

Räder, Klaus / Specht, Friedrich und Reister, Monika

Anorexia nervosa und Down Syndrom

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 38 (1989) 9, S. 343-346

urn:nbn:de:bsz-psydok-33736

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

- Bittner, C./Göres, H. G./Götting, S./Hermann, J.:* Bewältigungsstrategien von Jugendlichen und ihre Bedeutung für die Beratung (Adolescents Problem Solving Strategies and their Significance for Counseling) 126
- Ehrhardt, K. J.:* Sind Erziehungsberatungsstellen mittelschichtorientiert? Konsequenzen für die psychosoziale Planung (Are Child Guidance Clinics orientated along Middle-Class Standards?) 329
- Gerlicher, K.:* Prävention – erfolgversprechendes Ziel oder illusionäre Aufgabe für die institutionelle Erziehungs-, Jugend- und Familienberatung? (Prevention – Promising Goal or Illusory Task for the Child, Youth, and Family Counseling?) 53

Familientherapie

- Buchholz, M. B./Kolle, U.:* Familien in der Moderne – Anti-Familie – Familien? (Families Today – Anti-Family-Families?) 42
- Gehring, T. M./Funk, U./Schneider, M.:* Der Familiensystem-Test (FAST): Eine dreidimensionale Methode zur Analyse sozialer Beziehungsstrukturen (The Family System Test (FAST): A Three Dimensional Method to Analyze Social Relationships) 152

Forschungsergebnisse

- Aba, O./Hendrichs, A.:* Die stationäre Klientel einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hessen (The In-Patients of a Psychiatric Hospital for Children and Adolescents in Hessen) 358
- Brinich, E. B./Drotar, D. D./Brinich, P. M.:* Die Bedeutung der Bindungssicherheit vom Kind zur Mutter für die psychische und physische Entwicklung von gedeihschwachen Kindern (The Relevance of Infant-Mother Attachment Security for the Psychological and Physical Development of Failure-to-thrive Children) 70
- Brumby, A./Steinhausen, H.-C.:* Der Verlauf der Enuresis im Kindes- und Jugendalter (The Course of Enuresis in Childhood and Adolescence) 2
- Ernst, H./Klosinski, G.:* Entwicklung und familiales Umfeld bei zwangsneurotischen Kindern und Jugendlichen: eine Retrospektiv- und Vergleichsstudie (Development of Personality and Family Dynamics of Children and Adolescents Suffering from Compulsive Neurosis) 256
- Hüffner, U./Mayr, T.:* Behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder in bayerischen Regelkindergärten – erste Ergebnisse einer Umfrage (Handicapped Children in Bavarian Preschools/Kindergartens – First Results of a Representative Survey) 34
- Kammerer, E.:* Bewertung stationärer jugendpsychiatrischer Therapie – eine Gegenüberstellung der Urteile von Jugendlichen und Eltern (Parental and Juvenile Satisfaction with Psychiatric Inpatient Treatment – Opinions and Judgements in Contrast) 205
- Mempel, S.:* Therapiemotivation bei Kindern: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung (Children's Motivation for Treatment) 146
- Petermann, F./Walter, H. J.:* Wirkungsanalyse eines Verhaltenstrainings mit sozial unsicheren, mehrfach be-

- einträchtigten Kindern (Effects of a Behavior Training with Social Incompetent Children with multiple Systems) 118
- Ruckgaber, K. H.:* Die Einrichtung von externer psychoanalytischer Supervision in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (How to institute External Psychoanalytical Supervision in an Child-Psychiatric-Clinic) 210
- Saile, H.:* Zur Erfassung des Temperaments bei Kindern (To Assess the Temperament of Infants) 6
- Wisniak, U. V./Posch, C./Kitzler, P.:* Erlebtes Erziehungsverhalten bei juvenilen Diabetikern in der Pubertät (Experienced Parental Rearing Behaviour of Juvenile Diabetic Children) 354
- Zimmermann, W.:* Interventionsorientierte Diagnostik der Aggressivität im Kindesalter (Intervention-oriented Diagnosis of Aggressive Social Behaviour in Childhood) 335

Frühförderung

- Artner, K./Barthlen-Weis, M./Offenberg, M.:* Intelligenzbeurteilung mit der Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC): Pilotstudie an einer Stichprobe sprachentwicklungsgestörter Kinder (Assessing Cognitive Development with the Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC): A Pilot Study with Speech- and Language-Disordered Children) 299
- Kilian, H.:* Einige Anmerkungen zu Frühförderung und -theapie aus systematischer Sicht (Some Remarks on Early Education from a Systemic Point of View) . . . 277
- Krause, M. P.:* Die „bessere Elternschaft“ – Erziehungshaltung von Müttern behinderter Kinder und deren Bewertung durch Fachleute (The „Better Parenthood“. Educational Attitudes in Mothers of Handicapped Children and their Evaluation by Experts) . . . 283
- Pfeiffer, E. M.:* Bewältigung kindlicher Behinderung (Coping with a Handicapped Child) 288
- Sarimski, K./Deschler, J.:* Grundlegende soziale Kompetenzen bei retardierten Kindern: Probleme der Förderung und Evaluation (Social Skills Training with Retarded Children: Treatment Issues and Evaluation) . . 293

Praxisberichte

- Hürtner, A./Piske-Keyser, K.:* Das gemeinsame Muster physiologischer und beziehungs-dynamischer Prozesse bei einer langjährigen Enkopresis (The Common Patterns of Physiological and Dynamical Processes of a Chronic Encopresis) 171
- Hummel, P./Biege-Rosenkranz, G.:* Anorexia nervosa in der zweiten Generation? – Eine Fallstudie (Anorexia nervosa in the Second Generation? – A Case Study) . . 372
- Kilian, H.:* Eine systematische Betrachtung zur Hyperaktivität – Überlegungen und Fallbeispiele (Some Considerations about Hyperactivity form a Systemic Point of View) 90
- Räder, K./Specht, F./Reister, M.:* Anorexia nervosa und Down-Syndrom (Anorexia nervosa and Down's Syndrome) 343

Psychosomatik

- Hirsch, M.: Körper und Nahrung als Objekte bei Anorexie und Bulimie (Own Body and Food as Representation of Objects in Anorexia and Bulimia) 78

Psychotherapie

- Günter, M./du Bois, R./Kleefeld, H.: Das Problem rasch wechselnder Ich-Zustände in der stationären Langzeittherapie psychotischer Jugendlicher (The Problem of Rapidly Changing Ego-states in Long Term In-patient Treatment of Psychotic Adolescents) 250
- Herzka, S./Nil, V.: Gemeinsame Strukturen der Psychotherapie und Bewegungstherapie (Analogies of Psychotherapy and Movement Therapy) 216
- Rohse, H.: Zwangsneurose und Adoleszenz (Compulsive Neurosis and Adolescence) 241
- Streeck-Fischer, A.: Zwang, Ichorganisation und Behandlungsvorgehen (Compulsion, Organisation of Ego, and Approaches to Treatment) 236
- Süssnerbacher, G.: Die „Hornbärprinzessin“: Anorexie als gelebte Katachrese in der Tochter-Vater-Beziehung – ein Fallbericht (The „Hornbear-Princess“: Anorexia Nervosa as „performed“ Katachresis in Daughter-father Relationship) 164

Übersichten

- Berger, M.: Klinische Erfahrungen mit späten Müttern und ihrem Wunschkind (Clinical Experiences with Late Mothers and their „Wished for“ Children) 16
- Blesken, K. W.: Systemisch orientierte Supervision in der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Systemically orientated Supervision of Psychotherapy with Children and Adolescents) 322
- Brack, U. B.: Die Diagnose der mentalen Retardierung von Kindern im Spannungsfeld von Medizin, Psychologie und Pädagogik (The Diagnosis of mental Retardation in Children from a Medical, Psychological and Pedagogical Point of View) 83
- Frey, E.: Über-Ich und Gewissen. Zum Unterschied der beiden Begriffe und seiner Bedeutung für die Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Superego or Conscience. On the Differentiation of both Terms and its Function for the Psychotherapy of Children and Adolescents) 363
- Rothaus, W.: Die Auswirkungen systemischen Denkens auf das Menschenbild des Therapeuten und seine therapeutische Arbeit (The Consequences of Systemic Thinking on the Therapist's Idea of Man and his Therapeutic Work) 10
- Schlaginhausen, F./Felder, W.: Sprachliche Form des Columbustests für Sehbehinderte (Langeveld Columbus Test: Adapted for the Testing of Visually Handicapped Children) 133
- Specht, F.: „Fremdplatzierung“ und Selbstbestimmung („Outside Placement“ and Self-Determination) 190
- Steinhausen, H. C.: Zur Klassifikation und Epidemiologie „psychosomatischer“ Störungen im Kindes- und Jugendalter (On Classification and Epidemiology of „Psychosomatic Disorders“) 195

Tagungsberichte

- „Was heißt Aufarbeiten nationalsozialistischer Vergangenheit?“ – Bericht über die XXIII. Wissenschaftliche Jahrestagung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e. V. 97
- Bericht über das VIII. Internationale Würzburger Symposium für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 100

- Bericht über die 21. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 8. bis 10. Mai 1989 in München 263

Buchbesprechungen

- Alvin, J.: Musik und Musiktherapie für behinderte und autistische Kinder 308
- Arens, C./Dzikowski, S. (Hrsg.): Autismus heute. Bd. 1: Aktuelle Entwicklungen in der Therapie autistischer Kinder 139
- Balint, M.: Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse 107
- Beland, H. et al. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 22 222.
- Berner Datenbuch der Pädiatrie. 3. vollst. bearb. u. ergänzte Aufl. 179
- Bierhoff, H. w./Montada, L. (Hrsg.): Altruismus. Bedingungen der Hilfsbereitschaft 221
- Bodenheimer, A. R.: Verstehen heißt antworten. Eine Deutungslehre aus Erkenntnissen der Psychotherapie 27
- Brakhoff, J. (Hrsg.): Kinder von Suchtkranken. Situation, Prävention, Beratung und Therapie 102
- Bürgin, D. (Hrsg.): Beziehungskrisen in der Adoleszenz 226
- Chasseguet-Smirgel, J.: Kunst und schöpferische Persönlichkeit – Anwendung der Psychoanalyse auf den außertherapeutischen Bereich 269
- von Cube, F./Storch, V. (Hrsg.): Umweltpädagogik – Ansätze, Analysen, Ausblicke 227
- Daly, R./Sand, E. A. (Eds.): Psychological Treatment of mental illness 60
- Erning, G./Neumann, K./Reyer, J. (Hrsg.): Geschichte des Kindergartens. Bd. 1: Entstehung und Entwicklung der öffentlichen Kleinkindererziehung in Deutschland von den Anfängen bis zur Gegenwart. Bd. 2: Institutionelle Aspekte, systematische Perspektiven, Entwicklungsverläufe 62
- Esser, U.: Rogers und Adler. Überlegungen zur Abgrenzung und zur Integration 110
- Esser, U./Sander, K. (Hrsg.): Personenzentrierte Gruppentherapie – therapeutischer Umgang mit der Person in der Gruppe 223
- Flammer, A.: Entwicklungstheorien. Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung 379
- Flosdorf, P. (Hrsg.): Theorie und Praxis stationärer Erziehungshilfe. Bd. 1: Konzepte in Heimen der Jugendhilfe; Bd. 2: Die Gestaltung des Lebensfeldes Heim 182
- Franke, U. (Hrsg.): Aggressive und hyperaktive Kinder in der Therapie 140
- Freedman, A. M./Kaplan, H. I./Sadock, B. J./Peters, U. H. (Hrsg.): Psychiatrie in Praxis und Klinik. Bd. 3: Neurosen, Bd. 4: Psychosomatische Störungen 179
- Fröhlich, A. D. (Hrsg.): Kommunikation und Sprache körperbehinderter Kinder 380
- Gerlinghoff, M./Backmund, H./Mai, N.: Magersucht. Auseinandersetzung mit einer Krankheit 139
- Graf-Nold, A.: Der Fall Hermine Hug-Hellmuth. Eine Geschichte der frühen Kinder-Psychoanalyse 266
- Gruen, A.: Der frühe Abschied. Eine Deutung des plötzlichen Kindstodes 305
- Haberkorn, R./Hagemann, U./Seehausen, H. (Hrsg.): Kindergarten und soziale Dienste 182
- Heckerens, H. P.: Die zweite Ehe – Wiederheirat nach Scheidung und Verwitwung 312
- Herzog-Bastian, B./Jacobi, V./Moser, P./Schewring, A.: Straftaten Jugendlicher. Ursachen, Folgen, sozialpädagogische Maßnahmen 377
- Holle, B.: Die motorische und perzeptuelle Entwicklung des Kindes 180
- Hooper, S. R./Willis, G.: Learning Disability Subtyping 379

<i>Iben, G.</i> (Hrsg.): Das Dialogische in der Heilpädagogik	313	der Heimerziehung: Ein empirischer Beitrag zum Problem der Indikation	105
<i>Innerhofer, P./Klicpera, C.</i> : Die Welt des frühkindlichen Autismus. Befunde, Analysen, Anstöße	138	<i>Pothmann, R.</i> (Hrsg.): Chronische Schmerzen im Kindesalter	348
<i>Institut für soziale Arbeit e. V.</i> (Hrsg.): Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Zwischen Konkurrenz und Kooperation	307	<i>van Quekelberghe, R.</i> : Anna – eine Lebenslaufanalyse	228
<i>Jäger, R. S.</i> (Hrsg.): Psychologische Diagnostik – Ein Lehrbuch	109	<i>Quindt, H.</i> : Die Zwangsneurose aus psychoanalytischer Sicht	102
<i>Kammerer, E.</i> : Kinderpsychiatrische Aspekte der schweren Hörschädigung	308	<i>Reinhard, H. G.</i> : Formen der Daseinsbewältigung psychisch gestörter Jugendlicher	380
<i>Kast, V.</i> : Familienkonflikte im Märchen	224	<i>Reiter, L./Brunner, E./Reiter-Theil, S.</i> (Hrsg.): Von der Familientherapie zur systematischen Perspektive	311
<i>Kautter, H./Klein, G./Laupheimer, W./Wiegand, H. S.</i> : Das Kind als Akteur seiner Entwicklung. Idee und Praxis der Selbstgestaltung in der Frühförderung entwicklungsverzögerter und entwicklungsgefährdeter Kinder	346	<i>Reiter-Theil, S.</i> : Autonomie und Gerechtigkeit. Das Beispiel der Familientherapie für die therapeutische Ethik	310
<i>Kisker, K. P./Lauter, H./Meyer, J. E./Müller, C./Strömgen, E.</i> (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart; Bd. 7: Kinder- und Jugendpsychiatrie	306	<i>Remschmidt, H./Schmidt, M.</i> (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis. Bd. 1: Grundprobleme, Pathogenese, Diagnostik, Therapie	105
<i>Klockhaus, R./Trapp-Michel, A.</i> : Vandalistisches Verhalten Jugendlicher	378	<i>Remschmidt, H./Schmidt, M.</i> (Hrsg.): Alternative Behandlungsformen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	220
<i>Klosinski, G.</i> (Hrsg.): Psychotherapeutische Zugänge zum Kind und Jugendlichen	305	<i>Rerrich, M. S.</i> : Balanceakt Familie. Zwischen alten Leitbildern und neuen Lebensformen	184
<i>Kratz, B.</i> : Freuds Ehrgeiz – seine Lehrer und Vorbilder	304	<i>Rijnaarts, J.</i> : Lots Töchter. Über den Vater-Tochter-Inzest	26
<i>Kühler, H. D./Kuntz, S./Melchers, C.</i> : Angst wegspielen. Mitspieltheater in der Medienerziehung	104	<i>Rosenberger, M.</i> (Hrsg.): Ratgeber gegen Aussonderung	183
<i>Kühne, H. H.</i> (Hrsg.): Berufsrecht für Psychologen	28	<i>Rudolf, G.</i> : Therapieschemata für die Psychiatrie	25
<i>Kutter, P.</i> : Moderne Psychoanalyse	270	<i>Schneider-Henn, K.</i> : Die hungrigen Töchter. Essstörungen bei jungen Mädchen	25
<i>Lamnek, S.</i> : Qualitative Sozialforschung. Bd. 1: Methodologie	180	<i>Schuhmacher, D.</i> : Sprechen und Sehen	381
<i>Landenberger, G./Trost, R.</i> : Lebenserfahrungen im Erziehungsheim	313	<i>Schwob, P.</i> : Großeltern und Enkelkinder. Zur Familiendynamik der Generationsbeziehung	311
<i>Lempp, R.</i> (Hrsg.): Reifung und Ablösung. Das Generationenproblem und seine psychopathologischen Randformen	61	<i>Speck, O.</i> : System Heilpädagogik – eine ökologisch-reflexive Grundlegung	26
<i>Liedtke, R.</i> : Familiäre Sozialisation und psychosomatische Krankheit. Eine empirische Studie zum elterlichen Erziehungsstil bei psychosomatisch erkrankten Kindern	220	<i>Spiel, G.</i> : Hemisphärendominanz – Lateralität	347
<i>Lohaus, A.</i> : Datenerhebung in der Entwicklungspsychologie	309	<i>Spiel, W./Spiel, G.</i> : Kompendium der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie	60
<i>McDougall, J.</i> : Theater der Seele – Illusion und Wahrheit auf der Bühne der Psychoanalyse	268	<i>Spring, J.</i> : Zu der Angst kommt die Scham. Die Geschichte einer sexuell mißbrauchten Tochter	225
<i>Merkens, L.</i> : Einführung in die historische Entwicklung der Behindertenpädagogik in Deutschland unter integrativen Aspekten	184	<i>Steiner, G.</i> : Lernen. 20 Szenarien aus dem Alltag	109
<i>Merkens, L.</i> : Aggressivität im Kindes- und Jugendalter	378	<i>Steller, M.</i> : Psychophysiologische Aussagebeurteilung. Wissenschaftliche Grundlagen und Anwendungsmöglichkeiten der „Lügendetektion“	103
<i>Merz, M.</i> : Schwangerschaftsabbruch und Beratung bei Jugendlichen – eine klinisch-tiefenpsychologische Untersuchung	225	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Das menschliche Schicksal zwischen Individuation und Identifizierung. Ein Psychoanalytischer Versuch	268
<i>Moosmann, H.</i> : Der Kampf um die kindliche Imagination oder Annäherung an das Kind Jesu	61	<i>von Tetzchner, S./Siegel, L./Smith, L.</i> (Eds.): The Social and Cognitive Aspects of Normal and Atypical Language Development	380
<i>Müller-Hohagen, J.</i> : Verleugnet, verdrängt, verschwiegen – Die seelischen Auswirkungen der Nazizeit	228	<i>Thomasius, R.</i> : Lösungsmittelmißbrauch bei Kindern und Jugendlichen. Forschungsstand und praktische Hilfen	349
<i>Mutzek, W./Pallasch, W.</i> (Hrsg.): Integration von Schülern mit Verhaltensstörungen	181	<i>von Trad, P.</i> : Psychosocial Scenarios for Pediatrics	63
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Allgemeine Therapie psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter	307	<i>von Uslar, D.</i> : Sein und Deutung. Grundfragen der Psychologie	223
<i>Petermann, F.</i> (Hrsg.): Verhaltensgestörtenpädagogik	28	<i>Volpert, W.</i> : Zauberlehrlinge. Die gefährliche Liebe zum Computer	349
<i>Petermann, U.</i> : Sozialverhalten bei Grundschulern und Jugendlichen	221	<i>Walper, S.</i> : Familiäre Konsequenzen ökonomischer Deprivation	312
<i>Petermann, F./Petermann, U.</i> : Training mit aggressiven Kindern	110	<i>Watzlawick, P.</i> : Münchhausens Zopf oder Psychotherapie und „Wirklichkeit“	311
<i>Petermann, F./Noeker, M./Bochmann, F./Bode, U./Grabisch, B./Herlan-Criado, H.</i> : Beratung mit krebserkrankten Kindern: Konzeption und empirische Ergebnisse	178	<i>Weiss, T.</i> : Familientherapie ohne Familie	108
<i>Petri, H.</i> : Erziehungsgewalt – Zum Verhältnis von persönlicher und gesellschaftlicher Gewaltausübung in der Erziehung	377	<i>Welsch, U./Wiesner, M.</i> : Lou Andreas-Salome. Vom „Lebensurgrund“ zur Psychoanalyse	267
<i>Pikler, E.</i> : Laßt mir Zeit. Die selbständige Bewegungsentwicklung des Kindes bis zum freien Gehen	348	<i>Wendeler, J.</i> : Psychologie des Down Syndroms	140
<i>Planungsgruppe PETRA</i> : Analyse von Leistungsfeldern		<i>Witte, W.</i> : Einführung in die Rehabilitations-Psychologie	108
		<i>Zöller, D.</i> : Wenn ich mit euch reden könnte ... Ein autistischer Junge beschreibt sein Leben	381
		Editorial: 276, 322	
		Autoren der Hefte: 25, 58, 101, 137, 178, 219, 266, 304, 346, 376	
		Diskussion/Leserbriefe: 58	
		Tagungskalender: 30, 64, 111, 141, 185, 229, 271, 315, 350, 382	
		Mitteilungen: 30, 65, 112, 142, 186, 231, 272, 316, 351, 382	

Aus der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Abteilungsvorsteher: Prof. Dr. med. F. Specht)
im Zentrum Psychologische Medizin der Universität Göttingen

Anorexia nervosa und Down Syndrom

Von Klaus Räder, Friedrich Specht und Monika Reister

Zusammenfassung

Es wird über eine 24jährige Patientin mit einer Anorexia nervosa (AN) und einem Down-Syndrom (DS) berichtet. Nach Sichtung bisheriger Fallberichte zum gemeinsamen Auftreten beider Krankheiten wird versucht, einen weiteren Beitrag zur kontrovers diskutierten Frage zu leisten, ob bei geistig Retardierten eine primäre Anorexie auftreten kann, oder ob es sich vielmehr um anorektische Reaktionen bei anderweitigen Störungen z. B. im Rahmen depressiver Verstimmung handelt.

1 Einleitung

Anorexia nervosa (AN) wird häufig als Erkrankung jüngerer Frauen der Mittel- und Oberschicht bei Individuen mit überdurchschnittlich hoher Intelligenz beschrieben (etwa Fichter 1985). Nur ausnahmsweise berichten Autoren über Patientinnen mit gleichzeitiger geistiger Retardierung oder subnormaler Intelligenz bei dieser Erkrankung (Pierlot et al. 1975; Morgan & Russel 1975; Hurley & Sovner 1979; Mohl & McMahon 1980; Garfinkel & Garner 1982). Kasuistiken zum gemeinsamen Auftreten von chromosomalen Anomalien und AN liegen sowohl für das Turner- (vgl. Fichter 1985) als auch für das Down-Syndrom (DS) vor. Zu letzterem publizierten Fox & Karan (1976) als erste den Fall einer 26 Jahre alten Patientin mit DS sowie in einer späteren Studie eine 7jährige Katamnese als Evaluierung der Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Maßnahmen (Fox et al. 1981). Leider fehlen in beiden Arbeiten klinische Angaben, die die Diagnose Anorexie sichern, ein Mangel der bereits von anderen Seite kritisiert worden ist (Szymanski & Biederman 1984). Cottrell & Crisp (1984) berichten über eine 34jährige Patientin mit DS (pos. Chromosomenanalyse), die eine AN entwickelte. Die Patientin erreichte bei einer Körpergröße von 147 cm ein Minimalgewicht von 32 kg. Es bestand eine Amenorrhoe und in der Anfangsphase der Erkrankung selbstinduziertes Erbrechen.

In der unmittelbaren prämorbid Phase traten folgende relevante Lebensereignisse im Umfeld der Patientin (life events) auf: Tod der Großmutter, Tod eines Lieblingsonkels sowie der Tod

eines Freundes der Patientin, bei dem ebenfalls ein DS vorlag. Weiterhin wurden bedeutsame Änderungen in den Beziehungsmustern des Sozialzentrums u. a. mit Zunahme zwischenmenschlicher Liberalisierung konstatiert. Die Großmutter der Patientin starb unter Ausbildung einer Kachexie infolge einer organisch bedingten Dysphagie. Später erklärte die Patientin, daß sie wegen einer „Schluckstörung“ nicht essen könne. Anorexiertypisch beschäftigte sie sich dauernd mit dem Thema Essen, versteckte Nahrung und entwickelte eine Gewichtsphobie mit überzogenem Schlankheitsideal. Daneben zeigte sie ein ausgesprochen regressives Verhalten mit Rückzugstendenzen und Einschränkungen in der Selbstversorgung. In der Eigenanamnese fand sich eine kurzfristige reaktive Depression, ca. fünf Jahre vor Ausbruch der Magersucht.

Die Behandlung der Patientin war ausschließlich psychotherapeutisch orientiert, wobei thematisch die Trauerarbeit bezüglich des Verlustes der Großmutter sowie eine Sensibilisierung hinsichtlich einer allmählichen Loslösung aus der Ursprungsfamilie bearbeitet wurden. Nach fünf Monaten war das Gewicht auf 47 kg gestiegen, die Patientin zeigte ein normales Essverhalten und ihre Menstruation setzte wieder ein.

Einen weiteren Fall von AN bei DS legten Szymanski & Biederman (1984) vor. Eine während der Adoleszenz übergewichtige knapp über 30 Jahre alte Patientin magerete bis auf 33,6 kg (keine Größenangabe) ab und entwickelte eine Amenorrhoe. Die Erkrankung entwickelte sich schleichend bei Zunahme von Passivität, Rückzug und mangelnder Selbstversorgung. Auch diese Patientin beschrieb ihre Figur als „übergewichtig“ und „plump“. Für die prämorbid Phase konnten keine kritischen Lebensereignisse eruieren werden. Nach DSM-III Kriterien wurde die Doppeldiagnose Anorexia-Nervosa und Major Depressive Disorder gestellt. Die Patientin wurde u. a. thymoleptisch mit Nortriptylin und Amitriptylin über 10 Monate behandelt.

Studien zu Verhaltensproblemen von Patienten mit DS wurden überwiegend an hospitalisierten Populationen durchgeführt. Häufig genannte Auffälligkeiten sind motorische Unruhe, leichte Erregbarkeit, Neigung zu aggressiven oder destruktiven Ausbrüchen, „Widerspenstigkeit“, „Starrköpfigkeit“, Neigung zu Abkapselung und Absonderung sowie zwanghafte Handlungen (vgl. Wendeler 1988). Diese Auffälligkeiten erscheinen jedoch keineswegs spezifisch für Patienten mit DS und entsprechen

wohl weitgehend den bekannten Symptombeschreibungen von chronisch hospitalisierten Personen. Im Vergleich zu anderen Stichproben mit ähnlich schweren Beeinträchtigungen weisen Patienten mit DS eher geringere Verhaltensstörungen auf (Moore et al. 1968). Andererseits lassen sich bei Patienten mit DS Störungsmuster finden, die häufig – wohl auf Grund der Überlagerung durch die geistige Retardierung – nicht i. S. einer parallelen seelischen Pathologie gewertet werden.

Menolascino (1965, 1967) differenziert sechs Arten emotionaler Störungen bei Patienten mit DS: (1.) Hyperaktivität und Impulsivität mit kurzer Aufmerksamkeitsspanne und Defiziten in der Verhaltenskontrolle. Danach werden genannt (2.) Patienten mit psychotischen Reaktionen, (3.) Patienten mit Anpassungsreaktionen bei Trauer und Trennung, (4.) Patienten mit psychoneurotischen Reaktionen mit Angst und Konversion, (5.) schizophrenieartige Reaktionen mit Rückzug und autistisch anmutender Symptomatik und (6.) Patienten mit anhaltenden aggressiv-trotzigen Zügen im Sinne einer Persönlichkeitsstörung. Im Kontrast zu der Beschreibung als „prince charming“ in Populationen geistig Behinderter (vgl. etwa Benda 1960) stehen Mitteilungen ausgeprägter Depressionen bei Patienten mit DS, die auch unter günstigen Lebensverhältnissen auftreten und als endogene Störungen gewertet werden (vgl. Szymanski & Biederman 1984). Im Rahmen solcher depressiver Zustände u. U. im Zusammenspiel mit weiteren Auffälligkeiten – wie oben beschrieben – scheinen sekundäre Eßstörungen bei Patienten mit DS durchaus erklärbar.

2 Falldarstellung

Die Patientin war zum Zeitpunkt der Aufnahme 24;6 Jahre alt. Es besteht eine Trisomie 21 (47,XX). Das Körpergewicht zu Beginn der stationären Therapie betrug 34,5 kg bei einer Größe von 147 cm. Amenorrhoe bestand seit 9 Monaten. Eineinhalb Jahre vor der stationären Aufnahme begann die damals übergewichtige Patientin (62 kg) nach Hänseleien wegen ihrer Figur durch männliche Behinderte in der beschützenden Werkstatt mit Diätversuchen. Zu einem männlichen Behinderten bestand zu diesem Zeitpunkt eine Freundschaft mit beiderseitiger Zuneigung. Diese Freundschaft und die durch die Nahrungseinschränkung verbundene Gewichtsabnahme wurde von den Betreuern der Einrichtung zunächst positiv konnotiert. Ein halbes Jahr später traten zeitweilig selbstverletzende Verhaltensweisen auf (Messerstichverletzungen); gleichzeitig kam es zu einem rapiden Gewichtsverlust von mehreren Kilogramm innerhalb eines Monats. Sie sprach nun öfter davon, daß sie sich nutzlos fühle; ansonsten reduzierten sich ihre verbalen Äußerungen immer mehr auf die Essensthematik. Auch die häuslichen Gespräche mit den Eltern, bei denen die Patientin immer noch wohnte, waren nunmehr durch diese Thematik bestimmt.

Etwa zwei Jahre vor Beginn der stationären Behandlung erkrankte ein Onkel der Patientin an einem neurologischen Leiden (Amyotrophe Lateralsklerose), das ihn bald an einen Rollstuhl fesselte; später – ungefähr zum Zeitpunkt des raschen Gewichtsverlustes der Patientin – traten bei ihm Atem- und Schluckstörungen auf. Während sie vorher die Nahrungseinschränkung häufiger mit „ich will schlank werden“ begründete, überwogen jetzt Erklärungen wie „hab keinen Hunger“ und „kann nicht schlucken“. Einige Zeit später mußte der Vater der Patientin zu einer Routineoperation in die Klinik, worauf sie bis auf nunmehr 39 kg abnahm. Daraufhin wurde die Patientin in

derselben Klinik für drei Wochen stationär behandelt und eine mögliche organische Ursache der Abmagerung diagnostisch ausgeschlossen. Während dieser Behandlungszeit verstarb der Onkel; über dieses Ereignis wurde die Patientin jedoch nicht informiert.

Nach der Entlassung mit einem Gewicht von 41,5 kg wurde die Patientin an die Poliklinik der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Göttingen überwiesen. Beim Erstkontakt wirkte sie deutlich psychomotorisch gehemmt, war weinerlicher Stimmung und reagierte ängstlich auf die Drohungen und ungeduldrigen Anklagen der Eltern. Es wurde ein Plan für das Tisch- und Essensverhalten erarbeitet, Familiengespräche angeboten und für die ambulante Behandlung eine untere Gewichtsgrenze von 35 kg festgelegt. Zur medikamentösen Unterstützung wurde Maprotilin (50 mg/die) angeordnet. Die Compliance war unzureichend. Zu den nachfolgenden Terminen konnte die Patientin ihr Gewicht halten; sie begann jedoch verstärkt und immer häufiger zu würgen, ein Symptom, das für ihre Eltern kaum tolerierbar war. Zeitweilig wurden von ihr dabei Speisen regurgitiert. Die Zeiten der Nahrungsaufnahme verlängerten sich zunehmend. Nach einem fieberhaften Infekt trat wiederum ein Gewichtsverlust auf. Wegen des deutlich verschlechterten Zustands wurde sie dann mit einem Gewicht von 34,5 kg stationär aufgenommen.

Bei der Aufnahme befand sich die Patientin in reduziertem Allgemeinzustand. Bei der Ösophagoskopie und -manometrie wurden keine pathologischen Befunde erhoben. Der psychopathologische Befund war gekennzeichnet durch ein deutlich gehemmt depressives Bild mit psychomotorischer Verlangsamung, Weinen, Äußerungen von Lebensüberdruß und Nahrungsverweigerung sowie durch die intellektuelle Retardierung bei DS. Außerdem bestanden eine starke Obstipation und ein dauerndes Würgen ohne Zusammenhang zur Nahrungsaufnahme. Die Essensverweigerung wurde kommentiert mit: „Der Hals ist zu, ich kann nicht essen.“ Nach weiterer Gewichtsabnahme um 2 kg erfolgte eine additive Sonderernährung sowie eine Umstellung der thymoleptischen Therapie auf Clomipramin (bis 100 mg Tagesmaximaldosis). Zeitweilig kam es postprandial zum Erbrechen der Sondennahrung.

Nach drei Wochen war eine deutliche Stimmungsaufhellung beobachtbar, die Kontaktaufnahme zu Mitpatienten und Betreuern wurde eigeninitiativ; heilpädagogische Angebote wurden angenommen. Gleichzeitig wurde aber die eigenständige Nahrungsaufnahme ständig von der Patientin weiter reduziert, so daß schließlich viermaliges Sondieren pro Tag notwendig wurde. Bei hochkalorischer Nahrungszufuhr nahm sie kontinuierlich an Gewicht zu; die Würgesymptomatik sistierte fast. Zeitweilig traten jedoch noch autoaggressive Handlungen (Schnittverletzungen) auf. Zwischenzeitlich verliebte sie sich in einen Mitpatienten; bei dessen Entlassung klagte sie über Herzschmerzen(!). Auf zeitweilige Konflikte mit einer Zimmerbewohnerin reagierte sie kurzfristig und situationsadäquat mit Weinen, Rückzug und Gekränktheit. Nach vier Monaten stationärer Behandlung war ein emotional ausgeglichener Zustand erreicht, jedoch ohne daß die Patientin zur eigenständigen Nahrungsaufnahme zu bewegen war. Sie bemerkte weiterhin, daß „sie nicht schlucken könne, der Hals sei zu“ und schimpfte auf das „blöde“ Essen. Bei den gemeinsamen Mahlzeiten auf Station nahm sie teil, bekam ihr Essen auf den Teller zugeteilt, saß aber dann mit abgewandtem Gesicht am Tisch, ohne die Speisen anzurühren. Es verstärkte sich der Eindruck, daß sie das einmal gewählte Verhaltensmuster nicht aufgeben konnte. Nachdem sie dann mit einem Mitarbeiter die Mahlzeiten in einem separaten Raum einnehmen durfte, kam es zu einem plötzlichen Umschwung: Innerhalb einer Woche stellte sich ein normales Eß-

verhalten ein. Nach einer weiteren Woche konnte sie mit einem Gewicht von 45 kg nach 10monatiger stationärer Behandlung entlassen werden.

Bei der Katamnese nach 2 Jahren hatte die Patientin ein Körpergewicht von 55 kg erreicht, arbeitete weiterhin in der Behindertenwerkstatt, jedoch an einem Arbeitsplatz, der ihr mehr zusagte und hatte eine feste Beziehung zu einem anderen Behinderten aufgenommen. Sie lebt weiterhin bei ihren Eltern.

3 Diskussion

Zwischen der von *Cottrell u. Crisp* (1984) geschilderten und unserer Patientin gibt es viele Ähnlichkeiten: Beide erlebten in der prämorbid Phase Todesfälle naher Angehöriger, die im Finalstadium eine Kachexie entwickelten. Die Dysphagie dieser Verwandten hat möglicherweise i.S. imitativen Lernens zur Ausbildung der subjektiven Krankheitstheorie „Schluckstörung“ bei den Patientinnen beigetragen, dies aber wohl auf der Grundlage phobischer Befürchtungen mit hypochondrischer Verarbeitung bei einem depressiven Zustand. Auch die allmähliche Loslösung vom Elternhaus, die Kontaktaufnahme zum anderen Geschlecht und das Hineinwachsen in eine neue Identität zeigen bemerkenswerte Parallelen. Übereinstimmend ist auch die ständige Problematisierung von Themen, die mit dem Essen zu tun haben, sowie das initial selbstinduzierte Erbrechen. Bei unserer Patientin fand sich zusätzlich eine Übergewichtigkeit vor dem Krankheitsausbruch. Während der Erkrankung zeigte sie ausgeprägt regressive Verhaltensweisen und eine Affektlage, die die Diagnose einer Major Depressive Disorder rechtfertigen.

Neben der Affinität depressiver Zustände zur AN (vgl. etwa *Cantwell et al.* 1977) ist bekannt, daß Depressionen mit funktionellen Dysphagien einhergehen können, die u.U. zu extremen Gewichtsverlusten führen (*Bliss & Branch* 1960). Bereits *Monrard* (1921) berichtet über eine 6jährige Patientin mit einer ‚spasme hystérique de l’oesophage‘, die eine „hysterische Anorexie“ ausbildet. Auch ohne Dysphagiesymptomatik kann bei depressiven Patienten z.B. im Rahmen einer Nahrungsmittelphobie eine konsekutive Anorexie auftreten (*Teitelbaum* 1978).

Bei allen bisher berichteten Fällen zu Patienten mit AN und DS wurden ausgeprägte depressive Verstimmungen zu Krankheitsbeginn beobachtet. Bei der Nahrungsverweigerung dieser Patientinnen fehlt u.E. das essentielle Symptom der AN: Der unbeugsame Wille abzunehmen und die Bewertung des Abnehmens als Erfolg. Vielmehr wird der Nahrung „Böses“ attribuiert („Das Essen ist blöd“, wie bei unserer Patientin), eine Dynamik, die eher an den Protest und Trotz kindlicher Essensverweigerung erinnert (vgl. *Schütze* 1980). Insofern ist unsere Patientin der von *Dellisch* (1977) beschriebenen 7jährigen Sonja vergleichbar, deren diagnostische Zuordnung als AN von *Habermas* (1987) in Frage gestellt wurde. Auch diese Patientin begründete Nahrungsverweigerung mit „ich kann nicht schlucken, das Essen schadet mir“. Zudem scheint es ausgeschlossen, daß Patienten mit DS über die kognitiven Voraussetzungen mit Vorstellungen

über Zusammenhänge von Essen, Gewicht und Bewegung verfügen, die ein aktives und gezieltes Abnehmen erlauben (vgl. *Habermas* 1987). Gewichtskontrollen z.B. scheiden aufgrund der zu geringen Spannweite des überschaubaren Zahlenraums aus.

Wenn die hier beschriebene Patientin nach Besserung ihres depressiven Zustandes noch über Monate weiter an der Nahrungsverweigerung festhielt, bietet sich als Erklärung nur die allgemeine Rigidität von Verhaltensmustern bei Menschen mit erheblichen Beeinträchtigungen der geistigen Entwicklung, insbesondere auch mit DS an. Als Beispiel dafür läßt sich u.a. ein von *Bradway* (1936) geschilderter Verlauf nennen, bei der eine Patientin mit DS sich über 4 Jahre mutistisch verhielt und sich selber Verletzungen zufügte, um dadurch Beachtung zu erlangen.

Summary

Anorexia nervosa and Down's Syndrome

This article reports on a 24-year-old woman patient with anorexia nervosa and Down's syndrome. Following examination of previous case studies on the simultaneous occurrence of these illnesses, the authors make a further contribution to the controversial discussion of whether primary anorexia can occur at all in the mentally retarded or whether it should not rather be considered an anorectic reaction related to other disorders, e.g. depressive disturbances.

Literatur

- Benda, C.E.* (1960): The child with mongolism. New York: Grune & Stratton. – *Bliss, E.L., Branch, C.H.H.* (1960): Anorexia nervosa. New York: Hoeber. – *Bradway, K.P.* (1936): Hysterical mutism in a mongol imbecile. J. Abnorm. Soc. Psychol. 31, 458–462. – *Cantwell, D.P., Sturzenberger, S., Burroughs, J., Salkin, B., Green, J.K.* (1977): Anorexia nervosa: An affective disorder? Arch. Gen. Psychiat. 34, 1087–1093. – *Cottrell, D.J., Crisp, A.H.* (1984): Anorexia in Down's syndrome. A case report. Brit. J. psychiat. 145, 195–196. – *Dellisch, H.* (1977): Über die infantile Form der Anorexia nervosa Z. Kinder-Jugendpsychiat. 5, 128–137. – *Fichter, M.M.* (1985): Magersucht und Bulimia. Berlin: Springer. – *Fox, R.A., Karan, O.C.* (1976): Deinstitutionalization as a function of interagency planning: A case study. Educ. Train. Ment. Retard. 11, 255–260. – *Fox, R.A., Karan, O.C., Rotatori, A.F.* (1981): Regression including anorexia nervosa in a Down's syndrome adult: A seven year follow up. J. Behav. Therap. & Exp. Psychiat. 12, 351–354. – *Garfinkel, P.E., Garner, D.M.* (1982): Anorexia nervosa. New York: Brunner & Mazel. – *Habermas, T.* (1987): Kognitive Entwicklungsvoraussetzungen der Pubertätsmagersucht als Erklärungen ihrer unteren Altersgrenze. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 36, 88–92. – *Hurley, A.D., Sovner, R.* (1979): Anorexia nervosa and mental retardation: A case report. J. Clin. Psychiat. 40, 480–482. – *Menolascino, F.J.* (1965): Psychiatric aspects of mongolism. Amer. J. Ment. Deficiency 69, 653–660. – *Menolascino, F.J.* (1967): Psychiatric findings in a sample of institutionalized mongoloids. J. Ment. Subnorm. 13,

67-74. - *Mohl, P. C., McMahon, T.* (1980): Anorexia nervosa associated with mental retardation and schizoaffective disorder. *Psychosomatics* 21, 602-606. - *Monrad, S.* (1921): Trois cas des spasme hystérique de l'oesophage (Pseudostrictura oesophagi). *Acta Paediat.* 1, 29-38. - *Moore, B. C., Thuline, H. C., Capes, L.* (1968): Mongoloid and non-mongoloid retardates. A behavioral comparison. *Amer. J. Ment. Deficiency* 73, 433-436. - *Morgan, H. G., Russel, G. F. M.* (1975): Values of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa. Four year follow up of 41 patients. *Psychol. Med.* 5, 355-371. - *Pierloot, R. A., Wellens, W., Houben, M. E.* (1975): Elements of resistance to a combined medical and psychothera-

peutic program in anorexia nervosa. An overview. *Psychother. Psychosom.* 26, 101-117. - *Schütze, G.* (1980): Anorexia nervosa. Bern: Huber. - *Szymanski, L. S., Biederman, J.* (1984): Depression and anorexia nervosa of persons with Down syndrome. *Amer. J. ment. Deficiency* 89, 246-251. - *Teitelbaum, H. A.* (1978): *Psychosomatic Neurology*. New York: Grune & Stratton. - *Wendeler, J.* (1988): *Psychologie des Down Syndroms*. Bern: Huber.

Ansch. d. Verf.: Dr. Klaus Räder, Inst. f. Kinder- u. Jugendpsychiatrie der Univ. München und Heckscher-Klinik, Abt. Rottmannshöhe, 8137 Berg 3.