

Ossowsky, Günther

Zur Anorexia nervosa im Kindes- und Jugendalter Behandlungsplan und Katamnese

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 35 (1986) 2, S. 56-63

urn:nbn:de:bsz-psydok-31504

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>Bartoszyk, J., Nickel, H.:</i> Teilnahme von Vätern an Säuglingspflegekursen und ihr Betreuungsverhalten in den ersten Lebenswochen des Kindes (Father's Participation in Infant Caretaking Courses and Paternal Caretaking Behavior in the First Weeks of Life)	254	<i>Reich, G., Bauers, B., Adam, D.:</i> Zur Familiendynamik von Scheidungen: Eine Untersuchung im mehrgenerationalen Kontext (The Family Dynamics of Divorce: an Investigation in the Multigenerational Context) . . .	42
<i>Bauers, B., Reich, G., Adam, D.:</i> Scheidungsfamilien: Die Situation der Kinder und die familientherapeutische Behandlung (The Situation of the Children and the Family Therapy in Families of Divorce)	90	<i>Rossel, E., Steffens, W., König, R.:</i> Entwickeln adipöse Kinder eine geringere Leistungsmotivation? (Do Obese Children Develop a Low Need for Achievement?)	164
<i>Biermann, G., Kos-Robes, M.:</i> Die Zeichentest-Batterie (The Drawing Test Battery)	214	<i>Sarimski, K.:</i> Untersuchungen zur Entwicklung der sensorimotorischen Intelligenz bei gesunden und behinderten Kindern (Studies of Sensorimotor Development in Normal and Retarded Children)	16
<i>Boehnke, K.:</i> Probleme der Intelligenzmessung bei Kindern mit dem HAWIK-R (Problems of the Measurement of Intelligence in Children by Means of the HAWIK-R)	34	<i>Schechter, D.E.:</i> Bemerkungen zur Entwicklung der Kreativität (Notes on the Development of Creativity) . . .	21
<i>Dittmann, R.W., Kröning-Hammer, A.:</i> Interkulturelle Konflikte bei 10-18jährigen Mädchen türkischer Herkunft (Intercultural Conflicts in 10 to 18 Years Old Girls of Turkish Origin)	170	<i>Schütze, Y.:</i> Der Verlauf der Geschwisterbeziehung während der ersten beiden Jahre (The Course of Sibling Relationship During the First Two Years)	130
<i>Fischer, G.:</i> Die Beziehung des Kindes zur gegenständlichen und personalen Welt (The Child's Object-Directed and Interpersonal Relations)	2	<i>Streeck-Fischer, A.:</i> „Rahmensetzende“ und „bündnisbildende“ therapeutische Funktionen in der klinischen Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen („Guiding“ and „Alliance Forming“ Therapeutic Functions in Clinical Psychotherapy with Children and Adolescents)	50
<i>Göres, H.G., Göting, S.:</i> Überleitung einer Therapiegruppe mit Jugendlichen in eine Selbsthilfegruppe (Transfer of a Therapy-group for Adolescents into a Self-help-group)	177	<i>Süssenbacher, G.:</i> Hilfreicher Dialog als strukturelles Problem: Zur Übereinstimmung von Metapher und Affekt – Erörterung am Beispiel einer Märchen-Kurztherapie von Enkopresis (Helpful Dialogue as Structural Problems: About Correspondence of Metaphor with Affection – Discussion on the Illustration of a Fairy-Tale-Brief-Treatment of Encopresis)	137
<i>Gruen, A., Prekop, J.:</i> Das Festhalten und die Problematik der Bindung im Autismus: Theoretische Betrachtungen (Holding and Attachment in Autism: Theoretical Considerations)	248	<i>Wiesse, J.:</i> Über die Angst in der Psychotherapie von Jugendlichen (Anxiety in the Psychotherapy of Adolescents)	87
<i>Gutezeit, G., Marake, J., Wagner, J.:</i> Zum Einfluß des Körperidealbildes auf die Selbsteinschätzung des realen Körperbildes im Kindes- und Jugendalter (The Influence of Ideal Body Images on the Assessment of Real Body Image in Children and Juveniles)	207	<i>Wirsching, M.:</i> Krankheit und Familie – Zur Entwicklung einer beziehungs-dynamischen Sicht in der Psychosomatik (Illness and the Family – Towards a System's Perspective in Psychosomatic Medicine)	118
<i>Hartmann, H.:</i> Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie mit psychotischen Kindern (Attention-Interaction-Therapy with Psychotic Children)	242		
<i>Hobrucker, B.:</i> Eine Verlaufsanalyse heilpädagogischer Probleme in kinderpsychiatrischen Langzeitbehandlungen (A Process Analysis of Problems in Special Education during Residential Child Psychiatric Treatment)	82	Pädagogik und Jugendhilfe	
<i>Klosinski, G.:</i> Die Bedeutung des Vaters für die Entwicklung delinquenten Verhaltens (The Significance of the Father for the Development of delinquent Behavior) . . .	123	<i>Bourgeon, M.:</i> Beratungsarbeit mit Familien von Verfolgten aus der NS-Zeit (Experiences in Counseling with Families of Victims of the Holocaust)	222
<i>Knölker, U.:</i> Psychotherapie bei Colitis ulcerosa in der Adoleszenz (About Psychotherapy of Colitis ulcerosa in Adolescence)	8	<i>Hartmann, K.:</i> Das Problem der Intervention in der Rehabilitation (The Problem of Intervention in Rehabilitation)	146
<i>Krampen, G.:</i> Zur Verarbeitung schlechter Noten bei Schülern (Stress and Coping with Grades in Schols) . .	200	<i>Hoffmeyer, O., Hils, J.:</i> Offene Spielgruppe in der Jugendpsychiatrie (Open Playgroups in Adolescent Psychiatry)	261
<i>Ossowsky, G.:</i> Zur Anorexia nervosa im Kindes- und Jugendalter – Behandlungsplan und Katamnese (In Addition to Anorexia Nervosa in Early Adolescence – Treatment and Catamnestic Investigation)	56	<i>Hubbertz, K.P.:</i> Prävention in ländlichen Erziehungsberatungsstellen (Prevention in Rural Welfarecentres for Familycounseling)	96
		<i>Hüffner, U., Mayr, T.:</i> Integrative Körpertherapie – eine Integrationshilfe bei der gemeinsamen Förderung behinderter und nichtbehinderter Kinder im Kindergarten? (Integrative Body Therapy – Can it Support Integration in Joint Furthering of Handicapped and Non-Handicapped Children in Kindergarten?)	184

Familientherapie

Austermann, W., Reinhard, H. G.: Ein Fürsorgegutachten als systematisch-familientherapeutische Intervention (An Expert in Child Welfare as a Systemic-Family Therapeutic Intervention) 302

Buchholz, M. B.: Schachspieler, Gast vom fremden Stern, Kapitän auf dem großen Fluß, Freud und Bateson – Zur Kontroverse zwischen Psychoanalyse und Systemtheorie (Chessplayer, Guest from a distant Star, the Great River's Captain, Freud and Bateson – A Contribution to the Controversy between Psychoanalysis and Systemic Theory) 274

Heekerens, H. P.: Zehn Jahre Familientherapie in Erziehungsberatungsstellen – Entwicklung und Fehlentwicklung (Ten Years Family Therapy in Child Guidance) 294

Müssig, R.: Familientypologie – Ein holistisches Klassifikationsschema auf der Basis von Gestaltwahrnehmung, Humantheologie, Systemtheorie und Psychoanalyse (Family Typology – A Holistic Classification Scheme Based on Gestalt Conception, Human Ehtology, System Theory und Psychoanalytical Theory) . . 283

Rückert-Emden-Jonasch, I. u. a.: Familientherapeuten erleben ihre Herkunftsfamilie (Family Therapists Experience Their Families of Origin) 305

Tagungsberichte

Bericht über den 11. Internationalen Kongreß der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 312

Ehrungen

Hedwig Wallis zum 65. Geburtstag 150

Buchbesprechungen

Armstrong, L.: Kiss Daddy Good Night. Aussprache über Inzest 151

Baumann, U. (Hrsg.): Psychotherapie: Makro/Mikroperspektive 155

Beland, H. u. a. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 16 27

Belz, H., Muthmann, Ch.: Trainingskurse mit Randgruppen 26

Berger, E., Friedrich, H. M., Schuch, B.: Verhaltensbeurteilung bei Kindern und Jugendlichen 104

Bettelheim, B.: So können sie nicht leben 25

Biber, B.: Early Education and Psychological Development 156

Bleidick, U. (Hrsg.): Theorie der Behindertenpädagogik . 106

Boczkowski, K.: Geschlechtsanomalien des Menschen . . 266

Bös, K., Mechling, H.: Bilder-Angst-Test für Bewegungssituationen 106

Brainerd, Ch. J., Pressley, M. (Hrsg.): Basic Processes in Memory Development. Progress in Cognitive Development Research 111

Brakhoff, J. (Hrsg.): Eßstörungen – ambulante und stationäre Behandlung 108

Brand, M.: Erziehungsberatung im Spannungsfeld von Familie und Schule 157

Brandstädter, J., Gräser, H. (Hrsg.): Entwicklungsberatung unter dem Aspekt der Lebensspanne 192

Briel, R., Mörsberger, H.: Kinder brauchen Horte 75

Bruder-Bezzel, A., Bruder, K. J.: Jugend: Psychologie einer Kultur 153

Brunner, E. J.: Grundlagen der Familientherapie. Systematische Theorie und Methodologie 268

Bundschuh, K.: Dimensionen der Förderdiagnostik bei Kindern mit Lern-, Verhaltens- und Entwicklungsproblemen 231

Burkhardt, H., Krech, R.: Aggression und geistige Behinderung 76

Dietrich, G.: Erziehungsvorstellungen von Eltern 234

Eberlein, G.: Autogenes Training für Kinder 318

Eggers, Ch. (Hrsg.): Emotionalität und Motivation im Kindes- und Jugendalter 156

Eichseder, W.: Unkonzentriert – Hilfen für hyperaktive Kinder und ihre Eltern 73

Eiser, Ch.: The Psychology of Childhood Illness 318

Fleischer-Peter, A., Scholz, U.: Psychologie und Psychosomatik in der Kieferorthopädie 320

Freinet, E.: Erziehung ohne Zwang 25

Frey, D., Irle, M. (Hrsg.): Motivations- und Informationsverarbeitungstheorien 267

Fromm, E.: Psychoanalyse und Religion 155

Fthenakis, W. E.: Väter (Bd. I und II) 315

Fuchs, M.: Funktionelle Entspannung in der Kinderpsychotherapie 72

Füssenich, I., Gläß, B.: Dysgrammatismus 191

Göppner, H. J.: Hilfe durch Kommunikation in Erziehung, Therapie, Beratung 103

Haubl, R., Peltzer, U.: Veränderung und Sozialisation . . 158

Heil, G.: Erziehung zur Sinnfindungshaltung – eine Antwort der Lernbehindertenpädagogik 26

Hennig, C., Knödler, U.: Problemschüler – Problemfamilien 232

Jüttemann, G. (Hrsg.): Die Geschichtlichkeit des Seelischen 319

Krähenbühl, V. u. a.: Stieffamilien. Struktur – Entwicklung – Therapie 267

Kleine-Moritz, G.: Der gegenwärtige Stand des Rechts-Links-Problems 265

Klicpera, Ch.: Leistungsprofile von Kindern mit spezifischen Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten 316

Krech, D. u. a.: Grundlagen der Psychologie (Bd. I-VIII) . 104

Langenmayr, A., Prümel, U.: Analyse biographischer Daten von Multiple Sklerose-Kranken 92

Liepman, D., Stiksrud, A. (Hrsg.): Entwicklungsaufgaben und Bewältigungsprobleme in der Adoleszenz 234

Marx, H.: Aufmerksamkeitsverhalten und Leseschwierigkeiten 104

Mehringer, A.: Verlassene Kinder 73

Meyer, W. U.: Das Konzept der eigenen Begabung 28

<i>Morgan, S. R.</i> : Children in Crisis. A Team Approach in the Schools	71	<i>Schulte, F. J., Spranger, J.</i> (Hrsg.): Lehrbuch der Kinderheilkunde	317
<i>Musselwhite, C. R.</i> : Adaptive Play for special Needs Children	317	<i>Schwabe-Höllein, M.</i> : Hintergrundanalysen zur Kinderkriminalität	230
<i>Nickolai, W. u. a.</i> : Sozialpädagogik im Jugendstrafvollzug	229	<i>Shepherd, M.</i> (Hrsg.): Psychiater über Psychiatrie	319
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Psychiatrie des Pubertätsalters	108	<i>Solnit, A. J. u. a.</i> (Hrsg.): The Psychoanalytic Study of the Child (Vol. 39)	110
<i>Oswald, G., Müllensiefen, D.</i> : Psycho-soziale Familienberatung	190	<i>Spreen, O. u. a.</i> (Hrsg.): Human-Developmental Neuropsychology	27
<i>Páramo-Ortega, R.</i> : Das Unbehagen an der Kultur	109	<i>Stein, A., Stein, H.</i> : Kreativität. Psychoanalytische und philosophische Aspekte	233
<i>Perrez, M. u. a.</i> : Erziehungspsychologische Beratung und Intervention	229	<i>Textor, M. E.</i> : Integrative Familientherapie	317
<i>Petermann, F.</i> : Psychologie des Vertrauens	266	<i>Thommen, B.</i> : Alltagspsychologie von Lehrern über verhaltensauffällige Schüler	191
<i>Petermann, U.</i> : Kinder und Jugendliche besser verstehen	102	<i>Tobler, R., Grond, J.</i> (Hrsg.): Früherkennung und Früherziehung behinderter Kinder	103
<i>Quitmann, H.</i> : Humanistische Psychologie	108	<i>Wiedl, K. H.</i> (Hrsg.): Rehabilitationspsychologie: Grundlagen, Aufgabenfelder, Entwicklungsperspektiven	314
<i>Rahn, H.</i> : Talente finden – Talente fördern	74	<i>Wiegand, B.</i> : Ich habe mich nicht gemalt, weil ich nicht zur Familie gehöre – eine Kindertherapie	193
<i>Remschmidt, H., Schmidt, M. H.</i> (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis (Bd. II)	235	<i>Ylvisaker, M.</i> (Hrsg.): Head Injury Rehabilitation: Children and Adolescents	110
<i>Remschmidt, H., Schmidt, M. H.</i> (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis (Bd. III)	268		
<i>Remschmidt, H., Schmidt, M. H.</i> (Hrsg.): Therapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	320	Autoren der Hefte: 24, 64, 102, 150, 189, 228, 265, 314	
<i>Riedl, I.</i> : Tabu im Märchen	265	Diskussion/Leserbriefe: 24, 64	
<i>Rotthaus, W.</i> (Hrsg.): Psychotherapie mit Jugendlichen	232	Tagungskalender: 29, 77, 112, 159, 193, 236, 269, 321	
<i>Rudnick, M.</i> : Behinderte im Nationalsozialismus	235	Mitteilungen: 30, 78, 112, 160, 194, 237, 270, 322	
<i>Rudolf, G. A., Tölle, R.</i> (Hrsg.): Prävention in der Psychiatrie	111		
<i>Sedlmayr-Länger, E.</i> : Klassifikation von Klinischen Ängsten	105		
<i>Scherer, K. R. u. a.</i> : Die Streßreaktion – Physiologie und Verhalten	231		
<i>Schmidt, H. D., Schneeweiß, B.</i> (Hrsg.): Schritt um Schritt. Die Entwicklung des Kindes bis ins 7. Lebensjahr	316		

Zur Anorexia nervosa im Kindes- und Jugendalter – Behandlungsplan und Katamnese

Von Günther Ossowsky

Zusammenfassung

14 weibliche und 2 männliche Patienten mit Anorexia nervosa im Alter von 10–17 Jahren wurden mit einem Therapiekonzept behandelt, das somatische, individuelle und Familienprobleme berücksichtigen sollte. Bei 2 schriftlichen Nachbefragungen, die im Durchschnitt 2,6 und 3,9 Jahre später stattfanden, wurden somatische Veränderungen, derzeitiger Problemstand und subjektive Einschätzung von Therapie und Krankheitsverlauf erhoben. In der Reduzierung der somatischen Symptome hatte sich nach anfänglich positiver Entwicklung bei den meisten Patientinnen eine Stagnation ergeben, die sich aber bis zum Zeitpunkt der Katamnese ganz oder zum größten Teil wieder aufgelöst hatte. Dieser Effekt wird unter dem Aspekt der Individuation der Patientin und der Struktur einer „psychosomatischen Familie“ diskutiert.

1 Einleitung

Zur Genese und Behandlung der Anorexia nervosa gibt es eine Fülle von Untersuchungen. Einen Überblick bietet z. B. Ross (1977), eine ausführliche Literaturübersicht existiert bei Meermann (1982). Neben psychodynamischen Erklärungsmodellen (Thomä 1961), in denen die innerpsychische Verarbeitung (Regression und orale Triebkomponenten) im Vordergrund steht, gibt es familiendynamisch orientierte Ansätze (Selvini 1977, Minuchin 1978), die primär die Ursache des Symptoms zirkulären Prozessen im pathologischen Familiengeschehen zuschreiben. Viele Autoren (z. B. Schütze 1980) betrachten beides.

Die therapeutischen Ansätze sind entsprechend vielfältig. Neben rein somatischen Strategien (Frahm zit. nach Meyer 1965) gibt es verhaltenstherapeutisch orientierte Formen, die sich primär mit einer Gewichtszunahme zufriedengeben, oder die versuchen, die Wechselwirkung Symptom – Ursachen von der somatischen Seite her aufzulösen. Einen Vergleich dieser beiden Vorgehensweisen liefern Gaillard und Wulliemier (1981). Die Autoren finden zwar keine signifikanten Unterschiede zwischen diesen beiden Ansätzen, geben aber den operanten Methoden den Vorzug. Insgesamt gesehen finden sie beides jedoch so unbefriedigend, daß sie ihr Konzept durch familientherapeutische Überlegungen erweiterten. Einen ähnlichen Standpunkt vertreten Brand und Gensicke (1980),

die neben operanten Konditionierungen „kommunikationstheoretische“ Elemente in die Therapie mit einbeziehen. Overbeck (1979) schildert an einem Fall, wie intrapsychische und interpersonelle Probleme zusammenwirken.

Die Rolle der Eltern bei der Therapie wird unterschiedlich gesehen. Story (1982) klammert die Eltern ganz aus. Er arbeitet bei seinen Patienten, die er als „severe cases“ beschreibt, mit einer Kombination aus Psychoanalyse, symptomzentriertem Vorgehen und Pharmakotherapie. Stern (1981) ersetzt sie in der Anfangsphase durch ein speziell geschultes Team, das er als „good enough parents“ beschreibt und bezieht die Eltern erst später ein. Im Gegensatz hierzu stehen Rosman et al. (1975) und Petzold (1979), die die Familie gezielt einsetzen und sie dazu bringen, das Eßproblem zu lösen.

Einen „toleranten“ Weg schlagen Goetz et al. (1978) ein. Sie arbeiten mit der Familie zusammen und unternehmen keinen Versuch, die Patienten während des stationären Aufenthaltes zu füttern oder zum Essen zu zwingen. Im Durchschnitt sahen die Autoren jüngere Patienten (9,5–16 Jahren). Die Prognosen betrachteten sie in Abhängigkeit von der Persönlichkeitsstruktur der Patienten. Gute Ergebnisse verzeichneten sie bei den „hysterisch manipulativen“ im Gegensatz zu den „obszessiven“ und „schizoiden“ Persönlichkeiten. Zum Einfluß der Familie meinten die Verfasser: „the healthier the family, the healthier the patient, the better the prognosis“ (S. 602).

2 Behandlungskonzept¹

Um die somatischen, individuellen und Familienprobleme der Patienten therapeutisch zu erfassen, entwickelten wir ein dreischichtiges Konzept, mit dem wir in den Jahren 1976–1980² 16 Patienten behandelten. Davon waren zwei männlich; einer davon wurde als Patient mit „psychoreaktiver Eßstörung“ diagnostiziert.

Soweit möglich, beließen wir die Patienten im häuslichen Milieu und arbeiteten ambulant mit Familiensitzungen, bei denen die wichtigsten Gesprächsthemen Individuation und Autonomie der Patienten sowie Einigung

¹ An diesem Konzept wirkte Frau Dipl.-Psych. I. Weyde als Co-Autorin und Therapeutin mit.

² Später behandelte Patienten bleiben in dieser Arbeit unberücksichtigt, da für diese noch keine katamnestischen Daten vorliegen.

der Eltern bezüglich der Erziehung waren. Dies war in unserer Studie bei vier Patienten möglich. War ein stationärer Aufenthalt nötig, z.B. aufgrund des geringen Gewichtes des Patienten, so gliederte sich unser Vorgehen folgendermaßen:

2.1 Erstgespräch mit Eltern und Patient

Der Familie werden Bedingungen und Möglichkeiten unserer Station beschrieben. Hierzu zählen individuelle Regelungen der Besuchszeit, Beschulung, Sport, Spiel, Tagesablauf usw. Ferner werden die Zuständigkeiten von Ärzten, Stationspsychologen, Stationspersonal und Eltern geklärt. Es werden Informationen über die Erkrankung gegeben und die Therapie beschrieben. Die Familie wird auf eine längere Behandlungsdauer vorbereitet. Besonders betont wird dabei, daß die Prognose vor allem von der Mitarbeit der Familie abhängt. Es soll der ganzen Familie klar werden, daß die Erkrankung eines Familienmitgliedes das Problem der ganzen Familie ist. Es wird der Familie weiterhin verordnet, im Verlauf der stationären Behandlungen nicht über das Gewicht oder das Essen der Patientin³ zu sprechen oder in Briefen Informationen darüber auszutauschen. Das Gewicht und das Essen bleibt die Angelegenheit von Patientin und Klinik, wobei die Selbstverantwortung der Patientinnen für das Essen und für ihren eventuell drohenden Tod hervorgehoben wird. Wir besprechen die Auswirkungen des Symptoms auf jedes Familienmitglied. Durch dieses Gespräch soll Krankheitseinsicht erreicht und die Familie zur Mitarbeit aufgerufen werden.

Nach diesem Vorgespräch lehnten nur zwei Familien eine Behandlung bei uns ab, weil sie mit den eingeschränkten Besuchsmöglichkeiten und dem „Aussehen“ der Station nicht einverstanden waren. Sie wurden an andere Institutionen weitervermittelt.

2.2 Therapieverlauf auf der Station

2.2.1 Nahrungsaufnahme

Zu Beginn der Behandlung wird zwischen Arzt und Patientin ein Vertrag über das noch zulässige Minimalgewicht ausgehandelt. Oberhalb dieser Gewichtsgrenze ist die Patientin für ihr Essen und ihre Zunahme völlig selbst verantwortlich; darunter hat die Klinik lediglich die Verpflichtung, ihr Leben zu erhalten. Zunächst wird die Motivation der Patientin geklärt, ob sie zu- oder abnehmen oder ihr Gewicht halten will. Ist die Patientin schon zur Zunahme bereit, so werden mit ihr Möglichkeiten besprochen, wie und wann sie sich selbst kontrollieren kann (z.B. durch Wiegen, Berechnung der zugeführten Kalorienmengen) und ob sie dabei Hilfe wünscht. Wird das vereinbarte Tages- oder Wochenziel nicht erreicht, so werden die Gründe hierfür immer neu

³ Da die Mehrzahl unserer Patienten weiblich ist, verwenden wir in der Folge das Pronomen „sie“, auch wenn die vorgestellte Behandlungsform für die männlichen Patienten identisch war.

besprochen, ob das angestrebte Ziel wegen Überforderung revidiert werden muß, ob die Patientin entgegen ihrer Äußerungen doch nicht zunehmen will, ob sie zusätzliche Maßnahmen möchte, z.B. Essenseinnahme unter Aufsicht der Betreuer, Verstärker für Gewichtszunahme, hochkalorische Nahrung. Diese Maßnahmen werden der Patientin vorgeschlagen, wobei sie sich selbst entscheiden soll, ob und welche Hilfe sie benötigt. Wurde als Ziel die Gewichtszunahme festgelegt, versucht die Patientin aber trotzdem, dieses Ziel zu vermeiden, so wird erneut die Motivation besprochen. Ggf. wird die Patientin auch mit ihrem „ratenweisen Selbstmord“ sowie mit den Konsequenzen, die eine langfristige Unterernährung mit sich bringen, konfrontiert. Der Sinn dieses Behandlungsschrittes ist:

- Ein Machtkampf zwischen Patientin und Pflegepersonal soll vermieden werden. Die Betreuer geraten dadurch nicht in Frustrationen und Aggressionen und die Patientinnen haben es nicht nötig, heimlich zu erbrechen, vorm Wiegen Wasser zu trinken oder das Essen heimlich wegzuschütten.
- Die Patientin soll mit ihrem Willen konfrontiert werden: Sie soll Entscheidungen für sich treffen lernen und sich nicht von anderen abhängig machen.
- Die Patientin wird mit ihrem Widerspruch konfrontiert, was sie will und was sie real dafür tut.

Ist die Patientin nicht zur Mitarbeit bereit oder wird das vertraglich vereinbarte Minimalgewicht unterschritten, so gehen wir davon aus, daß die derzeitige Eigenverantwortung der Patientin nicht ausreicht, um längerfristig ihr Leben zu erhalten. Die Klinik übernimmt dann die Maßnahmen zur Erhaltung ihres Lebens. Bis zum Wiedererreichen des vereinbarten Minimalgewichtes wird eine Magenverweilsonde gelegt. Während dieser Zeit bleibt die Patientin im Bett; mit Ausnahme der Therapeutenkontakte bekommt sie keine weitere Zuwendung. Die Patientin kann diese Sondenphase durch zusätzlich Nahrungsaufnahme verkürzen. Während der Sondenernährung gesetzte Teilziele (zusätzliches Essen) können durch weitere Vergünstigungen (mehr Bewegungsfreiheit, gewünschte kurze Sozialkontakte) verstärkt werden. Sobald die Minimalgewichtsgrenze wieder erreicht ist, übernimmt die Patientin selbst wieder Verantwortung für das Essen und der o.g. Plan tritt wieder in Kraft. Zweck dieses Schrittes ist, ein unkontrolliertes Abrutschen in einen medizinisch nicht mehr zu verantwortenden körperlichen Zustand zu verhindern und die Motivation für mehr Eigenverantwortung und ein bestimmtes Gewicht der Patientin zu wecken.

2.2.2 Individuelle Probleme der Patientin

Parallel zu dem o.g. Programm wird eine Einzeltherapie durchgeführt (ca. 3 Kontakte pro Woche). Der hierfür zuständige Therapeut ist nicht verantwortlich für das Essensprogramm. Die Art der Einzelbehandlung richtet sich nach dem Alter der Patientin bzw. der Ausbildung des Therapeuten. Bewährt hat sich eine Kombina-

tion von Gesprächstherapie und Katathymem Bilderleben. Letzteres hat sich als günstig erwiesen, da die meisten unserer Patientinnen zu intellektueller Abwehr neigen und auf der Verbalebene kaum Affekte zulassen können. In einem Explorationsgespräch zu Beginn werden mit der Patientin Probleme erörtert (Sozialverhalten zu Gleichaltrigen, Probleme mit Eltern oder mit sich selbst). Die Patientin sucht sich ein Thema aus, worüber dann in nicht-direktiver Form gesprochen wird. Die folgende Gesprächstherapie wird modifiziert durch mehr Aktivität und Angebote des Therapeuten, wenn die Patientinnen längere Zeit schweigend dazitzen. Gelegentlich werden Rollenspiele eingesetzt, in denen die Patientinnen Gelegenheit haben, neue Verhaltensweisen einzuüben. Zweck dieser Therapieschritte ist es, der Patientin zu mehr Selbstbewußtsein und Autonomie zu verhelfen. Diskrepanz zwischen Wünschen und realen Handlungen können hier besprochen werden. Zudem sind die Gespräche ein Ventil für die erlebten Frustrationen beim Essensprogramm.

2.2.3 Familientherapie

Während des stationären Aufenthaltes der Patientin beschäftigen wir uns in den Familiengesprächen mit der Rolle, die die Patientin in der Familie hat. Der Einstieg in dieses Thema erfolgt sehr rasch, da die Eltern das Fehlen ihres Kindes als sehr schmerzhaft erleben. Unser Hauptanliegen bei den Gesprächen ist es, in der Familie Platz für die Autonomie der Patientin zu schaffen. Wir verhindern, daß über das Essen gesprochen wird und versuchen, den Austausch über andere Themen zu intensivieren.

2.3 Entlassungskriterien

Zielvorstellungen für die Therapeuten sind:

- deutlich erhöhtes Gewicht,
- Normalisierung der Eßgewohnheiten,
- größere Konfliktbereitschaft in der Familie.

Der Entlassungszeitpunkt wird mit den Eltern besprochen und auf die Notwendigkeit einer ambulanten Weiterbehandlung hingewiesen. Der Wunsch der Eltern, das Kind auch mit relativ wenig Gewichtszunahme bereits wieder nach Hause zu nehmen, ist sehr groß. Für die Therapeuten kommt dieser Wunsch meist zu früh. Sie geben aber nach, um die Zusammenarbeit mit den Eltern nicht zu gefährden. Für den Fall eines Mißerfolges bieten wir den Eltern die Möglichkeit, das Kind wieder auf die Station zu bringen, ohne ein Gefühl des Versagens haben zu müssen.

2.4 Ambulante Nachbetreuung

Die Familiengespräche in der ambulanten Phase haben in erster Linie Individuation und mehr Eigenständigkeit der Patientin zum Thema. Sie sollte ihr Essen selbst bestimmen können und stark genug werden, um sich gegen Vereinnahmungstendenzen der Eltern zu wehren. Die

Eltern sollten auf die Rolle der Patientin als „Bündnispartner“ verzichten können.

3 Diagnose

Die Diagnose Anorexia nervosa wurde gestellt nach den Kriterien, wie sie z. B. bei *Thomä* (1961) beschrieben wurden. Im einzelnen fanden wir:

- a) Organische Symptome im Zusammenhang mit dem Eßverhalten:
 - Gewichtsverlust auf einen Prozentrang unter 3 (Ausnahme s. Tab. 2),
 - bei allem weiblichen Patienten eine Amenorrhoe,
 - Obstipation
- b) Individuelle Probleme der Patientinnen:
 - depressive Verstimmungen (vorwiegend in der Anfangsphase),
 - massive Kontaktstörung, sozialer Rückzug, dabei verstärkte Bindung an die Eltern,
 - stark eingeschränkte Spontaneität,
 - Eigene Bedürfnisse, vor allem orale, werden von allen Patientinnen verleugnet. Fast alle zeigen verstärkt altruistische Verhaltensweisen.
 - Aktivitätssteigerungen im Motorischen (Körperpflege, Turnübungen) und im Leistungsbereich, die bei manchen Patientinnen Zwangcharakter aufwiesen.
 - stark reduziertes Selbstbewußtsein.
- c) Familiendynamik:
 - Die Eltern berichten in allen Fällen über die Patientinnen, daß sie immer sehr brave Kinder gewesen seien, die nie Anlaß zu Klagen gegeben haben.
 - Zum Aufnahmezeitpunkt steht das Eßverhalten der Patientinnen so stark im Vordergrund, daß alle anderen Konflikte und Probleme zurücktreten.
 - Eigene Gefühle und Bedürfnisse werden nicht angesprochen. Aggressionen finden selten statt und wenn, dann nur in Form eines Protestes der Patientinnen dagegen, daß die Eltern sich zuviel um das Essen der Patientin kümmern.

4 Ergebnisse

Zur besseren Übersicht findet sich in den folgenden Tabellen eine Aufteilung der Daten in eine Gruppe mit „anorektischer Reaktion“ (reaktiv) und eine sogenannte Kerngruppe (*genium*), wie sie auch *Schütze* (1980) diskutiert. Die Zuordnung erfolgte im Nachhinein durch die Einschätzung der Therapeuten. Danach zeigten die 4 Patientinnen der „genuinen“ Gruppe im Gegensatz zu den 6 der „reaktiven“ Gruppe:

- stärkere „zwanghafte“ oder „hysterische“ Verhaltensweisen auf der Station.
- weniger gute Verbalisierungsfähigkeit und -bereitschaft bei den therapeutischen Einzelsitzungen,

– weniger klare Beziehung des Hungers zu irgendwelchen externen Ereignissen, die für die Patientinnen als belastend erlebt wurden.
Die ambulant Betreuten wurden als „reaktiv“ eingeschätzt.

Tab. 1: Altersverteilung und Behandlungsdauer

	Dauer der stationären Behandlung (in Monaten)	Dauer der ambulanten Behandlung bzw. Nachbehandlung (in Monaten)	Alter bei Behandlungsbeginn (in Jahren)
ambulant 4 Pat.	2,3 Range 2–3	15,5 Range 14,7–17,2	
stationär „reaktiv“ 6 Pat.	2,7 Range 0,5–5	2,6 Range 0–11	14,0 Range 10,7–17,6
stationär „genuin“ 4 Pat.	16,2 Range 4–30	7,3 Range 6–9	12,7 Range 12,0–13,3
♂ 1	5	14	12,8
♂ 2			
psychoreaktive Eßstörung	0,5	0	16,4

Im November 1982 und April 1984 erhoben wir Katamnesedaten über Fragebögen an alle Patienten, deren Eltern und Hausärzten. Die Katamnesezeitdauer betrug im Durchschnitt 2,6, beim 1. Follow-up-Datum (f-up 1) bzw. 3,9 Jahre beim 2. Follow-up-Datum (f-up 2).
Insgesamt antworteten 12 Familien bei f-up 1 und 6 bei f-up 2. Einige ließen allerdings die Fragebögen z.T. unbeantwortet. 2 Familien waren unbekannt verzogen. Die 4 Familien, von denen wir keine Nachbefragungsdaten erhielten, gehörten alle in die Gruppe der „psychoreaktiven“ Patienten.
Die Nachbefragung bei den Ärzten war relativ unergiebig, da viele Patientinnen die Arztpraxis einige Zeit vor dem Katamnesezeitpunkt nicht mehr aufgesucht hatten, die Ärzte daher keine aktuellen Angaben machen konnten.

4.1 Körperliche Veränderungen

Zum Zeitpunkt der 1. f-up-Befragung gaben 3 Patientinnen an, wieder regelmäßig zu menstruieren. Beim 2. Zeitpunkt beschrieben dies 4 weitere Patientinnen. Eine Patientin menstruierte unregelmäßig, bei einer weiteren attestierte der Arzt „völlig normaler Ernährungs- und Allgemeinzustand“. Von den anderen fehlen entsprechende Angaben.

Tab. 2: Gewichtsverlauf

		Gewicht \bar{x} in kg	Perzentile \bar{x}	Gewichtszunahme in kg
ambulant	v	31,8	< 3	
	n	37,9	15	6,1
	f-up 1	48,7	43	10,8
	f-up 1 + f-up 2	49,3	48	0,6
stationär „reaktiv“	v	35,4	< 3	
	n	39,5	4	4,1
	f-up 1	47	6,7	7,5
	f-up 1 + 2	58,4	32	17,4
stationär „genuin“	v	29,7	<3	
	n	34,6	7	4,9
	f-up 1	46,7	30	12,1
	f-up 1 + 2	52,7	50	6,0
♂ 1	v	32,1	<3	
	n	44,0	40	12,0
	f-up 1	70	55	26
♂	v	45	20	
	n	51	50	6
	f-up 1	57	50	5

v = Behandlungsbeginn
n = Ende der ambulanten bzw. stationären Therapie
 \bar{x} = Mittelwert
f-up 1 = 1. Nachuntersuchung
f-up 2 = 2. Nachuntersuchung

4.1.1 Interpretation

Tabelle 2 zeigt deutlich den relativ geringen Gewichtszuwachs während der Behandlung. Bei den ambulanten Patientinnen ist er mit durchschnittlich 6,1 kg vom 3. zum 15. Perzentil noch am größten. Bei den beiden stationären Gruppen jedoch mit 4,4 kg (4. Perzentile) bzw. 4,9 kg (7. Perzentile) geringer. Eine mögliche Ursache hierfür könnte unser permissiv gehandhabtes Entlassungskriterium gewesen sein. Unserer Ansicht nach setzen die meisten Familien alles daran, die Familie möglichst schnell vereint zu haben. Der stationäre Aufenthalt war für die Eltern eine Entlastung von der Verantwortung in der Krise und setzte für Eltern und Patientinnen einen Impuls zur Veränderung, den die meisten Patientinnen und Eltern in Eigenregie weiterführten. Wie aus einer Umfrage der Zeitschrift „ANtenne“ zu entnehmen ist, betrachten 15,8% der 171 Befragten die stationäre Therapie für nicht effektiv und machten bei irgendwelchen Essensprogrammen nur mit, um schnell nach Hause zu kommen. Die Entlassungsgewichte der beiden stationären Gruppen differieren kaum, die „genuinen“ brauchen nur etwas länger, um diesen Gewichtszuwachs zu erreichen.

Ein anderes Bild ergibt sich im Katamnesezeitraum. Überraschend sind die im Verhältnis zum Behandlungszeitraum großen Gewichtszuwachsraten. Dieser Zuwachs ist für die ambulante Gruppe mit 10,8 bzw. 11,4 kg

am größten (Perzentilen 43 bzw. 48 bei der 1. bzw. 2. Follow-up-Untersuchung). Bei den als „reaktiv“ eingeschätzte stationären Patientinnen ist dieser Zuwachs mit 7,5 kg (11,4 kg) am geringsten. Perzentilbereiche liegen bei 6,5 bzw. 32. Die „stationär genuinen“ liegen mit einem Zuwachs von 12,1 kg (18,1 kg) dazwischen. Dies entspricht einem Perzentil von 30 bzw. 50. Auf den ersten Blick überrascht, daß die „genuinen“ (also eigentlich schwerer erkrankten) Patientinnen stärkere Gewichtsveränderungen aufwiesen als die „reaktiven“. Dies könnte daran liegen, daß in der „genuinen“ Gruppe die ambulante Nachbetreuung häufiger und intensiver war. In den meisten Fällen konnte noch therapeutisch an der Familienstruktur weitergearbeitet werden. In der „reaktiven“ Gruppe beschränkte sich die ambulante Nachbetreuung im wesentlichen auf monatliche Kontrollgespräche. Die Eltern beschränkten sich meistens darauf, über den aktuellen Stand zu berichten. Wir fokussierten dabei die Autonomie der Patientin. Ein weiterer Grund für die stärkere Gewichtszunahme der „genuinen“ Gruppe könnte das geringere Alter sein (sie waren im Durchschnitt 1,3 Jahre jünger als die „reaktiven“).

Bei den beiden männlichen Patienten ergeben sich im Gegensatz zu den o.g. Daten unauffällige Verläufe. Sie erreichen das 40. bzw. 50. Perzentil bereits zu Ende der stationären Behandlung und liegen beim 1. Follow-up-Termin auf einem Perzentilbereich von 55 bzw. 50.

Insgesamt betrachtet haben 7 Mädchen und beide Jungen das Normalgewicht (40.–60. Perzentile) erreicht. Eine Patientin leidet am Übergewicht (80. Perzentile). Nach ihren Angaben ist dies Kumperspeck. Sie leidet an ihrer zu geringen Körpergröße. Dies war im übrigen auch der Grund, weswegen sie anorektisch wurde. Das Gewicht von 3 Patientinnen liegt im 20. Perzentil, das Gewicht einer Patientin im 15. Perzentil.

Lediglich eine Patientin, von der wir keine Follow-up-Daten erhielten, lag bei der Entlassung nach insgesamt 20monatiger stationärer Behandlung noch unter dem 3. Perzentil. Sie konnte bei einer Körperlänge von 1,40 m während der stationären Dauer nur von 23,2 auf 28,2 kg zunehmen. Von 2 Jugendlichen erhielten wir keine Informationen.

Eine weitere Psychotherapie nach unserer Behandlung nahmen 3 Mädchen in Anspruch. Ein Mädchen aus der ambulanten Gruppe erhielt eine Psychotherapie bei einer niedergelassenen Psychologin, jeweils ein Mädchen aus der „genuinen“ und „reaktiven“ Gruppe wurde in einer Erziehungsberatungsstelle weiter betreut.

4.2 Persönlichkeitsdaten der Patientinnen

Zu Beginn der stationären Behandlung wurde die Hamburger Neurotizismus- und Extraversionsskala (HANES) bzw. der Persönlichkeitsfragebogen für Kinder und Jugendliche (PFK 9–14) vorgelegt. Zur Vergleichbarkeit wurde der Faktor F-II-O 3 des PFK 9–14 mit dem Neurotizismuswert des HANES gleichgesetzt und die Faktoren F-II-O 4 und 0 5 mit der Skala E₁ und E₂ gleichgesetzt und als Gesamtextraversionswert gemittelt.

Tab. 3: Persönlichkeitsdaten

	„genuin“		„reaktiv“	
	N	E	N	E
v	4,75	4	4,75	6,25
n	4,5	4,3	4,5	6,7

v = Zu Beginn der Behandlung
n = Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (f-up 1)
N = Neurotizismus
E = Extraversion

Bei N = 4 Patientinnen sind genaue Aussagen natürlich nicht möglich. In unserer Stichprobe ergeben sich für die Neurotizismusskala vor und nach der Behandlung durchschnittliche Werte. Dies gilt auch für den Bereich Extraversion, wobei eine leichte Tendenz zu erkennen ist, daß die als „psychoreaktiv“ eingeschätzte Gruppe etwas extravertierter zu sein scheint als die „genuine“ Gruppe. Dieser Trend verstärkt sich bei der Nachbefragung. Die Kontrollskalen sind sowohl im Vor- als auch im Nachtest im durchschnittlichen Bereich, so daß eine Tendenz zur sozialen Erwünschtheit nicht vorzuliegen scheint. Eventuell sind die Patientinnen aber so geschickt, daß sie die Kontrollskala durchschauen und sich nach sozialer Erwünschtheit beschreiben. Ein Indiz dafür könnte die anfängliche Verschllossenheit sein, die fast alle Patientinnen zu Beginn in der Behandlung uns gegenüber zeigten.

Bei der Follow-up-Befragung wurde den Patientinnen das Freiburger-Persönlichkeitsinventar (FPI) vorgelegt. Die Ergebnisse zeigt Tabelle 4.

Alle Patientinnen zeigen ein relativ ausgeglichenes um den Durchschnittsbereich schwankendes Persönlichkeitsprofil. Die Unterschiede ergeben sich lediglich in der Skala „Nervosität“. Hier beschreiben sich die Patientinnen der „genuinen“ Gruppe im Durchschnitt als psychosomatisch wenig gestört (Standardwert 2).

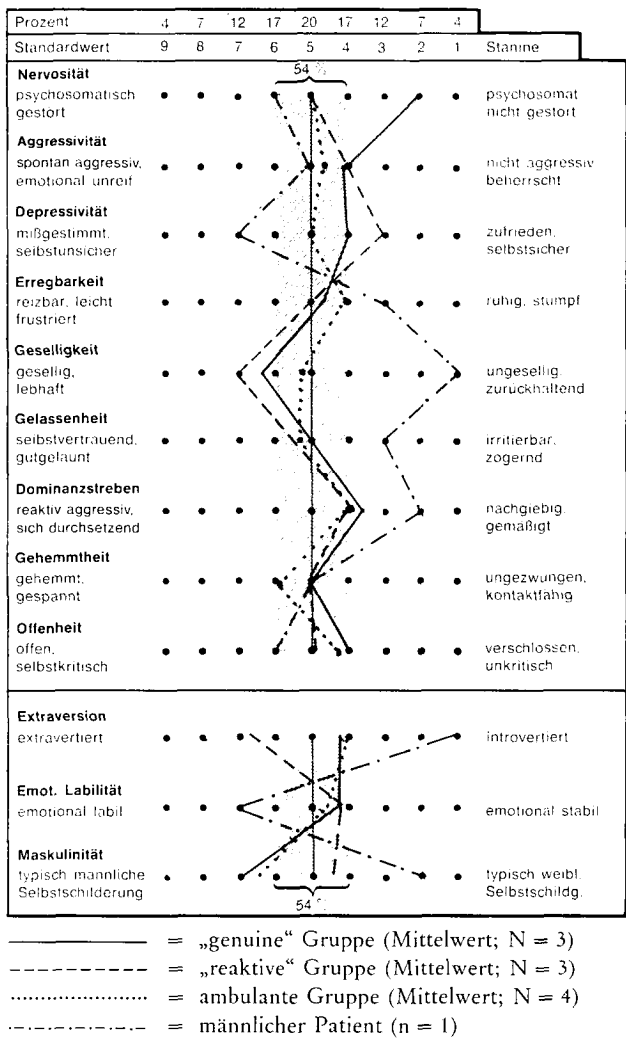
In der Skala „Depressivität“ beschreiben sich die Patientinnen der „reaktiven“ Gruppe mit einem Standardwert von 3 als eher zufrieden und selbstsicher sowie in der Skala „Geselligkeit“ als etwas geselliger als die anderen beiden Gruppen. In der Skala „Maskulinität“ schildern sich mit einem Standardwert von 4,7 die Mädchen der „reaktiven“ Gruppe als ausgewogen zwischen einer typisch weiblichen und typisch männlichen Selbstschilderung. Die ambulanten (Standardwert 6,3) sowie die Mädchen der genuinen Gruppe (Standardwert 7) neigen eher zu einer typisch männlichen Selbstschilderung.

Bei dem Profil unseres anorektischen Jungen zeigt sich demgegenüber eine typisch weibliche Selbstschilderung (Standardwert 2). Ferner beschreibt er sich als sehr introvertiert und eher emotional labil.

4.3 Einschätzung der subjektiven Belastung

Eltern und Patientinnen sollten in der Nachbefragung auf einer 4stufigen Skala getrennt angeben, wie stark sie

Tab. 4: FPI – follow-up 1



zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns und jetzt, zum Zeitpunkt der Nachbefragung, unter den unten aufgeführten Symptomen der Patientinnen litten. Hierbei bedeutete 0 „leide nicht“, 1 „leide etwas“, 2 „leide mittel“, 3 „leide stark“ unter den Problemen der Patientinnen. Da nur 6 Patientinnen und jeweils 9 Mütter und Väter diese Fragen beantworteten, wurde in der Auswertung auf eine Aufspaltung in die 3 Untergruppen verzichtet. Von den männlichen Patienten erhielten wir hier keine Rückantwort.

Die Tabelle zeigt, daß für Mütter und Väter das zu geringe Gewicht, Ekmanieren und Depressionen die stärksten Belastungen zu Beginn der Behandlung darstellten. Hierbei rangiert das Gewichtsproblem mit 2,8 für die Mutter bzw. 3,0 für die Väter an erster Stelle. Die Mütter litten anscheinend unter dem zu geringen Selbstbewußtsein der Patientin stärker (1,9) als die Väter (0,9). Letzteren erscheint das Nicht-erwachsen-werden wollen als etwas gravierender (1,8) als den Müttern (1,3).

Anders beschrieben dies die Patientinnen selbst. Ihnen erschienen zu Beginn der Behandlung Ärger mit Freunden (2,0), mit Eltern (1,7) und Verstopfung (1,7) belastender als z.B. das geringe Gewicht (1,3). Depressive Gefühle rangieren mit Ehrgeiz, Hoffnungslosigkeit und zu wenig Selbstbewußtsein (1,5) dahinter.

Die Veränderung der Werte zum Follow-up-Termin ist deutlich. Bei den Eltern zeigt sich kein Schätzwert über 1, bei den Patientinnen ist der höchste Belastungswert nur knapp darüber (1,2) bei den Items „Ärger mit Eltern“, „Depressionen“ und „keine Regel“. Letzterer Wert hat sogar zugenommen (0,4 zu Behandlungsbeginn). Dies könnte daran liegen, daß diese Frage bei der ersten Follow-up-Untersuchung gestellt wurde, zu dessen Termin erst 3 Patientinnen wieder menstruiert hatten.

Tab. 5: Einschätzung der subjektiven Belastung

	Pat. (N = 6)		Mütter (N = 9)		Väter (N = 9)	
	v	n	v	n	v	n
zu wenig Gewicht	1.3	0.3	2.8	0.4	3	0.3
zu viel Gewicht	0.5	0.5	0	0.4	0	0.1
außergewöhnliche Ekmanieren	0.3	0.5	2.3	0.7	2	0.9
Heißhunger	1	0.8	0	0.3	0	0.2
Erbrechen	0	0	0.2	0	0.3	0
Verstopfung	1.7	0.8	0.3	0.2	0	0.3
Ärger mit Freunden	2	0.6	0.8	0.3	0.8	0.1
Ärger mit Eltern	1.7	1.2	1.2	0.6	0.9	0.4
zu wenig Selbstbewußtsein	1.5	0.8	1.9	0.6	0.9	0.6
zu viel Selbstbewußtsein	0	0	1.1	0.4	0	0.6
keine Regel	0.4	1.2	0.8	0.2	0.3	0.8
zu viel Bewegung	0.3	0.3	1.7	0.3	0.6	0
Hoffnungslosigkeit	1.5	0.8	1.6	0.3	1.4	0.2
Depression	1.5	1.2	2	0.3	1.9	0.2
nicht erwachsen werden wollen	1	0.2	1.3	0	1.8	0.1
zu egoistisch	0.6	0.6	0.2	0.8	0.7	0.6
zu ehrgeizig	1.5	0.8	1.2	0.3	0.7	0.1

v = Zu Beginn der Behandlung

n = Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (Follow-up 1)

ten. Daß die anderen Items „Ärger mit Eltern“ und „Depressionen“ etwas höher als die anderen Items beim Nachtest rangieren, könnte daran liegen, daß vorher viel Ärger mit den Eltern um das Thema Essen, nachher möglicherweise Streit um mehr Autonomie stattfindet. Andererseits zeigen die Werte absolut gesehen nur etwas mehr als geringe Belastung (Schätzwert 1,2).

4.4 Freie Beantwortung

Patientinnen und Eltern konnten in der ersten Follow-up-Untersuchung zu den folgenden 3 Bereichen Angaben in freier Form machen:

4.4.1 Wichtigste Änderungen

3 Patientinnen gaben mehr Selbstbewußtsein an, 3 fanden die Gewichtszunahme am wichtigsten, ebenfalls 3 gaben an, daß mehr Selbständigkeit und Kontaktfreudigkeit wichtig war.

Die Mütter benannten 3mal die Gewichtszunahme, ebenfalls 3mal das Deutlichwerden von bisher verborgenen Problemen und 2mal gesteigertes Selbstbewußtsein als wichtigste Veränderung. Bei den Vätern wurde 4mal gesteigertes Selbstbewußtsein und 2mal das Essen genannt. Ebenfalls 3 Väter berichteten, daß mehr Kontakt und mehr Offenheit ihrer Kinder für sie wichtig waren.

4.4.2 Verbliebene Probleme

Eine Patientin beklagt, daß sie zu wenig Bekannte hat, eine leidet unter „eigenartiger Ernährung“ und 2 beschreiben, daß sie gerne noch unabhängiger und kontaktfreudiger wären.

Eine Mutter beklagt zu wenig Durchsetzungsfähigkeit, eine andere vermehrte Durchsetzungsfähigkeit als weiteres Problem. Eine Mutter beschreibt ihr Kind jetzt als sensibler, eine andere wünscht sich noch mehr Kontaktfreudigkeit ihrer Tochter.

Bei den Vätern beschreibt einer (genau wie seine Frau) die Tochter als zu geizig, ein anderer beklagt, daß das Mädchen sich von den Mahlzeiten der Familie absondert und für sich ißt; ein Vater beklagt, die Tochter sei zu selbstkritisch und wolle weg von den Eltern.

4.4.3 Ängstlichkeit

An derzeitiger Ängstlichkeit wird von einer Patientin Telefonieren, von 2 Patientinnen Übergewicht und von 2 Patientinnen Ängstlichkeit vor Klausuren genannt.

Eine Mutter spürt bei ihrer Tochter Angst vorm Erwachsenwerden, eine Mutter eine geringe Angst vorm Essen.

Bei den Vätern beschreiben 2, daß ihre Töchter ängstlich sind, wieder zu dick zu werden. Einer beschreibt, daß seine Tochter Angst vor Klausuren hat.

5 Diskussion der Ergebnisse

Mit dem vorgestellten Behandlungskonzept kann man zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung beide männlichen,

7 der 14 weiblichen Patientinnen als geheilt und 6 als deutlich gebessert ansehen. Lediglich eine Patientin war nicht zu beeinflussen und erlebte einen chronischen Verlauf ihrer Krankheit.

Da in den meisten einschlägigen Untersuchungen über ältere Patientinnen berichtet wird, ist ein direkter Vergleich schwer möglich. Vom theoretischen Konzept her am ehesten vergleichbar sind die Untersuchungen von Goetz (1977) und von Schütze (1980).

Bei Goetz haben 26 der 30 Patientinnen bei der Follow-up-Studie das normale Gewicht erreicht. Die Katamnesedauer betrug allerdings auch zwischen 5 und 20 Jahren. Die meisten Patientinnen dürften also zum Zeitpunkt der Follow-up-Erhebung erwachsen gewesen sein.

Ziolko (1978) beschreibt, daß der einfache chronische Verlauf mit mehrjähriger Krankheitsdauer am häufigsten ist. Danach klingt das Krankheitsbild ab. Das katamnestsische Ergebnis scheint weitgehend unabhängig davon zu sein, ob und wie die Behandlung erfolgte.

Schütze (1980) beschreibt ebenfalls die Schwierigkeiten, verschiedene Untersuchungen miteinander zu vergleichen. Er betont, daß bei jüngeren Anorexie-Patientinnen die Prognose relativ günstig ist. Bei seinen katamnestsischen Untersuchungen kommt er auf 63% geheilt und 16% gebessert. Bei 21% beschrieb er eine negative Entwicklung. In unserer Untersuchung zeigen sich 50% als geheilt, 43% als gebessert und 7% als chronisch.

An Persönlichkeitsveränderungen bezogen auf die Testergebnisse lassen sich kaum klare Ergebnisse ableiten, da die Patientinnen sich auch vorher schon in den Tests als unauffällig beschrieben haben. Es scheint, als hätten die Patientinnen dadurch und durch die typischen Widerstände in der Einzeltherapie eher von sich selbst ablenken wollen. Den Therapeuten wird so der Blick auf die pathologischen Familienstrukturen fast zwangsläufig geöffnet.

Bezüglich der wichtigsten Änderungen scheint Selbständigkeit und Autonomie etwas wichtiger empfunden zu werden als die reine Gewichtszunahme. Das zeigt, daß die Patientinnen und deren Familien unseren Behandlungsfokus „Individuation“ angenommen und umgesetzt haben. Bezogen auf die starke Verstrickung, wie sie Minuchin (1978) für Anorexie-Familien beschreibt, ist dies ein wichtiger Schritt, der bei fast allen Patientinnen gelungen ist.

Bei den körperlichen Veränderungen ist der relativ geringe Gewichtszuwachs während der Behandlung und die stärkere Zunahme danach, wenn die Familie wieder unter sich ist, erstaunlich. Soweit ersichtlich, geschieht eine Normalisierung im körperlichen Bereich entweder sofort nach der Behandlung oder nach einem gewissen „Plateau“ ungefähr um das 18. Lebensjahr. Der Gewichtsanstieg wird von den meisten Patientinnen als linear oder leicht sprunghaft nach oben beschrieben.

Während Ziolko (1978) die Katamnese weitgehend unabhängig von einer Behandlung sieht, kommen unseres Erachtens für diesen „Plateau“-Effekt folgende Gründe in Betracht:

- Solange eine Patientin im Ehekonflikt trianguliert wird, kann sie sich sozial und emotional nicht adäquat entwickeln. Die notwendige soziale und emotionale Nachreife, die durch die in der Therapie in Gang gesetzte stärkere Individuation möglich ist, dauert aber länger als die Behandlung. Die Ausbildung von Körpermaßen und -funktionen läuft dann parallel zu dieser langsamen Entwicklung. Ein Indiz hierfür könnte auch sein, daß ungefähr mit der juristischen Schwelle zum Erwachsenwerden die körperlichen Symptome weitgehend verschwunden sind. Dieser Prozeß ist dann wahrscheinlich, wenn oberhalb einer bestimmten Minimalgrenze weder Therapeut noch Eltern auf eine Gewichtszunahme drängen und der Familie die Entscheidung über ein Ende der Therapie überlassen bleibt.
- Die Familien geben sich mit einem relativ geringen Gewicht der Patientin zufrieden, wenn es nicht mehr existentiell bedrohlich ist. Dadurch ist der Familienkreis wieder geschlossen und die Therapeuten haben nicht mehr die Möglichkeit, die bisher sorgsam geschützte Harmonie zu stark zu stören. Sind bis dahin Autonomiebestrebungen der Patientin in Gang gekommen, so können diese in einem Tempo weiterwirken, das den Möglichkeiten der Familien entspricht. Vor allem sind solcherart erzielte Veränderungen das Werk der Familie und nicht durch Einmischung von außen entstanden.
- Erreicht die Patientin körperliche Veränderungen, wann sie es will, so entgeht sie dem Dilemma, daß sie nicht gleichzeitig zunehmen und selbständig werden kann. Beugt sie sich dem Wunsch der Eltern und der Ärzte und nimmt auf ein vorgeschriebenes Endgewicht zu, so ist das nicht ihr eigener Entschluß. Nimmt sie aus eigenem Entschluß während der Therapiephase zu, so könnte man das u.U. als Erfolg der Eltern oder der Therapeuten auslegen und ihre „autonome Entscheidung“ wird nicht deutlich, wenn sie dies nicht auf andere Weise erklären kann.
- Bei noch nicht völlig gelöster Triangulation ist ein nicht ganz erreichtes Normalgewicht bzw. eine sistierende Periode ein Schutz vor zu großen Ansprüchen des triangulierenden Elternteils. Überdies bleibt das Alarmzeichen „noch ist nicht alles o.k.“ bestehen. Wird dies von den Eltern in „persönliche Eigenart“ der Patientin umgedeutet, bleibt als Gewinn für sie ihre Individuation, mit der sie sich dann in einer nachfolgenden Einzeltherapie auseinandersetzen kann.

Summary

In Addition to Anorexia Nervosa in Early Adolescence – Treatment and Catamnestic Investigation

14 female and 2 male patients with anorexia nervosa aged 10–17 years were treated with a therapeutic concept concerning somatic, individual and family problems. 2 catamnestic investigations were made 2,6 and 3,9 years (on average) after the end of the treatment. Somatic de-

velopment, actual problems and family ratings of therapy and the course of the symptoms were asked. After good effects at the beginning there occurred a stagnancy in the patients weight, which at the time of catamnestic investigation in most of the cases however had disappeared. This effect is considered under the aspects of individuation of the patient and the structure of a „psychosomatic family“.

Literatur

- Antenne* (1979), contactblad van de Stichting, anorexia nervosa, 4, zitiert nach: *Klessmann E., Klessmann H.A.* Kinderpsychiat. 33 (1983): Anorexia nervosa – eine therapeutische Beziehungsfalle? *Prax. Kinderpsychol.*, 257–261. – *Brand, J., Gensicke, P.* (1980): Ein verhaltenstherapeutisch-kommunikationstheoretisches Konzept zur stationären Behandlung der Anorexia nervosa. In: *Arch. Psychiatr. Nervenkr.* 229, 127–143. – *Bruch, H.* (1976): Psychotherapie bei Magersucht und Fettsucht des Kindes. In: *Biermann, G.*: Handbuch der Kinderpsychotherapie, Ergänzungsband, Basel. – *Frahm, H.* (1965): Ergebnisse einer systematisch durchgeführten somatisch orientierten Behandlungsform bei Kranken mit Anorexia nervosa. In: *Meyer, J.E., Feldmann, H.* (Hrsg.): Anorexia nervosa, Stuttgart. – *Franke, A.* (1981): Überlegungen zur Anwendung von klientenzentrierter Psychotherapie bei A.N. In: *Meermann, R.*: Anorexia nervosa, Stuttgart. – *Gaillard, M., Wulliemier, F.* (1982): Etude catamnesticque comparative de deux traitements de l'anorexie nerveuse. In: *Psychosom. Res.* 26, 113–121. – *Garfinkel, P.E. et al.* (1977): The Outcome of Anorexia Nervosa. In: *Vigersky, R.A.*: Anorexia nervosa. New York. – *Goetz, P.L.* (1977): Anorexia nervosa in children: Follow up study. In: *J. Orthopsychiatry* 47, 597–603. – *Hsu, L.K. et al.* (1979): Outcome of Anorexia nervosa. In: *The Lancet* 1, 61–65. – *Klessmann, E., Klessmann, H.A.* (1975): Ambulante psychosomatische Kombinationsbehandlung der Anorexia nervosa unter Einsatz des katathymen Bilderlebens. In: *Z. psychosom. med. Psychoanal.* 21, 53–67. – *Klessmann, E., Klessmann, H.A.* (1983): Anorexia nervosa – eine therapeutische Beziehungsfalle? In: *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 33, 257–261. – *Meermann, R.* (1981): Anorexia nervosa. Stuttgart. – *Meyer, J.E. und Feldmann, H.* (1965): Anorexia nervosa. Stuttgart. – *Minuchin, S.* (1978): Psychosomatic Families. Cambridge. – *Overbeck, A.* (1979): Zur Wechselwirkung intrapsychischer und interpersoneller Prozesse in der Anorexia nervosa. In: *Z. Psychosom. med. Psychoanal.* 25, 216–239. – *Petzold, D.* (1979): Familienkonfrontationstherapie bei Anorexia nervosa. Göttingen. – *Rosman, B.L. et al.* (1975): Family Lunch Session: An Introduction to Family Therapy in Anorexia Nervosa. In: *Am. J. Orthopsychiatry* 45, 846–853. – *Ross, J.L.* (1977): Anorexia nervosa, An Overview. In: *Bulletin of the Menninger Clinic*, 41, 418–436. – *Schütze, G.* (1980): Anorexia nervosa. Bern. – *Selvini, M. et al.* (1977): Paradoxon und Gegenparadoxon. Stuttgart. – *Stern, S. et al.* (1981): Anorexia nervosa: The Hospital's Role in Family Treatment. In: *Family Process* 20, 395–408. – *Story, I.* (1982): Anorexia nervosa and the Psychotherapeutic Hospital. In: *Int. J. Psychoanal. Psychotherapy.* 9, 267–302. – *Thomä, H.* (1961): Anorexia nervosa, Stuttgart. – *Ziolko, H.U.* (1948): Zur Katamnese der Pubertätsmagersucht. In: *Arch. Psychiatr. Nervenkr.* 225, 117–125.

Anschr. d. Verf.: Dipl.-Psych. G. Ossowsky, Universitäts-Kinderklinik, Psychosomatische Abteilung, Humboldtallee 38, 3400 Göttingen