:** Parental alcohol-abuse is an important risk factor for their daughters developing an eating disorder. Results also show that young women are emotionally stressed by depression and eating disorders of the mothers.

Key-Words: eating disorders, parental alcoholism, risk factor, transmission

Circa 1-3 % der Frauen im kritischen Alter zwischen 15 und 35 Jahren leiden unter einer Essstörung [3], [4]. Essstörungen zeigen im Vergleich zu weit verbreiteten psychiatrischen Erkrankungen die höchste Rate an Chronifizierung, Inanspruchnahmeverhalten, stationären Behandlungen und Suizidversuchen auf [5]. Besonders gefährdet sind dabei junge Frauen des „westlichen“ Kulturkreises (Erkrankungsverhältnis Frauen: Männer 10:1; [6]), die unter Ängsten vor Dicksein sowie vermehrtem Diätverhalten [7], [8], [9] und geringem Selbstbewusstsein leiden. Die Ermittlung von Risikofaktoren, die die Entwicklung von Essstörungen begünstigen oder verstärken, besitzt daher eine hohe gesundheitspolitische Relevanz. Risikofaktoren sind nach der Definition von Kraemer, Kraemer-Lowe und Kupfer (2005) Korrelate, die Ergebnisse zeitlich vorangehen (ausführlicher siehe [10]). In den Studien zu Risikofaktoren wurden sowohl *Diätverhalten* [11], *soziokultureller Druck* dünn zu sein [12], [13], *komorbide Störungen* (z.B. Depressionen, Alkoholmissbrauch, Angststörungen) und Störungen in der Kindheit wie Überängstlichkeit und Soziale Phobie genannt [14], [15]; zum Überblick siehe [5], [16], [17], [18]. So stellt der wahrgenommene Druck, schlank zu werden, sowohl einen krankheitsauslösenden- als auch aufrechterhaltenden Faktor dar [15]. Im Zusammenhang mit Essstörungen werden des Weiteren Schwangerschaftsprobleme (Frühgeburt) sowie Geburtskomplikationen (Gehirnblutungen) [19], Veränderungen der Neurotransmitter im Gehirn [20], hormonelle Veränderungen als auch Stoffwechselveränderungen gesehen.

Zudem wurden familiäre Risikofaktoren (z.B. überprotektive Familiennorm, negative Äußerungen von Eltern bzgl. Gewicht und Figur der Kinder, vgl. [12], [21], [22], [23], [24]) untersucht. Insbesondere *elterlicher Alkoholabusus bzw. -missbrauch* stellt einen emotionalen Belastungsfaktor dar und erhöht das Risiko einer Essstörung der Kinder [2], [25]. Die Auswirkungen von elterlichem Alkoholismus auf deren Kinder wurden in den letzten Jahren in einigen Studien untersucht [25], [26], [27], [28], [29], [30], [31], [32], [33]. Allerdings ergaben sich hinsichtlich des erhöhten Risikos einer Essstörung für Kinder von alkoholerkrankten Eltern uneindeutige Befunde. Mintz et al. [32] fanden deutliche Unterschiede auf der Skala „Interozeptive Wahrnehmung“ des Eating Disorder Inventory (EDI, [32]) zwischen Children of Alcoholics (COA) ($N = 36$) und Studenten ($N = 142$), deren Eltern nicht an einer Alkoholstörung erkrankt waren. Kinder, die eine größere wahrgenommene Belastung durch den elterlichen Alkoholismus (gemessen mit Hilfe des Children of Alcoholics Screening Test [CAST] [1]) hatten, zeigten stärker ausgeprägte Essstörungssymptome. Claydon [29] berichtet für COA ein eineinhalbfach erhöhtes Risiko, an einer Essstörung zu erkranken im Vergleich zu Studentinnen, die keinen alkoholerkrankten Elternteil hatten ($N = 1302$). Im Gegensatz zu den Ergebnissen von Claydon [29]) und Mintz et. al [32] zeigten sich in den Studien von Kuntz et al. [31] als auch Stout und Mintz [33] keine Zusammenhänge zwischen einer Essstörung der Töchter und

einer Alkoholerkrankung der Eltern. So wurden in der Studie von Stout und Mintz [33] keine Unterschiede hinsichtlich der Essstörungssymptomatik zwischen COA und Frauen, deren Eltern nicht an einer Alkoholstörung erkrankt sind, gefunden ($N = 90$), wobei sich bei Töchtern, deren Vater an einer Alkoholstörung erkrankt war, erhöhte Werte auf den Skalen des Eating Disorder Inventory zeigten. Wenn die Mutter hingegen erkrankt war, zeigte sich dieser Unterschied in der Studie von Stout und Mintz [33] bei den Töchtern nicht.

Einen Überblick zu den Auswirkungen elterlichen Alkoholismus auf ihre Kinder geben Baltruschat, Geissner und Klein [2]. Für die Kinder ist sowohl das Risiko der Entwicklung einer eigenen Alkoholerkrankung (z.B. [6], [35]) als auch einer Essstörung der Töchter erhöht [2], [29]. Robinson [36] berichtet, dass Essstörungen zu den Hauptsymptomen von erwachsenen Kindern von Alkoholerkrankten zählen.

In einer vorangegangenen Studie [2] wurden zwei unabhängige Teilstudien (Teilstichprobe I: essgestörte Patientinnen, Teilstichprobe II: Töchter von alkoholerkrankten Eltern) untersucht. In Teil I konnte folgendes gezeigt werden: Bei essgestörten Patientinnen ergab sich mit 47% eine deutlich erhöhte Rate an elterlichem Alkoholismus (gemessen anhand der wahrgenommenen Belastung durch elterlichen Alkoholkonsum mit Hilfe des Children of Alcoholics Screening Test [CAST]). Die ermittelte Rate liegt somit wesentlich höher als die Rate für Alkoholabhängigkeit in der Allgemeinbevölkerung, die 1.1 bis 4.9% beträgt [38]. Die Ergebnisse von Teil II unterstützen das Ergebnisbild von Teil I: 40% der Töchter alkoholerkrankter Eltern wiesen essstörungsspezifische Merkmale auf. Im Vergleich dazu liegt die Rate an Essstörungen in der Allgemeinbevölkerung für Anorexie bei 0.6-3% und für Bulimie bei 1-3% [37]. Für subklinische Essstörungssymptome wird eine Rate von ca. 8 % (vgl. [40]) angegeben. Die in der Studie gefundenen Raten lagen also beide sehr deutlich außerhalb des erwarteten Rahmens. Die Töchter alkoholerkrankter Eltern scheinen in hohem Maße gefährdet zu sein, an einer Essstörung zu erkranken. Derzeit ist unklar, welche genaueren Bedingungsbeziehungen bestehen und ob andere psychische Erkrankungen der Eltern das Risiko einer Essstörung der Töchter erhöhen. In Familienstudien kann aufgrund teilweise fehlender Vergleichsgruppen (sowohl psychiatrisch nicht erkrankte Frauen als auch Patientinnen mit anderen psychiatrischen Störungen) nur wenig über die Spezifität des gefundenen Zusammenhangs ausgesagt werden kann. Bei Baltruschat, Geissner und Klein [2] wird anhand der Töchterangaben in der Untersuchung ein Hinweis auf einen Zusammenhang zwischen elterlichem Alkoholismus und Depressionen deutlich: 20 Töchter, die gemäß den Angaben im CAST einen Elternteil mit einer Alkoholerkrankung hatten, berichteten, dass sich ein Elternteil über einen Zeitraum von 2 Jahren „die meiste Zeit niedergeschlagen und traurig“ gefühlt habe. Der Schweregrad psychischer Störungen der COA kann durch elterliche Komorbidität erhöht werden [41].

Eine weitere Erklärung für die sehr hohen Raten kann aber auch in der verwendeten Methodik liegen. Die Erhebung des elterlichen Alkoholismus geschah mittels Fragebogenuntersuchung der Töchter (CAST). Dies könnte zu einer Überschätzung geführt haben, da die Töchter manchmal bereits einen täglichen Konsum von einem Bier als Anzeichen von Alkoholismus bewerten. Um verlässliche Angaben zu gewinnen, scheint daher eine Replikation, aber mit einer anderen Untersuchungsmethode (z.B. mit Hilfe eines klinischen Interviews), lohnenswert.

Die vorliegende Studie geht daher der Fragestellung nach, ob sich die bei Baltruschat, Geissner und Klein [2] gefundenen Ergebnisse replizieren lassen. Des Weiteren soll untersucht werden, ob eine Einschätzung des elterlichen Alkoholismus durch deren Töchter (gemessen anhand des CAST) in Übereinstimmung mit einer klinischen Diagnose einer Alkoholerkrankung anhand von klinischen Interviews mit den Eltern vorliegt oder elterlicher Alkoholismus von den Töchtern überschätzt wird. Zudem sollte erfasst werden, welche weiteren psychischen Erkrankungen der Eltern das Risiko einer Essstörung der Töchter erhöhen. Wir untersuchten sowohl essgestörte Töchter und deren Eltern (Patientinnengruppe) als auch eine Vergleichsgruppe von Töchtern ohne psychische Störungen und deren Eltern (Kontrollgruppe). Die Untersuchung einer psychisch nicht erkrankten Vergleichsgruppe sollte es ermöglichen, die relative Bedeutung des elterlichen Alkoholismus als Risikofaktor für die Entwicklung einer Essstörung der Töchter genauer abzuschätzen. Durch die methodische Erweiterung der Studie um klinische Interviews mit den Eltern und die Diagnosestellung anhand eines Kriterienkatalogs sollte gewährleistet werden, dass es sich beim Alkoholkonsum der Eltern um eine klinisch relevante Störung handelt und nicht alleine um eine möglicherweise übersensitive Wahrnehmung seitens der Kinder. Zudem sollten weitere psychische Erkrankungen der Eltern erfasst werden, die das Risiko für die Entwicklung einer Essstörung der Töchter unter Umständen erhöhen können.

Wir erwarteten, dass essgestörte Patientinnen eine deutlich höhere Rate an Alkoholerkrankungen der Eltern (gemessen anhand der klinischen Interviews) als psychisch gesunde Frauen aufweisen. Auch sollten – den Hypothesen entsprechend - essgestörte Frauen signifikant höhere Belastungen durch elterlichen Alkoholabusus (gemessen anhand des CAST-Gesamtwerts) als psychisch nicht erkrankte Töchter (Kontrollgruppe) aufweisen. Essgestörte Patientinnen, bei denen das Auftreten eines elterlichen Alkoholproblems gegeben war, sollten dabei höhere Werte in Relation zu den Referenzwerten bei Pilat und Jones [1] aufweisen als essgestörte Patientinnen, die nicht in einer Familie mit Alkoholmissbrauch aufwuchsen.

Methode

Patientinnen

Essgestörte Frauen ($N = 39$), die sich aufgrund einer Essstörung (Bulimia nervosa [DSM-IV 307.51], Essstörung nicht näher bezeichnet [DSM-IV 307.50] oder Anorexia nervosa [DSM-IV 307.1]) in stationärer psychotherapeutischer Behandlung befanden, wurden in die retrospektive Studie aufgenommen. Sie wurden sukzessive nach Aufnahme mit Hilfe des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM (SKID), des CAST und von Essstörungsfragebögen (EAT-26; Subskalen des EDI) untersucht. Als Einschlusskriterium galt ein Alter von 13 bis 27 Jahren. Die Patientinnen sollten weniger als fünf Jahre allein lebend sein, um eine noch bestehende familiäre Anbindung gewährleisten zu können. Insgesamt lehnten 6 Patientinnen (13%) die Teilnahme an der Studie ab. Als Grund gaben sie an, dass sie selber kein Interesse an einer Studienteilnahme hätten. Es gab keinen Unterschied zwischen den nicht teilnehmenden Patientinnen und den Studienteilnehmerinnen hinsichtlich der Diagnosen. Die Teilnehmerinnen waren im Mittel 20 Jahre alt ($SD = 2.9$). Der Body Mass Index [BMI; $\text{kg}/(\text{m}^2)$] lag im Durchschnitt bei 18.1 ($SD = 4.9$) und variierte zwischen 11.75 und 40.90. 28 Patientinnen hatten die Hauptdiagnose Anorexia nervosa, 10 Patientinnen eine Bulimia nervosa und eine Patientin eine nicht näher bezeichnete Essstörung. Anhand der Kriteriumsfrage „Hattest du schon einmal den Gedanken, dass deine Eltern alkoholabhängig sein könnten?“ wurden zwei Gruppen von Töchtern gebildet. 8 Patientinnen (20.5%) bejahten diese Frage. Sie bildeten die Gruppe I „Alkoholbelastete essgestörte Töchter“. 31 (79.5%) Patientinnen verneinten die Kriteriumsfrage, sie bildeten die Gruppe II „Unbelastete essgestörte Töchter“. Insgesamt litten 15 Patientinnen komorbid unter einer depressiven Episode. Eine Auflistung der psychischen Erkrankungen (gemessen anhand des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM [SKID]) der Patientinnen als auch der Kontrollgruppe über ihre gesamte Lebensspanne hinweg mit durchschnittlichem Alter zu Beginn der Erkrankung ist der Tabelle 1 zu entnehmen. Die Gruppe I „Alkoholbelastete essgestörte Töchter“ unterschied sich hinsichtlich Alter, Body Mass Index und komorbider psychischer Erkrankungen nicht von der Gruppe II „Nicht alkoholbelastete essgestörte Töchter“.

Des Weiteren wurden die Eltern der essgestörten Patientinnen ($N_{\text{Mütter}} = 23$ und $N_{\text{Väter}} = 17$) untersucht. Sie wurden - ebenso wie deren Töchter - mit Hilfe des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM (SKID) befragt. Es wurde versucht, wenigstens ein Elternteil der Patientinnen zu erreichen. In keinem Fall lehnte ein Elternteil die Teilnahme an der Studie ab. Die Mütter der essgestörten Patientinnen waren im Mittel 49 Jahre alt (40-65 Jahre); ihr Body Mass Index lag zwischen 19 und 39, im Mittel bei 26. Das Durchschnittsalter der Väter lag bei 51 Jahren (42-65 Jahre); sie hatten im Mittel einen Body Mass Index von 28 (22-36).

Tabelle 1: Komorbide psychische Erkrankungen von essgestörten Patientinnen und von Frauen ohne psychische Störungen (Kontrollgruppe) (Häufigkeitsangaben; Alter; Mittelwertangaben)

	Essgestörte Patientinnen (N = 39)		Kontrollgruppe (N = 35)	
<i>Psychische Erkrankungen</i>	Anzahl (N)	Alter bei Beginn der Erkrankung (M; Jahre)	Anzahl (N)	Alter bei Beginn der Erkrankung (M; Jahre)
Anorexia nervosa (N = 13 restriktiver Typus und N = 21 Purging Typus)	34	15	0	
Bulimia nervosa	12	17	0	
Essstörung nrb	1	15	0	
<i>Komorbide psychische Erkrankungen</i>				
Major Depression	25	18	3	16
Dysthymia	1	14	0	
Anpassungs- störung	0		1	19
Panikstörung mit Agoraphobie	4	19	0	
Soziale Phobie	2	13	1	14
Spezifische Phobie	2	16		
Zwangsstörung	4	18	2	10
Posttraumati- sche Belastungs- störung	7	12	0	
Hypochondrie	1	13	0	
Alkoholerkrankung (Alkohol- missbrauch/- abhängigkeit)	3	19	0	

Kontrollgruppe (Frauen ohne psychische Störungen)

Gesunde Frauen ($N = 35$; Studentinnen, Töchter von Mitarbeiterinnen als auch Mitarbeiterinnen der klinischen Einrichtungen, siehe Fußnote) wurden ebenfalls mit Hilfe des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM (SKID), des CAST und zweier Essstörungsfragebögen (EAT-26; Subskalen des EDI) befragt. Als Einschlusskriterium galt ein Alter von 13 bis 27 Jahren, Ausschlusskriterium war das Vorhandensein einer Essstörung. Von den befragten Frauen nahmen alle an der Studie teil. Die Teilnehmerinnen waren im Mittel 23 Jahre alt ($SD = 2.3$). Der Body Mass Index [BMI; $\text{kg}/(\text{m}^2)$] lag im Durchschnitt bei 20.35 ($SD = 1.8$) und variierte zwischen 17 und 24. Bei der Teilnehmerin mit BMI = 17 konnte eine Essstörung sowohl anhand der SKID Kriterien als auch anhand der EDI- und EAT-Fragebogenwerte ausgeschlossen werden. Drei Frauen litten in ihrem Leben bereits an einer depressiven Episode, eine an einer Anpassungsstörung, eine an einer sozialen Phobie und zwei an einer Zwangsstörung. Zum Untersuchungszeitpunkt lagen mit einer Ausnahme, (eine Person mit einer sozialen Phobie und einer Zwangserkrankung), keine psychischen Erkrankungen vor. Die Kriteriumsfrage „Hattest du/hatten Sie schon einmal den Gedanken, dass deine/Ihre Eltern alkoholabhängig sein könnten?“ wurde von vier (11%) untersuchten Teilnehmerinnen bejaht, während 31 (89%) Frauen die Kriteriumsfrage verneinten.

Des Weiteren wurden die Eltern der psychisch nicht erkrankten Frauen ($N_{Mütter} = 28$ und $N_{Väter} = 25$) untersucht. Sie wurden - ebenso wie deren Töchter - mit Hilfe des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM (SKID) befragt. Es wurde versucht, wenigstens ein Elternteil zu erreichen. Alle befragten Elternteile nahmen an der Studie teil. Die Mütter der Frauen aus der Kontrollgruppe waren im Mittel 51 Jahre alt (41-66 Jahre); ihr Body Mass Index lag zwischen 18 und 31, im Mittel bei 24. Das Durchschnittsalter der Väter lag bei 54 Jahren (43-65 Jahre); sie hatten im Mittel einen Body Mass Index von 25 (22-27).

Messinstrumente und Einzelmerkmale

Neben der Erfassung der Grunddaten Alter, Geschlecht, Gewicht und Größe wurden fremdanamnestische Daten (Töchterangaben) in Bezug auf körperliche als auch psychische Erkrankungen der Eltern im Rahmen des diagnostischen Interviews mit den Töchtern erhoben. Zur Erfassung der Essstörungssymptomatik als auch der wahrgenommenen Belastung durch elterlichen Alkoholismus wurden folgende Fragebögen eingesetzt:

(1) *Eating Attitudes Test – 26* (EAT-26, [42], [43]). Der EAT erfasst charakteristische Symptome und Gedanken von Essstörungen. Der Fragebogen beinhaltet 26 Items (sechsstufiger Antwortmodus [1=immer, 2=meistens, 3=oft, 4=manchmal, 5=selten, 6=nie]).

Diese lassen sich in drei Subskalen aufteilen (Diätverhalten, Bulimie und ständige Beschäftigung mit Nahrung sowie orale Kontrolle). Die Antworten für jedes Item sollen nach Angaben der Autoren von 0 bis 3 gewichtet werden (immer = 3, meistens = 2, oft = 1, manchmal, selten und nie = 0). Ein Wert von 3 spricht für eine deutliche Ausprägung in symptomatischer Richtung. Gesamtwerte über 20 deuten einer Empfehlung der Autoren zufolge darauf hin, dass eine Essstörung vorhanden ist.

Ein Beispiel für Diätverhalten (Dieting) ist: „Wenn ich in Bewegung bin, denke ich daran, wie viel Kalorien ich dabei verbrauche.“ Ein Beispiel für Bulimie und ständige Beschäftigung mit Nahrung (Bulimia and food preoccupation) ist: „Ich hatte Fressanfälle, bei denen ich merkte, dass ich nicht mehr aufhören konnte zu essen.“ Ein Beispiel für Orale Kontrolle (oral control) ist: „Ich vermeide es zu essen, wenn ich hungrig bin.“

(2) *Eating Disorder Inventory* (EDI, [41]; deutsche Version von Thiel & Paul [44]). Das EDI ist das international gebräuchlichste Standardinstrument zur mehrdimensionalen Erfassung psychologischer Merkmale und Verhaltenscharakteristika anorektischer und bulimischer Patienten. Aus diesem Fragebogen wurden die im engeren Sinne essstörungsspezifischen Subskalen „Schlankheitsstreben“ (drive for thinness), „Bulimisches Verhalten“ (bulimia) sowie „Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper“ (body dissatisfaction) eingesetzt. Diese Variante beinhaltet 23 Items (sechsstufiger Antwortmodus [1=nie, 2=selten, 3=manchmal, 4=oft, 5=sehr oft, 6=immer]). Ein Beispiel für Schlankheitsstreben (drive for thinness; 7 Items) ist: „Wenn ich ein Pfund zunehme, habe ich Angst, dass es so weitergeht.“ Ein Beispiel für Bulimie (bulimia; 6 Items) ist: „Ich stopfe mich mit Essen voll.“ Ein Beispiel für Körperliche Unzufriedenheit (body dissatisfaction; 5 Items) ist: „Ich glaube, mein Bauch ist zu dick.“

(3) *Children of Alcoholics Screening Test* (CAST, [1], [45], [46]; deutsch Baltruschat, Geissner & Klein [37]). Der CAST dient der Erfassung der spezifischen alkoholbedingten Belastung von Kindern, die mit alkoholkranken Eltern leben oder gelebt haben. Für dieses Instrument liegen bereits einige Befunde zur psychometrischen Eignung vor [1], [47], [48]. In einigen Arbeiten konnte sich der CAST bereits als praxistaugliches Verfahren bewähren [49], [50]. Der CAST besteht aus 30 Ja-Nein-Fragen zu Gefühlen, Meinungen und Verhaltensweisen der Kinder hinsichtlich des elterlichen Alkoholkonsums. Er wurde ursprünglich einfaktoriell konzipiert, so dass ein Gesamtwert berechnet werden kann (Min. = 0, Max. = 30). In der amerikanischen Literatur [1] wird ein Cut-off-Wert von 6 oder mehr als Indiz für eine Belastung der Kinder durch elterlichen Alkoholkonsum für Kinder alkoholkranker Eltern angegeben. Pilat und Jones [1] berichten, dass anhand dieses Cut-off-Werts 100% der zuvor in der freien klinischen Exploration als Kinder von

alkoholkranken Eltern diagnostizierten auch per Fragebogen richtig identifiziert werden konnten. Der Cut-off- Wert von 6 oder höher ist den amerikanischen Angaben zufolge hinreichend bei der Identifikation von Kindern aus alkoholbelasteten Familien. Jones [51] berichtet eine Spearman-Brown split-half Reliabilität von $r_{tt} = .98$. Staley und El-Guebaly [52] fanden eine interne Konsistenz von $\alpha = .97$ für erwachsene psychiatrische Patienten. In der Studie von Clair und Genest [53] zeigte sich eine 8-Wochen Retest-Reliabilität von $r_{tt} = .88$ für eine Stichgruppe von jugendlichen Kindern von alkoholkranken Eltern. In dieser Studie wurde die deutsche Übersetzung nach M. Klein verwendet (für eine Auflistung der verwendeten Items siehe Anhang bei Baltruschat, Geissner und Klein [37]). Da in dieser Studie [37] nach einer Hauptkomponentenanalyse zwei Faktoren ermittelt und im Anschluss daran entsprechend zwei Subskalen entwickelt wurden (Subskala 1 „Intrapsychische Belastungen“ und Subskala 2 „Interaktionelle Belastungen“), wird in der vorliegenden Studie von diesen beiden unterscheidbaren CAST-Merkmalen ausgegangen. Subskala 1 (sieben Items) beschreibt dabei Verantwortungs- oder auch Schuldgefühle bezüglich des elterlichen Trinkverhaltens als auch das Sich-Sorgen um die Gesundheit der Eltern und weist eine Konsistenz von $\alpha = .91$ auf. Die Trennschärfe der Items liegt insgesamt im sehr guten Bereich und variiert von $r_{it} = .60$ bis $r_{it} = .80$ (Mittlere Trennschärfe $r_{it} = .73$). Subskala 2 beschreibt interaktionelle Belastungen wie Gewalterfahrungen und Konflikte innerhalb der Familie. Weiterhin beinhaltet diese Subskala Schamgefühle und Befürchtungen peinlicher Situationen wegen des elterlichen Trinkens als auch Ängste vor negativen Konsequenzen (wie z.B. Scheidung der Eltern) und weist eine Konsistenz von $\alpha = .87$ auf. Die Trennschärfe der Items variiert von $r_{it} = .53$ bis $r_{it} = .69$ (Mittlere Trennschärfe $r_{it} = .62$).

In der Untersuchung von Baltruschat, Geissner und Klein [37] zeigte sich eine hohe Korrespondenz zwischen der Kriteriumsfrage „Hattest du/hatten Sie schon einmal den Gedanken, dass deine/ Ihre Eltern alkoholabhängig sein könnten?“ und dem CAST-Gesamtwert. In der Studie wurden 41 von 47 nach dem Original-CAST als hoch belastet zu bewertende Patientinnen anhand der Kriteriumsfrage richtig erkannt. Daher wurde auch in der vorliegenden Studie das erste Item des CAST „Hattest du/hatten Sie schon einmal den Gedanken, dass deine/ Ihre Eltern alkoholabhängig sein könnten?“ als Kriteriumsfrage verwendet.

Die Analyse der Daten erfolgte mit dem Programm SPSS 11.5 für Windows. Unterschiede zwischen den Gruppen wurden mittels t -Tests geprüft. Bei kategorialen Daten erfolgte die Analyse über Pearson-Chi-Quadrat-Test.

Untersuchungsablauf

(a) Patientinnengruppe (Essgestörte Frauen und deren Eltern)

Die Patientinnen wurden im Rahmen eines stationären psychotherapeutischen Aufenthaltes in einer klinischen Einrichtung (Zentrum für Verhaltenstherapeutische Medizin, im Klinikum Bad Staffelstein in Bad Staffelstein und Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee) untersucht (sukzessive nach Aufnahme). Alle Teilnehmerinnen wurden über den Inhalt der Studie informiert und nahmen freiwillig teil. Das Interview, in dem retrospektiv psychische Erkrankungen der Patientinnen erfragt wurden, dauerte ca. 40 Minuten und fand im Einzelsetting statt. Das Ausfüllen der Essstörungsfragebögen (EAT-26; Subskalen des EDI) betrug ca. 15 Minuten. Die Eltern der Patientinnen wurden telefonisch mit Hilfe des SKID retrospektiv befragt. Die Dauer betrug ca. 30 Minuten.

(b) Kontrollgruppe (gesunde Frauen und deren Eltern)

Die Frauen der Kontrollgruppe wurden über den Inhalt der Studie informiert und nahmen freiwillig teil. Das Interview, in dem retrospektiv psychische Erkrankungen der Frauen erfragt wurden, dauerte auch hier ca. 40 Minuten und fand im Einzelsetting statt. Für das Ausfüllen der Essstörungsfragebögen (EAT-26; Subskalen des EDI) benötigte die Kontrollgruppe wie die Patientengruppe ca. 15 Minuten. Auch hier wurden die Eltern der Kontrollgruppe telefonisch mit Hilfe des SKID retrospektiv befragt, dies dauerte ca. 30 Minuten.

Ergebnisse

(a) Essgestörte Patientinnen im Vergleich zur Kontrollgruppe

Es zeigten sich hypothesenkonforme Unterschiede zwischen den essgestörten Frauen und der Kontrollgruppe hinsichtlich des Body Mass Index, der Essstörungsfragebögen (EAT, EDI) und des CAST-Gesamtwerts (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Patientinnen- und Kontrollgruppe; Mittelwerte, Standardabweichungen und Mittelwertvergleiche

	Patientinnengruppe 35<N<40; M (SD)	Kontrollgruppe 33<N<36; M (SD)	t-Wert
Alter	21 (2.96)	23 (2.30)	-3.78***
BMI	18.1 (4.86)	20.35 (1.75)	-2.72**
CAST-Gesamtwert (0-30)	3.72 (7.11)	1.17 (2.77)	2.07*
EAT	30.25 (16.29)	2.82 (3.06)	9.92***
EDI-1 Schlankheitsstreben	27.72 (6.85)	17.08 (4.44)	7.74***
EDI-2 Bulimisches Verhalten	20.44 (10.04)	9.62 (2.48)	6.27***
EDI-3 Körperliche Unzufriedenheit	34.80 (9.05)	24.97 (6.40)	5.27***

Anmerkungen: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; EAT-Gesamtwert über 20 (=Indikator für eine Essstörung, Garner et al., 1982). EDI-Patientennormen (Mittelwert)/Bulimie: EDI-1 = 32.99, EDI-2 = 30.68, EDI-3 = 36.92. EDI-Normen für Normalpersonen: EDI-1 = 18.37, EDI-2 = 11.59, EDI-3 29.74.

Erhöhte Werte ergaben sich bei den essgestörten Patientinnen sowohl hinsichtlich der Subskala 1 „Intrapsychische Belastungen“ ($MW = .92$, $SD = 1.89$) und der Subskala 2 „Interaktionelle Belastungen“ ($MW = .97$, $SD = 2.02$). Die Mittelwerte für die Skala II „Interaktionelle Belastungen“ sind bei den essgestörten Patientinnen im Vergleich zur Kontrollgruppe ($MW = .43$, $SD = 1.89$) dabei deutlich erhöht ($t = -2,386$ (72); $p = .016$). Die essgestörten Patientinnen sind dabei wesentlich stärker durch familiäre Gewalterfahrungen und Konflikte belastet als die Kontrollgruppe. Sie befürchten vermehrt peinliche Situationen, wenn jemand ein betrunkenes Elternteil wahrnimmt und sorgen sich darum, dass die Eltern sich aufgrund des elterlichen Alkoholismus trennen könnten.

Nach den Empfehlungen in der Originalversion des CAST kann von einem deutlichen Belastungserleben durch elterlichen Alkoholkonsum bei CAST-Gesamtwerten von über 6 ausgegangen werden. Acht Patientinnen (21%) hatten CAST-Gesamtwerte zwischen 7 und 26 und sind damit als hoch belastet durch den elterlichen Alkoholkonsum zu bewerten (siehe Tabelle 3). Im Vergleich dazu fühlten sich drei Frauen aus der Kontrollgruppe (9%) durch den elterlichen Alkoholkonsum belastet (CAST-Gesamtwerte zwischen 9 und 10). 74% der Frauen aus der Kontrollgruppe ($N = 26$) fühlten sich gemessen anhand der CAST-Gesamtwerte gar nicht (CAST-Gesamtwert = 0) und 17% ($N = 6$) nur leicht (CAST-

Gesamtwert = 1-6) durch den Alkoholkonsum ihrer Eltern belastet und sind demnach als unproblematisch hinsichtlich des Belastungserlebens durch elterlichen Alkoholkonsum zu bewerten. Sie nahmen bei ihren Eltern kein ernstliches Alkoholproblem wahr.

Sechs Patientinnen bejahten die Kriteriumsfrage „Hattest du/ Hatten Sie schon einmal den Gedanken, dass deine/ Ihre Eltern alkoholabhängig sein könnten?“ In drei der Fälle konnte mit Hilfe des SKID ein Alkoholabusus der Väter bestätigt werden. Die gesunden Töchter hingegen schienen den Alkoholismus der Eltern zu überschätzen. Bei keinem der Elternteile der Kontrollgruppe wurde mit Hilfe des SKID ein Alkoholabusus diagnostiziert.

Tabelle 3: Mittelwertanalyse (t-Test für unabhängige Stichproben) der Subskalen 1 und 2 des CAST nach Gruppen aufgeteilt

		Essgestörte Patientinnen (SD)	MW	Kontrollgruppe (SD)	MW	t (df)
CAST-Skala 1 „Intrapsychische Belastungen“ (Range 0-7)	1	.92 (1.89)		.43 (1.04)		-1.369 (72) n.s.
CAST-Skala 2 „Interaktionelle Belastungen“ (Range 0-9)	2	.97 (2.02)		.14 (1.89)		-2.386 (72)*

Anmerkungen: * = $p < .05$; (zweiseitige Testung).

(b) SKID-Diagnosen psychischer Erkrankungen bei den Eltern

Insgesamt nahmen an der Studie 23 Mütter und 17 Väter von essgestörten Patientinnen (im Vergleich zu 28 Müttern und 25 Vätern von psychisch nicht erkrankten Frauen) teil. In Tabelle 4 sind die psychischen Erkrankungen der Patientinnen-Eltern und der Kontrollgruppen-Eltern aufgeführt. Bei fünf Eltern (vier Mütter und ein Vater; 12.5%) von essgestörten Patientinnen wurde eine Essstörung (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa oder Essstörung nnb) im Verlauf ihres Lebens diagnostiziert, wohingegen kein Elternteil der Kontrollgruppe an einer Essstörung erkrankte ($\beta^2 (1) = 5.66$; $p = .017$). Zu Beginn der Essstörung waren die Eltern zwischen 15 und 30 Jahre alt. Sie gaben an, dass sie im Mittel 4 Jahre unter der Erkrankung gelitten hätten. Die Essstörung trat in allen Fällen vor der Geburt der Töchter auf. Einen Anhaltspunkt für auch aktuell bestehendes gestörtes Essverhalten könnte der niedrige Body Mass Index von Eltern mit einer Essstörung geben.

Der Body Mass Index von Eltern, die eine Essstörung im Laufe des Lebens berichtet haben, liegt im Mittel bei 20.42 ($SD = 1.31$). Er ist damit als noch unauffällig zu bewerten (ein Body Mass Index von 20-25 wird als unauffällig bewertet), fällt jedoch im Vergleich zu nicht essgestörten Eltern von Patientinnen ($MW = 26.91$, $SD = 5.38$) deutlich niedriger ($T_{BMI\ Eltern} = 4.436$ (19); $p = .000$) aus.

In sieben Fällen (in vier Fällen beim Vater, in einem bei der Mutter und in einem Fall bei beiden Eltern; 17.5%) wurde eine Alkoholerkrankung (Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit) bei den Eltern von essgestörten Patientinnen diagnostiziert, wohingegen kein Elternteil der Kontrollgruppe unter einer Alkoholerkrankung litt ($\beta^2(1) = 7.93$; $p = .005$). Die Alkoholstörung besteht nach Angaben der Eltern im Mittel seit 9 Jahren. Bei allen Eltern mit einer Alkoholstörung liegt auch zum Untersuchungszeitpunkt eine Alkoholerkrankung vor. Die Eltern gaben an, dass sie zu Beginn der Alkoholerkrankung zwischen 20 und 49 Jahre alt gewesen seien.

Bei neun Eltern (22.5%) von essgestörten Patientinnen wurde eine depressive Erkrankung (depressive Episode oder Anpassungsstörung) diagnostiziert. Im Vergleich dazu lag nur bei zwei Eltern (3.8%) der Kontrollgruppenteilnehmerinnen eine depressive Erkrankung (depressive Episode oder Anpassungsstörung) im Verlauf ihres Lebens vor ($\beta^2(1) = 5.77$; $p = .016$). Die Eltern der essgestörten Patientinnen gaben an, dass sie beim Beginn der Depression im Mittel 31 Jahre alt gewesen seien. Bei einem Vater der essgestörten Patientinnen bestand auch zum Untersuchungszeitpunkt weiterhin eine depressive Erkrankung. Im Vergleich dazu, wurde bei keinem Elternteil der Kontrollgruppe zum Untersuchungszeitpunkt eine depressive Störung diagnostiziert. Die Eltern der Kontrollgruppe waren im Vergleich zu den Eltern der essgestörten Patientinnen wesentlich älter zu Beginn ihrer depressiven Erkrankung (im Mittel 50 Jahre alt).

In Bezug auf Angststörungen (Panikattacken, Agoraphobie, Soziale Phobie, Spezifische Phobie, Posttraumatische Belastungsstörung als auch Zwangsstörung) zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Eltern der essgestörten Patientinnen und der Kontrollgruppe. Fünf Eltern essgestörter Patientinnen (12.5%) und fünf Eltern von Kontrollgruppenteilnehmerinnen (9.4%) litten unter Angststörungen.

Tabelle 4: Psychische Erkrankungen von Eltern essgestörter und nichtessgestörter Töchter über die gesamte Lebensspanne(Häufigkeitsangaben) anhand des SKID (Elterninterview)

Psychische Erkrankungen	Eltern von essgestörten Patientinnen (N = 23 Mütter; N = 17 Väter)	Eltern von Frauen ohne psychische Störungen (N = 28 Mütter; N = 25 Väter)	χ^2 -Wert
Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Esst. nrb.)	5	0	5.66*
Alkoholerkrankungen	7	0	7.93**
Depressionen/Anpassungsstörungen	9	2	5.77*
Angst-/Zwangserkrankungen/PTSD	5	5	n.s.

Anmerkung: * p < .05; ** p < .01; *** p < .001 (zweiseitige Testung).

(c) Konkordanz zwischen Tochter- und Elternangaben

Anhand der CAST-Gesamtwerte von über 6 ist davon auszugehen, dass acht essgestörte Patientinnen (21%) bei Eltern mit einer Alkoholerkrankung aufgewachsen sind. Im Vergleich dazu wurde anhand des klinischen Interviews (SKID) mit den Eltern in sieben Fällen (in vier Fällen beim Vater, in einem bei der Mutter und in einem Fall bei beiden Eltern; 17.5%) eine Alkoholerkrankung diagnostiziert. 15% der essgestörten Patientinnen sind demnach bei Eltern mit einer Alkoholerkrankung aufgewachsen. Die essgestörten Töchter dieser Eltern hatten alle (übereinstimmend mit der Diagnose elterlichen Alkoholismus anhand des SKID) einen CAST-Gesamtwert von >6. In der Kontrollgruppe (Frauen ohne psychische Erkrankungen) hingegen hatten drei Frauen (9%) CAST-Gesamtwerte von über 6. Im Vergleich dazu wurde in keinem Fall anhand des klinischen Interviews (SKID) mit den Eltern eine Alkoholerkrankung diagnostiziert.

Des Weiteren wurden fremdanamnestiche Daten (Tochterangaben) bzgl. weiterer elterlicher psychischer Erkrankungen (Depressionen und Ängste) erhoben. Insgesamt gaben 21 essgestörte Patientinnen (54%) an, dass ihre Eltern mindestens zwei Wochen unter einer depressiven Stimmung gelitten hätten. Neun essgestörte Patientinnen (23%) gaben elterliche Depressionen an. In vier Fällen (44%) zeigte sich bei den essgestörten Patientinnen eine Übereinstimmung zwischen den Tochter- und Elternangaben (bei fünf Eltern wurde eine depressive Erkrankung von den Töchtern nicht beobachtet). Im Vergleich dazu wurde die elterliche depressive Erkrankung übereinstimmend mit der Diagnose anhand der klinischen Interviews (SKID) von allen Frauen aus der Kontrollgruppe beobachtet (N = 2, 100%).

In Bezug auf Angststörungen wurde von keiner essgestörten Tochter eine Angsterkrankung der Eltern (Panikstörungen, Agoraphobie, Soziale oder Spezifische Phobie, Posttraumatische Belastungsstörung oder Zwangsstörung) beobachtet, wohingegen anhand der klinischen Interviews mit den Eltern bei fünf Eltern eine Angststörung diagnostiziert wurde. Im Vergleich dazu erkannten zwei Frauen aus der Kontrollgruppe eine Angststörung bei ihren Eltern übereinstimmend mit der klinischen Diagnose (bei drei Eltern wurde von den Töchtern aus der Kontrollgruppe die elterliche Angststörung nicht beobachtet).

Diskussion

In der Untersuchung wurde anhand einer Stichprobe aus 39 essgestörten Patientinnen und 35 gesunden Frauen (Kontrollgruppe) die Transmission psychischer Erkrankungen von den Eltern auf ihre Töchter überprüft. Die Patientinnen wurden während ihres stationären Behandlungsaufenthalts hinsichtlich der wahrgenommenen Belastung durch elterlichen Alkoholkonsum (CAST) befragt. Dabei bejahten acht Patientinnen (21%) im Vergleich zu vier Frauen aus der Kontrollgruppe die Kriteriumsfrage „Hattest du/hatten Sie schon einmal den Gedanken, dass deine/ Ihre Eltern alkoholabhängig sein könnten?“. Die Mittelwerte der Subskala 1 „Intrapsychische Belastungen“ und Subskala 2 „Interaktionelle Belastungen“ waren bei den essgestörten Patientinnen erhöht und zeigen, dass sie sowohl von Sorgen und Schuldgefühlen hinsichtlich des elterlichen Alkoholkonsums als auch hinsichtlich Gewalterlebnissen in der Familie belastet sind. Der Mittelwert der Subskala 2 „Interaktionelle Belastungen“ war dabei bei den essgestörten Patientinnen im Vergleich zur Kontrollgruppe deutlich erhöht. Sie erlebten vermehrt Gewalt und Konflikte in der Familie. Die Kinder sind einer aversiven Familienatmosphäre verbunden mit häufigen Erfahrungen von Ehestreitigkeiten, Trennungen der Eltern und oft auch beschämenden Situationen in Interaktionen aufgrund des erhöhten Alkoholkonsums der Eltern ausgesetzt. Unsere Ergebnisse stützen die Befunde anderer Studien, in denen sich ein erhöhter Zusammenhang zwischen elterlichem Alkoholismus und familiären Konflikten zeigte. So berichten Murphy und Farrell [54] in ihrer Studie von erhöhter Gewalt in der Partnerschaft bei Alkoholproblemen eines Partners. Kinder aus diesen Familien werden häufig Zeuge von Gewalt und ausgeprägten Konflikten zwischen den Eltern [55]. Nach Wolin und Wolin [56] gibt es zwei verschiedene Reaktionsweisen bei Kindern aus alkoholbelasteten Familien: Kinder, die die familiären Umstände als Herausforderung (challenge) bewerten und Kinder, die die Erlebnisse als schädigend wahrnehmen. Wenn die familiäre Atmosphäre in erster Linie als schädigend erlebt wird, dann zeigen sich vermehrt psychische Erkrankungen [56].

In der vorangegangenen Studie [2] ermittelten wir eine Rate an elterlichem Alkoholismus von 47% bei essgestörten Patientinnen und eine Rate von 40% von Töchtern

alkoholkranker Eltern, die essstörungsspezifische Merkmale zeigten. Ein Vergleich zwischen den Raten elterlichen Alkoholismus erhoben mittels des CAST im Vergleich zum klinischen Interview (SKID) zeigte eine Überschätzung des elterlichen Alkoholismus, sowohl von essgestörten Patientinnen als auch Frauen ohne psychische Störungen. Die von uns in der vorangegangenen Studie [2] gefundene Rate von 47% muss also relativiert werden. Sie spricht zwar für eine erhöhte wahrgenommene Belastung und Verantwortung bzgl. elterlichen Trinkens seitens der Töchter, jedoch nicht für einen klinisch diagnostizierten Alkoholabusus. Einschränkend ist anzumerken, dass die psychischen Erkrankungen als auch die wahrgenommene Belastung durch den elterlichen Alkoholkonsum retrospektiv erhoben wurden. Es könnte sein, dass von den befragten Personen wichtige Daten nicht mehr erinnert wurden oder stärker erinnert werden, als sie damals waren, so dass es zu fehlerhaften Diagnosen kommen könnte. Zudem bleibt unklar, welche Moderatorvariablen den gefundenen Zusammenhang zwischen der Entwicklung der Essstörung der Töchter und dem elterlichen Alkoholabusus beeinflussen. Zudem wurde der SKID bei den Eltern telefonisch durchgeführt, was zu einer Unterschätzung des elterlichen Alkoholismus führen könnte. Andererseits stimmen die elterlichen Angaben fast komplett mit den Angaben der Töchter im Klinischen Interview und im CAST-Fragebogen überein. Somit ist zwar auch in dieser Studie wieder eine sehr deutlich erhöhte Rate von elterlichen Alkoholproblemen ermittelt worden, aber erst weitere Folgestudien können ergeben, ob diese Rate eher bei 17% oder eher bei 40% liegt. Beide Raten (erhoben anhand der Fragebogenuntersuchung mit Hilfe des CAST und des SKID) liegen jedoch im Vergleich zur ermittelten Rate bei der Kontrollgruppe (9% anhand des CAST, 0% anhand klinischer Interviews) und auch im Vergleich zur Rate von Alkoholismus in der Allgemeinbevölkerung (1.1 - 4%) so hoch, dass elterlicher Alkoholismus in einem sehr deutlichen Zusammenhang mit der Entwicklung einer Essstörung bei den Töchtern steht.

In unserer Studie wurden weitere Belastungsfaktoren für die Entwicklung einer Essstörung bei den Töchtern deutlich, nämlich elterliche Essstörungen und Depressionen. Bei fünf Eltern (12.5%) konnte eine eigene Essstörung diagnostiziert werden. In der Gruppe der gesunden Frauen gab es keinen Elternteil, der an einer Essstörung erkrankt war. Striegel-Moore, Silberstein und Rodin [57] berichteten, dass das Risiko für eine Bulimie bei Töchtern dann hoch sei, wenn weibliche Familienmitglieder selbst Diätverhalten zeigten, über Abnehmen redeten oder die Töchter gezielt bezüglich Essen, Gewicht und Figur kritisieren oder loben würden. In der Studie von Geissner und Schary [12] wurde die intrafamiliäre Vermittlung von soziokulturellen Vorstellungen zu körperlicher Attraktivität und Schlankheit durch die Mütter auf ihre Töchter retrospektiv untersucht. Auch dort zeigten Mütter von Töchtern mit einer heutigen Essstörungssymptomatik ein erhöhtes Ausmaß an schlankheits-, essens- und gewichtsbezogenen Erziehungseinflüssen. Intrafamiliär

übernommene und weitergegebene Normvorstellungen könnten nach Angaben dieser Autoren einen Risikofaktor für die Entwicklung einer späteren Essstörung darstellen.

Mit unseren Ergebnissen unterstützen wir auch Befunde der Untersuchungen von Kasset et al. [25], dass das Risiko, eine Essstörung zu entwickeln, erhöht ist, wenn die Eltern unter Depressionen, Alkoholismus und Übergewicht [25] leiden. Es scheint, als ob Depressionen, Essstörungen und Alkoholismus der Eltern über unterschiedliche Wirkmechanismen die Transmission psychischer Störungen, insbesondere die von Essstörungen bei ihren Töchtern begünstigen.

Offen bleiben muss gegenwärtig, über welche Wirkfaktoren die Transmission psychischer Erkrankungen genau verläuft. Was die Methodik anbelangt, so scheint der Einsatz klinischer Interviews angezeigt, da diese umfassender sind als Fragebögen. Diese könnten, da sie auf den *wahrgenommenen* elterlichen Alkoholkonsum fokussieren, die klinische Alkoholproblematik überschätzen. Die in unserer Untersuchung verwendete Methode von telefonischen klinischen Interviews mit Eltern hingegen könnte sogar zu einer Unterschätzung des Risikos führen, da unter Umständen der Alkoholismus bagatellisiert wird. Ein anderer Aspekt ist, dass elterlicher Alkoholabusus auch deshalb unterschätzt werden könnte, weil – wie im vorliegenden Fall - Eltern befragt werden, die in einem sozialen Netzwerk leben und noch Kontakt zu ihren Kindern haben. Eltern, bei denen massive Konflikte oder gar ein Kontaktabbruch zu den Kindern vorlag, konnten in dieser Studie nicht befragt werden. Insbesondere bei erhöhtem massiven Alkoholabusus kann davon ausgegangen werden, dass die sozialen Kontakte zu den Angehörigen reduziert sind. Es bleibt nach dieser Replikationsstudie festzuhalten, dass elterlicher Alkoholismus in einem sehr deutlichen Zusammenhang mit der Entwicklung einer Essstörung bei Töchtern steht. Weitere Belastungsfaktoren – wie Depressionen und eigenen Essstörungen der Eltern - sind aber ebenfalls in Betracht zu ziehen.

Als Fazit für die Praxis kann festgehalten werden: Elterlicher Alkoholismus stellt einen Risikofaktor dafür dar, dass Töchter eine Essstörung entwickeln. Zur ersten Erfassung der wahrgenommenen elterlichen Alkoholbelastung bei Kindern können die beiden CAST-Skalen „Intrapsychische Belastungen“ und „Interaktionelle Belastungen“ als Screeninginstrument genutzt werden. Er kann auf intrapsychische Belastungen der Kinder und interpersonelle Störungen innerhalb der Familie hinweisen. Zur Gewinnung eines umfassenden Bilds sind Klinische Interviews unerlässlich.

Literaturverzeichnis

1 Pilat, J. & Jones, J. A. (1982). A screening test and treatment program for children in alcoholic families. *Paper presented at the 30th National Alcoholism Forum of the National Council on Alcoholism, Washington, D. C., April, 1982.*

2 Baltruschat, N., Geissner, E. & Klein, M. (2005). Elterlicher Alkoholmissbrauch. Risikofaktor für eine Essstörung der Töchter. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 13 (2), 58-68.*

3 Fairburn, C.G. & Beglin, S.J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 147, 401-408.*

4 Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1998). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV)*. 2. Auflage. Hogrefe Verlag.

5 Stice, E. (2001). Risk factors for eating pathology: Recent advances and future directions. In Striegel-Moore, R. und Smolak, L. (Hrsg.). *Eating Disorders. Innovative Direction in research and practice.* (S. 51-73). American Psychological Association, Washington, D.C.

6 Wittchen, H.U., Nelson, C.B. & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine, 28, 109-126.*

7 Hsu, L.K.G. (1990). *Eating disorders*. New York: Guilford Press.

8 Killen, J.D., Taylor, C.B., Hayward, C. et al. (1994). Pursuit of thinness and onset of eating disorder symptoms in a community sample of adolescent girls: A three-year prospective analysis. *International Journal of Eating Disorders, 16, 227-238.*

9 Killen, J.D., Taylor, C.B., Hayward, C. et al. (1996). Weight concerns influence the development of eating disorders: A 4-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 936-940.*

10 Kraemer, H. Ch., Kraemer-Lowe, K. & Kupfer, D. J. (2005). *To your health: How to understand what research tells us about risk*. US: Oxford University Press.

11 Warschburger, P. & Kröller, K. (2005). Adipositas im Kindes- und Jugendalter: Was sind Risikofaktoren für die Entstehung einer Binge Eating Disorder? *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 13 (2), 69-78.*

12 Geissner, E. & Schary, K. (2005). Familiäre und soziokulturelle Faktoren bei Essstörungssymptomen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 13 (2), 44-57.

13 Geissner, E. (2005). Risikofaktoren und Präventionsmaßnahmen bei Essstörungen. Editorial. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 13 (2), 41-43.

14 Patton, G. C., Johnson-Sabine, E., Wood, K. et al. (1990). Abnormal eating attitudes in London schoolgirls: A prospective epidemiological study: Outcome at twelve month follow-up. *Psychological Medicine*, 20, 383-394.

15 Stice, E., Agras, W. S. (1998). Predicting onset and cessation of bulimic behaviors during adolescence: A longitudinal grouping analyses. *Behavior Therapy*, 29, 257-276.

16 Casper, R. C. (1998). Depression and eating disorders. *Depression and Anxiety*, 8 (1), 96-104.

17 Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating psychopathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128 (5), 825-848.

18 Jacobi, C., Hayward, C., De Zwaan, Kraemer, H., C. & Agras, S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130 (1), 19-65.

19 Foley, D. L., Thacker, L. R., Aggen, S. H. et al. (2001). Pregnancy and perinatal complications associated with risks for common psychiatric disorders in a population-based sample of female twins. *American Journal of Medical Genetics*, 105, 426-431.

20 Kaye, W., Gendall, K. & Strober, M. (1998): Serotonin neuronal function and selective serotonin reuptake inhibitor treatment in anorexia and bulimia nervosa. *Biological Psychiatry*, 44 (9), 825-838.

21 Jacobi, C., Thiel, A. & Paul, T. (1996). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa*. Psychologie Verlags Union, 3-156.

22 Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H. A. & Welch, S.L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56, 468-476.

23 Fairburn, C.G., Doll, H. A., Welch, S. L. et al. (1998). Risk factors for binge-eating disorder: A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 425-432.

- 24 Fairburn, C.G., Welch, S.L., Doll, H. A. et al. (1997). Risk factors for bulimia nervosa. A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 54, 509-517.
- 25 Kasset, J. A., Gershon, E. S., Maxwell, M. E. et al. (1989). Psychiatric disorders in the first-degree relatives of probands with bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 146 (11), 1468-1471.
- 26 Black, C. (1981). *It will never happen to me*. Denver, CO. Medical Administration Company.
- 27 Black, C. (1990). *Double duty*. New York. Ballantine Books.
- 28 Bulik, C. M. (1987). Alcohol use and depression in women with bulimia. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 13, 343-355.
- 29 Claydon, P. (1987). Self-reported alcohol, drug, and eating-disorder problems among male and female collegiate children of alcoholics. *Journal of American College Health*, 36 (2), 111-116.
- 30 Hudson, J. I., Pope, H. G., Jonas, J. M., Todd, D & Frankenberg, F. (1987). A controlled family history study of bulimia. *Psychological Medicine*, 17, 883-890.
- 31 Kuntz, B., Groze, V. & Yates, W. R. (1992). Bulimia: A systemic family history perspective. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 73 (10), 604-612.
- 32 Mintz, L. B., Kashubeck, S., Tracy, L. S. (1995). Relations among parental alcoholism, eating disorders, and substance abuse in nonclinical college women: Additional evidence against the uniformity myth. *Journal of Counseling Psychology*, 42 (1), 65-70.
- 33 Stout, M. L. & Mintz, L. B. (1996). Differences Among Nonclinical College Women With Alcoholic Mothers, Alcoholic Fathers, and Nonalcoholic Parents. *Journal of Counseling Psychology*, 43 (4), 466-472.
- 34 Garner, D. M., Olmsted, M. P. & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-35.
- 35 Zobel, M. , Rösch, W. & Quinten, C. (1994). Jahresbericht 1993. Zahlen – Daten – Fakten. *Thomm Therapie Texte*, 6, Heft 2.

36 Robinson, B. (1990). Identifying preschool children of alcoholic parents. *Early Child Development and Care*, 61, 65-75.

37 Baltruschat, N., Geissner, E. & Klein, M. (2007). Deutsche Version des Children of Alcoholics Screening Test (CAST) – Befunde bei Patientinnen mit Magersucht und Bulimie. *Suchttherapie*, 8, 74-81.

38 Demmel, R. (2000). Epidemiologie. In Poehlke, T., Flenker, I., Follmann, A., Kremer, G. & Rist, F. (Hrsg.). *Suchtmedizinische Versorgung. Band 1: Grundlagen der Behandlung* (S. 15-22). Berlin: Springer.

39 Fichter, M. M. (1999). Anorektische und bulimische Eßstörungen. In Berger, M. (Hrsg.). *Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 715-739). München: Urban & Schwarzenberg.

40 Westenhöfer, J. (1992). Gezügeltes essen und Störbarkeit der Kontrolle. Göttingen: Hogrefe.

41 Sher, K. J. (1991). *Children of alcoholics. A critical appraisal of theory and research*. Chicago: University. Chicago Press.

42 Garner, D. M. & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitude Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.

43 Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y. & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitude Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.

44 Thiel, A. & Paul, T. (1988). Entwicklung einer deutschsprachigen Version des Eating-Disorder-Inventary (EDI). *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 9 (4), 267-278

45 Jones, J. W. (1982). Preliminary test manual: The Children of Alcoholics Screening Test. Chicago. Family Recovery Press.

46 Jones, J. (1985). *Children of Alcoholics Screening Test*. Chicago: Camelot Unlimited.

47 Roosa, M. W., Sandler, I. N., Beals, J. & Short, J. L. (1988). Risk status of adolescent children of problem-drinking parents. *American Journal of Community Psychology*, 16, 225-239.

48 Dinning, W. D. & Berk L. A. (1989). The children of alcoholics screening test: Relationship to sex, family environment and social adjustment in adolescents. *Journal of Clinical Psychology* (45), 335-339.

49 Kashubeck, S. & Christensen, S. A. (1992). Differences in distress among adult children of alcoholics. *Journal of Counseling Psychology*, 39 (3), 356-362.

50 Newcomb, M. D., Stollman, G. D. & Vargas, J. H. (1995). Adult Children of Alcoholics In and Out of Psychotherapy : Issues of Intimacy and Interpersonal Relationships. *Journal of Applied Social Psychology*, 25 (4), 279-296.

51 Jones, J. (1983). The Children of Alcoholics Screening Test: A validity study. *Bulletin of Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 2, 155-163.

52 Staley, D. & El Guebaly, N. (1991). Psychometric evaluations of the Children of Alcoholics Screening Test (CAST) in a psychiatric sample. *International Journal of the Addiction*, 26, 657-668.

53 Clair, D. C. & Genest, M. (1992). The Children of Alcoholics Screening Test: Reliability and relationship to family environment, adjustment and alcohol-related stressors of adolescent offspring of alcoholics. *Journal of Clinical Psychology*, 48, 414-420.

54 Murphy, C. M. & O`Farrell, T. J. (1996). Marital violence among alcoholics. *Current Directions in Psychological Science*, 5, 183-186.

55 Grych, J. H. & Fincham, F. D. (1990). Marital conflict and children`s adjustment: A cognitive-contextual framework. *Psychological Bulletin*, 108, 267-290.

56 Wolin, S. und Wolin, S. (1995). Resilience among youth growing up in substance-abusing families. *Substance Abuse*, 42, 415-429.

57 Striegel-Moore, R.H., Silberstein, L.R. & Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychologist*, 41,246-263.

Autorenanschrift

Dipl.-Psych. Nicole Baltruschat
Spenglerstr. 13 A
90443 Nürnberg
Email: kontakt@psychotherapie-baltruschat.de

Prof. Dr. Michael Klein
Katholische Fachhochschule NRW Köln
Wörthstr. 10
50668 Köln

Prof. Dr. Edgar Geissner
Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck
Am Roseneck 6
83209 Prien am Chiemsee