

Schmitt, Gustel Matthias

Psychotherapie der Pubertätsmagersucht aus der Sicht kognitiver Theorien

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 34 (1985) 5, S. 176-182

urn:nbn:de:bsz-psydok- 31086

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

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

Nutzungsbedingungen

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

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

Kontakt:

PsyDok

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

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

INHALT

Aus Praxis und Forschung

<i>Barthe, H.-J.</i> : Gruppenprozesse in der Teamsupervision – konstruktive und destruktive Effekte (Processes in the Course of Teamsupervision–Constructive and Destructive Effects)	142	<i>Hopf, H.H.</i> : Träume in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit präödipalen Störungen (Dreams in Psychotherapy of pre-oedipal-disturbed Children and Adolescents)	154
<i>Beck, B., Jungjohann, E.E.</i> : Zur Inanspruchnahme einer regionalen kinderpsychiatrischen Behandlungseinrichtung (A Longitudinal Study on Discharged Patients from a Residential Treatment Center for Children and Adolescents)	187	<i>Jorswieck, E.</i> : Verteilung von Mädchen und Jungen bei Kindern, die während Langzeitanalysen geboren wurden (The Distribution of Girls and Boys among Children born while longtime Analyses)	315
<i>Bovensiepen, G.</i> : Die Einleitung der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung durch das Familien-Erstinterview (The First Family-Interviews as Introduction to the Psychiatric Inpatient Treatment of Children and Adolescents)	172	<i>Kammerer, E., Göbel, D.</i> : Stationäre jugendpsychiatrische Therapie im Urteil der Patienten (Catamnestic Evaluation of an Adolescent Psychiatric Inpatient-Treatment)	123
<i>Braun, H.</i> : Sozialverteilung einiger Psychosomatosen im Kindes- und Jugendalter (Social Distribution of Some Psychosomatic Disorders in Childhood and Adolescence)	269	<i>Knöll, H.</i> : Zur Entwicklung der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland und Westberlin (On Development of Analytic Children and Juvenile Therapy in the Federal Republic of Germany and in West Berlin)	320
<i>Castell, R., Meier, R., Biener, A., Artner, K., Dilling, H., Weyerer, S.</i> : Sprach- und Intelligenzleistungen gegenüber sozialer Schicht und Familiensituation (Language and Intelligence Performance in 3–14 Years old Children Correlated to Social Background Variables)	120	<i>Kögler, M., Leipersberger, H.</i> : Integrierte Psychotherapie in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie – Die Bedeutung der Gruppenversammlung (Psychotherapy Integrated into Inpatient Child and Adolescent Psychiatry. The Significance of the Group Meeting)	9
<i>Dellisch, H.</i> : Zwei Formen einer frühen Störung der Eltern-Kindbeziehung und ihre Auswirkung auf die Schule (Two Forms of Early Interference in Parent-Child-Relationship and Their Consequences on the School Age Level)	256	<i>Krause, M.P.</i> : Stottern als Beziehungsstörung – Psychotherapeutische Arbeit mit Eltern stotternder Kinder (Stuttering as an Expression of Disturbed Parent-Children Relationship)	15
<i>Dühlsler, K.</i> : Von den Anfängen der Kinderpsychotherapie – aufgezeigt am Schicksal eines elternlosen Mädchens (The Beginning of Child Psychotherapy in Germany–Illustrated with the Case History of an Orphaned Girl)	317	<i>Kunz, D., Kremp, M., Kampe, H.</i> : Darstellung des Selbstkonzeptes Drogenabhängiger in ihren Lebensläufen (Selfconcept Variables in Personal Records of Drug Addicts)	219
<i>Fertsch-Röver-Berger, C.</i> : Familiendynamik und Lernstörungen (Family and Learning-disorders)	90	<i>Langenmayr, A.</i> : Geschwisterkonstellation aus empirischer und klinisch-psychologischer Sicht (Empirical and Clinical Aspects of Sibling Constellation)	254
<i>Flügge, I.</i> : Nach dem Terroranschlag auf eine Schulklasse (After a Murderous Assault in a School Class)	2	<i>Lehmkuhl, G., Bonney, H., Lehmkuhl, U.</i> : Wie beeinflussen Videoaufnahmen die Wahrnehmung familiärer Beziehungen? (How do Video Recordings influence the Perception of Family Relationships?)	32
<i>Friedrich, H.</i> : Chronisch kranke Kinder und ihre Familien (Children with Chronic Diseases and Their Families)	296	<i>v. Lüpke, H.</i> : Auffällige Motorik – Versuch einer Erweiterung der Perspektive (Unusual Motoricity–New Perspectives)	210
<i>Haar, R.</i> : Die therapeutische Beziehung in der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Überlegungen zur Behandlungstechnik (The Therapeutic Relationship in Analytic Child and Adolescent Psychotherapy)	303	<i>Meijer, A.</i> : Psychotherapie von adoleszenten Asthmapatienten (Psychotherapy of Adolescent Asthma Patients)	49
<i>Heigel-Evers, A., Heigl, F., Beck, W.</i> : Psychoanalytisch-interaktionelle Therapie bei Patienten mit präödipalen Störungsanteilen (Psychoanalytic Interaction Therapy with Patients Suffering from Disorders with Preodipal Components)	288	<i>Müller-Küppers, M.</i> : Der Kinderpsychiater als Vater – Der Vater als Kinderpsychiater (the Child Psychiatrist as a Father–the Father as a Child Psychiatrist)	309
<i>Hobrucker, B., Kühl, R.</i> : Eine Einschätzungsliste für Erzieher bei stationärer kinderpsychiatrischer Behandlung (Rating-List for Educators During a Stationary Treatment in a Child Psychiatry)	37	<i>Panagiotopoulos, P.</i> : Integrative Eltern-Kind-Therapie. Ein Modell zur Behandlung des Erziehungsprozesses (A Modell of Integrative Parents-Child-Therapy)	263
		<i>Paul, G.</i> : Möglichkeiten und Grenzen tagesklinischer Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Possibilities and Limits of Day-patient Treatment in Child Psychiatry)	84
		<i>Plassmann, R., Teising, M., Freyberger, H.</i> : Ein ‚Mimikry‘-Patient: Bericht über den Behandlungsversuch einer selbstgemachten Krankheit (The Mimicry Patient: A Report on the Attempt at Treating a Self-inflicted Illness)	133

<i>Reinhard, H. G.</i> : Zur Daseinbewältigung bei Kindern mit Enkopresis (Coping Styles of Children with Encoresis)	183	Ehrungen	
<i>Schattner-Meinke, U.</i> : Über die psychoanalytische Behandlung eines 10jährigen Jungen mit Gilles de la Tourette-Syndrom (Psychoanalytic Treatment of a tenyear-old Boy suffering from Tourette's Syndrome)	57	<i>Thea Schönfelder</i> zum 60. Geburtstag	70
<i>Schernus, R.</i> : Erleiden und Gestalten bei Anfallskrankheiten im Kindesalter (Suffering and Construction on Convulsive (Epileptic) Illness Amongst Children)	19	<i>Manfred Müller-Küppers</i> zum 60. Geburtstag	71
<i>Schmitt, G. M.</i> : Psychotherapie der Pubertätsmagersucht aus der Sicht kognitiver Theorien (Treatment of Anorexia Nervosa from Point of View of Cognitive Theories)	176	<i>Curt Weinschenk</i> zum 80. Geburtstag	276
<i>Schweitzer, J., Weber, G.</i> : Scheidung als Familienkrise und klinisches Problem – Ein Überblick über die neuere nordamerikanische Literatur (Divorce as Family Crisis and Clinical Problem: A Survey on the American Letrature)	44	In memoriam: <i>Marianne Frostig</i>	277
<i>Schweitzer, J., Weber, G.</i> : Familientherapie mit Scheidungsfamilien: Ein Überblick (Family Therapy with Families of Divorce: A Survey)	96	<i>Rudolf Adam</i> zum 65. Geburtstag	286
<i>Steinhausen, H.-Ch.</i> : Das Selbstbild Jugendlicher (The Self-Image of Adolescents)	54	Buchbesprechungen	
<i>Thimm, D., Lang, R.</i> : Angst vor dem EEG – Beispiel einer systematischen Desensitivierung (Fear of EEG-Recording – An Example of Systematic Desensitization)	225	<i>Baake, D.</i> : Die 6- bis 12jährigen	200
<i>Zschiesche, S.</i> : Psychologische Probleme bei Kindern und Jugendlichen in der Kieferorthopädie (Psychologic Problems Caused by Defective Development of Teeth or Jaws in Children and Adolescents)	149	<i>Biener, K.</i> (Hrsg.): Selbstmorde bei Kindern und Jugendlichen	281
Pädagogik und Jugendhilfe		<i>Brezovsky, P.</i> : Diagnostik und Therapie selbstverletzenden Verhaltens	282
<i>Brunner, R.</i> : Über Versagung, optimale Versagung und Erziehung (Frustration, Optimum Frustration and Education)	63	<i>Buchholz, M. B.</i> : Psychoanalytische Methode und Familientherapie	23
<i>Hüffner, U., Mayr, T.</i> : Formen integrativer Arbeit im Elementarbereich – erste Eindrücke von der Situation in Bayern (Forms of Integrative Preschool Education – first Impressions of the Situation in Bavaria)	101	<i>Cremerius, J.</i> : Vom Handwerk des Psychoanalytikers. Das Werkzeug der psychoanalytischen Technik	279
<i>Imhof, M.</i> : Erziehung zur Konfliktfähigkeit mit Hilfe von Selbsterfahrungsarbeit in der Schule (Education towards the Ability to Conflict with the Ais of Encounter Groups in School)	231	<i>Datler, W.</i> (Hrsg.): Interdisziplinäre Aspekte der Sonder- und Heilpädagogik	245
<i>Schniedermeyer, P.</i> : Vergessene? – Jugendliche im Maßregelvollzug (The Forgotten Ones? – Adolescents under Corrective Punishment)	239	<i>Eggers, Ch.</i> (Hrsg.): Bindungen und Besitzdenken beim Kleinkind	75
Tagungsberichte		<i>Einsiedeln, W.</i> (Hrsg.): Aspekte des Kinderspiels	280
Kinder- und Jugendpsychiatrisches Symposium am 15. Mai 1985 in Berlin	195	<i>Farau, A., Cohn, R. C.</i> : Gelebte Geschichte der Psychotherapie. Zwei Perspektiven	247
Bericht über das internationale Symposium „Psychobiology and Early Development“ vom 21.–23. Januar 1985 in Berlin	243	<i>Friedmann, A.</i> : Leitfaden der Psychiatrie	25
2. Europäisches Symposium über Entwicklungsneurologie vom 15.–18. Mai 1985 in Hamburg	244	<i>Fritz, A.</i> : Kognitive und motivationale Ursachen der Lernschwäche von Kindern mit einer minimalen cerebralen Dysfunktion	248
		<i>Freundeskreis Peter-Jürgen Boock und die Fachgruppe Knast und Justiz der Grün- Alternativen Liste (GAL) Hamburg</i> (Hrsg.): Der Prozeß – Eine Dokumentation zum Prozeß gegen Peter-Jürgen Boock	113
		<i>Gäng, M.</i> : Heilpädagogisches Reiten	163
		<i>Gerlicher, K.</i> (Hrsg.): Schule – Elternhaus – Beratungsdienste	76
		<i>Goldstein, S., Solnit, A. J.</i> : Divorce and Your Child	24
		<i>Hafer, H.</i> : Die heimliche Droge – Naturphosphat	114
		<i>Hartmann, H. A., Haubl, R.</i> (Hrsg.): Psychologische Begutachtung	24
		<i>Heun, H.-D.</i> : Pflegekinder im Heim	28
		<i>Hurme, H.</i> : Life Changes during Childhood	161
		<i>Jaffe, D. T.</i> : Kräfte der Selbstheilung	27
		<i>Jäger, S.</i> : Der diagnostische Prozeß	246
		<i>Jäger, R. S., Horn, R., Ingenkamp, K.-H.</i> (Hrsg.): Tests und Trends Bd. IV	281
		<i>Jochimsen, R. P.</i> : Spiel- und Verhaltensgestörtenpädagogik	199
		<i>Klosinski, G.</i> : Warum Bhagwan? Auf der Suche nach Heimat, Geborgenheit und Liebe	249
		<i>Konrad, R.</i> : Erziehungsbereich Rhythmik. Entwurf einer Theorie	199
		<i>Lagenstein, I.</i> : Diagnostik und Therapie cerebraler Anfälle im Kindesalter	78
		<i>Lazarus, H.</i> : Ich kann, wenn ich will	326
		<i>Lempp, R.</i> (Hrsg.): Psychische Entwicklung und Schizophrenie	163

<i>Mangold, B.</i> : Psychosomatik nicht epileptischer Anfälle	26	<i>Simon, F.B., Stierlin, H.</i> : Die Sprache der Familientherapie – Ein Vokabular	110
<i>Michaelis, R., Nolte, R., Buchwald-Saal, M., Haas, G.H.</i> (Hrsg.): Entwicklungsneurologie	325	<i>Tinbergen, N., Tinbergen, E.A.</i> : Autismus bei Kindern	110
<i>Mortier, W.</i> (Hrsg.): Moderne Diagnostik und Therapie bei Kindern	246	<i>Voß, R.</i> (Hrsg.): Helfen ... aber nicht auf Rezept	246
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Psychiatrie des Schulalters	200	<i>Westphal, R.</i> : Kreativitätsfördernde Methoden in der Beratungsarbeit	326
<i>Pascher, W., Bauer, H.</i> (Hrsg.): Differentialdiagnose von Sprach-, Stimm- und Hörstörungen	201	<i>Ziehe, T.</i> : Pubertät und Narzißmus	324
<i>Petermann, F., Petermann, U.</i> : Training mit aggressiven Kindern	78	Diskussion/Leserbriefe: 73, 161, 196	
<i>Seifert, W.</i> : Der Charakter und seine Geschichten – Psychodiagnostik mit dem thematischen Apperzeptions-test (TAT)	26	Mitteilungen: 29, 80, 115, 165, 202, 250, 283, 328	

Aus der Psychosomatischen Abteilung (Leiterin: Prof. Dr. I. Jochmus)
der Universitäts-Kinderklinik Münster (Direktor: Prof. Dr. K. D. Bachmann)

Psychotherapie der Pubertätsmagersucht aus der Sicht kognitiver Theorien*

Von Gustel Matthias Schmitt

Zusammenfassung

Es wird der Versuch unternommen, das *Bruch'sche* Konzept der subjektiven Ineffektivität als ein wesentliches Merkmal im Erleben magersüchtiger Patienten aus

* Frau Prof. Dr. Ingeborg Jochmus zum 65. Geburtstag gewidmet.

der Sicht dreier kognitiver Modelle (*Beck*, *Seligman* und *Bandura*) zu beleuchten. Der Vergleich erweist sich aus folgenden Gründen als nützlich: das Modell der subjektiven Ineffektivität behält aus der Sicht kognitiver Erklärungsmodelle seine Aktualität für Diagnostik und Therapie der Pubertätsmagersucht. Ebenfalls kann auf dem Boden dieses Vergleiches verstärkt nach kognitiven Methoden gesucht werden, die sich zur Veränderung von

Ineffektivitätsüberzeugungen eignen. Als besonders förderlich für kognitiv-emotionale Neubewertungen stellt der Autor das gruppentherapeutische und familientherapeutische Setting heraus.

1 Einleitung

Kognitive Therapieansätze beeinflussen in zunehmendem Maße die Psychotherapie in ihrem Verständnis der Entstehung und Modifikation psychischer Erkrankungen. Hervorzuheben sind die Konzepte von *D'Zurilla/Goldfried* (1971), *Ellis* (1977), *Bandura/Adams* (1977), *Beck* (1979), *Meichenbaum* (1979) und *Seligman* (1979). Die erfolgreiche Anwendung auf verschiedene psychopathologische Störungen wie Depression, Phobie, Zwang und Streßphänomene lassen erkennen, welche wichtige Rolle kognitiven und vermittelnden Prozessen in der Psychogenese psychischer Störungen zukommt. Bis auf wenige Ausnahmen ist die Psychotherapie der Pubertätsmagersucht bis heute von der vielversprechenden kognitiven Betrachtungsweise unberührt geblieben (s. *Perkin/Surtees* 1976; *Ollendick* 1979; *Garner/Bemis* 1982; *Schmitt/Wendt* 1983).

2 Fragestellung

Die vorliegende Untersuchung verfolgt das Ziel, aus der Perspektive kognitiver Erklärungsmodelle das Konzept der subjektiven Ineffektivität, das nach *Bruch* die Erlebniswelt der magersüchtigen Patientin bestimmt, zu betrachten. Mit diesem Vergleich streben wir eine Erweiterung und Differenzierung des Konzeptes und die Ableitung therapeutischer Schritte an. Dies soll mit Hilfe der kognitiven Ansätze von *Beck*, *Seligman* und *Bandura* geschehen.

Hilde Bruch (1962, 1976, 1980) charakterisiert die Erfahrungswelt von Anorexia-Patienten mit drei Merkmalen: neben einer Störung des Körperkonzeptes und der korrekten Wahrnehmung von internalen Körperreizen hebt sie die subjektive Überzeugung der eigenen Ineffektivität bzw. Untauglichkeit hervor. Die tiefsitzende Überzeugung der Mädchen, unfähig zu sein, ihr Leben nach eigenen Vorstellungen gestalten zu können, wird manifest zu dem Zeitpunkt, an dem sie mit den neuen Erwartungen der Adoleszenz konfrontiert werden. Das fehlende Gefühl von Zuversicht läßt das kranke Mädchen scheitern; es hat eine lähmende Angst, die Rolle der Jugendlichen auszufüllen.

Das Gefühl des eigenen Unvermögens in der Auseinandersetzung mit den pubertären Lebensproblemen hängt nach *Bruch* eng mit der Entwicklung des Kindes in seiner Familie zusammen. Die Erziehung der Eltern von magersüchtigen Patienten ist auf Anpassung ausgerichtet. Die Mädchen, die sehr häufig als lieb, brav und nachgiebig beschrieben werden, orientieren sich nicht an eigenen Zielen und Vorstellungen, sondern sind ängstlich bemüht, elterlichen Erwartungen zu genügen (vgl. *Richter*,

1969; *Stierlin*, 1976; *Wirsching/Stierlin*, 1982). Die Eltern erkennen die Individualität ihres Kindes nicht an und beantworten Eigeninitiative und Willensäußerungen, sofern sie konträr zu ihren Vorstellungen sind, mit Bestrafung und Liebesentzug. Die langjährige Rücksichtnahme des Kindes hemmt die Entwicklung von Autonomie, Selbstvertrauen und Problemlösefähigkeiten. Diese Defizite treten dann in der Auseinandersetzung mit Gleichaltrigen dramatisch zutage und werden durch die Angst verschärft, sich von den Erwartungen und Zielen der Eltern nicht lösen zu können.

Auch andere Autoren haben das Konzept der Ineffektivität nach *Bruch* in ihren therapeutischen Erfahrungen mit magersüchtigen Patienten wiedergefunden und bestätigt (*Jochmus*, 1978; *Binder/Binder*, 1979; *Buddeberg/Buddeberg*, 1979; *Gensicke*, 1979; *Florin*, 1980; *Minuchin et al.*, 1981; *Selvini Palazzoli*, 1982).

3 Das kognitive Modell von Beck und die Pubertätsmagersucht

3.1 Das kognitive Modell von Beck

Ende der 50er Jahre führten *Becks* Untersuchungen über depressive Reaktionen zur Formulierung eines kognitiven Depressionsmodells (*Beck*, 1979; *Beck/Greenberg*, 1979; *Beck et al.*, 1981). Für die Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver Zustandsbilder macht *Beck* die Existenz typischer Denkinhalte und systematischer Denkfehler verantwortlich (vgl. *Kovacs*, 1978; *Blöschl*, 1980a): Die Art, wie das Individuum sich und seine Umwelt wahrnimmt und diese Wahrnehmungen verarbeitet, bestimmt, was die Person fühlt, tut und wie sie reagiert. Die Einstellungen, Überzeugungen und Annahmen des Depressiven führen dazu, sich selbst, seine Welt und Zukunft negativ zu sehen (depressive kognitive Triade): der Depressive wertet sich ständig ab und ist fest von seiner negativen Sichtweise überzeugt; „ich bin ein Versager“, „keiner mag mich“, „mir macht überhaupt nie mehr etwas Spaß“, „ich bin unfähig, andere sind besser“, „mir wird nie etwas gelingen“ sind für Depressive typische Selbsteinschätzungen, die ihr Verhalten, ihre Befindlichkeit und Problemlösestrategien steuern. Solche kognitiven Statements oder „beliefs“ haben ein hohes Ausmaß an Gewißheit, mit welcher der Patient an sie glaubt.

Nach dem kognitiven Depressionsmodell von *Beck* haben depressive Gedankengänge neben ihren typischen Inhalten auch formale bzw. systematische Fehler, die den Prozeß der Informationsverarbeitung verfälschen (u. a. willkürliche Schlußfolgerung, Übergeneralisierung, Personalisierung).

Nach Auffassung von *Beck* sind die affektiven Phänomene und das Verhalten der Depressiven Konsequenzen der negativen Denkweisen und Denkfehler. So ist der affektive Teil des Syndroms, wie Traurigkeit, Einsamkeit oder Langeweile, Ergebnis der verzerrten Wahrnehmung. Auch die Verringerung der Motivation steht mit negativem Denken in Beziehung. *Beck* nennt es „Paralyse des Willens“, wenn der Patient erwartet, daß seine

Bemühungen nur in Mißerfolg enden werden. Sein Aktivitätsniveau wird geringer und seine Tendenz größer, Schwierigkeiten zu vermeiden. Damit hängen teilweise auch Suizidabsichten zusammen, die aus Pessimismus und Hoffnungslosigkeit geboren werden.

Der Erwerb depressiver Denkmuster ist ebenfalls von Interesse. Die negative kognitive Orientierung wird lebensgeschichtlich erworben; dabei spielen familiäre Überzeugungen, Normen, Interaktionsmuster und Identifikation mit wichtigen Bezugspersonen eine besondere Rolle. Pathogene depressive Schemata können latent verborgen sein und unter normalen Umständen die Person nicht belasten; sie werden jedoch durch traumatische Erlebnisse (Nichtbestehen einer Prüfung, einschneidende Lebensveränderungen, Verlust einer wichtigen Bezugsperson) oder durch ein kumulatives Eintreten von Streßerfahrungen reaktiviert. Zusätzlich sind fehlende Lernsituationen hervorzuheben, die die nötigen Coping-Techniken nicht entwickeln ließen (*Liersch, 1976*).

Ob fehlerhafte Denkweisen bei der Pubertätsmagersucht eine Rolle spielen, ist bislang noch nicht genügend empirisch überprüft worden. *Becks* Hinweis, daß verschiedene Formen inadäquaten Denkens auch bei anderen psychopathologischen Störungen auftreten können, hat uns angeregt, dem bei der Pubertätsmagersucht gezielt nachzugehen (vgl. *Schmitt/Wendt, 1983*).

3.2 Die Pubertätsmagersucht

Nach *Beck* wäre die Überzeugung eigener Ineffektivität eine kognitive Dimension, die sich u.a. in verbalen Äußerungen magersüchtiger Patienten manifestieren müßte. Nach dem *Bruch*schen Konzept liegt die Überzeugung der eigenen Untüchtigkeit in der Art des familiären Zusammenlebens begründet. Magersüchtige Mädchen äußern häufig folgende Grundannahmen, wenn sie ihr Verhältnis zu den Eltern beschreiben:

„Ich habe mich mit meinem Denken und Fühlen nach dem zu richten, was meine Eltern für richtig halten.“

„Ich habe mich immer bemüht, meinen Eltern Freude zu machen und ihnen Kummer und Sorgen zu ersparen.“

„Meine Eltern haben so viele Enttäuschungen gehabt, daß ich sie dafür mit mir entschädigen möchte.“

„Eigentlich habe ich keine eigenen Rechte in meinem Leben. Wenn ich einen eigenen Willen haben würde, wäre das für meine Eltern Undankbarkeit, und sie würden mich nicht mehr lieb haben.“

Eine kognitive Positionsbestimmung der Lebenssituation des magersüchtigen Mädchens erhält eine spezifische Färbung im Hinblick auf die Entwicklungsphase der Adoleszenz. Folgende Kognitionen lassen sich aus zahlreichen Gesprächen mit magersüchtigen Mädchen herauskristallisieren und können die Ineffektivitätskognition noch differenzierter mit Inhalt füllen:

„Meine Familie bedeutet mir Sicherheit; mich von ihr zu entfernen („flüge werden“) bedeutet Gefahr.“

„Ich bleibe solange wie möglich Kind, denn Erwachsenwerden bedeutet Probleme haben, und die meistere ich nicht.“

„Ich enttäusche meine Eltern, wenn ich so werde wie die anderen Mädchen.“

Solche und die genannten Grundannahmen lassen die Fähigkeit des Jugendlichen verkümmern, neue Erfahrungen zu machen, in der Auseinandersetzung mit Gleichartigen zu lernen und neue Freiheiten zu erleben. Wie bei dem Symptomkomplex der Depression kann die Analyse des Denkens magersüchtiger Mädchen auch sogenannte „systematische Fehler“ identifizieren, die die Ineffektivitätsüberzeugung permanent bestätigen, wie z. B. willkürliches Schlußfolgern, Übergeneralisieren, Katastrophieren, Schwarz-Weiß-Sehen. Die formalen Tendenzen im Denken Magersüchtiger sind dem Denkstil Depressiver ähnlich und dazu angetan, das Erleben der eigenen Untauglichkeit zu verstärken. Das Erleben der magersüchtigen Patienten ist jedoch nicht gänzlich vom Motiv der eigenen Unfähigkeit durchtränkt. In der Beherrschung ihres Hungergefühls erfährt sie den Beweis eigener Effektivität. In ihrem aktiven Kampf um Kontrolle über ihr Leben macht die Patientin die befriedigende Erfahrung, ihre Nahrungsaufnahme und den Zustand ihres Körpers unter Kontrolle zu haben. Sie erlebt sich stärker als alle anderen Menschen. Das selbstgewählte Hungern ist u. a. ein verzweifelter Versuch, die Überzeugung und das Gefühl, unfähig zu sein, zu revidieren.

Eine für das therapeutische Vorgehen bedeutsame Frage umfaßt die Einschätzung, ob die Grundannahme der eigenen Untauglichkeit der Realität bzw. den realen Verhaltensmöglichkeiten entspricht. Nach *Bruch* und auch nach unseren Erfahrungen schätzt das magersüchtige Mädchen seine Kompetenz z. T. richtig ein. Es ist aufgrund seiner Biographie im Denken, Fühlen und im aktuellen Verhaltensrepertoire für die Pubertätsphase völlig unvorbereitet. Unrealistisch, aber verständlich aufgrund seiner bisherigen Lebenserfahrung, ist die subjektive Annahme, die Möglichkeit nicht zu besitzen, zu lernen und Kontrollkompetenz zu entwickeln. Die Unterscheidung zwischen Verhaltensrepertoire und Verhaltenskapazität erscheint in diesem Zusammenhang wichtig zu sein.

4 Das Modell der erlernten Hilflosigkeit nach Seligman und die Pubertätsmagersucht

4.1 Das Modell der erlernten Hilflosigkeit

Hinsichtlich der Ineffektivitätshypothese von *Bruch* ist das Modell der erlernten Hilflosigkeit ebenfalls von Bedeutung (*Seligman, 1979; Abramson et al., 1978*). Nach *Seligman* ist erlernte Hilflosigkeit ein psychischer Zustand, der dann auftritt, wenn Ereignisse als unkontrollierbar erlebt werden. Das bedeutet, daß das Individuum wichtige Bedingungen seiner Umwelt als nicht mehr durch sein Verhalten kontrollierbar betrachtet. Verstärkung und Bestrafung treten ein, ohne vom eigenen Reagieren noch abhängig zu sein. Beim Menschen ist die erlernte Hilflosigkeit eine kognitiv-emotionale Störung, die Erwartung nämlich, daß eigene Anstrengungen nichts mehr ausrichten können. Mit dieser resignativ gefärbten Orientierung sind noch weitere Symptome verbunden,

die wir auch bei depressiven Zustandsbildern beobachten können; zu nennen sind Passivität, intellektuelle Verlangsamung, verminderte Aggressivität und Furcht.

Die Kognition der erlernten Hilflosigkeit wird nicht nur als wichtiger Faktor bei depressiven Zuständen angesehen (vgl. *Blöschl*, 1980b). Auch für somatische Erkrankungen (wie z.B. Herzinfarkt, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, Krebserkrankung) wird „Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit“ als Zustand des Gewährwerdens eigener Unfähigkeit und persönlichen Versagens als relevant für erhöhte Krankheitsanfälligkeit angesehen (*Schmale*, 1972; *Engel*, 1974, 1979; *Hürny/Adler*, 1981; *Schmitt*, 1983).

4.2 Die Pubertätsmagersucht

Die subjektiv erlebte Untauglichkeit nach *Bruch* und die erlernte Hilflosigkeit nach *Seligman* scheinen alltags-sprachlich eng verwandt zu sein. Vergleichen wir die magersüchtige Patientin mit dem sogenannten hilflosen Menschen, treten jedoch neben Ähnlichkeiten auch interessante Unterschiede auf.

Die Hilflosigkeitskognition trifft wohl nur z.T. auf die Pubertätsmagersucht zu. Das magersüchtige Mädchen erlebt eigenes Verhalten als effektiv, wenn es den Erwartungen der Eltern entspricht; sie erhält dann Zuwendung, Geborgenheit und Anerkennung. Im Gegensatz dazu bleibt ein großer Teil selbstbestimmten Verhaltens in der Vorstellung stecken. Eigene Bedürfnisse und Impulse können nicht verwirklicht werden. Dieses wiederkehrende Erlebnis der Ineffektivität etabliert eine Kognition der Hilflosigkeit, die sich in der Erwartung äußert, hilflos zu sein und ohne Wirkung zu bleiben, wenn eigene Vorstellungen mit Erfolg durchzusetzen sind.

Ein Lebensbereich ist dabei natürlich ausgeschlossen. Die Beherrschung des Hungergefühls und die Kontrolle über den Körper werden mit fortschreitender Erkrankung als äußerst wirkungsvoll und befriedigend erlebt. Die Magersüchtige erlebt in diesem Bereich zum ersten Mal selbstbestimmte Kompetenz. Genaugenommen muß bei dem Krankheitsbild der Pubertätsmagersucht die selbstbestimmte von der fremdbestimmten Kompetenz unterschieden werden; die Ineffektivitätskognition nach *Bruch* entspräche dann der Erwartung selbstbestimmter Untauglichkeit. Nach diesen Überlegungen sollte im Modell von *Seligman* zwischen selbstbestimmter und fremdbestimmter Kontrolle unterschieden werden. Unserer Ansicht nach führt nämlich nur selbstbestimmte Inkompetenz zu erlernter Hilflosigkeit und zur Aufgabe eigener Anstrengungen.

5 Die Self-efficacy-Theorie von Bandura und die Pubertätsmagersucht

5.1 Die Self-efficacy-Theorie

Die Self-efficacy-Theorie *Banduras* (*Bandura*, 1977; *Bandura/Adams*, 1977) stellt eine Erweiterung seiner so-

zialen Lern-Theorie dar. Kernstück des Self-efficacy-Modells ist die verhaltenssteuernde Erwartung der eigenen Kompetenz. Kompetenzerwartung umfaßt die Überzeugung einer Person, inwieweit sie sich in der Lage sieht, dasjenige Verhalten auszuführen, das notwendig ist, um ein angestrebtes Ziel zu erreichen. Das bedeutet nach *Bandura*, daß mißerfolgsorientierte bzw. erfolgsbestimmte Erwartungen darüber bestimmen, ob z.B. eine angsterzeugende Situation aufgesucht wird, wie viele Anstrengungen zu deren Bewältigung aufgewendet werden, oder ob sie von vornherein vermieden wird.

Die Effektivitäts-Erwartungen einer Person hängen nach *Bandura* von aktuellen und langfristigen Lernerfahrungen ab, die wie folgt zusammengefaßt werden können:

- Erfahrungen über die eigenen Handlungsfertigkeiten;
- stellvertretende Erfahrungen (Modellernen und Identifikationsprozesse);
- von anderen Personen geäußerte Überzeugungen über die Handlungskompetenz des Klienten;
- Wahrnehmung eigener emotionaler Reaktionen in der Konfrontation mit einer Konfliktsituation. So tendieren Menschen dazu, ihre Fähigkeiten in einer Situation zu unterschätzen, wenn sie in ihr eine aversive Erregung erleben;
- Attributionstendenzen: Mißerfolge werden z.B. zur erheblichen Belastung, wenn die betroffene Person generell eigenes, fehlendes Verhaltensrepertoire dafür verantwortlich macht (vgl. *von Berg/Zimmer*, 1981).

Bandura vertritt in seinem Konzept weiterhin den für die Therapie psychischer Störungen wichtigen Standpunkt, daß zwischen Erwartung und Handlungsausführung eine gegenseitige Determinierung besteht. So beeinflusst nicht nur die Erwartung persönlicher Effektivität die Handlungsausführung, sondern auch umgekehrt wirkt sich die letztere ständig auf die erwartete Kompetenz aus. Ein Individuum erlebt dann eine Steigerung eigener Kompetenz, wenn es in subjektiv als bedrohlich eingeschätzten Situationen die Erfahrung macht, die auftretenden Probleme mit Hilfe des eigenen Verhaltensrepertoires bewältigen zu können (vgl. *Baade et al.*, 1980). Daraus ergibt sich für *Bandura* die Konsequenz, in der Therapie Methoden der Verhaltensebene zu favorisieren, wie z.B. teilnehmendes Modellernen, konkrete Desensibilisierung, Annäherung an die Problemsituation, selbstkontrollierte Ausführung, Kommunikationstraining.

Erste empirische Untersuchungen bestätigen die Brauchbarkeit dieses Ansatzes, insbesondere in seiner therapeutischen Relevanz. Klinische Studien über Phobien, soziale Kompetenz und Leistungsverhalten (*Bandura*, 1977; *Bandura/Adams*, 1977; *von Berg/Zimmer*, 1981) zeigen, daß das Zutrauen des Patienten in die eigenen Verhaltensmöglichkeiten eine relevante Variable darstellt, Therapieerfolg zu erklären und vorauszusagen.

5.2 Die Pubertätsmagersucht

Nach *Bandura* findet sich bei vielen klinischen Störungen ein mangelndes Vertrauen in die eigenen Fähigkei-

ten, problembelastete Lebenssituationen zu meistern. Die Überzeugung eigener Ineffektivität nach *Bruch* läßt sich inhaltlich dem Konzept der Kompetenzerwartung ohne weiteres zuordnen. Die der Effektivitäts-Erwartung zugrundeliegenden aktuellen und vergangenen Lernprozesse lassen sich auf die Krankheitsentwicklung der Pubertätsmagersucht übertragen und erlauben eine Systematisierung derjenigen Faktoren, die in der Biographie Magersüchtiger eine Rolle spielen: Stellen wir die Verhaltenstendenz der Anpassung an die Wünsche und Normen der Eltern heraus, so kann man davon ausgehen, daß magersüchtige Jugendliche kaum Erfahrungen gemacht haben mit Verhaltensweisen, die dem altersgemäßen Ablöseprozeß dienen und ihnen in der Auseinandersetzung mit den pubertären Anforderungen Erfolgserlebnisse vermittelt haben.

Welche Rolle Modellernen in der Einschätzung eigener Kompetenz spielt, zeigen z. B. die Urteile, die viele magersüchtige Mädchen abgeben, wenn sie ihr Verhältnis zum anderen Geschlecht beschreiben (vgl. Schmitt/Wendt, 1983). Wichtig für die Entwicklung von Selbstvertrauen in eigene Kompetenzen sind auch die Überzeugungen der Eltern über die Verhaltensmöglichkeiten ihrer Töchter. So findet man bei Eltern magersüchtiger Jugendlicher immer wieder die Einstellung, daß ihr Kind noch viel zu jung für die Teilnahme an Aktivitäten Gleichaltriger sei (z. B. Diskothekenbesuch, Cliques, Mode, Jungen). Zu erinnern ist an Äußerungen wie:

„Du bist doch noch ein Kind; was willst Du in einer Diskothek?“

„Bewahre Dir Deine Kindheit, solange Du noch kannst.“

„Sei vorsichtig, die Mädchen, die sich jetzt schon für Jungen interessieren, haben einen schlechten Einfluß auf Dich.“

„Es wird Dir schaden, wenn Du Dich jetzt schon verliebst, und es geht dann aus.“

Auch das Bemühen einiger Eltern, ihrer heranwachsenden Tochter im Vorfeld alle Schwierigkeiten aus dem Weg zu räumen, vermittelt dem Mädchen die elterliche Einschätzung, daß es (noch) nicht in der Lage ist, sich mit Problemen erfolgreich auseinanderzusetzen.

Über Attribuierungstendenzen bei magersüchtigen Jugendlichen ist noch zu wenig bekannt. Vermutlich sind sie sehr schnell bereit, den Glauben an ihre eigenen Fähigkeiten zu verlieren, wenn sie in der Auseinandersetzung mit den Herausforderungen der Adoleszenz Mißerfolge erleben (vgl. *Allerdissen et al.*, 1981).

6 Beispiele kognitiver Regeln magersüchtiger Mädchen

Die folgenden Ausführungen stellen eine Zusammensetzung einer Analyse dar, die sich mit typischen Denkmustern magersüchtiger Mädchen bezüglich der Lebensbereiche „Freundinnen“, „Jungen“ und „erwachsene Bezugspersonen“ beschäftigt (*Schmitt/Wendt*, 1983). Ebenfalls wird exemplarisch auf systematische Denkfehler hingewiesen. Die Daten basieren auf therapeutischen Gruppengesprächen mit insgesamt 52 magersüchtigen Ju-

gendlichen im Alter von 13–17 Jahren während der Jahre 1979 bis 1981.

Nach den Ergebnissen dieser Untersuchung sind magersüchtige Jugendliche bezüglich ihrer Beziehung zu Erwachsenen (Eltern, Lehrer, Therapeuten) bestrebt, Konflikte zu vermeiden und sich anzupassen. Typische Äußerungen sind:

„Nein-sagen ist unhöflich und ungezogen.“

„Kritik verletzt den anderen, und er wird es mir heimzahlen.“

„Ich habe keine Chance gegenüber Erwachsenen eine eigene Meinung durchzusetzen.“

„Wenn ich mich durchsetze, sind die enttäuscht und lassen mich alleine; davor habe ich Angst.“

Gesunde Jugendliche, die z. T. an den Gruppengesprächen teilnahmen, waren hingegen von ihrem Recht überzeugt, Erwachsene in Frage zu stellen und sich kritisch abzugrenzen (*Schmitt/Wendt*, 1982).

Die Einstellung zum anderen Geschlecht war sehr häufig durch Ängstlichkeit und Übervorsicht charakterisiert. Viele Meinungen und Ansichten der 13–17jährigen Mädchen beinhalteten die Überzeugung:

„Ich kann mich gegen die Wünsche der Jungen nicht wehren.“

„Jungen wollen nur das Eine, und wenn sie es von den Mädchen bekommen, verlassen sie sie.“

„Nur der Junge macht Schluß.“

„Der Mann hat immer recht.“

Ähnliche Gefühle der Ohnmacht und Unfähigkeit in der Beziehung zum anderen Geschlecht stellen auch *Allerdissen* und Mitarbeiter (1981) bei jungen Frauen mit *Bulimia nervosa* fest. Solche und ähnliche Aussagen beruhten selten auf persönlichen, sondern auf sogenannten stellvertretend erworbenen Erfahrungen. In den therapeutischen Gruppengesprächen wurde nämlich immer wieder deutlich, daß magersüchtige Mädchen „aus dem Schutz der sicheren Entfernung“ die gesunden im Umgang mit Jungen beobachten. Dabei registrierten die Magersüchtigen offensichtlich nur die negativen Ereignisse, wie Trennung oder Liebeskummer des anderen Mädchens, zogen einen generellen Schluß aus solchen Beobachtungen und bezogen das Beobachtete in ihrer starken Tendenz zur Personalisierung auf sich selbst nach dem Motto: „Das wird Dir also auch mit einem Jungen passieren.“

Die Patientinnen vertreten häufig die Auffassung, eine Freundschaft mit einem Jungen könne nur zu ihren Ungunsten mit einer persönlichen Kränkung ausgehen. Gesunde Jugendliche waren hingegen optimistischer und tolerierten eher ein Risiko. Wie sehr magersüchtige Mädchen sich absichern wollen, macht auch folgender Anspruch deutlich: „Ich werde mich nur mit dem Mann befreunden, wenn er der Mann für's Leben ist“. Dieser Wunsch, die Phase des Kennenlernens mit der Möglichkeit der Enttäuschung zu vermeiden, zeigt exemplarisch den geringen Mut zum Ausprobieren.

Die Analyse der Gruppengespräche ergab auch eine Reihe systematischer Fehler im Bewerten von Situationen; besonders fielen auf: dichotomes Denken, willkürli-

ches Schlußfolgern, Personalisierung und Katastrophierung. Einige Beispiele seien hier genannt:

– Dichotomes Denken:

„Familie ist, wenn immer alle um einen Tisch sitzen; wenn nicht, zerbricht die Familie.“

„Entweder Du bist meine Freundin und bist immer nur mit mir zusammen, oder Du bist keine echte Freundin.“

„Beim Kennenlernen schaut der Junge nur auf's Äußere, ob man dick oder schlank ist.“

– Willkürliches Schlußfolgern:

„Wenn zwei zusammensitzen, reden sie über mich.“

„Wenn meine Klassenkameraden mich nicht zu Hause besuchen, mögen die mich nicht.“

– Personalisierung:

„Wenn andere sich streiten, fühle ich mich unwohl und verpflichtet zu schlichten.“

„Möchte in dem Alter noch keine Enttäuschung erleben wie die anderen.“

„Habe schlechte Erfahrung gemacht mit Ehe und Scheidung in der Nachbarschaft, darum traue ich mir in der Zukunft das auch nicht zu.“

– Katastrophierung:

„Wenn ich anfangs mit einem Jungen zu gehen, bin ich ihm schutzlos ausgeliefert.“

„Wenn ich unabhängiger werde von meinem Elternhaus, falle ich aus dem Nest und bin verloren.“

7 Therapeutische Überlegungen

Aus der Sicht kognitiver Modelle hat das *Bruch*sche Konzept der subjektiven Ineffektivität für Diagnostik und Therapie der Pubertätsmagersucht nichts an Gültigkeit und Nützlichkeit verloren. Ersetzen wir den Begriff der subjektiven Ineffektivität durch die kognitiven Termini „Kontrollverlust, erlernte Hilflosigkeit, Kompetenzerwartung usw.“ – was nach dem bisher Gesagten legitim erscheint – läßt sich folgendes wichtiges Therapieziel für die Pubertätsmagersucht formulieren: *Vermittlung von Erfahrungen, die es den Patientinnen ermöglichen, ihr Verhalten wirkungsvoll zu erleben.*

Ein besonders geeignetes therapeutisches Lernfeld, in dem dieses Ziel erreicht werden kann, sehen wir in gruppentherapeutisch orientierten Verfahren (Schmitt et al., 1981; Ehle/Ott, 1982). Einmal zeigen die entsprechenden Erfahrungen mit dieser Methode, daß Magersüchtige eher bereit sind, ihre Einstellungen, Überzeugungen und Gefühle preiszugeben, wenn sie im Dialog mit Gleichaltrigen stehen. Ihre Sensibilität für unrealistische Denkformen wird gefördert und ihre Neugierde wächst, die Welt auch einmal mit den Augen anderer zu sehen. Die erwachende Neugierde ist häufig ein Anfang, aktiv zu werden und selbst Erfahrungen zu machen. Hier beginnt die Phase des Handelns, die Bandura als entscheidend ansieht für den Aufbau von positivem Zutrauen in eigene Möglichkeiten. Therapeutische Gruppengespräche beinhalten viele Chancen des Ausprobierens; magersüchtige Patienten können in der Diskussion ihre Sichtweisen auf

den Realitätsgehalt hin überprüfen, in Rollenspielen ihre Erfahrungen bezüglich Konfliktbewältigung erweitern und in gemeinsamer Planung Handlungsschritte für die Lösung von Problemen überlegen. Das gruppentherapeutische Setting eignet sich auch dazu, andere Methoden der kognitiv-emotionalen Neubewertung anzuwenden, wie sie u. a. von Beck und Ellis vorgeschlagen werden (vgl. Häder, 1982).

Auch die familienorientierte Psychotherapie ist geeignet, kognitive Schemata des Kontrollverlustes und der generalisierten Hilflosigkeit bei der Pubertätsmagersucht zu verändern (vgl. Richter, 1969; Minuchin et al., 1981; Wirsching/Stierlin, 1982). So kann der Abbau familiärer rigider Normen, Erweiterung des Freiheitsraumes der Patientin in der Familie und Veränderung pathologischer Rollenzuweisungen an das Kind eine Basis schaffen, auf der die Patientin den Mut findet, eigene Wünsche wahrzunehmen und zu realisieren. Insbesondere die Stärkung der Generationsgrenzen in der Familie ist geeignet, ein familiäres Kommunikationsmuster zu schaffen, das dann erkrankten Mädchen die Möglichkeit gibt, eigenen Impulsen nachzugehen und nach eigenen Zielen zu streben. Weiterhin vermag gestalterisches Tun im Rahmen heilpädagogischer Arbeit im Patienten Gefühle des eigenen Vermögens zu wecken, eine Erfahrung, die wir in unserer Psychosomatischen Abteilung immer wieder machen könnten.

Nach unseren bisherigen Erfahrungen vermag die kognitive Betrachtungsweise das *Bruch*sche Konzept nicht nur zu präzisieren; sondern sie kann auch Richtschnur sein auf der Suche nach neuen therapeutischen Methoden, die Selbstbestimmung magersüchtiger Patienten zu stärken. Außerdem bieten die kognitiven Modelle von Beck, Seligman und Bandura die Möglichkeit, seit langem durchgeführte Therapiemaßnahmen daraufhin kritisch zu überprüfen, ob sie geeignet sind, bei den Patientinnen Vertrauen in die eigene Kompetenz zu fördern.

Summary

Treatment of Anorexia Nervosa from Point of View of Cognitive Theories

An attempt has been made to illustrate the Bruch's concept of subjective ineffectiveness as an essential characteristic in experiencing patients suffering from anorexia in the light of three cognitive models (Beck, Seligman and Bandura).

The comparison has proved itself to be useful for the following reasons: The model of subjective ineffectiveness maintains, from the viewpoint of cognitive elucidation models, its current relevance for the diagnosis and treatment of anorexia in adolescence. It is also possible, on the basis of this comparison to augment the search for cognitive methods proving suitable for causing changes in convictions of ineffectiveness. The author expounds the group therapeutical and family therapeutical setting as being especially conducive to cognitive-emotional new evaluations.

Literatur

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., Teasdale, J. D. (1978): Learned helplessness in humans: critique and reformulation. In: *Journal of abnormal psychology*, 87, 49–74. – Allerdissen, R., Florin, I., Rost, W. (1981): Psychological characteristic of women with bulimia nervosa. In: *Behavioural analysis and modification*, 4, 314–317. – Baade, F.-W., Borck, J., Koebe, S., Zumvenne, G. (1980): Theorien und Methoden der Verhaltenstherapie. In: Sonderheft II/1980 der „Mitteilungen der DGVT“. – Bandura, A. (1977): Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. In: *Psychological review*, 84, 191–215. – Bandura, A., Adams, N. E. (1977): Analysis of Self-Efficacy Theory of Behavioral Change. In: *Cognitive Therapy and Research*, 1, 287–310. – Beck, A. T. (1979): Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose. Kognitive Psychotherapie emotionaler Störungen. München: Pfeiffer. – Beck, A. T., Greenberg, R. L. (1979): Kognitive Therapie bei der Behandlung von Depressionen. In: Hoffmann, N. (Hrsg.): *Grundlagen kognitiver Therapie*, S. 177–204, Bern: Huber. – Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G. (1981): *Kognitive Therapie der Depression*. München: Urban & Schwarzenberg. – von Berg, W., Zimmer, D. (1981): Selbstvertrauen in sozialen Konfliktsituationen. Die Anwendung von Banduras Konzept der „self-efficacy“ auf den Bereich der sozialen Kompetenz. In: *Mitteilungen der DGVT*, 13, 86–99. – Binder, U., Binder, H.-J. (1979): Klientenzentrierte Psychotherapie bei schweren psychischen Störungen. Frankfurt. – Blöschl, L. (1980a): Depression. In: Baumann, U., Berbalk, H., Seidenstücker, G., (Hrsg.): *Klinische Psychologie*, Bd. 3, S. 290–322. Bern: Huber. – Blöschl, L. (1980b): Depressive Störungen. In: Wittling, W. (Hrsg.): *Handbuch der Klinischen Psychologie*, Bd. 5, S. 373–390. Hamburg: Hoffmann und Campe. – Bruch, H. (1962): Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. In: *Psychosomatic medicine*, 24, 187–194. – Bruch, H. (1976): Psychotherapie bei Magersucht und Fettsucht des Kindes. In: Biermann, G. (Hrsg.): *Handbuch der Kinderpsychotherapie*. Erg. Bd. S. 394–406. München: Reinhardt. – Bruch, H. (1980): Der goldene Käfig. Frankfurt/M.: Fischer. – Buddeberg, B., Buddeberg, G. (1979): Familientherapie bei Anorexia nervosa. In: *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 28, 37–43. – Ellis, A. (1977): Die rational-emotive Therapie. Das innere Selbstgespräch bei seelischen Problemen und seine Veränderung. München: Pfeiffer. – Ehle, G., Ott, J. (1982): Zur Psychodynamik und Gruppenpsychotherapie der Anorexia nervosa. In: Höck, K., Ott, J., Vorweg, H. (Hrsg.): *Psychotherapie und Grenzgebiete*, Bd. 4. Barth. – Engel, G. L. (1974): Untersuchungen über psychische Prozesse bei Patienten mit Colitis ulcerosa. In: Brede, K. (Hrsg.): *Einführung in die Psychosomatische Medizin*, S. 297–334, Frankfurt/M.: Athanaüm Fischer. – Engel, G. L. (1979): Colitis ulcerosa. In: von Uexküll, Th. (Hrsg.): *Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin* S. 649–657. München: Urban & Schwarzenberg. – Florin, I. (1980): Anorexia nervosa – Pubertätsmagersucht. In: Schlotke, P. F., Wetzel, H. (Hrsg.): *Psychologische Behandlung von Kindern und Jugendlichen*, S. 233–270, München: Urban & Schwarzenberg. – Garner, D. M., Bemis, K. M. (1982): A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. In: *Cognitive Therapy and Research*, 6, 123–150. – Gensicke, P. (1979): Anorexia nervosa – ein familiales Sozialisationsdefizit? In: *Z. f. Psychosom. Med. u. Psychoanalyse*, 25, 210–215. – Häder, A.-T. (1982): Entwicklung und erste Durchführung eines ambulanten Nachtherapieangebotes für pubertätsmagersüchtige Mädchen mit dem Ziel der sozialen Reintegration in die Gleichaltrigen-gruppe. Diplomarbeit, Psychologisches Institut der WWU Münster. – Hümy, C., Adler, R. (1981): Psychoonkologische Forschung. In: Meerwein, F. (Hrsg.): *Einführung in die Psycho-Onkologie*. S. 13–63. Bern: Huber. – Jochmus, I. (1978): „Probleme der Pubertätsmagersucht“. Fortbildungsveranstaltung des Berufsverbandes Westfälischer Nervenärzte e.V. Vortrag am 10.6.1978 Bad Salzufflen. – Kovacs, M. (1978): Maladaptive cognitive structures in depression. *The american journal of psychiatry*, 135, 525–533. – Liersch, G. A. (1976): Depression – Kritische Analyse verhaltenstheoretischer Modelle. Diplomarbeit, Psychologisches Institut der WWU Münster. – Meichenbaum, D. W. (1979): Kognitive Verhaltensmodifikation. München: Urban & Schwarzenberg. – Minuchin, S., Rosman, B. L., Baker, L. (1981): *Psychosomatische Krankheiten in der Familie*. Stuttgart: Klett-Cotta. – Ollendick, T. H. (1979): Behavioral treatment of anorexia nervosa. A five-year study. In: *Behavior Modification*, 2, 124–135. – Perkin, G. J., Surtees, P. G. (1976): Wider perspectives in the behavioral treatment of anorexia nervosa: a case study. In: *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 10, 325–330. – Richter, H.-E. (1969): Eltern, Kind und Neurose. Psychoanalyse der kindlichen Rolle. Hamburg: Rowohlt. – Schmale, A. H. (1972): Giving up as a final common pathway to changes in health. In: Lipowski, Z. J. (Hrsg.): *Psychosocial aspects of physical illness*, *Advances in psychosomatic medicine*, Vol. 8, S. 20–41. Basel: S. Karger. – Schmitt, G. M. (1983): Die psychologische Betreuung des krebserkrankten Kindes. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. – Schmitt, G. M., Wendt, R. (1982): Die stationäre Behandlung magersüchtiger Jugendlicher unter dem Gesichtspunkt der sozialen Reintegration. *Z. Kinder- und Jugendpsychiat.*, 10, 67–73. – Schmitt, G. M., Wendt, R. (1983): Analyse typischer Denkstile und systematischer Denkfehler bei der Pubertätsmagersucht. In: Studt, H. H. (Hrsg.): *Psychosomatik in Forschung und Praxis*. S. 313–322. München: Urban & Schwarzenberg. – Schmitt, G. M., Wendt, R., Jochmus, I. (1981): Stationäre Behandlung magersüchtiger Jugendlicher mit vorwiegend klientenzentrierter Einzel- und Gruppentherapie. In: Meermann, R. (Hrsg.): *Anorexia nervosa*. S. 158–169. Stuttgart: Enke. – Seligman, M. E. P. (1979): *Erlernte Hilflosigkeit*. München: Urban & Schwarzenberg. – Selvini Palazzoli, M. (1982): Magersucht. Von der Behandlung einzelner zur Familientherapie. Stuttgart: Klett-Cotta. – Stierlin, H. (1976): *Familientherapie und Adoleszenten*. In: Richter, H. E., Strotzka, H., Willi, J. (Hrsg.): *Familie und seelische Krankheit*. S. 182–195. Hamburg: Rowohlt. – Wirsching, M., Stierlin, H. (1982): *Krankheit und Familie. Konzepte-Forschungsergebnisse – Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta. – D'Zurilla, T. J., Goldfried, M. R. (1971): Problem solving and behavior modification. In: *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107–126.
- Anschr. d. Verf.: Dr. phil. Gustel Matthias Schmitt, Dipl.-Psych., Psychosomatische Abteilung der Universitäts-Kinderklinik der Westfälischen Wilhelms-Universität, Robert-Koch-Str. 31, D-4400 Münster.