

Neumärker, Klaus Jürgen / Steinhausen, Hans-Christoph / Dudeck,
Ursula / Neumärker, Ursula / Seidel, Reinhold und Reitzle, Matthias
**Eßstörungen bei Jugendlichen in Ost- und West-Berlin in den 80er
Jahren**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 43 (1994) 2, S. 60-68

urn:nbn:de:bsz-psydok-37043

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

Erziehungsberatung

- HUNDSALZ, A.: Erziehungsberatung zwischen Beratung und behördlicher Mitwirkung (Educational Guidance between Counseling and Official Participation) 157
- JAEDE, W./WOLF, J./ZELLER, B.: Das Freiburger Gruppeninterventionsprogramm für Kinder aus Trennungs- und Scheidungsfamilien (The Freiburg Group Intervention Program for Children from Separated and Divorced Families) 359
- KNOKE, H.: Rollenkonfusion in der Nachscheidungsphase (Role Confusion in the Phase after a Divorce) 366

Familientherapie

- CZECH, R./WERNITZNIG, H.: Therapeutische Briefe als Intervention in der Familientherapie – dokumentiert am Fallbeispiel einer Schulphobie (Therapeutical Letters as an Effective Ressource in Family Therapy – Documented by a Case of School Phobia) 304
- REITER, L./REITER-THEIL, S./EICH, H.: Der ethische Status des Kindes in der Familientherapie und systemischen Therapie. Antwort auf Kritik (The Ethical Status of the Child in Family Therapy and Systemic Therapy) 379

Forschungsergebnisse

- BOEGER, A./SEIFFGE-KRENKE, I.: Body Image im Jugendalter: Eine vergleichende Untersuchung an gesunden und chronisch kranken Jugendlichen (Body Image in Adolescents: A Comperative Investigation of Healthy and Chronically Ill Adolescents) 119
- ELBING, U./ROHMANN, U.H.: Auswirkungen eines Intensivtherapie-Programms für verhaltensgestörte Geistig-behinderte auf ihre Bezugspersonen im Heim (Effects of an Intensive Therapy Program Designed for Mentally Handicapped Persons with Severe Behavioral Problems on Their Staff Personal in a Residential Institution) 90
- HOKSBERGEN, R./JUFFER, F./TEXTOR, M.R.: Attachment und Identität von Adoptivkindern (Attachment and Identity of Adopted Children) 339
- KLICPERA, C./GASTEIGER-KLICPERA, B.: Sind die Lese- und Rechtschreibleistungen der Buben stärker von der Unterrichtsqualität abhängig als jene der Mädchen (Does the Reading and Spelling Achievement of Boys Depend More Strongly on the Quality of Classroom Teaching than the Achievement of Girls?) 2
- KUSCH, M./LABOUVIE, H./BODE, U.: Unterschiede im aktuellen Befinden zu Beginn der Krebstherapie und mögliche Folgen: Eine Pilotstudie in der pädiatrischen Onkologie (Differences in Actual State in the Beginning of Cancer Treatment and Its Implications: A Pilot Study in Pediatric Oncology) 98
- LUGT-TAPPESE, H./WIESE, B.: Prospektive Untersuchung zum mütterlichen Verhalten in der Neugeborenenzeit: eine Erkundungsstudie (A Prospective Study on Mater-

- nal Behavior During the Period of New-born Child: A Pilot Study) 322
- LUGT-TAPPESE, H.: Können Kinder ihre Ängste schildern? Eine Interviewstudie zum Vergleich der Einschätzung kindlicher Ängste durch Verhaltensbeobachtung, die Kinder selbst, deren Erzieherinnen und Mütter (Are Children able to describe their Anxieties? An Interview Study) 194
- NEUMÄRKER, K.J./STEINHAUSEN, H.C./DUDECK, U./NEUMÄRKER, U./SEIDEL, R./REITZLE, M.: Eßstörungen bei Jugendlichen in Ost- und West-Berlin in den 80er Jahren (Eating Disorders in East- and West-Berlin in the Eighties) 60
- ROGNER, J./WESSELS, E.T.: Bewältigungsstrategien bei Müttern und Vätern mit einem erst- oder zweitgeborenen geistig behinderten Kind (Coping of Mothers and Fathers with a First- or Second-born Mentally Handicapped Child) 125
- SCHNURNBERGER, M.: Zur Situation von Bewegungs- und Körpertherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (The Situation of Movement- and Body Therapy in Inpatient Child and Adolescent Psychiatry) 208
- SOHR, S.: Ist es schon ‚fünf nach zwölf‘? Entwicklung einer Skala zu ‚Ökologischer Hoffnungslosigkeit‘ (Is it “Five past Twelve” Already? Development of a New Instrument to measure ‘Ecological Hopelessness’) 203
- WAGNER, H.: Auditive Wahrnehmungsprobleme und verbale und nonverbale Intelligenzleistungen (Auditory Perception Problems and Verbal and Non-verbal Intelligence Achievements) 106
- WOLKE, D./MEYER, R./ORTH, B./RIEGEL, K.: Häufigkeit und Persistenz von Ein- und Durchschlafstörungen im Vorschulalter: Ergebnisse einer prospektiven Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe in Bayern (Prevalence and Persistence of Sleeping Problems during the Preschool Years: A prospective Investigation in a Representative Sample of South German Children) 331

Praxisberichte

- HEINEMANN, C.: Neuentscheidungstherapie bei Pflege-, Adoptiv- und Heimkindern mit Scheiterer-Verläufen (New Decision-Making Therapy in Foster Children, Adopted Children and Children Living in Children's Homes with Courses of Failure) 130
- JARCZYK, B./ROSENTHAL, G.: „Gewalt“ und Erziehungsberatung (“Violence” and Child Guidance) 163
- KUNTZAG, L.: Diagnostische Probleme bei Verdacht auf sexuellen Mißbrauch an behinderten Vorschulkindern (Diagnostic Problems in Developmentally Retarded Children Suspected of Having been Sexually Abused) 21
- SONNENBURG, M.: Zur Konzeption von Elterngruppen in der stationären Psychotherapie von Kindern (On the Conception of Group Psychotherapy with Parents during Inpatient Psychotherapy of their Children) 175
- SONNENBURG, M.: Die Kränkung der Eltern durch die Krankheit des Kindes – Zur inneren Situation der Eltern

in der stationären Psychotherapie von Kindern (Parents' Wounds through a Child's Illness – On the Psychological Situation of Parents during Inpatient Psychotherapy of their Children)	138	lichkeit in der jungen Generation ("I came here a Stranger, as a Stranger I will go." – From Alienation to Ant-Foreign Sentiment in the Younger Generation)	247
TATZER, E./KRISCH, K./HANICH, R.: Arbeit mit psychisch gestörten Eltern in einer kinderpsychiatrischen Einrichtung (Working with Mentally Disturbed Parents in a Psychiatric Institution for Children)	170	REMSCHMIDT, H./MATTEJAT, F.: Kinder psychotischer Eltern – eine vernachlässigte Risikogruppe (Children of Psychotic Parents – A Neglected Risk Group)	295
Psychotherapie		RESCH, F.: Magisches Denken und Selbstentwicklung (Magic Thinking and Self Development)	152
CRAMER, B.: Mutter-Kleinkind-Beziehung: Beginn der psychischen Struktur (Mother-Infant-Relationship: the Beginning of the Psychic Structure)	345	SCHEUERER-ENGLISCH, H./SUESS, G.J./SCHWABE-HÖLLEIN, M.: Das psychologische Sachverständigengutachten als Intervention bei Sorgerechtskonflikten während der Scheidung (The Psychological Expert Opinion as a Form of Intervention in Custody Conflicts during Divorce)	372
DIEZ GRIESER, M.T.: Zur Rolle der Eltern beim Abbruch von Kinderpsychotherapien (On the Role of Parents in Premature Termination of Child Psychotherapy)	300	SOHNI, H.: Geschwisterbeziehungen – Die Einführung der horizontalen Beziehungsdynamik in ein psychoanalytisches Konzept 'Familie' (The Psychoanalytic Starting Position Concerning the Sibling Relationship as attributed to S. Freud)	284
KERN, H.J.: Paradoxe Interventionen: Erklärungsversuche und Kategorisierungen (Paradoxical Interventions: Explanations and Categorizations)	9	STRECK-FISCHER, A.: Männliche Adoleszenz, Fremdenhaß und seine selbstreparative Funktion am Beispiel jugendlicher rechtsextremer Skinheads (Male Adolescence, Xenophobia and its Self-repairing Function using the Example of Adolescent Right-wing Extremist Skin Heads)	259
Übersichten		WALTER, R./REMSCHMIDT, H.: Zum Bedarf an Psychotherapie im Schulalter (On the Need of Psychotherapy for School Children)	223
BAUERS, W.: Das Übertragungsgeschehen in der psychoanalytischen Kindertherapie (Transference in Psychoanalytic Child Therapy)	84	Werkstattberichte	
DERICHS, G./KROHN-JASTER, G.: Integrativer Ansatz zum Umgang mit Teilleistungsschwächen bei 5–8-jährigen (An Integrative Concept to cope with Developmental Retardations of 5 to 8 Years old Children)	215	NETZER, J.: Akzeptanz einer kommunalen Erziehungsberatungsstelle im ländlichen Bereich	27
ERDHEIM, M.: Das fremde Böse (The Strange Evil)	242	Tagungsberichte	
FRIEBEL, V.: Entspannungstraining für Kinder – eine Literaturübersicht (Relaxation Training for Children. A Review of Literature)	16	Bericht über den XIII. Kongreß der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP)	350
HESS, T.: Systemdenken in Schulpsychologie und Schule (Systemic Perspectives in Guidance and Educational Counseling in Public Schools)	45	Buchbesprechungen	
HIRSCHBERG, W.: Kognitive Charakteristika von Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens – eine Übersicht (Cognitive Characteristics of Children and Adolescents with Conduct Disorders – a Review) . .	36	ADLER, M.: Ethnopschoanalyse. Das Unbewußte in Wissenschaft und Kultur	352
HÖGER, C.: Systemische Ansätze in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie (Systemic Aspects in Outpatient Child Psychiatry)	78	BARRON, J./BARRON, S.: Hört mich denn niemand? Eine Mutter und ihr Sohn erzählen, wie sie gemeinsam den Autismus besiegten	182
KAHL-POPP, J.: „Ich bin Dr. Deutschland.“ – Rechtsradikale Phantasien als verschlüsselte Kommunikation in der analytischen Psychotherapie eines Jugendlichen ("I am Dr. Deutschland." – Right-wing Extremist Fantasies as Enciphered Communication in the Analytic Psychotherapy of an Adolescent)	266	BIERMANN, G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie, Bd. V	272
KOHE-MEYER, I.: „Ich bin fremd, so wie ich bin.“ – Migrationserleben, Ich-Identität und Neurose ("I am a Stranger for Everybody." – Experience of Migration, Ego-Identity and Neurosis)	253	BOSSELMANN, R./LÜFFE-LEONHARDT, E./GELLERT, M.: Variationen des Psychodramas – ein Praxisbuch, nicht nur für Psychodramatiker	183
MÄRTENS, M.: Bettnässen als individuelles Symptom und systemisches Ereignis – Überlegungen zur Verwendung hypnotherapeutischer Methoden unter familiendynamischen Aspekten (Enuresis as Individual Symptom and Systemic Event – Considerations Concerning the Application of Hypnotherapy Methods under Aspects of Familydynamics)	54	BOTT SPILUS, E. (Hrsg.): Melanie Klein heute – Entwicklungen in Theorie und Praxis Bd. 1 u. 2	27
PETRI, H.: „Fremd bin ich eingezogen, fremd zieh ich wieder aus.“ – Von der Entfremdung zur Fremdenfeind-		BRACK, U. (Hrsg.): Frühdiagnostik und Frühtherapie. Psychologische Behandlung von entwicklungs- und verhaltensgestörten Kindern	273
		BRÜNDEL, H.: Suizidgefährdete Jugendliche. Theoretische und empirische Grundlagen für Früherkennung, Diagnostik und Prävention	275
		BUCHHOLZ, M.B.: Dreiecksgeschichten. Eine klinische Theorie psychoanalytischer Familientherapie	235
		BÜRGIN, D.: Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter .	183

COOKE, J./WILLIAMS, D.: Therapie mit sprachentwicklungsverzögerten Kindern	73	NEUBAUER, G./SÜNKER, H. (Hrsg.): Kindheitspolitik international. Problemfelder und Strategien	71
DEGENER, G./DIETEL, B./KASSEL, H./MATTHAEI, R./NÖDL, H.: Neuropsychologische Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen	232	PASSOLT, M. (Hrsg.): Hyperaktive Kinder. Psychomotorische Therapie	184
DETTMERING, P.: Die Adoptionsphantasie – Adoption als Fiktion und Realität	352	PETERMANN, F. (Hrsg.): Verhaltenstherapie mit Kindern ..	147
DETTMERING, P.: Die Adoptionsphantasie – Adoption als Fiktion und Realität	352	PETRI, U.: Umweltzerstörung und die seelische Entwicklung unserer Kinder	27
Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.): Beratung von Stieffamilien – Von der Selbsthilfe bis zur sozialen Arbeit	110	PETRI, H.: Verlassen und verlassen werden. Angst, Wut, Trauer und Neubeginn bei gescheiterten Beziehungen ..	30
DITTLER, U.: Software statt Teddybär. Computerspiele und die pädagogische Auseinandersetzung	278	RENNEN-ALLHOFF, B./ALLHOFF, P./BOWI, U./LAASER, U.: Elternbeteiligung bei Entwicklungsdiagnostik und Vorsorge	112
EGGERT, D.: Theorie und Praxis der psychomotorischen Förderung	315	RÖHRLE, B.: Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung ..	187
EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 30, 31, 32	312	RÖTTGEN, G.: Spielerlebnisse zum handelnden Spracherwerb	111
ELLEBRACHT, H./VIETEN, B. (Hrsg.): Systemische Ansätze im psychiatrischen Alltag. Perspektiven und Meinungen aus Theorie und Praxis	72	SCHIFFER, E.: Warum Huckleberry Finn nicht süchtig wurde. Anstiftung gegen Sucht und Selbstzerstörung bei Kindern und Jugendlichen	313
FAHRENFORT, J.: Attachment und Early Hospitalization ..	279	SCHMIDT, M.H.: Kinder- und Jugendpsychiatrie	280
FALLER, H./FROMMER, J. (Hrsg.): Qualitative Psychotherapieforschung	318	SCHUBARTH, W./MELZER, W. (Hrsg.): Schule, Gewalt und Rechtsextremismus	186
FRANSEN, S.: Ganz normal – und doch ver-rückt. Freiwillig in die Jugendpsychiatrie	111	SCHUBBE, O. (Hrsg.): Therapeutische Hilfen gegen sexuellen Mißbrauch an Kindern	313
GAULD, J.W.: Character first – the Hyde School Difference ..	386	SCHUBERT, B.: Erziehung als Lebenshilfe. Individualpsychologie und Schule – ein Modell	72
GIL, E.: Die heilende Kraft des Spiels: Spieltherapie mit mißbrauchten Kindern	315	SCHUMACHER, K.: Musiktherapie mit autistischen Kindern ..	316
GRAWE, K./DONATI, R./BERNAUER, F.: Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession	316	SEIDLER, G. (Hrsg.): Magersucht – öffentliches Geheimnis ..	288
GROSSKURTH, P.: Melanie Klein – ihre Welt und ihr Werk ..	232	SOLNIT, J. (Ed.): The Psychoanalytic Study of the Child, Vol. 47	70
HEINL, P.: Maikäfer flieg, dein Vater ist im Krieg ... Seelische Wunden aus der Kriegskindheit	235	STEINHAUSEN, H.C./VON ASTER, M. (Hrsg.): Handbuch Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen	147
HENNICKE, K./ROTHHAUS, W. (Hrsg.): Psychotherapie und geistige Behinderung	147	STORK, J. (Hrsg.): Kinderanalyse. Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters	32
HESSE, S.: Suchtprävention in der Schule – Evaluation der Tabak- und Alkoholprävention	185	TENT, L./STELZ, I.: Pädagogisch-psychologische Diagnostik	109
HURRELMANN, K.: Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung	317	Testzentrale des Berufsverbandes deutscher Psychologen: Testkatalog 1994/95	318
KASTEN, H.: Die Geschwisterbeziehung, Bd. II: Spezielle Geschwisterbeziehungen	72	TIETZE-FRITZ, P.: Elternarbeit in der Frühförderung. Begegnungen mit Müttern in einer besonderen Lebenssituation	274
KLAUSS, T.: Trennung auf Zeit	274	Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung (Hrsg.): Früherkennung von Entwicklungsrisiken	274
KLEES, K.: Partnerschaftliche Familien: Arbeitsteilung, Macht und Sexualität in Paarbeziehungen	277	VOLLBRECHT, R.: Ost-west-deutsche Widersprüche. Ost-deutsche Jugendliche nach der Wende und im Westen ..	31
KNÖLKER, U./SCHULTE-MARKTWORT, M. (Hrsg.): Subjektivität in der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik, Therapie und Forschung	183	WEBER-KELLERMANN, I.: Die helle und die dunkle Schwelle. Wie Kinder Geburt und Tod erleben	186
KROWATSCHEK, D.: Marburger Konzentrationstraining ..	386		
KUSCH, M.: Entwicklungspsychopathologie und Therapieplanung in der Kinderverhaltenstherapie	185	Editorial 240, 358	
LANFRANCHI, A.: Immigranten und Schule	385	Autoren und Autorinnen dieses Heftes 27, 68, 109, 138, 175, 229, 266, 310, 345, 382	
LAUTH, G.W./SCHLOTTKE, P.F.: Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern	112	Diskussion 179	
LICKONA, T.: Educating for Character – How our Schools can teach Respect and Responsibility	276	Zeitschriftenübersichten 68, 143, 230, 310, 383	
LINDEN, M./HAUTZINGER, M. (Hrsg.): Verhaltenstherapie ..	146	Tagungskalender 34, 74, 114, 148, 188, 236, 280, 319, 354, 387	
LÜCK, H.E./MÜLLER, R. (Hrsg.): Illustrierte Geschichte der Psychologie	353	Mitteilungen 34, 74, 114, 149, 188, 237, 320, 354	
MÖNKS, F.J./YPENBERG, I.H.: Unser Kind ist hochbegabt. Ein Leitfaden für Eltern und Lehrer	235		
MYSCHKER, N.: Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Erscheinungsformen, Ursachen, hilfreiche Maßnahmen	145		

Essstörungen bei Jugendlichen in Ost- und West-Berlin in den 80er Jahren

Klaus Jürgen Neumärker*, Hans-Christoph Steinhausen**, Ursula Dudeck*, Ursula Neumärker*,
Reinhold Seidel*** und Matthias Reitzle**

Zusammenfassung

In diesem zweiten Bericht der Berliner Verlaufsstudie über Essstörungen im Jugendlichenalter werden Daten eines Vergleichs von 39 Patienten in Ost-Berlin und 60 Patienten in West-Berlin aus den 80er Jahren vor der

Deutschen Einheit dargelegt. Hinsichtlich des klinischen Profils ergaben sich bei den Patienten in Ost- im Vergleich zu West-Berlin eine Reihe von Unterschieden: jüngeres Alter bei Erkrankung und stationärer Aufnahme, höhere Geschwisterzahl, seltenere Angaben zu den klinischen Symptomen Lanugo-Haare, Bradykardie, Hypothermie, Obstipation, niedrigere Rate prämorbidier psychopathologischer Auffälligkeiten, geringere Anzahl psychopathologischer Befunde, seltenere Geschwisterrivalität und niedrigere Rate psychopathologisch auffälliger Geschwister, weniger psychisch und körperlich kranke Mütter, höherer Bildungsstand der Mütter und Väter, niedrigerer Beschwerdenwert (BL), weniger gestörte Befindlichkeit (Bf).

* Klinik und Poliklinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Universitätsklinikum Charité, Humboldt Universität zu Berlin.

** Psychiatrische Universitäts-Poliklinik für Kinder und Jugendliche, Zürich.

*** Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst, Berlin-Neukölln.

1 Einleitung

Das fachliche und öffentliche Interesse an den Eßstörungen hält unverändert an. Die Publikationsraten reflektieren diesen Sachverhalt. Kein Bereich dieser Erkrankungen – ob Epidemiologie, Klassifikation, Klinik, Ätiologie, Therapiekonzepte, Evaluation oder Verlauf – bleibt ausgespart (STEINHAUSEN 1991). Da Eßstörungen in verschiedenen Kulturkreisen unterschiedlich häufig in Erscheinung treten, wurden seit Beginn der 70er Jahre auch transkulturelle Aspekte untersucht. Studien in den Ländern Lateinamerikas und Afrikas ließen erkennen, daß Eßstörungen in diesen Regionen überhaupt nicht oder kaum vorkommen (NASSER 1986). Andere dem Themenkreis transkultureller Untersuchungen zuzurechnende Arbeiten beschäftigten sich mit dem Auftreten von Eßstörungen bei Schwarzen in den USA bzw. in der afro-karibischen Population, bei Afrikanern und bei Asiaten in England (LACEY u. DOLAN 1988; NASSER 1988; PATTON u. KING 1991; ROBINSON u. ANDERSON 1985; THOMAS u. SZMUKLER 1985). Vergleichende Studien zum Krankheitsbild liegen auch aus dem südeuropäischen Raum (FICHTER et al. 1988) sowie zwischen deutschen und nordamerikanischen Patienten vor (STEINHAUSEN 1983–85). Deutsch-deutsche Untersuchungen aus der Zeit der Teilung des Landes finden sich bislang nicht.

Der Tradition der Psychiatrischen- und Nerven-Klinik der Charité folgend – KARL LEONHARD hatte bereits in den 60er Jahren differenziert zum Krankheitsbild der Pubertätsmagersucht Stellung bezogen und sein individualtherapeutisches Konzept entwickelt (LEONHARD 1965) – haben wir uns in Ost-Berlin aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht seit 1979 systematisch der Aufgabe zugewandt, Kinder und Jugendliche mit Eßstörungen und dabei vor allem deren Frühformen zu erfassen und zu behandeln. Eine andere Arbeitsgruppe der Klinik beschäftigt sich mit der Charakterisierung und Klassifizierung erwachsener Patienten mit Anorexia nervosa (EHLE et al. 1985). In der DDR bestand anfänglich wenig Sensibilität gegenüber dem Krankheitsbild der Pubertätsmagersucht, wurde sie doch als eine Erkrankung der „höheren Schicht“ betrachtet. Der Sozialstatus „höhere Schicht“ fügte sich schlecht in das Gesellschaftsbild des „Arbeiter- und Bauernstaates“ ein, so daß von daher die Erkrankung wenig Resonanz erfuhr. Im Jahre 1982 berichteten wir über unsere Ergebnisse bei 18 Mädchen und 3 Jungen mit einer Pubertätsmagersucht (DÖLL u. NEUMÄRKER 1982), die entsprechend den von FEIGHNER und Mitarbeitern (1972) aufgestellten Kriterien diagnostiziert worden waren. Bei den Patienten handelte es sich um eine Inanspruchnahmepopulation, die von Jahr zu Jahr größer wurde. Sie umfaßte aber nicht ausschließlich Kinder und Jugendliche aus dem Ost-Berliner Raum, sondern schloß ein weites Einzugsgebiet der DDR ein. Da wir alle Patienten nachbetreuen, überschauen wir in Ost-Berlin gegenwärtig 120 Patienten mit Katamnesezeiträumen bis zu 10 Jahren.

Trotz aller Hemmnisse und Probleme, welche die Teilung Berlins mit sich brachte, bestanden Kontakte zur Abteilung für Psychiatrie und Neurologie des Kindes- und

Jugendalters an der Freien Universität Berlin. Die Methodik und erste Ergebnisse der dort tätigen Arbeitsgruppe über den langfristigen Verlauf der Anorexia nervosa wurden in mehreren Beiträgen bereits publiziert (STEINHAUSEN 1984, 1985 a, 1985 b; STEINHAUSEN u. GLANVILLE 1983, 1984). In Kooperation der beiden Arbeitsgruppen untersuchten wir fortan unsere Ost-Berliner Patienten auch mit dem in West-Berlin angewandten Methodeninventar. Bereits zu Beginn der Datenerhebung stellte sich die Frage, ob eventuell sogar transkulturelle Aussagen getroffen werden könnten, da trotz gleicher Muttersprache Unterschiede im Verständnis für die in der Studie eingesetzten Fragebögen bedeutsam sein könnten – ganz abgesehen von der möglicherweise verschiedenen Einstellung der Probanden aus Ost- und West-Berlin zu Fragebögen.

Das umfangreiche Datenmaterial erfuhr in der Zwischenzeit eine Aufarbeitung nach verschiedenen Gesichtspunkten. Eine vergleichende Auswertung des Eating Attitude Test (EAT) von GARNER und GARFINKEL (1979) sowie des Eating Disorder Inventory (EDI) von GARNER et al. (1983) wurde bereits vorgelegt (NEUMÄRKER et al. 1992; STEINHAUSEN et al. 1992). Eine Analyse der klinischen, psychopathologischen und psychosozialen Daten der Patientengruppen aus Ost- und West-Berlin ist Gegenstand dieses Beitrages.

2 Stichproben und Methodik

Die Ost-Berliner Stichprobe besteht aus 39 jugendlichen Patienten mit Eßstörungen, die im Zeitraum von 1985 bis 1989 stationär behandelt wurden. Diese Stichprobe stammte zu 66,6% direkt aus der Stadt und zu 33,3% aus dem weiteren Umland. Die West-Berliner Kohorte und die Untersuchungsmethode wurden unlängst bereits beschrieben (STEINHAUSEN et al. 1993). Dabei handelte es sich um 60 jugendliche Patienten mit Eßstörungen, die zwischen 1979 und 1987 stationär behandelt worden waren. Beide Stichproben erfüllten auch bei nachträglicher Überprüfung die ICD-10 Kriterien für Eßstörungen. Ursprünglich waren die von STEINHAUSEN und GLANVILLE (1984) für das Jugendalter modifizierten Kriterien nach FEIGHNER et al. (1972) angewandt worden. Für den vorliegenden Beitrag sind folgende Untersuchungsinstrumente eingesetzt worden: (a) eine systematische Dokumentation klinischer Daten nach einem für die Studie entwickelten Schema, (b) die Beschwerden-Liste (VON ZERSSEN u. KOELLER 1976) sowie (c) die Befindlichkeits-Skala (VON ZERSSEN u. KOELLER 1976). Die Datenanalyse beruht auf folgenden statistischen Verfahren: t-Test sowie hierarchische Varianzanalysen für quantitative Variablen, Fisher Tests und Chi-Quadrat-Tests für qualitative Variablen.

3 Ergebnisse

In Tabelle 1 sind die *klinischen Merkmale* der beiden Kohorten verglichen. Dabei zeigen sich bei vergleichbaren Größen- und Gewichtsverhältnissen statistisch signifikan-

te Unterschiede beim Alter der Erkrankung sowie hinsichtlich des Alters bei der stationären Aufnahme und bei der Menarche: Die Ost-Berliner Patienten waren in allen drei Parametern jünger. In Anbetracht dieser Daten zu Erkrankungsbeginn, Alter bei Aufnahme und Menarche ist der nahezu identische Gewichtsverlust in beiden Populationen bemerkenswert. Nahezu identisch ist die durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer von etwa 14 Wochen in Ost- und West-Berlin, wobei sich die therapeutischen Konzepte im Sinne eines mehrdimensionalen Ansatzes unter Einschluß von Verhaltenstherapie als ähnlich erwiesen.

Tab. 1: Klinische Merkmale im Vergleich

	Ost-Berlin (N = 39)		West-Berlin (N = 60)	
	M	SD	M	SD
Gewicht bei Aufnahme (kg)	39,6	6,3	38,6	7,1
Größe (cm)	163,0	6,8	164,6	6,1
BMI	14,8	1,8	14,2	2,3
Gewicht vor Erkrankung (kg)	53,7	12,1	53,4	7,8
Gewichtsverlust (kg)	16,0	10,0	15,9	6,6
Alter bei Aufnahme (J.)**	14,8	1,4	15,7	1,6
Alter bei Erkrankung (J.)*	13,9	1,6	14,6	1,6
Menarche (J.) (+)	12,4	1,3	12,9	1,3
Behandlungsdauer (Wo.)	14,1	11,2	14,0	9,8

(+) p = 0.09; * p < 0.05; ** p > 0.01

Die in Tabelle 2 aufgelisteten *Diagnosen* weisen ein Überwiegen von Patienten mit einer Anorexia nervosa in Ost- und in West-Berlin aus, während bulimische Syndrome selten beobachtet wurden. Aufschlußreich, wenngleich auch nicht in allen Parametern signifikant verschieden, sind die diagnostischen und klinischen Kriterien beider Kohorten, die in Tabelle 3 dargestellt sind. Hier fallen hinsichtlich der vegetativen Daten das geringe Ausmaß der Lanugobehaarung und Obstipation bzw. die Stabilität im Bereich der Herzaktion und Thermoregulation bei den Ost-Berliner Patienten auf. In allen anderen für die Diagnose der Eßstörungen definierenden Merkmalen finden sich erwartungsgemäß keine Unterschiede zwischen den beiden Kohorten.

In beiden Stichproben waren die Raten für *perinatale Risiken* und *frühkindliche Eßstörungen* relativ niedrig und

Tab. 2: Diagnostische Klassifikation

	Ost-Berlin (N = 39)		West-Berlin (N = 60)	
	N	%	N	%
Diagnosen				
Anorexia nervosa	31	79,5	48	80,0
Anorexia nervosa mit Bulimie	8	20,2	6	10,0
Bulimia nervosa	0	0,0	5	8,3
Anorektisches Teilsyndrom	0	0,0	1	1,7

Tab. 3: Diagnostische und klinische Kriterien im Vergleich

	Ost-Berlin (N = 39)		West-Berlin (N = 60)	
	N	%	N	%
Gestörte Einstellung zu Essen, Nahrung und Gewicht	35	90	58	97
Angst vor dem Dicksein	36	92	53	88
Ablehnung von Fett und Kohlehydraten	33	85	47	78
Störung der Körperwahrnehmung	31	79	54	90
Amenorrhoe	29	74	43	72
Prämenarche	7	18	10	17
Lanugo-Haare*	8	21	24	40
Bradykardie*	10	26	29	48
Hypothermie****	5	13	30	50
Periodische Hyperaktivität	20	51	31	52
Heißhungerepisoden	7	18	17	28
Erbrechen	10	26	21	35
Obstipation*	16	41	38	64
Laxantienabusus	5	13	12	20

* p = 0.05; **** p 0.0001

jeweils gleich verteilt, wie Tabelle 4 ausweist. Hingegen waren die Ost-Berliner Patienten häufiger prämorbid adipös. Bei den auslösenden Ereignissen standen in Ost-Berlin die Kritik am Übergewicht und – deutlich seltener – adoleszenztypische Entwicklungskrisen im Vordergrund. In der West-Berliner Kohorte waren Anlässe häufig nicht zu identifizieren. Neben den auch für die Ost-Berliner Patienten typischen Auslöseereignissen spielten bei den West-Berliner Patienten aber bedeutsam häufiger familiäre Probleme in der Wahrnehmung der Erkrankung eine wichtige Rolle.

Tab. 4: Anamnesen im Vergleich

	Ost-Berlin (N = 39)		West-Berlin (N = 60)	
	N	%	N	%
Schwangerschaftskomplikationen	8	21	10	17
Geburtskomplikationen	5	13	10	17
Eßstörungen im 1. Lebensjahr	9	23	8	13
Eßstörungen in der Kindheit	7	18	8	13
Prämorbiges Übergewicht**	15	38	9	15
Auslösende Ereignisse				
Familiäre Probleme	2	5	11	18
Tod oder Krankheit bei Verwandten	0	0	3	5
Wegen Übergewicht kritisiert	22	56	12	20
Entwicklungskrise	10	25	9	15
Im Gefolge einer Krankheit	0	0	4	7
Mehrere Gründe	3	8	3	5
Ohne erkennbaren Anlaß	2	5	13	22

** p = 0.01

Der Vergleich der *psychopathologischen Befunde* ist in Tabelle 5 dargestellt. Die Ost-Berliner-Patienten wurden signifikant seltener als introvertiert, ängstlich, depressiv und zwanghaft beurteilt und wiesen auch seltener somatische Beschwerden sowie ein niedriges Selbstwertgefühl auf. Hingegen lag die Aggressionshemmung in beiden Kohorten auf ähnlich hohem Niveau. In Tabelle 6 ist eine Gegenüberstellung der Daten zu Intelligenz und *Schulstatus* vorgenommen. Die Verteilung der Intelligenz, welche die Ost-Berliner Patienten als intelligenter ausweist, steht wahrscheinlich in Beziehung zum jeweiligen Schulsystem und zur familiären Umwelt. Den ostdeutschen Verhältnissen entsprechend suchten Patienten, die bei der Erkrankung bzw. stationären Aufnahme 13 bis 15 Jahre alt waren, zu 100% die Polytechnische Oberschule (POS) bis zur 10. Klasse. Nahezu alle Patienten absolvierten dann die erweiterte Oberschule (EOS) und erreichten das Abitur.

Auch der in Tabelle 7 dokumentierte *Bildungsgrad der Mütter und Väter* zeigte bei den Ost-Berliner Patienten im allgemeinen qualifiziertere Schulabschlüsse und einen höheren Anteil von Müttern mit einem abgeschlossenen Studium. Die Ost-Berliner Mütter wiesen zudem ein geringeres Ausmaß an chronischen körperlichen Krankheiten im Vergleich zu den West-Berliner Patienten Müttern auf. Während das Ausmaß an psychischen Störungen

bei den Vätern der Patienten in Ost und West kaum Unterschiede zeigte, war der prozentuale Anteil bei den Müttern der West-Berliner Patienten mit psychischen Störungen vergleichsweise höher. Keine Unterschiede fanden sich bei spezifischen Belastungen der Familien, bei pathologischen Bindungen der Patienten an erwachsene Bezugspersonen sowie hinsichtlich einer ausgeprägt starken Harmonisierungstendenz der Familien in beiden Kohorten. Faßt man allerdings die Belastungen durch Partnerprobleme, Scheidung und Teilfamilie als Elemente gestörter familiärer Beziehungen zusammen, so wird deutlich, daß die West-Berliner Patientenfamilien deutlich stärker belastet waren.

Tab. 5: Psychopathologischer Befund im Vergleich

	Ost-Berlin (N = 39)		West-Berlin (N = 60)	
	N	%	N	%
Introvertiert**	15	38	40	67
Ängstlich*	14	36	33	55
Depressiv****	10	26	48	80
Zwanghaft***	11	28	36	60
Somatische Beschwerden**	4	10	19	32
Niedriges Selbstwertgefühl*	14	36	35	59
Aggressiv gehemmt	27	69	46	79

* p < 0.05; ** p < 0.01; *** p < 0.001; **** p = 0.0001

Tab. 6: Intelligenz und Schulstatus im Vergleich

	Ost-Berlin (N = 39)		West-Berlin (N = 60)	
	N	%	N	%
Intelligenz*				
hoch (IQ > 115)	25	64	23	38
mittel (IQ 85-115)	14	36	36	61
Schultyp				
Hauptschule	0	0	4	7
Polytechn. Oberschule/ Realschule	39	100	14	23
Gymnasium	0	0	4	68
Sonderschule	0	0	1	2

* p < 0.05

Tab. 7: Familienbeurteilung im Vergleich

	Ost-Berlin (N = 39)		West-Berlin (N = 60)	
	N	%	N	%
Psychische Störung der Mutter*				
neurotisch	9	23	9	15
depressiv	2	5	13	22
psychotisch	0	0	4	7
Abusus	1	3	7	12
Chronische körperliche Krankheit der Mutter*	1	3	11	18
Schulbildung der Mutter***				
Hauptschule	5	13	27	45
Realschule	20	51	20	33
Gymnasium	3	8	5	8
Studium	11	28	4	7
Psychische Störung des Vaters				
neurotisch	5	13	6	10
depressiv	0	0	4	7
psychotisch	0	0	1	2
Abusus	3	8	6	10
Chronische körperliche Krankheit des Vaters	4	10	12	20
Schulbildung des Vaters**				
Hauptschule	6	15	27	45
Realschule	17	46	12	20
Gymnasium	0	0	5	8
Studium	14	36	14	23
Spezifische Belastungen der Familie				
Partnerprobleme	6	15	13	22
Scheidung	3	8	9	15
Teilfamilie	2	5	9	15
Pathologische Bindung an				
Mutter	12	31	25	42
Vater	5	13	5	8
Sonstige	0	0	3	5
Harmonisierungstendenz der Familie	31	80	44	73
Geschwisterrivalität	9	23	29	48
Psychopath. auffällige Geschwister	1	3	11	18

* p < 0.05; ** p < 0.01; *** p = 0.001; **** p = 0.0001

Die statistisch signifikant höhere *Geschwisterzahl* bei den Ost-Berliner Patienten ($M = 1.8$, $s = 1.0$; $s = 0.7$ vs. $M = 1.1$, $s = 1.0$; $p = 0.0006$) kontrastierte bei vergleichbarer Geschwisterpopulation ($M = 1.4$ vs. $M = 1.6$) deutlich mit den niedrigeren Raten für Geschwisterrivalität und psychopathologisch auffällige Geschwister. Die Klassifikation der *Sozialschicht* nach einem westlichen System bereitete bei der Ost-Berliner Kohorte so erhebliche Probleme, daß wir von einem entsprechenden Vergleich absehen mußten.

Eindeutige Unterschiede zeichneten sich schließlich auch in der von den Patienten bearbeiteten *Beschwerdenliste* und in der *Befindlichkeitsskala* ab, wie Abbildung 1 entnommen werden kann. Die signifikant geringere Ausprägung von Beschwerden und die bessere Befindlichkeit der Ost-Berliner Patienten gegenüber den durchgängig höheren Werten der Patienten in West-Berlin dokumentieren die Verschiedenartigkeit der beiden Stichproben.

Angesichts dieser beobachteten Unterschiede zwischen den beiden Stichproben stellte sich die Frage nach der Bedeutung möglicher *erklärender Faktoren*, die über die angenommenen transkulturellen Differenzierungen hinaus oder möglicherweise an ihrer Stelle wirksam wurden. In Ermangelung einer vergleichbaren Sozialschichteinteilung in Ost und West griffen wir auf die Schulbildung sowohl der Eltern zurück, deren Verteilungen in den beiden Stichproben bedeutsam differierte. Dabei wurde die Schulbildung sowohl der Mutter wie auch des Vaters jeweils in zwei Stufen, nämlich Hauptschule/Realschule und Gymnasium/Studium eingeteilt. Als abhängige Variablen wurden die in Tabelle 5 dargestellten psychopathologischen Befunde sowie die von den Patienten über Fragebogen erfaßten Merkmale der Beschwerden und der Befindlichkeit analysiert.

Über log-lineare Analysen ließ sich der Zusammenhang von Schulbildung der Eltern sowie Gruppe (Ost-West) mit den psychopathologischen Merkmalen prüfen. In keiner dieser Analysen konnten für die Schulbildung der Mutter bzw. des Vaters ein signifikanter Effekt nachgewiesen werden. Die Effekte von Stichprobe (Ost-West) und Bildungsniveau der Mutter (hoch-niedrig) auf die Summenwerte für Beschwerden und Befindlichkeit wurden über hierarchische Varianzanalysen geprüft. Die mit diesen Analysen verglichenen Mittelwerte sind in Abbildung 1 dargestellt. Wird zunächst der Faktor Stichprobe und anschließend der Faktor Bildung in der Analyse des Beschwerdenwertes überprüft, liefern beide Faktoren signifikante Haupteffekte (Stichprobe: $F = 5.06$, $df = 1$, $p = 0.03$; Bildung: $F = 5.49$, $df = 1$, $p = 0.02$). Bei einer Umkehrung der Reihenfolge der Faktoren in der hierarchischen Varianzanalyse wird der Effekt für die Schulbildung der Mutter kleiner ($F = 3.01$, $p = 0.09$), während der für die Stichproben größer wird ($F = 7.55$, $p = 0.007$).

Ähnlich lagen die Verhältnisse hinsichtlich der Befindlichkeit der Patienten; der vorangestellte Stichprobeneffekt war signifikant ($F = 17.47$, $df = 1$, $p = 0.0001$), der nachgeordnete Bildungseffekt hingegen nicht ($F = 2.18$, $df = 1$, $p = n.s.$). Bei einer Umkehrung der Reihenfolge ging der Effekt für Schulbildung jedoch noch weiter zurück ($F = 0.19$, $p = n.s.$), während der Stichprobeneffekt noch zunahm ($F = 19.47$, $p = 0.0001$). Sowohl für den Beschwerdenwert wie für die Befindlichkeit der Patienten zeigte sich also, daß eine Kontrolle des mütterlichen Bildungsniveaus den Stichprobeneffekt zwischen Ost und West eher größer werden ließ, weil in der West-Stichprobe selbst die Patienten mit weniger gebildeten Müttern relativ hohe Werte hatten. Analog durchgeführte Analysen

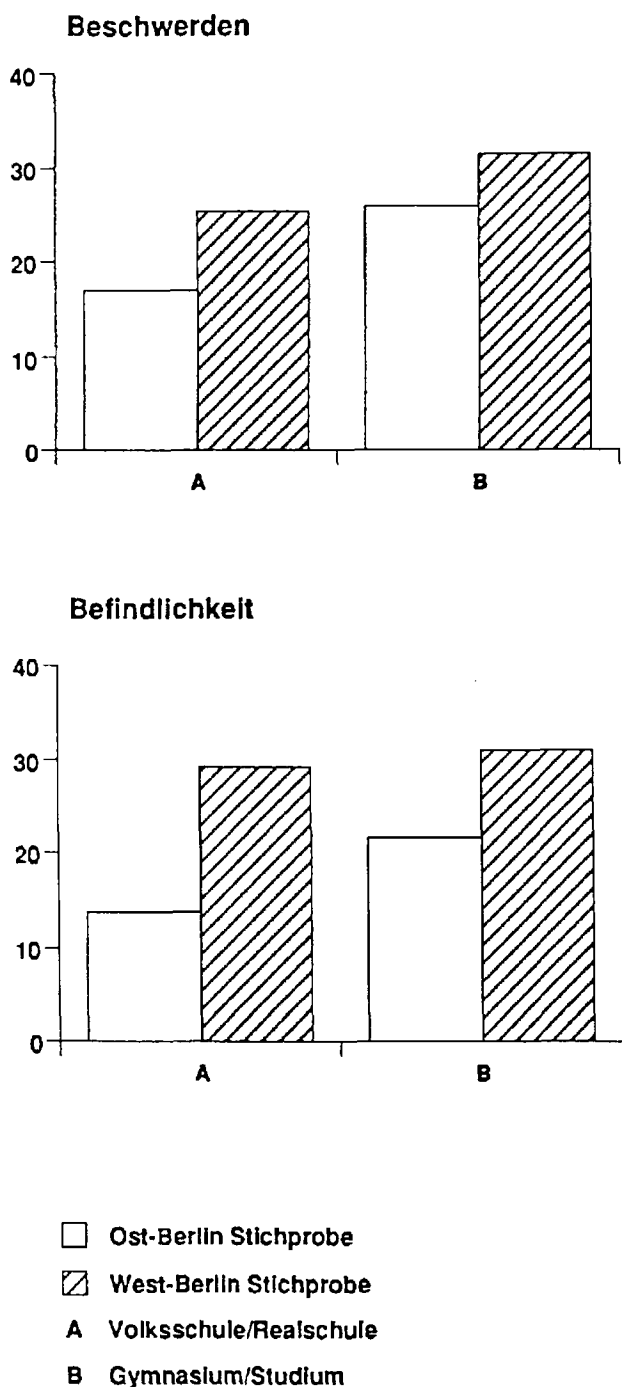


Abb. 1: Beschwerdenanzahl und Befindlichkeitsstörungen von Anorexie-Patienten in Ost- und West-Berlin in Abhängigkeit vom Bildungshintergrund (mütterliche Schulbildung)

zur Bedeutung der väterlichen Bildung ergaben in keinem Fall signifikante Effekte dieses Faktors.

4 Diskussion

Die Ost-West-Berliner Vergleichsstudie von Eßstörungen in der Adoleszenz ist unter ungewöhnlichen Bedingungen zustande gekommen: Sie wurde in zwei verschiedenen Gesellschaftssystemen in einer geteilten Stadt realisiert. Die Durchführung der Studie war bei teilweise begrenzten materiellen Ressourcen und der über geraume Zeit bestehenden Ungewißheit, wie der Datentransfer realisiert werden könnte, sehr wesentlich von dem Engagement der beiden Arbeitsgruppen getragen. Trotz regelmäßiger Kontakte in Ost-Berlin war eine systematische und kontinuierliche Reliabilitätsüberprüfung in der Beurteilung der beiderseitigen Patienten unter den gegebenen Umständen nicht möglich.

Gleichwohl sind wir der Überzeugung, daß die berichteten Unterschiede der beiden Kohorten nicht auf einer systematischen Verzerrung im Sinne einer verschiedenen Wahrnehmung und Bewertung psychiatrischer Phänomene durch die Untersucher beruhen. Gegen diese Annahme sprechen die interne Kreuzvalidierung der Daten aus Fremd- und Selbstbeurteilung, die in diesem Bericht wie auch in zwei vorausgegangenen Beiträgen (NEUMÄRKER et al. 1992; STEINHAUSEN et al. 1992) sämtlich in die gleiche Richtung weisen. Ferner spricht gegen einen derartigen Umstand einer systematischen Verzerrung, daß ein großer Teil der Daten – wie z.B. die klinischen Merkmale, die diagnostische Klassifikation, die diagnostischen und klinischen Kriterien – überwiegend objektiv sind und nicht notwendigerweise einer Reliabilitätsminderung unterliegen. Dies gilt mehrheitlich auch für den Vergleich der Anamnesedaten. Da wir uns bei dem Vergleich psychopathologischer Merkmale auf weitgehend konstruktarme Befunde mit relativ hoher klinischer Reliabilität beschränkt haben, sehen wir auch in dieser Hinsicht wenig Grund für die Annahme, daß die beobachteten Kohortenunterschiede durch Beurteilungsfehler bzw. systematische Wahrnehmungsunterschiede bedingt sind.

Bei dem Vergleich der hier berichteten klinischen Daten von jugendlichen anorektischen Patienten aus Ost- und West-Berlin aus den 80er Jahren lassen sich sowohl Unterschiede wie auch Gemeinsamkeiten feststellen. Die beobachteten signifikanten Unterschiede bleiben auch bei einer sequentiellen Adjustierung des Signifikanzniveaus für die jeweiligen Untersuchungsabschnitte (Tabellen) mehrheitlich robust und sollen wegen des explorativen Charakters dieser Studie sämtlich in die Diskussion einbezogen werden. Bezüglich der Klassifikation bestehen keine Unterschiede in den Diagnosen: In beiden Teilen Berlins wurden überwiegend Patienten mit einer Anorexie behandelt. Erst in den letzten Jahren konnte in beiden Kohorten auch eine bulimische Komponente beobachtet werden, während das eigenständige Krankheitsbild der Bulimia nervosa noch selten in Erscheinung trat. Außerdem zeigte sich bei den Ost-Berliner Patienten, daß Erbrechen kein typisches

Symptom der Magersucht war und der „Restrictor-Typ“ – d.h. die Herbeiführung des Gewichtsverlustes durch Fasten und Hungern – eindeutig überwog.

Ein wesentliches Merkmal der Ost-Berliner Patienten bestand in dem jüngeren Alter bei der Erkrankung und bei der stationären Aufnahme. Inwieweit das Erkrankungsalter als ein reales Unterscheidungsmerkmal angesehen werden kann, ist mit letzter Sicherheit nicht zu belegen, zumal sämtliche Daten auf Angaben der Eltern und Patienten beruhen und somit nicht in vollem Umfang reliabel sein müssen. Andererseits war es in beiden Teilen von Berlin unser Anliegen, die Patienten möglichst früh zu erreichen, da ein frühzeitiger Behandlungsbeginn die Prognose nachgewiesenermaßen positiv beeinflussen kann (STEINHAUSEN u. GLANVILLE 1983; STEINHAUSEN et al. 1991). Die höhere Zahl von Kinderärzten, die in der Grundbetreuung in der DDR tätig waren, kam dem entgegen. Darüber hinaus existierten in der DDR nur wenige stationäre Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die über langjährige Erfahrungen in der Behandlung verfügten, so daß hierdurch sicher die Inanspruchnahme beeinflusst wurde. Dabei reichte – wie bereits angedeutet – das Einzugsgebiet in Ost-Berlin deutlich über die Stadt hinaus, während die West-Berliner Kohorte wegen der sogenannten Insellage dieser Stadthälfte notwendigerweise aus einer geographisch fest umrissenen Region stammte, in der aber auch andere Institutionen und Praktiker tätig waren. Neben den möglicherweise also wirksamen unterschiedlichen Zuweisungsfaktoren kann der im Westen höhere Bekanntheitsgrad der Erkrankung in der zweiten Hälfte der 80er Jahre hingegen allerdings nicht als Erklärung für einen hohen Erfassungsgrad dieser Patienten in der DDR herangezogen werden. Wir mußten in Ost-Berlin vielmehr häufiger die Erfahrung machen, daß eine Anorexie überhaupt nicht oder erst sehr spät, d.h. im Stadium eines beträchtlichen Gewichtsverlustes erkannt wurde. Ähnliche Erfahrungen konnten – wohl etwas seltener – allerdings auch in West-Berlin gemacht werden. Dennoch sprechen die ähnlichen Intervalle zwischen Erkrankung und stationärer Behandlung nicht für ein grundsätzlich verschiedenes, d.h. schnelleres oder verzögertes Zuweisungsverfahren in den beiden Teilen der Stadt.

Eine überzeugende Erklärung für die Altersunterschiede liegt möglicherweise in dem verschiedenen Menarchealter. Ganz sicher stellt die Menarche ein wichtiges Moment in der psychischen Entwicklung des jungen Mädchens dar. Eine frühe Manifestation bedeutet möglicherweise eine Überforderung der Adaptationsressourcen und begünstigt die Entwicklung einer Eßstörung als Ausdruck einer puberalen Entwicklungskrise. Insofern läßt sich die Hypothese rechtfertigen, daß die Ost-Berliner Patienten aufgrund ihres früheren Menarchealters auch früher an einer Eßstörung erkrankten. Angaben über das Menarchealter sind wegen der Bedeutsamkeit dieses Ereignisses in der Regel sehr zuverlässig (DANKER-HOPPE 1986); in der vorliegenden Studie wurden sie noch dazu in einem kurzen zeitlichen Abstand zum Ereignis erfaßt.

Die Bedeutsamkeit des frühen Menarchealters bei unseren Ost-Berliner Patienten wird durch den Vergleich mit

Untersuchungen anderer Autoren über die sexuelle Reifung unterstrichen. RICHTER (1990) erfaßte die Menarchedaten von Mädchen einer „geschlossenen Görlitzer Stadtpopulation“ der Geburtsjahrgänge 1953 bis 1958 und fand einen Zentralwert für die Menarche von 12,22 Jahren. Bei einer weiteren Untersuchung des Geburtsjahrganges 1973 wurde ein Wert von 13,22 Jahren registriert. Der Autor interpretierte diese Ergebnisse als eine „massive Dezeleration von einem Jahr in einem relativ kurzen Zeitraum“ und gelangte zu der Auffassung, daß dieser „sehr rasche Dezelerationsprozeß nunmehr zur Ruhe gekommen“ sei, d. h. daß die Entwicklung der Menarche sich harmonisiert habe. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Befunden von SOMMER (1990) aus den Jahren 1984 und 1985, wo erstmals DDR-weit Untersuchungen zur sexuellen Reifung durchgeführt wurden. In diesen Untersuchungen lag der Median für die Menarche bei etwa 13 Jahren, d. h. in diesen Jahren hatte keine weitere Vorverlagerung stattgefunden.

Zu ähnlichen Ergebnissen gelangten auch DANKER-HOPFE und OSTERSEHLT (1990) im Rahmen der ersten Bremerhavener Wachstumsstudie, die in den Jahren 1979 und 1980 erfolgte. Eine Probit-Analyse der Status-quo-Daten von 2796 Mädchen im Alter von 10,0 bis 17,5 Jahren führte zu einem mittleren Menarchealter von 13,3 +/- 1,19 Jahren. Diese Werte sind nahezu identisch mit dem Menarchealter anderer europäischer Populationen. SOMMER (1990) bezifferte sie für Schweden (1977) mit 13,0, für die Niederlande (1980) mit 13,3, für Paris (1972) mit 13,0, für Wroclaw (1984) mit 13,0, für Zürich (1954–1980) mit 13,4 und für London (1966) mit 13,5 Jahren. Lediglich für Athen (1979) lag das Menarchealter mit 12,6 Alter deutlich früher. SOMMER weist außerdem darauf hin, daß die Ausprägung sexueller Reifezeichen von sozialen Parametern wie der Stellung in der Geschwisterreihe, dem Bildungsstand der Eltern und der Gemeindegröße abhängig sei und daß die Menarche bei Einzelkindern früher als bei Mädchen mit Geschwistern eintrete. Gerade die letzte Annahme entspricht nicht den Ergebnissen bei unseren Ost-Berliner Patienten, denn sie kamen bei gleicher Geschwisterpopulation in beiden Kohorten eher aus größeren Geschwisterreihen.

In diesem Zusammenhang sind weitere Unterschiede hinsichtlich biologischer Kriterien wie Lanugobehaarung, Bradykardie, Hypothermie und Obstipation von Interesse. Daß diese klinischen Zeichen der Anorexie bei den West-Berliner Patienten deutlicher als bei den Ost-Berliner Patienten ausgeprägt waren, könnte den Schluß zulassen, daß der Krankheitsprozeß dort möglicherweise schon über einen längeren Zeitraum abgelaufen war. Bei Frühformen der Magersucht, wie wir sie in Ost-Berlin vorrangig behandelt haben, waren diese Symptome weniger ausgeprägt, d. h. die somatische Beeinträchtigung war hier geringer. Andere primäre oder definierende Kriterien der Anorexie wie gestörte Einstellung zum Essen, Nahrung und Gewicht, Störung der Körperwahrnehmung, Amenorrhoe, Ablehnung von Fett und Kohlehydraten und Angst vor dem Dicksein waren hingegen in beiden Kohorten erwartungsgemäß ähnlich häufig erfüllt.

Bei identischer Untersuchung beider Kohorten ergaben sich zwei Achsen – die biologische Achse und die Psychopathologieachse –, in denen die Ost-Berliner gegenüber den West-Berliner Patienten konsistent eine weniger auffällige Struktur zeigten. Dabei ergaben sich deutliche Übereinstimmungen hinsichtlich der Fremdbeurteilungen durch die Therapeuten und die Selbstbeurteilung durch die Patienten bezüglich Beschwerden und Befindlichkeit. Als ein objektives, diese Befunde beeinflussendes Kriterium könnte das frühere Erkrankungs- und Aufnahmealter der Ost-Berliner Patienten gewertet werden. Zu fragen bleibt aber, ob neun Monate Altersunterschied beim Auftreten der Erkrankung ein derart ausgeprägtes Gewicht für die Entwicklung von Persönlichkeit und Psychopathologie entfalten können, um als Erklärung dafür dienen zu können, daß die Ost-Berliner im Vergleich zu den West-Berliner Patienten weniger introvertiert, depressiv, zwanghaft, somatisch belastet und mit einem höheren Selbstwertgefühl und einer höheren Intelligenz ausgestattet waren.

Aus der vergleichenden Familienbeurteilung ging ferner hervor, daß es sich in der Ost-Berliner Kohorte häufiger um schulisch und beruflich besser gebildete Mütter handelte, die auffallend weniger chronisch körperliche Krankheiten und psychische Störungen hatten. Das Ausmaß von Medikamenten- und Drogenabusus, von psychotischen und depressiven Störungen war in der West-Berliner Kohorte deutlich höher. Hier könnte der höhere Bildungsstand im Sinne eines Schutzfaktors wirksam geworden sein. Denkbar ist auch, daß die stärkere gesellschaftliche und berufliche Integration der Frau in der DDR über eine Verbesserung des Selbstwertgefühles der Entwicklung von psychischen Störungen entgegenwirkte. Gleichwohl muß diese Interpretation spekulativ bleiben, zumal wir über keine vergleichenden Daten zu dieser Frage verfügen. Hingegen wäre ein Vergleich mit den Daten zur Familienstruktur bei Tübinger Patienten der frühen 80er Jahre (BONENBERGER u. KLOSINSKI 1988) durch eine retrospektive Aufarbeitung unserer Krankengeschichten möglich, die geplant ist.

Aus den familienanamnestischen Angaben läßt sich zusammenfassend schließen, daß die Ost-Berliner Patienten aus psychopathologisch weniger auffälligen Geschwisterfamilien stammten, von psychopathologisch und körperlich gesünderen Vätern und Müttern aufgezogen wurden und trotzdem im Pubertätsalter – und dabei sogar früher als in der West-Berliner Kohorte – eine Eßstörung entwickelten. Setzt man diese familiären Kontextfaktoren mit den psychopathologischen Befunden in Beziehung, dann verdichtet sich der Eindruck, daß dem Krankheitsbild der Anorexia nervosa in Ost-Berlin in den 80er Jahren eine geringere pathologische Intensität zugeschrieben werden kann, als sie zur gleichen Zeit bei der West-Berliner Kohorte zu verzeichnen war. Diese Unterschiede sind aber, wie wir überzeugend nachweisen konnten, sicher nicht auf die unterschiedlichen familiären Bildungshintergründe zurückzuführen. Sofern soziokulturelle Faktoren in der Genese der Erkrankung unserer Patienten bedeutsam gewesen sind, ließe sich spekulativ die These aufstel-

len, daß die Ost-Berliner Patienten gewissermaßen eine historisch frühere Form der Sozialgeschichte der Eßstörungen repräsentieren. Diese These soll durch einen geplanten Vergleich mit einer Kohorte von Patienten aus Ost-Berlin getestet werden, welche seit 1990 stationär behandelt werden.

In Anbetracht der gesellschaftspolitischen Unterschiede, die in den 28 Jahren der Trennung und Teilung in Deutschland zweifellos in besonderer Weise in Erscheinung traten, und unter dem Eindruck der inzwischen veröffentlichten vergleichenden Daten über den Gesundheitszustand der Bevölkerung (Gesundheits-Report: Deutschland Ost-West 1991) oder über die Suicidsterblichkeit (HOFFMEISTER et al. 1990) in Ost und West, wird man bei allen methodischen Schwierigkeiten auch die Ergebnisse unseres Vergleiches ähnlich vorsichtig interpretieren müssen. Bislang fehlen epidemiologisch angelegte, vergleichende Untersuchungen, die den zahlreichen Interpretationen und oft vagen Auffassungen über den psychischen, somatischen und psychosomatischen Gesundheitszustand von Bevölkerungsgruppen aus Ost- und Westdeutschland erst die zwingend notwendige Basis verschaffen würden. Wir wollen mit unserer Berliner Vergleichsstudie zum Krankheitsbild der Eßstörungen im Jugendalter, die kontinuierlich weitergeführt werden soll, zu diesem notwendigen Prozeß der wissenschaftlichen Aufklärung einen Beitrag leisten.

Summary

Eating Disorders in East- and West Berlin Adolescents in the Eighties

Data collected in the 1980's, before the reunification of Germany, and comparing 39 patients in former East Berlin and 60 patients in former West Berlin are presented in this second report on the Berlin longitudinal study of eating disorders in adolescence. The clinical profiles of patients of former East Berlin were found to differ from those of their West Berlin counterparts in the following assessed measures: younger age at disease onset and at admission for inpatient treatment; greater number of siblings; fewer accounts of the clinical symptoms lanugo, bradycardia, hypothermia, constipation; lower rate of premorbid psychopathological features; lower number of psychopathological findings; less frequent sibling rivalry; lower rate of psychopathological attributes among the siblings; lower incidence of maternal mental and physical illness; higher parental educational status; fewer number of complaints, and better sense of well-being.

Literatur

BONENBERGER, R./KLOSINSKI, G. (1988): Zur Elternpersönlichkeit, Familiensituation und Familiendynamik bei Anorexia-nervosa-Patientinnen unter besonderer Berücksichtigung der Vater-Tochter-Beziehung (Eine Retrospektivstudie). Z. Kinder- und Jugendpsychiat. 16: 186-195. - DANKER-HOPPE, M. (1986): Die säkulare Veränderung des Menarchealters in Europa. Stuttgart:

E. Schweizerbartische Verlagsbuchhandlung. - DANKER-HOPPE, M./OSTERSEHLT, D. (1990): Probleme bei der Erfassung und Auswertung von Menarchedaten, aufgezeigt am Beispiel empirischer Daten aus zwei Bremerhavener Wachstums-Studien. Ärztl. Jugendkd. 81: 396-401. - DÖLL, R./NEUMÄRKER, K.J. (1982): Bemerkungen zur Therapie der Pubertätsmagersucht. Dt. Gesundheitswesen 37: 677-680. - EHLE, G./PRELLER, I./PRELLER, W. (1985): Zur Klassifizierung des Syndroms der Anorexia nervosa. Z. Klin. Med. 40: 897-900. - FEIGHNER, J.P./ROBINS, E./GUZE, S.B./WOODRUFF, R.A./WINOKUR, G./MUNOZ, R. (1972): Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Arch. Gen. Psychiatry 26: 57-63. - FICHTER, M.M./ELTON, M./SOURDI, L./WEYERER, S./KOPTAGEL-ILAL, G. (1988): Anorexia nervosa in Greek and Turkish adolescent. Eur. Arch. Psychiatr. Neurol. Sci. 237: 200-208. - GARNER, D.M./GARFINKEL, P.E. (1979): The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. Psychol. Med. 9: 273-279. - GARNER, D.M./OLMSTEAD, M.P./POLIVY, J. (1983): Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. Int. J. Eat. Disorders 2: 15-34. - Gesundheits-Report: Deutschland Ost-West (1991). Krankenhausarzt 64: 291-292. - HERPERTZ-DAHLMANN, B. (1988): Psychiatrische Erkrankungen im Vorfeld der Anorexia nervosa. Klin. Pädiat. 200: 108-112. - HOFFMEISTER, H./WIESNER, G./JUNGE, B./KANT, H. (1990): Selbstmordsterblichkeit in der DDR und in der Bundesrepublik Deutschland. Münch. med. Wschr. 132: 603-609. - LACEY, J.H./DOLAN, B.M. (1988): Bulimia in British blacks and Asians. Brit. J. Psychiat. 152: 73-79. - LEONHARD, K. (1965): Therapie der Anorexia nervosa. Internist. prax. 5: 259-265. - NASSER, M. (1986): Comparative study of the prevalence of abnormal eating attitudes among Arab female of both London and Cairo Universities. Psychol. Med. 16: 621-625. - NASSER, M. (1988): Eating disorders: The cultural dimension. Soc. Psychiatr. Epidemiol. 23: 184-187. - NEUMÄRKER, U./DUDECK, U./VOLLRATH, M./NEUMÄRKER, K.J./STEINHAUSEN, H.-C. (1992): Eating attitudes among adolescent anorexia nervosa and normal subjects in former West and East Berlin. A transcultural comparison. Int. J. Eat. Disorders 12: 281-289. - PATTON, G.C./KING, M.B. (1991): Epidemiological study of eating disorders: Time for a change of emphasis. Psychol. Med. 21: 287-291. - RICHTER, J. (1990): Kontinuierliche Menarche-Beobachtungen einer geschlossenen Population. Ärztl. Jugendkd. 81: 402-408. - ROBINSON, P./ANDERSEN, A. (1985): Anorexia nervosa in American blacks. J. Psychiatr. Research 19: 183-188. - SOMMER, K. (1990): Variationsbereiche der sexuellen Reifungszeichen. Ärztl. Jugendkd. 81: 412-422. - STEINHAUSEN, H.-C. (1983-85): Anorexia nervosa. Transcultural comparisons. Pediatrician 12: 157-163. - STEINHAUSEN, H.-C./GLANVILLE, K. (1983): Retrospective and Prospective Follow-up Studies in Anorexia Nervosa. Int. J. Eat. Disorders 2: 221-235. - STEINHAUSEN, H.-C. (1984): Transcultural Comparison of Eating Attitudes in Young Females and Anorectic Patients, Eur. Arch. Psychiatr. Neurol. Sci. 234: 198-201. - STEINHAUSEN, H.C. (1985a): Evaluation of Inpatient Treatment of Adolescent Anorectic Patients, J. psychiat. Res. 19: 371-375. - STEINHAUSEN, H.-C. (1985b): Eating Attitudes in Adolescent Anorectic Patients. Int. J. Eat. Disorders 4: 489-498. - STEINHAUSEN, H.-C. (1993): Anorexia and bulimia nervosa. In: RUTTER, M./HERSOV, L./TAYLOR, E. (Eds.): Child and Adolescent Psychiatry - Modern Approaches. 3rd Ed., Oxford: Blackwell Scientific Publications. - STEINHAUSEN, H.-C./GLANVILLE, K. (1983): Follow-up studies of anorexia nervosa - A review of research findings. Psychol. Med. 12: 239-249. - STEINHAUSEN, H.-C./GLANVILLE, K. (1984): Der langfristige Verlauf der Anorexia nervosa. Nervenarzt 55: 236-248. - STEINHAUSEN, H.-C./RAUSS-MASON, C./SEIDEL, R. (1991): Follow-up stud-

ies of anorexia nervosa: A review of four decades of outcome research. Psychol. Med. 21: 447-454. - STEINHAUSEN, H.-C./NEUMÄRKER, K.J./VOILLRATH, M./DUDECK, U./NEUMÄRKER, U. (1992): A transcultural comparison of the Eating Disorder Inventory in former East and West Berlin. Int. J. Eat. Disorders 12: 407-416. - STEINHAUSEN, H.-C./SEIDEL, R./VOILLRATH, M. (1993): Die Berliner Verlaufsstudie der Eßstörungen im Jugendalter. I. Der stationäre Verlauf. Nervenarzt 64: 45-52. - THOMAS, J.P./SZMUKLER, G.I. (1985): Anorexia nervosa in patients of Afro-Caribbean extraction. Brit. J. Psychiat. 146: 653-656. - ZERSSEN, D. VON/KOELLER, D.M. (1976): Die Beschwerden-Liste

(B-L). Weinheim: Beltz. - ZERSSEN, D. VON/KOELLER, D.M. (1976): Die Befindlichkeits-Skala (Bf-S). Weinheim: Beltz.

Anschriften der Verfasser: Prof. Dr. Klaus-Jürgen Neumärker, Universitätsklinikum Charité, Medizinische Fakultät der Humboldt-Universität, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Schumannstraße 20/21, 10117 Berlin; Prof. Dr. Dr. Hans-Christoph Steinhausen, Psychiatrische Universitäts-Poliklinik für Kinder und Jugendlicher, Freiestraße 15, CH-8028 Zürich.