

Finzer, Patrick / Haffner, Johann und Müller-Küppers, Manfred

Zu Verlauf und Prognose der Anorexia nervosa: Katamnese von 41 Patienten

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 47 (1998) 5, S. 302-313

urn:nbn:de:bsz-psydok-40637

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

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

Nutzungsbedingungen

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

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

Kontakt:

PsyDok

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

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

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

BLESKEN, K.W.: Der unerwünschte Vater: zur Psychodynamik der Beziehungsgestaltung nach Trennung und Scheidung (The Unwanted Father: On the Psychodynamics of Father-Child Relations after Separation and Divorce)	344
BONNEY, H.: Lösungswege in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie – Studie zur klinischen Evaluation (Approaches to Outpatient Child and Adolescent Psychiatry – Study of Clinical Evaluation)	499
KIRSCH, C./RAHM, D.: Nicht therapierbar? – Bericht über ein Gruppentherapieprojekt mit psychosozial schwer beeinträchtigten Kindern (No Therapy Possible? A Group Therapy Model for Psychologically Disturbed and Socially Disadvantaged Children)	683
KOCH-MÖHR, R.: Computer in der Kinderpsychotherapie – Über den Einsatz von Computerspielen in der Erziehungsberatung (Computers in Child Psychotherapy – About the Application of Computer Games in Child Guidance)	416
MALLMANN, D./NEUBERT, E.O./STILLER, M.: Wegschicken, um weiterzukommen: die Kurzentlassung als eine Handlungsmöglichkeit stationärer Psychotherapie mit Jugendlichen (Send Away in Order to Advance: Short-time Dismissal as an Alternative Method of the Juvenile Stationary Psychotherapy)	331
MILLNER, M.M./FRANTHAL, W./STEINBAUER, M.: Zyklisches Erbrechen als Leitsymptom einer Regression (Cyclic Vomiting Syndrome as Cardinal Sign of a Regression)	406
ROEB, D.: Aspekte der Gruppentherapie mit sexuell mißbrauchten Kindern – Symbolische Verarbeitungsformen und die Gestaltung der Initialphase (Aspects of Group Therapy with Sexually Abused Children – Forms of Coping by Symbols and the Featuring of the Initial Phase)	426
WURST, E.: Das „auffällige“ Kind aus existenzanalytischer Sicht (The „Unbalanced“ Child in the Light of Existential Analysis)	511

Originalarbeiten / Originals

BECKER, K./PAULI-POTT, U./BECKMANN, D.: Trimenonkoliken als elterliche Klage in der pädiatrischen Praxis: Merkmale von Mutter und Kind (Infantile Colic as Maternal Reason of Consulting a Pediatrician: Characteristics of Mother and Child)	625
DE CHÂTEAU, P.: 30 Jahre später: Kinder, die im Alter von bis zu drei Jahren in einer Beratungsstelle vorgestellt wurden (A 30-Years Prospective Follow-Up Study in Child Guidance Clinics)	477
DIEBEL, A./FEIGE, C./GEDSCHOLD, J./GODDEMEIER, A./SCHULZE, F./WEBER, P.: Computergestütztes Aufmerksamkeits- und Konzentrationstraining bei gesunden Kindern (Computer Assisted Training of Attention and Concentration with Healthy Children)	641
EVERS, S.: Die Situation der Musiktherapie in der stationären Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie (The Situation of Music Therapy in Pediatrics and in Child and Adolescent Psychiatry)	229
FINZER, P./HAFFNER, J./MÜLLER-KÜPPERS, M.: Zu Verlauf und Prognose der Anorexia nervosa: Katamnese von 41 Patienten (Outcome and Prognostic Factors of Anorexia Nervosa: Follow-up Study of 41 Patients)	302

GOLDBECK, L.: Die familiäre Bewältigung einer Krebserkrankung im Kindes- und Jugendalter. Möglichkeiten der standardisierten Erfassung mit Selbstbeurteilungsverfahren: Ergebnisse einer empirischen Vorstudie (Families Coping with Cancer during Childhood and Adolescence. Practicability of Standardized Self-assessment Methods: Results of a Pilot Study)	552
HAGER, W./HÜBNER, S.: Denkförderung und Strategieverhalten: vergleichende Evaluation zweier Denkförderprogramme (Cognitive Training and Thinking Strategies: a Comparative Evaluation)	277
KÄSSLER, P./BREME, K.: Evaluation eines Trainingsprogramms für ängstliche Kinder (Evaluation of a Group Therapy Program for Anxious Children)	657
KIESE-HIMMEL, C./HÖCH, J./LIEBECK, H.: Psychologische Messung taktil-kinästhetischer Wahrnehmung im frühen Kindesalter (Psychological Measurement of Tactile-Kinesthetic Perception in Early Childhood)	217
KRECH, M./PROBST, P.: Soziale Intelligenzdefizite bei autistischen Kindern und Jugendlichen – Subjektive Theorien von Angehörigen psychosozialer Gesundheitsberufe (Personal Theories of Deficient Social Intelligence of Autistic Persons in Health Care Professionals: an Exploratory Field Study)	574
LIMM, H./V. SUCHODOLETZ, W.: Belastungserleben von Müttern sprachentwicklungsgestörter Kinder (Stress of Mothers with Language Impaired Children)	541
MÖLLER-NEHRING, E./MOACH, A./CASTELL, R./WEIGEL, A./MEYER, M.: Zum Bedingungsgefüge der Störung des Sozialverhaltens bei Kindern und Jugendlichen einer Inanspruchnahmepopulation (Conditions of Conduct Disorders in a Clinic-referred Sample)	36
REISEL, B./FLOQUET, P./LEIXNERING, W.: Prozeß- und Ergebnisqualität in der stationären Behandlung: ein Beitrag zur Evaluation und Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Process and Outcome Quality in Inpatient-Care: a Contribution to Evaluation and Quality Assurance in Child and Adolescent Psychiatry)	705
SCHREDL, M./PALLMER, R.: Geschlechtsspezifische Unterschiede in Angstträumen von Schülerinnen und Schülern (Gender Differences in Anxiety Dreams of School-aged Children)	463
V. ASTER, M./MEIER, M./STEINHAUSEN, H.-C.: Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton Zürich: Vergleich der Inanspruchnahme von Ambulanz, Tagesklinik und Station (Child and Adolescent Psychiatric Services in the Canton of Zurich: A Comparison of Outpatient, Day Clinic, and Inpatient Referral Populations)	668

Übersichtsarbeiten / Reviews

BIERMANN, G./BIERMANN, R.: Das Scenotestspiel im Wandel der Zeiten (The Sceno Game in the Course of Time)	186
BUDDEBERG-FISCHER, B.: Die Entwicklung familientherapeutischer Konzepte – Wechselwirkung zwischen Patienten- und Therapeutenfamilie (The Development of Family Therapy – Interrelationship Between the Patient's and the Therapist's Family)	174
BÜRGIN, D.: Drum zwingt, wem ein Zwang gegeben? (Should constrain, who is constrained?)	66
DOHERTY, W.J./MCDANIEL, S.H./HEPWORTH, J.: Medizinische Familientherapie bei Kindern mit chronischer Krankheit (Medical Family Therapy for Childhood Chronic Illness)	1
EGGERS, C.: Konversionssymptome im Kindes- und Jugendalter (Conversion Disorders in Childhood and Adolescence)	144

EGGERS, C.: Reizschutzmodell der Frühschizophrenie: ein integrativer ätiologischer und therapeutischer Ansatz (A Stimulus Barrier Model of Early Onset Schizophrenia: an Integrative Aetiological and Therapeutic Approach)	740
ESSAU, C.A./BASCHTA, M./KOGLIN, U./MEYER, L./PETERMANN, F.: Substanzmißbrauch und – abhängigigkeit bei Jugendlichen (Substance Abuse and Dependence in Adolescents) . .	754
FONAGY, P./MORAN, G.S./TARGET, M.: Aggression und das psychische Selbst (Aggression and the Psychological Self)	125
HEEKERENS, H.-P.: Evaluation von Erziehungsberatung: Forschungsstand und Hinweise zu künftiger Forschung (Evaluation of Child Guidance: State of Research and Comments on Future Research)	589
HIRSCHBERG, W.: Probleme der Gefährlichkeitsprognose im jugendpsychiatrischen Gutachten (The Prediction of Violent Behavior in Forensic Adolescent Psychiatry)	314
HUNDALSZ, A.: Beratung, Psychotherapie oder Psychologische Beratung? Zum Profil therapeutischer Arbeit in der Erziehungsberatung (Counselling, Psychotherapy of Psychological Counselling? The Profile of Therapy in Educational Guidance)	157
KLEMENZ, B.: Kinderplandiagnostik (Plan Diagnosis with Children)	722
RESCH, F./SCHULTE-MARKWORT, M./BÜRGIN, D.: Operationalisierte psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (Operationalized Psychodynamic Diagnostic in Children and Adolescents – a Contribution to Quality Management in Psychotherapy)	373
RÜTH, U.: Gutachterliche Probleme im Sorgerechtsentzugsverfahren nach §§ 1666, 1666a BGB im Spannungsfeld zwischen Kontrolle und helfender Funktion (Problems Concerning the Expert's Assessment of the Restriction of Parental Rights Particularly with Regards to Control or Assistance)	486
STECK, B.: Eltern-Kind-Beziehungsproblematik bei der Adoption (Parent-Child Relationship Problems in Adoption)	240
STREECK-FISCHER, A.: Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter – neuere psychoanalytische Sichtweisen und Behandlungsansätze (Compulsive Disorders in Childhood and Adolescence – New Psychoanalytic Views and Treatment Approaches)	81
TREMPER, V.: Zur Wechselwirkung von Rahmen und Inhalt bei der Behandlung dissozialer Kinder und Jugendlicher (Interaction of Frame and Content in the Treatment of Dissocial Children and Adolescents)	387
VAN DEN BERGH, P./KLOMP, M.: Erziehungspläne als Steuerungsinstrumente der Jugendhilfe in den Niederlanden (Educational Plans as Control Instruments in Youth Care in the Netherlands)	767
VAN DER KOLK, B.A.: Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata (The Psychology and Psychobiology of Developmental Trauma)	19
WIESSE, J.: Zur Gegenübertragung in der psychoanalytischen Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Zwängen (Countertransference in Dynamic Treatment of Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorders)	96

Werkstattbericht / Brief Report

ROMBERG, A.: Die Elternarbeit einer kinderpsychiatrischen Station im Urteil der Eltern (Parents Judgement Concerning Family Work of a Child Psychiatric Ward)	773
---	-----

Buchbesprechungen

ASENDORPF, J.B.: Psychologie der Persönlichkeit	118
BAHR, R.: Schweigende Kinder verstehen. Kommunikation und Bewältigung bei elektivem Mutismus	530
BENZ, A.: Der Überlebenskünstler. Drei Inszenierungen zur Überwindung eines Traumas	697
BIEN, W. (Hg.): Familie an der Schwelle zum neuen Jahrtausend. Wandel und Entwicklung familialer Lebensformen	361
BLANK-MATHIEU, M.: Jungen im Kindergarten	532
BOECK-SINGELMANN, C./EHLERS, B./HENSEL, T./KEMPER, F./MONDEN-ENGELHARDT, C. (Hg.): Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 2: Anwendung und Praxis	780
BÖNISCH, L./LENZ, K. (Hg.): Familien: Eine interdisziplinäre Einführung	366
BOOTHE, B./HEIGL-EVERS, A.: Psychoanalyse der frühen weiblichen Entwicklung	264
BRICKENKAMP, R.: Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests	57
CIERPKA, M. (Hg.): Handbuch der Familiendiagnostik	53
CLAAR, A.: Was kostet die Welt? Wie Kinder lernen, mit Geld umzugehen	613
DU BOIS, R.: Junge Schizophrene zwischen Alltag und Klinik	448
DUDEL, J./MENZEL, R./SCHMIDT, R.F.: Neurowissenschaft. Vom Molekül zur Kognition ...	114
DURRANT, M.: Auf die Stärken kannst du bauen. Lösungsorientierte Arbeit in Heimen und anderen stationären Settings	527
EICKHOFF, F.W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 36	206
EISENMANN, B.: Erzählen in der Therapie. Eine Untersuchung aus handlungstheoretischer und psychoanalytischer Perspektive	267
ELBING, U.: Nichts passiert aus heiterem Himmel – es sein denn, man kennt das Wetter nicht. Transaktionsanalyse, geistige Behinderung und sogenannte Verhaltensstörungen	533
FRANKE, U. (Hg.): Prävention von Kommunikationsstörungen	788
GAGE, N.L./BERLINER, D.C.: Pädagogische Psychologie	50
GEWERT, U.: Sexueller Mißbrauch an Mädchen aus der Sicht der Mütter. Eine Studie über Erleben und Bewältigung der Mütter betroffener Mädchen	270
GUTHKE, J.: Intelligenz im Test. Wege der psychologischen Intelligenzdiagnostik	614
HANTEL-QUITMANN, W.: Beziehungsweise Familie. Arbeits- und Lesebuch Familienpsychologie und Familientherapie; Bd. 1. Metamorphosen, Bd. 2: Grundlagen	790
HARTMANN, K.: Lebenswege nach Heimerziehung. Biographien sozialer Retardierung ...	526
HILWEG, W./ULLMANN, E. (Hg.): Kindheit und Trauma – Trennung, Mißbrauch, Krieg ...	786
HIRSCH, M.: Schuld und Schuldgefühl. Zur Psychoanalyse von Trauma und Introjekt ...	209
KÖPP, W./JACOBY, G.E. (Hg.): Beschädigte Weiblichkeit: Eßstörungen, Sexualität und sexueller Mißbrauch	269
KRAUTH, J.: Testkonstruktion und Testtheorie	54
KREBS, H./EGGERT SCHMID-NOERR, A. (Hg.): Lebensphase Adoleszenz. Junge Frauen und Männer verstehen	702
KUSCH, M./LAVOUIE, H./FLEISCHACK, G./BODE, U.: Stationäre psychologische Betreuung in der Pädiatrie	442
LEHMKUHL, G. (Hg.): Chronisch kranke Kinder und ihre Familien	443
LIENERT, G./RAATZ, U.: Testaufbau und Testanalyse	54
LINDEN, M./HAUTZINGER, M. (Hg.): Verhaltenstherapie	615
MANSEL, J. (Hg.): Glückliche Kindheit –schwierige Zeiten? Über die veränderten Bedingungen des Aufwachsens	364

MARKGRAF, J. (Hg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen	618
MEERMANN, R./VANDEREYCKEN, W. (Hg.): Verhaltenstherapeutische Psychosomatik. Klinik, Praxis, Grundversorgung	620
MEYER, W.U./SCHÜTZWOHL, A./REISENEZEIN, R.: Einführung in die Emotionspsychologie, Bd. II: Evolutionspsychologische Emotionstheorien	205
MILZ, I.: Neuropsychologie für Pädagogen	114
MITCHELL, R.R./FRIEDMAN, H.S.: Konzepte und Anwendungen des Sandspiels	788
MÖNKES, F.J./KNOERS, A.M.P.: Lehrbuch der Entwicklungspsychologie	117
NEUENSCHWANDER, M.P.: Entwicklung und Identität im Jugendalter	448
NEUMANN, W./PETERS, B.: Als der Zahnarzt Zähne zeigte ... Humor, Kreativität und therapeutisches Theater in Psychotherapie, Beratung und Supervision	529
Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hg.): Studien zur Kinderpsychoanalyse, Bd. XIII	208
OTTO, U. (Hg.): Aufwachsen in Armut. Erfahrungswelten und soziale Lagen von Kindern armer Familien	700
PETERMANN, F. (Hg.): Fallbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Erklärungsansätze und Interventionsverfahren	784
PETERMANN, F. (Hg.): Kinderverhaltenstherapie – Grundlagen und Anwendungen	616
PETERMANN, U.: Entspannungstechniken für Kinder und Jugendliche. Ein Praxisbuch ...	617
PIONTELLI, A.: Vom Fetus zum Kind: Die Ursprünge des psychischen Lebens. Eine psychoanalytische Beobachtungsstudie	268
PLAUM, E.: Einführung in die Psychodiagnostik	56
PÖRTNER, M.: Ernstnehmen – Zutrauen – Verstehen. Personenzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen	49
RAUCHFLEISCH, U.: Alternative Familienformen. Eineltern, gleichgeschlechtliche Paare, Hausmänner	790
RECKERT, W.: Väterlichkeit und pädagogische Profession am Beispiel der Heimerziehung	524
REIMER, C./ECKERT, J./HAUTZINGER, M./WILKE, E.: Psychotherapie – Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen	116
REINELT, T./BOGYI, G./SCHUCH, B. (Hg.): Lehrbuch der Kinderpsychotherapie	781
REMSCHMIDT, H. (Hg.): Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter	782
RODEWIG, K. (Hg.): Der kranke Körper in der Psychotherapie	266
ROSSMANN, P.: Einführung in die Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters	116
ROST, J.: Testtheorie, Testkonstruktion	54
SANDLER, J. (Hg.): Über Freuds „Die endliche und die unendliche Analyse“. Freud heute – Wendepunkte und Streitfragen, Bd. 1	698
SCHAD, U.: Verbale Gewalt bei Jugendlichen	446
SCHMITT, G.M./KAMMERER, E./HARMS, E. (Hg.): Kindheit und Jugend mit chronischer Erkrankung	441
SCHROEDER, J./HILLER-KETTERER, I./HÄCKER, W./KLEMM, M./BÖPPLE, E.: „Liebe Klasse, ich habe Krebs!“ Pädagogische Begleitung lebensbedrohlich erkrankter Kinder und Jugendlicher	528
SCHUMANN-HENGSTLER, R./TRAUTNER, H.M. (Hg.): Entwicklung im Jugendalter	444
SIGUSCH, V. (Hg.): Sexuelle Störungen und ihre Behandlung	696
SPECK, O.: System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung	52
STROEBE, W./HEWSTONE, M./STEVENSON, G. (Hg.): Sozialpsychologie. Eine Einführung ...	204
THÖMA, H./KÄCHELE, H.: Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd. 1: Grundlagen ..	264

THOMASIU, R.: Familiendiagnostik bei Drogenabhängigkeit. Eine Querschnittstudie zur Detailanalyse von Familien mit opiatabhängigen Jungerwachsenen	534
TÖLLE, R.: Psychiatrie, einschließlich Psychotherapie	205
WARSCHBURGER, P.: Psychologie der atopischen Dermatitis im Kindes- und Jugendalter .	443
WILMER, I.: Sexueller Mißbrauch von Kindern. Empirische Grundlagen und kriminalpoli- tische Überlegungen	272
WURMSER, L.: Die verborgene Dimension. Psychodynamik des Drogenzwangs	785
ZINNECKER, J./SIEBEREISEN, R.K.: Kindheit in Deutschland. Aktueller Survey über Kinder und ihre Eltern	362

Editorial / Editorial	63
Autoren und Autorinnen /Authors	48, 105, 203, 263, 355, 440, 524, 607, 694, 779
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	105, 356, 608
Tagungskalender / Calendar of Events	59, 121, 212, 273, 368, 451, 536, 622, 703, 793
Mitteilungen / Announcements	61, 123, 214, 371, 454, 540, 624, 704, 795

Zu Verlauf und Prognose der Anorexia nervosa: Katamnese von 41 Patienten

Patrick Finzer, Johann Haffner und Manfred Müller-Küppers

Summary

Outcome and Prognostic Factors of Anorexia Nervosa: Follow-up Study of 41 Patients

The purpose of the following study was a multidimensional assessment of the course of anorexia nervosa. In our follow-up-study we were able to examine 41 out of 51 patients meeting DSM-III R criteria for anorexia nervosa in our department at a mean follow-up of 5;3 years. At the first evaluation the patients were characterized by an early age of onset (mean 14;2 years), no or very little previous psychiatric treatment, and restrictive eating habits (72,5%); the mean age was 15;2 years. At the time of follow-up, the physical outcome was unfavourable for 50% of the patients; one patient had died. The psychosocial outcome was less favourable for 60%. Against the background of a neurotic structure, social and sexual disturbances were found although the patient's weight was often normal. Depressive symptoms and a "slimness ideal" were found among a large number of patients, just as much as the fear of gaining weight – which prove to be a reliable indicator for the continuation of an eating disorder. A multidimensional evaluation facilitates an assessment of the determinants of prognosis. Previous psychiatric treatment and low body weight were associated with an unfavourable, mention of problems/disturbances in the family environment with a good somatic outcome. Outpatient treatment indicates a favourable psychosocial outcome.

Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Studie war es, eine mehrdimensionale Betrachtung des Verlaufs der Anorexia nervosa durchzuführen. In der vorgestellten Katamnese konnten von 51 Patienten unserer Klinik, bei denen die Diagnose einer Anorexia nervosa – gemäß dem DSM-III R – gestellt wurde, 41 nach im Mittel 5;3 Jahren nachuntersucht werden. Die Ausgangsstichprobe zeigte einen frühen Krankheitsbeginn (im Mittel 14;2 Jahre), keine oder wenige psychiatrische Vorbehandlungen und restriktives Essverhalten (72,5%); das durchschnittliche Alter betrug 15;2 Jahre. Zum Katamnesezeitpunkt blieben bezüglich Gewicht und Menstruationsfunktion – somatisches Ergebnis – 50% der Patienten auffällig; ein Patient war verstorben. In psychosozialer Hinsicht waren dagegen 60% der Patienten auffällig. Bei oft schon normaler Gewichtssituation blieben vor dem Hintergrund einer neurotischen Struktur soziale und sexuelle Auffälligkeiten bestehen. Depressive Verstimmung und ein übersteigertes Schlankeitsideal waren in ho-

hem Maße erhalten geblieben, ebenso die charakteristische Angst vor einer Gewichtszunahme, die sich als ein guter Indikator für das Fortbestehen einer EBstörung erwies. Die mehrdimensionale Nachuntersuchung erleichterte die Ableitung einer differenzierten Prognose. Mit einem schlechten somatischen Ergebnis gingen vorherige psychiatrische Therapien und eine hohe Abweichung vom Idealgewicht einher, ein gutes Ergebnis war mit der Nennung von familiären Konflikten in der Kindheit der Patienten assoziiert. Eine gute psychosoziale Verfassung zeigten Patienten, die ambulant behandelt werden konnten.

1 Einleitung und Fragestellungen

Der langfristige Verlauf der Anorexia nervosa ist bis heute nicht hinreichend bekannt. Dies ist um so überraschender, als die Magersucht seit über 100 Jahren als klinische Entität definiert ist und katamnestische Studien, die deren Verlauf und Prognose untersuchen, bereits in großer Zahl durchgeführt wurden. STEINHAUSEN et al. (1991) berichten von 67 Nachuntersuchungen in den letzten vier Dekaden.

Die Ergebnisse der zahlreichen Verlaufsuntersuchungen sind jedoch aufgrund methodischer Probleme oft nur schwerlich miteinander vergleichbar. Hsu (1980) folgert in seiner Übersichtsarbeit, daß die Ergebnisse stark abhängen von der Selektion der Fälle, die eine Serie bilden und den Kriterien, mit denen die Ergebnisse bestimmt werden. Zum ersten Punkt zählen z.B. das Fehlen von klaren und allgemeinakzeptierten Diagnosekriterien, die Nachuntersuchung einer heterogenen Stichprobe mit oft zu geringer Stichprobengröße und eine große Ausfallrate. Neben diesen nennen VANDEREYKEN und PIERLOOT (1983) folgende weitere Punkte: eine „negative“ Auswahl an Patienten einer Klinik, die als spezialisiertes Zentrum für Anorexia nervosa gilt, und Patienten, die in einer Katamnese nicht berücksichtigt werden, weil sie eine Behandlung abbrechen, oder Kriterien für eine Behandlung nicht erfüllen. Unter den zweiten von Hsu (1980) genannten Punkt fallen nur eindimensionale Betrachtungen des Outcomes (meist des körperlichen Zustandes), Datenerhebungen ohne reliables und valides Instrumentarium und das Fehlen eines persönlichen Gesprächs bei der Nachuntersuchung, häufig ersetzt durch telefonische oder postalische Auskünfte.

Diese Probleme veranlaßten Hsu (1987) sechs Kriterien für eine gute Nachuntersuchung der Anorexia zu formulieren; (a) explizite diagnostische Kriterien, (b) mehr als 25 Patienten pro Studie, (c) Mindestnachuntersuchungszeitpunkt mehr als vier Jahre nach Krankheitsbeginn, (d) weniger als 20% Ausfallrate, (e) direkte Interviews bei der Nachuntersuchung in über der Hälfte der Fälle und (f) eine multiple, wohldefinierte Ergebnis-Betrachtung.

Die vorgestellte Studie wurde unter Berücksichtigung dieser methodischen Probleme aufgebaut mit den folgenden Zielsetzungen:

- (a) Nachuntersuchung einer möglichst unselektierten Klinikstichprobe nach mindestens einem Jahr nach der Erstuntersuchung in einem persönlichen Gespräch, unabhängig von der Form der Betreuung durch unsere Klinik (ambulant, stationär oder ein nur einmaliger Kontakt).

- (b) Eine mehrdimensionale Betrachtung sollte neben dem körperlichen auch den psychischen und sozialen Status erfassen und Auskunft über Interaktionen der unterschiedlichen Outcomegrößen liefern.
- (c) Gestützt auf diese Größen sollte eine differenzierte Vorhersage des Verlaufs abgeleitet werden.

2 Methodisches Vorgehen

2.1 Untersuchungsplan und -ablauf

In die Ausgangsstichprobe wurden alle 51 Probanden aufgenommen, die sich in den Jahren 1982–1988 in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Heidelberg vorgestellt hatten und bei denen in der Dokumentation die Diagnose einer Anorexia nervosa vermerkt worden war. Aus den umfangreichen Krankengeschichten ließ sich in allen Fällen die Diagnose „Anorexia nervosa“ gemäß den Kriterien des DSM-III R rekonstruieren und die Daten zur Beschreibung der Ausgangsstichprobe entnehmen.

Die Patienten der Ausgangsstichprobe wurden unter ihrer aktuellen Adresse angesprochen und zu einer Nachuntersuchung in unsere Klinik eingeladen. Diese bestand aus dem psychopathologischen Teil des Strukturierten Interviews für Anorexia und Bulimia nervosa (SIAB-P; FICHTER et al. 1991) sowie offenen Fragen zur jetzigen Lebenssituation, beruflichen, schulischen und sozialen Entwicklung und zum Verlauf der Erkrankung. Persönlichkeitsmerkmale wurden mit dem Gießen-Test (BECKMANN et al. 1975), körperliche Beschwerden mit dem Gießener Beschwerdebogen (BRÄHLER u. SCHEER 1983) erfaßt.

An Patienten, die es ablehnten, zu einer Nachuntersuchung in unsere Klinik zu kommen, verschickten wir eine Sammlung von Fragen des SIAB-P, die entsprechend des SIAB-Manuals präzise und allgemeinverständlich operationalisiert waren (FINZER 1994), sowie offene Fragen zum Krankheitsverlauf, zu ihrer jetzigen sozioökonomischen Situation und die beiden Tests (GT und GBB) mit der Bitte, diese ausgefüllt an uns zurückzuschicken. In diesen Fällen versuchten wir nach Erhalt des Fragebogens ein telefonisches Interview zu führen, um uns einen Eindruck vom Befinden des Patienten zu machen und weitere Items des SIAB-P zu erfassen, die in dem verschickten Fragebogen nicht enthalten waren.

Nach diesem Untersuchungsplan konnten 32 Patienten (62,7%) in einem persönlichen Interview, 7 Patienten (13,7%) mit einem Fragebogen und einem telefonischen Interview und ein Patient (2,0%) nur mit einem Fragebogen nachuntersucht werden; ein Patient (2,0%) war verstorben. Der Interviewer war in allen Fällen weder in die Diagnostik noch in die Betreuung der Patienten involviert.

Die Nachuntersuchungen fanden im Mittel 6;6 Jahre nach dem Beginn der EBStörung (2;4 – 12; 1 Jahre) bzw. 5;3 Jahre (1;7 – 10;5 Jahre) nach der Erstuntersuchung statt. Bei der Nachuntersuchung lag das Durchschnittsalter der Patienten bei 21 Jahren (16–28 Jahre).

2.2 Stichprobe und Ausfälle

Befunde der Ausgangsstichprobe: In der Zeit von 1982–1988 war bei 50 weiblichen und einem männlichen Patient die Diagnose Anorexia nervosa gestellt worden, die retrospektiv die Kriterien des DSM-III R erfüllte. Mindestens eine psychiatrische Vorbehandlung hatten 23,5% der Patienten vor der Aufnahme in unsere Klinik. Zum Zeitpunkt der Aufnahme waren die Probanden im Durchschnitt 15;5 Jahre (12–19 Jahre) alt, der Beginn der Eßstörungen lag im Mittel bei 14; 2 Jahren (11–18 Jahre). Das Gewicht betrug zu diesem Zeitpunkt durchschnittlich 71,0% des Idealgewichtes (GEIGY 1982b; 47,5%–84,6%), der Body-mass-Index (BMI; GEIGY 1982 a) betrug im Mittel 14,7 (10,3–17,5).

Wie aus Tabelle 1 bezüglich der Psychopathologie zu entnehmen ist, lagen Freßanfälle und Laxantienabusus mit jeweils 9,8% nur selten bei der Aufnahme vor. Erbrechen erwies sich mit ca. 20% als doppelt so häufig. Das reine Fasten oder das Hungern als ausschließliche Methode des angestrebten Gewichtsverlustes (restriktives Verhalten) stand beim größten Teil der Stichprobe (72,5%) im Vordergrund. Fast die Hälfte der Patienten (47,1%) wurde bei der Aufnahme als depressiv beurteilt.

Das Ausbildungsniveau der Klientel war sehr hoch, mit einem Anteil an Gymnasiasten von 60,8%; der Anteil an Realschülern (27,4%) und an Hauptschülern (3,9%) war deutlich geringer.

74,5% der Patienten ließen sich der Mittelschicht und 25,5% der Unterschicht (KLEINING u. MOORE 1969) zuordnen; damit war der Mittelschichtanteil in dieser Stichprobe deutlich überrepräsentiert.

Bei 37,5% der Patienten kam es nach einem einmaligen ambulanten Kontakt zu keinerlei weiterführender Betreuung durch unsere Klinik. In einer zweiten Gruppe (35,5%) kam es zu einer ambulanten Betreuung mit zumeist paralleler Psychotherapie bei einem niedergelassenen Therapeuten und vereinzelten kurzen auswärtigen Klinikaufenthalten. Bei 27,5% der Fälle kam es über eine ambulante Betreuung hinaus zu einer stationären Behandlung in unserer Klinik.

Selektion der Katamnesestichprobe: Die Gegenüberstellung von nachuntersuchten und nicht nachuntersuchten Patienten, wie in Tabelle 1 aufgeführt, zeigt eine sehr große Gemeinsamkeit der beiden Gruppen: diese entsprachen sich hinsichtlich ihrer Gewichtssituation, ihres Erkrankungsalters, ihres Alters beim Erstkontakt in unserer Klinik und der essensbezogenen psychopathologischen Daten (Freßanfälle usw.). Die Patienten, die dieser Nachuntersuchung zur Verfügung standen, waren aus höheren sozialen Schichten und besaßen eine höhere Bildung. Ebenso zeigten sie eher eine depressive Symptomatik und waren häufiger über eine längere Betreuung (stationär oder ambulant) mit unserer Klinik verbunden.

2.3 Ergebnisbeurteilung

Um die Verlaufsergebnisse zu kategorisieren, verwendeten wir für die somatische Dimension einen auf dem „general outcome“ nach MORGAN und RUSSEL (1975) basierenden Outcome-Score: Als *gutes* Ergebnis gilt, wenn das Körpergewicht innerhalb von 15% des durchschnittlichen Körpergewichtes aufrechterhalten wird und ein regelmäßiger Menstruationszyklus stattfindet. Ein *mittelmäßiges* Ergebnis liegt vor, wenn sich das Körpergewicht innerhalb von 15% des durchschnittlichen Körpergewichtes einstellt und/oder wenn fortlaufende Menstruationsstörungen vorhanden sind. Ein *schlechtes* Ergebnis liegt vor, wenn niemals die Höhe des durchschnittlichen Körpergewichtes plus/minus 15% erreicht wird; die Menstruation ist nahezu oder völlig abwesend.

Tab. 1: Stichprobenmerkmale der Gesamt-Stichprobe, der nachuntersuchten (Katamn.) und der nicht-nachuntersuchten Patienten (Nicht)

Stichprobenmerkmale	Stichprobe (n=51)		Katamn. ^o (n=40)		Nicht (n=10)	
	%	(SD)	%	(SD)	%	(SD)
<i>Anamnese der Magersucht</i>						
Alter bei Beginn der Eßstörungen	14;2 [#]	(1.6)	14;3 [#]	(1.5)	13;9 [*]	(1.5)
Vorherige Therapie						
– keine	76.5		77.5		80.0	
– eine oder mehrere	23.5		22.5		20.0	
Alter beim Erstkontakt mit der KJP-HD*	15;5 [#]	(1.6)	15;6 [#]	(1.7)	15;2 [#]	(1.1)
Therapie in der KJP-HD*						
– einmalig	37.3		32.5		50.0	
– ambulant	35.3		37.5		30.0	
– stationär	27.5		30.0		20.0	
<i>Körperliche Daten</i>						
Idealgewichtsanteil	71.0 [#]	(8.8)	71.6 [#]	(8.2)	71.3 [#]	(8.7)
<i>Psychopathologie</i>						
Freßanfälle (ja)	9.8		10.0		10.0	
Erbrechen (ja)	19.6		17.5		30.0	
Laxantienabusus (ja)	9.8		7.5		20.0	
Depressivität (ja)	47.1		52.5		20.0	
<i>Soziodemograph. Daten</i>						
Schichtzugehörigkeit ⁺						
Mittelschicht						
– obere	15.7		17.5		10.0	
– mittlere	33.3		35.0		20.0	
– untere	25.5		22.5		40.0	
Unterschicht						
– obere	25.5		25.0		30.0	
Schulart						
– Abitur	2.0		2.5		–	
– Gymnasium	60.8		70.0		30.0	
– Mittlere Reife	2.0		2.5		–	
– Realschule	27.4		17.5		60.0	
– Hauptschul-Abschl.	3.9		5.0		–	
– Hauptschule	3.9		2.5		10.0	

^o Ein Patient verstorben; wurde hier nicht berücksichtigt.

[#] Angabe als Mittelwert (Standardabweichung in Klammern).

* KJP-HD: Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Heidelberg.

⁺ Operationalisierung nach KLEINING und MOORE (1968).

Zur Betrachtung der *psychopathologischen und sozialen Dimension* des Outcomes wurden die SIAB-P-Items und die Skalen der beiden Tests zu Summenscores zusammengefaßt. Entsprechend der inhaltlichen Schwerpunkte ließen sich ein psychischer und ein sozialer Score bilden. In ersteren flossen die allgemeinen psychopathologischen und die eßstörungenbezogenen Items des SIAB sowie die GT-S-Skala „Grundstimmung“ und die GBB-Skala „Beschwerdedruck“ ein; der soziale Score setzt sich aus den sozial- und sexualitätsbezogenen Items des SIAB und den GT-S-Skalen „Soziale Resonanz“, „Durchlässigkeit“ und „Soziale Potenz“ zusammen (FINZER 1994). Psychischer und sozialer Score wurden zum psychosozialen Score, der psychosoziale und der oben beschriebene somatische Score wurden zum Gesamtergebnis-Score zusammengefaßt; diese drei Scores bestimmten wir für die 39 Patienten, für die die Daten vollständig vorlagen.

2.4 Auswahl der Prädiktoren

In den umfangreichen Krankengeschichten suchten wir nach folgenden in der Literatur häufig untersuchten potentiellen Prädiktoren; natale Genese, Alter bei Beginn der Eßstörung, vorherige Therapie (ja/nein), Krankheitsdauer, Art der Betreuung in unserer Klinik (stationär, ambulant, einmaliger Kontakt), Abweichung vom Idealgewicht, Menarchealter, Freßanfälle, Erbrechen, Laxantienabusus, Depressivität, Zwänge und nach der Nennung familiärer Konflikte (ja/nein), entweder „aktuell“ bei der Aufnahme oder „nicht-aktuell“ in der Vorgeschichte. Als abhängige Variablen dienten die oben beschriebenen Ergebnis-Scores.

Diese möglichen Zusammenhänge von Outcome-Scores und Prädiktoren wurden über Pearson-Korrelationen untersucht. Die Datenerfassung und -auswertung wurde mit Hilfe des Programmpaketes SAS der Version 6.04 durchgeführt.

3 Ergebnisse

3.1 Befunde der Katamnese

Symptomebene: Die Gewichtssituation hatte sich bei einem großen Teil der nachuntersuchten Patienten deutlich verbessert: im Durchschnitt wurden 91,7% (67,7% - 116,6%) des Idealgewichts (GEIGY 1982 b) erreicht; nur ein Patient überschritt das Gewicht um mehr als 15% des Idealgewichtes, elf Patienten lagen um mehr als 15% darunter. Der durchschnittliche Wert des BMI (GEIGY 1982a) betrug 18,9 (13,9 - 24,2). Eine normale Menstruationsfunktion fanden wir bei 50% der Patienten; bei weiteren 15% lag eine Oligomenorrhoe und bei 35% eine Amenorrhoe vor.

Bezüglich der psychopathologischen Aspekte fanden sich Laxantienabusus und Freßanfälle in je 10% der Fälle, selbstinduziertes Erbrechen in 7,5%. Alkohol- oder Drogenmißbrauch wurde von allen Patienten verneint.

Bei über einem Drittel (40%) fand sich eine auffällige gedankliche Zentriertheit auf Nahrung und/oder auf die Figur, die charakteristische „Angst vor einer Gewichtszu-

nahme“ wiesen 45% der Patienten auf, eine depressive Stimmung 31,8%. Differentialdiagnostisch relevante Krankheitsbilder, wie hirnganische Erkrankungen, Schizophrenien oder schizoaffektive Psychosen konnten wir nicht beobachten.

In sozialer Hinsicht fiel bei etwa einem Viertel der Fälle (23,1%) eine Einschränkung der Freizeitaktivitäten und in etwas über einem Drittel (35,9%) ein vermindertes Ausmaß der sozialen Kontakte auf; sexuelle Ängste fanden sich bei 32,5% der Patienten. Verheiratet waren lediglich zwei Patienten; alle nachuntersuchten Patienten waren kinderlos.

Einen Schulabschluß hatten bereits 67,5% der nachuntersuchten Patienten, 30% waren noch Schüler. Mit einem Anteil von 42,5% Abiturienten und 15% Gymnasiasten blieb die nachuntersuchte Gruppe auf einem hohen Ausbildungsniveau. Bis auf zwei gingen alle nachuntersuchten Patienten (95%) einer regelmäßigen Tätigkeit nach, was für ihre gute sozioökonomische Anpassung spricht.

Nach der Vorstellung in unserer Klinik kam es bei 77,5% der Patienten zu mindestens einer nachfolgenden Therapie im Katamnesezeitraum. Ein Patient hatte weder vor noch nach seiner einmaligen Vorstellung in unserer Klinik eine Therapie begonnen und war in diesem Sinne unbehandelt.

Faktoren-Niveau des SIAB: Einen Vergleich der nachuntersuchten Gruppe und der Kontrollgruppe des SIAB auf Faktoren-Niveau zeigt Tabelle 2. Bezüglich der Faktoren „Schlankheitsideal“ und „Depressivität“ zeigten die nachuntersuchten Patienten einen deutlich erhöhten Mittelwert, der über eine Standardabweichung von der Kontrollgruppe liegt. Die größte Abweichung fand sich bezüglich des Faktors „Soziale Integration und Sexualität“ (Abweichung der Mittelwerte von zwei Standardabweichungen).

Bezüglich der Faktoren „Angst und Zwang“, „Laxantienabusus“ und „bulimische Symptome“ zeigt sich die nachuntersuchte Gruppe als unauffällig; sie zeichnet sich durch eine geringere Neigung zu Freßanfällen aus.

Ergebnisse der Fragebögen: Im GT (s. Tab. 2) zeigte sich für die nachuntersuchte Klientel eine deutlich neurotische Struktur. Auffällige Werte ergaben sich bei den Skalen „Dominanz“, und „Soziale Resonanz“; die Patienten beschrieben sich also als dominierend und erlebten sich in der Interaktion mit der Umgebung als eher unattraktiv.

Die Befunde der GBB für die nachuntersuchten Patienten zeigten eine signifikante Abweichung der Skala „Magenbeschwerden“ von der Norm: diese klagten häufiger über Völlegefühl, Erbrechen, Übelkeit, Aufstoßen, Sodbrennen und Magenbeschwerden.

Ergebnisse auf Score-Niveau: Die Ergebnisse der verschiedenen Scores zeigt Tabelle 3. Betrachtet man die körperliche Situation der nachuntersuchten Klientel anhand des somatischen Scores, so läßt sich die Hälfte der Patienten als unauffällig bezeichnen; die andere Hälfte bleibt in leichtem bis deutlichem Maße auffällig – ein Patient war an den Folgen der Magersucht verstorben.

In psychosozialer Hinsicht sind etwa 60% der Patienten auffällig, also deutlich mehr als bezüglich der somatischen Ergebnisse. Psychische Auffälligkeiten blieben oft bei unauffälligem somatischen Status bestehen.

Tab.2: Ergebnisse des SIAB und der standardisierten Fragebögen für die Gesamtgruppe

Faktoren	M _N (SD)	M _K (SD)	AvK
<i>SIAB – Faktoren</i>			
Schlankheitsideal	1.1 (0.9)	0.5 (0.5)	+
Soziale Integration und Sexualität	1.1 (1.1)	0.3 (0.4)	++
Depressivität	1.1 (0.9)	0.6 (0.4)	++
Angst und Zwang	0.4 (0.4)	0.4 (0.4)	o
Bulimische Symptome	0.5 (0.4)	0.4 (0.5)	o
Laxantienabusus	0.5 (0.7)	0.2 (0.5)	o
Skalen	M _N (SD)	M _p (SD)	Sign.
<i>GBB – Skalen</i>			
Erschöpfung	5.7 (5.1)	5.2 (4.7)	
Magenbeschwerden	3.6 (4.1)	2.4 (2.9)	*
Gliederschmerzen	5.6 (5.2)	4.8 (4.1)	
Herzbeschwerden	3.0 (3.4)	2.5 (3.0)	
Beschwerdedruck	17.9 (15.8)	15.0 (12.0)	
Skalen	M _N (SD)	TS	Sign.
<i>GT – S – Skalen</i>			
Soziale Resonanz	25.8 (7.8)	44.6	*
Dominanz	23.9 (4.7)	42.8	**
Kontrolle	26.2 (4.7)	47.4	***
Grundstimmung	27.9 (6.4)	58.8	
Durchlässigkeit	24.3 (8.4)	51.6	
Soziale Potenz	20.6 (7.5)	48.2	

M: Mittelwerte; M_N: der Nachuntersuchten; M_K: der Kontrollgruppe

M_p: Populationsmittelwert.

SD: Standardabweichungen.

TS: T-Werte der Skalen; T-Werte aus Normentabelle des GT.

AvK: Abweichung von der Kontrollgruppe

o: wie Stichprobe (Mittelwertdifferenz (MD) = 1 SD der Stichprobe.

+ Stichprobe deutlich auffälliger (MD > 1 SD),

++ Stichprobe sehr deutlich auffälliger (MD > 2 SD).

Sign: Signifikante Abweichung vom Populationsmittelwert

(Chi²-Test mit Alphaadjustierung nach BONFERONI-HOLM)

*p<0.00455 **p<0.00045 ***p<0.00009.

3.2 Interaktion zwischen den Nachuntersuchungsergebnissen

Symptomebene: Auf Symptomebene erwies sich die charakteristische „Angst vor einer Gewichtszunahme“ als guter Indikator für das Fortbestehen einer Eßstörung. In 14

Tab. 3: Verteilung des somatischen (SE), des psychosozialen (PSYSO) und des Gesamtergebnis-Scores (GE) für 39 Patienten im Vergleich mit den Ergebnissen von Hsu (1987)

Kategorien	SE ^a		PSYSO		GE		Hsu (1987)
	n	%	n	%	n	%	%
Gut	20	50.0	16	40.0	19	47.5	44
Mittelmäßig	6	15.0	15	37.5	10	25.5	28
Schlecht	13	32.5	8	20.0	10	25.5	24
Verstorben	1	2.5	1	2.5	1	2.5	2
Total	40	100.0	40	100.0	40	100.0	

Anmerkungen:

^a Für einen weiteren Patienten waren nur Angaben zu Gewicht und Menstruationsfunktion zu erhalten, aufgrund derer er der „mittelmäßigen“ Kategorie zuzuordnen wäre. Bei n=41 ergäbe sich für das somatische Ergebnis eine Verteilung von „gut“: 48,4%, „mittelmäßig“: 17,1% und „schlecht“: 31,7%.

von 18 Fällen hing diese Angst mit Störungen im somatischen Bereich (12 Fälle) oder im Eßverhalten (ein Fall von Laxantienabusus, ein Fall von bulimischem Verhalten) zusammen.

Ein besonders eindrücklicher Zusammenhang ergab sich bezüglich der depressiven Symptomatik. Von den 12 nachuntersuchten Probanden mit deutlich depressiver Stimmung zeigten zehn (83,3%) Auffälligkeiten hinsichtlich der Menstruationsfunktion und/oder der Gewichtssituation. Umgekehrt zeigte sich, daß von den elf Patienten, die bei der Nachuntersuchung keine depressiven Symptome zeigten, sieben (63,6%) körperlich unauffällig waren.

Score-Ebene: Die somatischen und psychosozialen Scores werden in Tabelle 4 dargestellt. Auf Score-Ebene ergaben sich bei etwa einem Drittel der Patienten Unterschiede zwischen körperlichem und psychosozialem Befund: So weist z.B. bei den 15 Patienten mit mittlerer psychosozialer Anpassung ein Drittel ein „gutes“ und vierzig Prozent ein „schlechtes“ somatisches Ergebnis aus. Etwa ein Viertel dieser Gruppe zeigen übereinstimmend „mittelmäßige“ Befunde in beiden Scores.

Tab. 4: Kreuztabelle für das somatische und psychosoziale Ergebnis bei 39 Patienten

	Somatisches Ergebnis		
	gut	mittelmäßig	schlecht
Psychosoziales Ergebnis			
gut	15	1	–
mittelmäßig	5	4	6
schlecht	–	1	7

3.3 Prognose

Die Zusammenhänge zwischen prognostischen Faktoren und Ergebnis-Scores gehen aus Tabelle 5 hervor. Es zeigt sich, daß für den somatischen und den psychischen Bereich unterschiedliche Prädiktoren gelten. Prädiktoren, die einen signifikanten Zusammenhang mit einem schlechten somatischen Ergebnis aufwiesen, sind „vorherige psychiatrische Therapie“ und „Abweichung vom Idealgewicht“; mit guten Ergebnissen dieses Scores ging die „Nennung von nicht-aktuellen familiären Konflikten“ einher.

Der Prädiktor, der einen signifikanten Zusammenhang mit einem guten psychosozialen Ergebnis aufwies, war die „ambulante Betreuung“ in unserer Klinik; die Patienten mit stationärer Betreuung oder einem nur einmaligen Kontakt wiesen keinen solchen Zusammenhang auf.

Tab. 5: Korrelationskoeffizienten zwischen Prädiktoren und psychosozialem Ergebnis und somatischem Ergebnis

<i>Ergebnis-Scores</i>	PSYSO	SE
<i>Prädiktoren</i>		
– Vorherige Therapie (ja/nein)	.20	.38 ^a
– Abweichung vom Idealgewicht	.29	.34 ^a
– Nichtakt. fam. Konflikt	-.29	-.36 ^a
– Form der Betreuung in unserer Klinik:		
– ambulant	-.36 ^a	-.11
– stationär	.11	.01
– einmalig	.26	.11

Anmerkungen:

^a $p < 0.05$.

PSYSO: Psychosoziales Ergebnis, SE: Somatisches Ergebnis.

4 Diskussion

Stichprobe und Selektion: Den methodischen Aspekten einer Katamnese der Anorexia nervosa sollte in der vorliegenden Studie besondere Bedeutung zukommen.

Die Ausfallquote erfüllt mit 19,6% das von Hsu (1987) vorgeschlagene Kriterium von weniger als 20%. Diese Quote muß auch in Anbetracht der Tatsache gesehen werden, daß nur reliable Daten der Patienten selbst verwandt wurden. Mit einer mittleren Katamnesedauer von ca. fünf Jahren kann die vorliegende Studie nur eine Aussage über den mittelfristigen Verlauf der Magersucht machen. Um kein akutes Geschehen zu messen, wurde die von GARFINKEL et al. (1977) in ihrer Studie gezogene Grenze von einem Jahr beachtet. Einschränkend muß allerdings die große Streubreite der Katamnesedauer innerhalb der Stichprobe gesehen werden.

Nach den Befunden von HALMI (1974) über das Manifestationsalter der Anorexia nervosa handelt es sich bei der vorliegenden Stichprobe um eine Gruppe von Magersüchtigen mit eher früherem Krankheitsbeginn. Dem niedrigen Erkrankungsalter der nachuntersuchten Patienten entspricht der niedrige Anteil an vorherigen Therapien, so daß wir es fast mit einer nativen Stichprobe zu tun haben.

In somatischer Hinsicht wies die Ausgangsstichprobe bei ihrer ambulanten Aufnahme eine mit anderen Studien (z.B. STEINHAUSEN u. GLANVILLE 1984; STEINHAUSEN u. SEIDEL 1993) vergleichbare Gewichtssituation auf. Hinsichtlich des Eßverhaltens ist der hohe Anteil restriktiver Anorektiker bemerkenswert, die also ausschließlich Fasten oder Hungern, um Gewicht zu verlieren.

Mehrdimensionaler Outcome: Die Abweichung der Ergebnisse des psychosozialen Scores vom somatischen Outcome macht deutlich, daß eine Orientierung an somatischen Kriterien (Gewicht und Menstruationsfunktion) für eine differenzierte Beschreibung nicht ausreicht und der Ergänzung bedarf: 50% der Patienten sind im somatischen Bereich anfällig, fast 60% im psychosozialen. Als Auffälligkeit im psychischen Bereich ist besonders die Angst vor einer Gewichtszunahme mit gedanklicher Zentriertheit auf Nahrung zu nennen, im sozialen Bereich sind dies eingeschränkte soziale Kontakte und sexuelle Ängste.

Die „Angst vor Gewichtszunahme“ war zum Nachuntersuchungszeitpunkt noch weit verbreitet und lag bei fast der Hälfte der Patienten vor. Dieses Symptom erwies sich darüber hinaus als sehr zuverlässiger Indikator für das Fortbestehen einer Eßstörung. Das Untergewicht durch Erbrechen und/oder Laxantien aufrechtzuerhalten war im Verlauf weitgehend unverändert. Das restriktive Verhalten nahm jedoch im Verlauf deutlich ab, von etwa 73% auf 36%.

Eine depressive Symptomatik blieb in hohem Maße fortbestehen. Dieser hohe Anteil bei der Nachuntersuchung muß dahingehend eingeschränkt werden, daß bereits in der Gruppe der nachuntersuchten Patienten mehr Depressive waren als in der Gruppe der „Verweigerer“. Der Zusammenhang von schlechtem körperlichen Zustand und Depression ist dabei evident.

Die Ergebnis-Abweichung der vorliegenden Arbeit im Vergleich mit den von Hsu (1987) ausgewählten Studien läßt sich durch verschiedene als prognostisch günstig geltende Eigenschaften der Stichprobe erklären. Zu nennen sind der frühe Krankheitsbeginn, die kurze Krankheitsdauer, die geringe Anzahl vorheriger Therapien und der hohe Anteil restriktiver Magersüchtiger. In die gleiche Richtung dürften der größere Anteil von Patienten aus höheren sozialen Schichten und ein höheres Bildungsniveau der nachuntersuchten Patienten weisen.

Prognose: Die prognostische Aussage unserer Untersuchung muß dahingehend eingeschränkt werden, daß die Prädiktoren nicht systematisch und nur retrospektiv erfaßt wurden. Drei von vier Faktoren, die einen signifikanten Zusammenhang mit dem Outcome zeigen, nämlich „vorherige Therapie“, „Gewichtsabweichung“, „ambulante Betreuung in unserer Klinik“, können jedoch als reliabel gelten. Der Zusammenhang eines niedrigen Aufnahmegewichtes mit einem schlechten somatischen Outcome wurde in der Literatur häufiger beschrieben (z.B. MORGAN u. RUSSEL 1975). Für das psychosoziale Ergebnis weist der positive Zusammenhang mit der

ambulanten Behandlung auf eine gute Therapiemotivation und soziale Integration hin.

Die für unterschiedliche Scores abweichenden Prognoseergebnisse, sowie die oftmals bleibenden Defizite im sozialen Bereich, bei häufig schon unauffälligem körperlichen Status, zeigen die Notwendigkeit mehrdimensional angelegter Nachuntersuchungen. Nur so läßt sich ein besseres Verständnis über den komplexen Verlauf der Anorexia nervosa gewinnen.

Literatur

- American Psychiatric Association (1987): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition. Revised. Washington, DC.
- BECKMANN, D./BRÄHLER, E./RICHTER, H.-E. (1975): Der Giessen-Test (GT): Ein Test für Individual- und Gruppendiagnostik, 3. Aufl. Bern: Huber.
- BRÄHLER, E./SCHEER, J. (1983): Der Giessener Beschwerdebogen (GBB): Handbuch. Bern: Huber.
- FICHTER, M.M./ELTON, M./ENGEL, K./MEYER, A.-E./MALL, H./POUSTKA, F. (1991): Structured Interview for Anorexia and Bulimia Nervosa (SIAB): Development of a New Instrument for Assessment of Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders* 10(5), 571-592.
- FINZER, P. (1994): Katamnese und Prognose der Anorexia nervosa - Methodische Probleme und Untersuchungsergebnisse. Med. Diss. Univ. Heidelberg.
- GARFINKEL, P.E./MOLDOFSKY, H./GARNER, D.M. (1977): The outcome of anorexia nervosa. In: VIGERSKY, R.A. (Ed.): *Anorexia nervosa*. New York, Raven Press, S. 315-329.
- Geigy (1982a): Wissenschaftliche Tabellen. 8. Aufl., Teilband Somatometrie und Biochemie. Referenzstandard der Körpermasse nach Jelliffe. Basel.
- Geigy (1982b): Wissenschaftliche Tabellen. 8. Aufl., Teilband Somatometrie und Biochemie: M/L² (body-mass index) von Nordamerikanern. Basel.
- HALMI, K.A. (1974): Anorexia nervosa: Demographic and clinical features in 94 cases. *Psychosom. Med.* 36, 18-26.
- HSU, L.K.G. (1987): Outcome of anorexia nervosa: A review of the literature (1954 to 1978). *Archives of General Psychiatry* 37, 1041-1046.
- HSU, L.K.G. (1987): Outcome and treatment effects. In: BEAUMONT, P.J./BURROWS, J./CASPER, R.C. (eds.): *Handbook of Eating Disorders, Part 1*. London: Elsevier Science Publishers, S. 271-377.
- KLEINING, G./MOORE, H. (1968): Soziale Selbsteinstufung: Ein Instrument zur Messung sozialer Schichten. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 20, 502-552.
- MORGAN, H.G./RUSSEL, G.F.M. (1975): Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: Four-year follow-up study of 41 patients. *Psychological Medicine* 5, 355-371.
- STEINHAUSEN, H.-CH./GLANVILLE, K. (1984): Der langfristige Verlauf der Anorexia nervosa: *Nervenarzt* 55, 236-248.
- STEINHAUSEN, H.-CH./RAUSS-MASON, C./SEIDEL, R. (1991): Follow-up studies of anorexia nervosa: a review of four decades of outcome research. *Psychological Medicine* 21, 447-454.
- STEINHAUSEN, H.-CH./SEIDEL, R. (1993): Outcome in Adolescent Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders* 14(4), 487-496.
- VANDEREYCKEN, W./PIERLOOT, R. (1983): Long-term outcome research in anorexia nervosa: The problem of patient selection and follow-up duration. *International Journal of Eating Disorders* 2(4), 237-242.

Anschrift der Verfasser: Dr. Patrick Finzer, Psychiatrische Klinik der Universität Heidelberg, Abt. f. Kinder- u. Jugendpsychiatrie, Blumenstraße 8, 69115 Heidelberg.