

Expertise zum Problem der Magersucht und des Untergewichts
bei Jugendlichen. >

Autor: Dr.Günter Gutezeit, Dipl.-Psych.
Universitäts-Kinderklinik Kiel

ARCHIVEXEMPLAR

Reg.-No. 100014
(10.14)

6,12,83

	Seite
1. Einleitung und Fragestellung	5
2. Terminologie	7
2.1. Historischer Abriss	7
2.2. Gegenwärtige Terminologie	9
3. Epidemiologie	9
3.1. Inzidenzraten vor 1970	10
3.2. Inzidenzraten nach 1970	11
3.2.1. Methodische Probleme bei der Erfassung gültiger Inzidenzraten	16
3.2.2. Notwendige Maßnahmen zur Erfassung gültiger Inzidenz- und Prävalenzraten	18
4. Diagnostische Kriterien	19
4.1. Die Notwendigkeit allgemeingültiger Kriterien	19
4.1.1. Diagnostische Methoden	21
4.1.2. Die Bedeutung somatischer Kriterien für die Diagnostik	29
4.1.3. Die Bedeutung des Gewichts für die Diagnose der Anorexia nervosa	32
4.2. Differentielle Diagnostik	34
4.3. Differenzierung zwischen Anorexia nervosa und Bulimia nervosa	35
5. Verursachungsfaktoren der Anorexia nervosa	40
5.1. Die besonderen Bedingungen der Pubertät für Mädchen	40
5.1.1. Die Auseinandersetzung mit dem neuen Körperbild und dessen Akzeptanz	42
5.1.2. Die Auseinandersetzung mit der Geschlechtsrolle und deren Akzeptanz	47

	Seite	
5.1.3.	Die Auseinandersetzung mit dem bisher akzeptierten Normengefüge des Elternhauses und der Gesellschaft	52
5.1.4.	Die Findung eigener Identität	54
5.1.5.	Zusammenfassende Beurteilung der Pubertät als möglicher Auslösefaktor für die Entwicklung des Krankheitsbildes der Anorexia nervosa	59
5.2.	Pathogene Faktoren in der Persönlichkeit der Patientinnen mit Anorexia nervosa	61
5.3.	Die Bedeutung der Familie als Einflußgröße bei der Erkrankung an Anorexia nervosa	64
5.3.1.	Die sozio-ökonomische Situation der Familien magersüchtiger Patientinnen	64
5.3.2.	Die äußere Struktur der Magersüchtigen-Familie	67
5.3.3.	Pathogenetische Einflüsse der Familiendynamik	70
5.3.3.1.	Die Beziehungen zwischen Mutter und anorektischer Patientin	70
5.3.3.2.	Die Vater-Tochter-Beziehungen	73
5.3.3.3.	Die Beziehungen der Eltern zueinander und ihr Einfluß auf die Pathogenese der Anorexia nervosa	74
5.3.3.4.	Die pathogenen Einflüsse der Familieninteraktion auf die Entwicklung der Anorexia nervosa	76
5.3.3.5.	Zusammenfassende Beurteilung der pathogenen Bedeutung familiärer Einflüsse auf die Entwicklung der Anorexia nervosa	79
5.4.	Soziologische Bedingungefaktoren der Pubertätsmagersucht	81
5.4.1.	Das Körperbild der heutigen Frau	81
5.4.2.	Der Einfluß sozio-kultureller Veränderungen auf die Familie	83

	Seite
6. Therapeutische Methoden in der Behand- lung magersüchtiger Patienten	87
6.1. Somatische Therapie	87
6.2. Pharmakotherapie	87
6.3. Die Anwendung von Psychotherapie	88
6.3.1. Methoden der Verhaltenstherapie	89
6.3.2. Psychodynamische Therapien	91
6.3.3. Methoden der Familientherapie	93
6.4. Zusammenfassende Beurteilung der Therapiekonzepte	95
7. Vorschläge für präventive Maßnahmen zur Vermeidung von Untergewicht und Magersucht	96
 Literatur	 101

1. Einleitung und Fragestellung

Unter den Eßstörungen hat in den letzten Jahren die Anorexia nervosa immer mehr an Bedeutung gewonnen. Dieser Bedeutungszuwachs kam unter dem Eindruck einer Zunahme der Auftretenshäufigkeit dieses Krankheitsbildes zustande, die im vergangenen Jahrzehnt beobachtet wurde und steht ebenso im Zusammenhang mit dem auffälligen und bedrohlichen Zustand, in dem diese Patientinnen und Patienten sich befinden. Insofern ist es nicht verwunderlich, daß dieses Krankheitsbild über die Fachpresse hinaus Eingang in weitverbreitete Medien fand und heute einen höheren Bekanntheitsgrad hat als noch vor wenigen Jahren. Es ist aber gleichzeitig immer noch zutreffend, daß Eltern, die ihr magersüchtiges Kind vorstellen, häufig einen langen Weg gegangen sind, ehe eine eindeutige Diagnose gestellt und eine angemessene Behandlung eingeleitet wurde. Ebenso mag zu diesem Hinauszögern beitragen, daß magersüchtige Patientinnen ihre Symptomatik zunächst geschickt verbergen und gleichzeitig bei regelhaft nicht vorhandener Krankheitseinsicht den ersten Schritt zum Arzt oder Psychotherapeuten unter allerlei Vorwänden vereiteln. Nicht selten werden sie dabei gleichzeitig von der Familie, die sich nicht gern bloßstellen möchte, unterstützt. Dies liegt vor allem daran, daß das Nichtessen des Kindes die Eltern mit Schuldgefühlen konfrontiert und die äußerlich oft intakte Familie somit erstmals in Gefahr gerät, sich offenbaren zu müssen. Dieses Offenlegen der Verhältnisse fällt aber gerade den Magersuchtsfamilien schwer, so daß zu der Weigerung der Patientin gleichfalls die Vorbehalte der Familie gegen eine Behandlung kommen. Hier wird allzu lange auf Selbstheilungskräfte vertraut, die sich allerdings bei diesem psychosomatischen Erkrankungsbild nur selten einstellen.

Unter vielerlei Gesichtspunkten ist ein Hinauszögern der Behandlung unverantwortlich, weil eine Chronifizierung die

Heilungschancen mindert und die notwendigen therapeutischen Aufwendungen sich dadurch vervielfachen, was zu einem erheblichen Kostenaufwand führt, zumal chronifizierte Patientinnen, je nach Zustand, einer stationären Aufnahme bedürfen, die sich bis zu einem halben Jahr hinausziehen kann.

Es ist daher nicht zu übersehen, daß die Anorexia nervosa neben der Adipositas ein volksgesundheitliches Problem geworden ist, das vor allem wegen der oft akuten Bedrohung der Patientinnen und Patienten wirksame Maßnahmen auf dem kurativen Sektor erfordert. Insofern ist es wichtig, auch über präventive Maßnahmen nachzudenken, die erheblich weniger kostenaufwendig sind. Hierzu ist es jedoch notwendig, eine Vielzahl von Fragen zu klären. So ist es unabdinglich, unter epidemiologischen Gesichtspunkten nach gesellschaftlichen Ursachen zu fragen, die hierfür besondere Vulnerabilität der Familien und der in ihr betroffenen Patienten zu erkunden, die hierarchischen Zusammenhänge verschiedener Ursachen zu begreifen und so nach effektiven Methoden zu suchen. Ebenso ist zu erkunden, ob eine rechtzeitige differentielle Diagnosestellung die Indikation therapeutischer Maßnahmen begünstigt, um damit den Behandlungsweg abzukürzen. Es kommt also darauf an herauszufinden, was getan werden kann, um die Diagnostik und somit auch die Therapie effektiver zu gestalten.

Die vorliegende Arbeit will auf die wichtigsten Untersuchungen des letzten Jahrzehnts hinweisen, und es soll hierbei versucht werden, daraus Schlußfolgerungen für künftige therapeutische und vorbeugende Strategien zu gewinnen. Dabei wird die Begrenztheit solcher Vorschläge berücksichtigt, zumal größere gesellschaftliche Entwicklungen sich nur wenig an Einzelschicksalen orientieren und sich per Edikt ebenso wenig regulieren lassen.

2. Terminologie

Die Anorexia nervosa wird in der Literatur auch als Anorexia mentalis und in deutschsprachigen Veröffentlichungen sehr treffend als Pubertätsmagersucht umschrieben (MESTER, 1981; SELVINI-PALAZZOLI, 1982). Von der Pubertätsmagersucht wird die Postpubertätsmagersucht abgegrenzt (FEY u. HAUSER, 1970).

2.1. Historischer Abriß

Die erste exakte Beschreibung der Anorexia nervosa wird heute übereinstimmend dem englischen Arzt Richard MORTON (1689) zugeschrieben. Unter dem Terminus "nervöse Atrophie" beschrieb MORTON eine Form von Schwindsucht, die mit Appetitverlust und Verdauungsbeschwerden einherging. Als Hauptmerkmale der Krankheit hob er Amenorrhoe, Appetitlosigkeit, Verstopfung, extreme Abmagerung und Hyperaktivität hervor (SELVINI-PALAZZOLI, 1982). WHITT (1767) und NAUDEAU (1789) schrieben weitere Veröffentlichungen.

LASEGUE (1873) und GULL (1874) beschrieben die Anorexia nervosa erstmals als eine "moderne klinische Einheit mit einer klar definierten Symptomatologie" (SELVINI-PALAZZOLI, 1982; BEMIS, 1978). LASEGUE wies bereits auf die enge Verknüpfung zwischen Patientin und Familie hin und stellt fest, daß wir ein falsches Bild der Krankheit erhalten, wenn die Beobachtungen auf die Patientin beschränkt bleiben. GULL machte ebenfalls psychopathogenetische Faktoren für den Zustand der Patientinnen verantwortlich. SOLLIER (1981) unterschied bereits einen primären Anorexietyp ohne hysterische Symptome und einen sekundären Typ, der mit hysterischen Symptomen einhergeht. Generell bestand um die Jahrhundertwende weitgehend Übereinstimmung, daß es sich bei der Anorexia nervosa um eine psychische Erkrankung handelt (SELVINI-PALAZZOLI, 1982).

Mit der Veröffentlichung des Hamburger Arztes Morris SIMMONDS (1914) über einen tödlichen Fall von Kachexie, bei dem eine Atrophie des Vorderlappens der Hypophyse vorlag, kam es zu einer Wende in der Betrachtungsweise dieser Krankheit. Die Ärzte maßen der Abmagerung zu viel Gewicht bei mit der Folge, daß Fälle von Anorexia nervosa für die "Simmondsche Krankheit" gehalten wurden. Ab 1916 wurde der Begriff Anorexia nervosa nicht mehr verwendet. Die Verwirrung auf diesem Gebiet hielt bis in die späten dreißiger Jahre unseres Jahrhunderts an.

Erst langsam kam es wieder zu Umorientierungen, wobei die Betrachtungsweise der Magersucht wieder unter mehr psychogenetischen Aspekten stattfand. Allerdings beurteilten in der Folgezeit die verschiedenen psychotherapeutischen Schulen die Magersucht aus dem Blickwinkel ihrer verschiedenen theoretischen Sichtweisen, was dazu führte, daß in den therapeutischen Einstellungen für die realen Bedürfnisse der Patientinnen oft nicht jene Aufgeschlossenheit zu finden war, wie sie BRUCH (1973) forderte (BLISS u. BRANCH, 1960; THOMÄ, 1961).

In einem von MEYER (1965) organisierten Symposium, an dem Psychiater, Psychologen, Soziologen, Psychoanalytiker und Endokrinologen aus der ganzen Welt teilnahmen, wurden erstmals die Standpunkte in verschiedenen Beiträgen dargelegt und auf die Vielschichtigkeit der Anorexia nervosa hingewiesen. In zahlreichen weiteren Arbeiten wurde nun versucht, den psychogenetischen Verursachungsfaktoren der Anorexia nervosa auf die Spur zu kommen. Dies führte zu unterschiedlichen Gruppeneinteilungen (DALLY, 1969) z.B. zwanghafte Gruppe, hysterische Gruppe und eine Gruppe mit gemischter Ätiologie oder (BABA, 1978) unreife, schizoide, hysterische und zwanghafte Gruppe der Anorexia nervosa. Generell haben diese Untersuchungen, die jetzt auch mehr und mehr psychodiagnostische und sozial-psychologische Aspekte berücksichtigten, zu einer Umkehr in der Betrachtungsweise der Anorexia nervosa geführt, die heute wieder, wie zur Jahrhundertwende, eindeutig eine

psychogene Verursachung akzeptiert (BRUCH,1973; MEYER,1976; MESTER,1981; GARNER,1981; SELVINI-PALAZZOLI,1982).

2.2.Gegenwärtige Terminologie

In der Terminologie hat man sich weitgehend auf den Begriff "Anorexia nervosa" international geeinigt, auch wenn der deutsche Begriff "Pubertätsmagersucht" die Zusammenhänge der Erkrankung besser charakterisiert. Der Begriff Anorexia nervosa ist insofern irreführend, als die in ihm zum Ausdruck gebrachte Appetitlosigkeit gerade bei magersüchtigen Patientinnen nicht im Vordergrund steht. Vielmehr kämpfen sie ständig gegen ihren Appetit und haben dabei ein geradezu platonisches Verhältnis zum Essen entwickelt. Im französischen Sprachbereich wird häufig auch der Begriff Anorexia mentalis verwendet. Heute ist es üblich, die primäre Anorexia nervosa der sekundären Anorexie, Pseudoanorexie oder den anorektischen Reaktionen gegenüberzustellen. Auf mögliche diagnostische Unterscheidungsmöglichkeiten kommen wir später zurück.

3. Epidemiologie

Es besteht generell der Eindruck, daß die Anorexia nervosa in den letzten beiden Jahrzehnten häufiger auftritt als in den vorangegangenen Jahrzehnten. Dies wird nicht nur unter dem Eindruck gesehen, daß durch eine bessere Aufklärung und Diagnostik auf der einen Seite und der gestiegenen Behandlungsbereitschaft auf der anderen Seite mehr Fälle in Kliniken, Arztpraxen und bei Psychotherapeuten vorstellig werden und als Anorexia nervosa diagnostiziert und behandelt werden. Erste Hinweise auf ein zahlenmäßiges Zunehmen der Anorexia nervosa stammen aus den sechziger Jahren (siehe MESTER,1981). Der Beweis, ob die Inzidenzrate an Erkrankungen gestiegen ist, läßt sich über klinische Erhebungen

schlecht führen, da leichter verlaufende Erkrankungen weder in Kliniken noch in Arztpraxen vorgestellt werden. Zum anderen hat es in früheren Jahren sicher häufiger Fehldiagnosen gegeben, da, wie MESTER (1981) feststellt, viele Ärzte sich scheuten, eine Diagnose zu stellen, die ihnen die Grenzen ihrer therapeutischen Möglichkeit aufweist.

3.1. Inzidenzraten vor 1970

In einer ersten umfassenden Registrierung in einer schwedischen Region mit 1,3 Millionen Einwohner gelangte THEANDER (1970) zu der Feststellung, daß zwischen 1951 und 1960 mehr als doppelt soviele Neueinweisungen mit der Diagnose Anorexia nervosa notwendig waren als im vorangegangenen Jahrzehnt und gut dreimal mehr als in den dreißiger Jahren. Eine gleichartige Zuwachsrate findet MESTER (1981) für die Patientinnen aus dem Einzugsgebiet der Münsterschen Universitätsklinik; wobei die Zahlen nicht in gleicher gründlicher Weise erarbeitet werden konnten wie von THEANDER. Es fällt beim Vergleich der Daten (siehe Tabelle 1) von THEANDER und MESTER jedoch auf, daß beide einen Häufigkeitszuwachs zeigen, der mit nahezu gleicher Beschleunigung erfolgt.

Tab. 1: Darstellung der Steigerungsraten von THEANDER und MESTER

Jahrzehnt	THEANDER			MESTER		
	n1	Steigerg. absolut	Steigerg. in %	n2	Steigerg. absolut	Steigerg. in %
1921-30				4		
1931-40	13?			5	1	25,0
1941-50	25	12	92,3	22	17	340,0
1951-60	55	30	120,0	31	9	40,9
1961-70				94	63	203,2

Die Veröffentlichungen von KIDD & WOOD (1966), THEANDER (1970) und KENDELL, HALL, BAILEY & ABERDEEN (1973) weisen auf eine jährliche Inzidenz bei nicht ganz einheitlichen Diagnosekriterien von 0,24-1,11 Anorexiefällen pro 100 000 Einwohner hin (FLORIN, 1980). Sicher wird die Auftretenshäufigkeit wegen der bereits oben erwähnten Schwierigkeiten eher unterschätzt. Fehldiagnosen dürften eher noch als bei Mädchen vor allem bei Jungen auftreten, weil die Symptomatik oft als typischerweise bei Mädchen auftretende Störung beschrieben wird. Der Anteil des männlichen Geschlechts an größeren Stichproben von Anorexiepatienten variiert zwischen 4 und 25% (CRISP, 1965; JOCHMUS, 1967; DALLY, 1969; ROWLAND, 1970). In der mir verfügbaren klinischen Stichprobe von 65 Patienten fanden sich 4 anorektische Jungen. Dies entspricht einem Anteil von 6,15%.

3.2. Inzidenzraten nach 1970

Die Beobachtungen einer Zunahme der Anorexia nervosa mehrten sich im letzten Jahrzehnt weiterhin. Bis zum heutigen Zeitpunkt liegen hierzu einige Messungen vor, die diesen Eindruck unterstützen. Dabei wurden neben vollständigen Populationen immer wieder Risikopopulationen untersucht. CRISP et al. (1976) stellte fest, daß in einer Risikopopulation von 16-18jährigen High-School-Mädchen auf 200 Mädchen, nach strengen Kriterien, eine Anorexia nervosa zu finden war. Er rechnet jedoch mit einer Prävalenzrate von 1%. BALLOT et al. (1981) untersuchte Schulmädchen in Johannesburg aus Mittel- und Oberschichten in öffentlichen und privaten Schulen und fand bei Ansetzung weicher Kriterien und ausschließlicher Beurteilung des Untergewichts (20% als cut-off-score) 2,9% Schülerinnen, die 20% und mehr Untergewicht hatten. Sie nehmen daher eine Prävalenzrate von 3 auf je 100 der untersuchten Schulmädchen an. Diese Grenzsetzung nach dem Gewicht ist problematisch, da dem Eßverhalten, wie weitere Studien zeigen,

mehr Gewicht beizumessen ist. Die Daten von BALLOT und Mitarbeitern sagen demzufolge lediglich etwas über den Trend zum Untergewicht aus, der heute bei Mädchen zu finden ist. So waren 42% der Mädchen ihrer Population untergewichtig.

JONES u. Mitarbeiter (1980) untersuchten die Epidemiologie der Anorexia nervosa in Monroe County in New York und stellten die Daten von 1960-1969 und 1970-1976 gegenüber. Zur Erhebung benutzten sie das Monroe County Psychiatrische Fallregister und Krankenhausberichte. Sicher werden hier wiederum nur klinisch offenkundig gewordene Daten berücksichtigt, aber diese bestätigen ebenfalls den allgemein herrschenden Eindruck des häufigeren Auftretens von Anorexia nervosa. Dieser Anstieg gilt nicht für Jungen, sondern, wie die nachstehenden Tabellen zeigen, ausschließlich für Mädchen und hier wiederum nur für die Altersgruppe zwischen 15 und 24 Jahren.

Tab. 2: Anteil der diagnostizierten Anorexia nervosa Fälle aufgegliedert nach Alter und Geschlecht ^{a)} in Monroe County, New York 1960-1976

	1960-1969	1970-1976
Männlich		
0-14	2	1
Rate	0,22	0,15
15-24	4	1
Rate	0,97	0,26
Weiblich		
0-14	9	10
Rate	1,05	1,54
15-24	3	15 ^b
Rate	0,55	3,26
25-34	2	3
Rate	0,50	0,96
35-44	2	1
Rate	0,50	0,38

a) Alters-u. geschlechtsspezifische Raten pro 100 000 der weißen Bevölkerung in Monroe County.

b) $X^2 = 7,77$ $df = 1$, $p < 0,01$

Von großer Sorgfalt zeugt eine Untersuchung von FICHTER und Mitarbeiter (1983) an drei großen Stichproben griechischer Jugendlicher in Deutschland und Griechenland. Hier wurden neben Gewichts- und Größenmessungen gleichfalls Interviews durchgeführt und das Anorexia Nervosa Inventar zur Selbstbeurteilung eingesetzt. Die FEIGHNER-Kriterien für die Diagnose wurden modifiziert, da bei einer unbehandelten Gruppe ein Gewichtsverlust von mindestens 25% einen sehr künstlichen cut-off-Wert darstellt. Gleichzeitig schien es aus der klinischen Erfahrung wichtiger, eher anorektische Verhaltensweisen zu erfassen als sich ausschließlich auf das Gewicht zu verlassen. So wurde von FICHTER und Mitarbeiter nach einer Modifizierung der FEIGHNER-Kriterien dann die Diagnose Anorexia gestellt, wenn bei einem Untergewicht von mehr als 10% wenigstens eines der weiteren vier Kriterien - Amenorrhö länger als 6 Monate, Hyperaktivität, Bulimie und Erbrechen - zu finden war. Demzufolge ergaben sich in den drei Stichproben die in der nachfolgenden Tabelle dargestellten Prävalenzraten.

Tab. 3: Prävalenz der Anorexia nervosa unter griechischen Jugendlichen in Deutschland und Griechenland.

Stichprobe	Screening			Interview	Prävalenz der Anorexia nervosa	
	N total	N ♂	N ♀	N ♀	N ♀	%
Griechen in München	867	414	453	6	5	1.10
" Veria	2.700	1.280	1.420	27	6	0,42
" Joannia	569	-	569	7	2	0.35

Es zeigt sich in Abhängigkeit von den Umweltgegebenheiten eine signifikant höhere Prävalenzrate in München ($p < 0,01$) als in Griechenland, obwohl die Diätneigung der Mädchen in Griechenland, gemessen mit dem ANIS, ausgeprägter war als

bei den griechischen Mädchen in München.

Eine neue Studie von WILLI und Mitarbeitern (1983) aus Zürich weist ebenfalls darauf hin, daß in Zürich ein deutlicher Anstieg an Anorexia nervosa Fällen in den 70iger Jahren festzustellen ist. Die von der Züricher Gruppe erhobenen Daten werden in Tabelle 4 wiedergegeben.

Tab. 4: Inzidenz der Anorexia nervosa im Kanton Zürich in den Zeiträumen 1956-1958, 1963-1965 u. 1973-1975

Zeitraum	Fallzahl	Risikopopulation		Totale Population	
		N (in 1 000)	Inzidenz (pro 100 000)	N (in 1 000)	Inzidenz (pro 100 000)
1956-58	10	83,5	3,98 a	874	.38 a
1963-65	17	83,5	6,79 a	1.036	.55
1973-75	38	75,6	16,76	1.135	1.12

a signifikant niedriger als 1973-1975 ($p < 5\%$)

Bei der Erhebung ihrer Studie folgten WILLI und Mitarbeiter den diagnostischen Kriterien von FEIGHNER et al. (1972) und HALMI et al. (1977). Während erstere wie oben erwähnt einen Gewichtsverlust von 25% des ursprünglichen Körpergewichts fordern, berücksichtigen letztere neben diesem Gewichtsverlust von 25% auch solche Fälle, deren gegenwärtiges Gewicht das Normalgewicht, bezogen auf Alter und Größe, um mehr als 15% unterschreitet. Bezogen auf den Schultyp, den die Patienten besuchten, wurde in dieser Studie von WILLI und Mitarbeitern festgestellt, daß signifikant mehr Patientinnen der Höheren Schule entstammten ($p < 0,001\%$). Ebenso zeigte es sich, daß in den Familien mit Patientinnen mit Anorexia nervosa Mädchen eindeutig in der Überzahl waren (128 Mädchen : 67 Jungen, Verhältnis 1,9 : 1). In der Stichprobe unserer Kieler Kinderklinik von 61 Patientinnen überwiegt ebenfalls eindeutig in den Familien die Anzahl der

Mädchen. Bei uns stehen 107 Mädchen 41 Jungen gegenüber. Das gibt ein Verhältnis von 2,61 : 1. Gleichfalls besuchte die Mehrzahl das Gymnasium (61,9 %), während Realschülerinnen (22,2 %) und Hauptschülerinnen (16,9 %) demgegenüber seltener vertreten waren.

Untersuchungen mit dem Eating Attitudes Test (EAT) (BUTTON & WHITEHOUSE, 1981) an einer Stichprobe von 446 Studentinnen und 132 Studenten eines Colleges of Technology zeigten, daß zwar kein Student, jedoch 28 Studentinnen einen Wert erreichten, der auch bei anorektischen Patientinnen gefunden wurde. Die 28 Studentinnen wurden, ebenso wie eine nach dem Zufall gebildete Kontrollgruppe von 28 Studentinnen mit niedrigen Werten in dem Eating Attitudes Test, interviewt. Das Interview bestätigte, daß in der Gruppe mit hohen Werten im EAT die Symptome der Anorexia nervosa weiter verbreitet sind als in der Kontrollgruppe. Die Autoren nehmen an, daß unter postpubertären Frauen ein relativ hoher Anteil (annäherungsweise 5%) eine subklinische Form der Anorexia nervosa entwickelt. Dieses Ergebnis spricht in Übereinstimmung mit den von FICHTER erhobenen Befunden dafür, daß neben den Gewichtsbestimmungen auch Verfahren zu benutzen sind, die das Eßverhalten erfassen, weil nur in der Kombination dieser Variablen ein vollständiger Überblick über die Inzidenz bzw. Prävalenz der Anorexia nervosa in der Gesamtbevölkerung bzw. in den Risikogruppen der Bevölkerung (14-25jährige Mädchen bzw. Frauen) gewonnen werden kann.

Untersuchungen an bestimmten berufsbezogenen Populationen geben Hinweise darauf, daß vor allem unter Tänzerinnen, die von einem ausgeprägten Leistungsehrgeiz und einem geschärften Körperbewußtsein ergriffen sind, eine relativ hohe Prävalenz für Anorexie anzutreffen ist (28 %) (GARNER & GARFINKEL, 1978). Sie replizierten diese Ergebnisse an einer weiteren Gruppe von Ballettschülerinnen und Schülerinnen einer Modeschule (GARNER & GARFINKEL, 1980). Für Tänzerinnen und Schauspieler wurden diese Ergebnisse gleichfalls bestätigt

(JOSEPH, WOOD & GOLDBERG, 1982). BATES et al. (1982) wiesen darauf hin, daß bereits eine ausgeprägte Gewichtskontrolle zu menstruellen Störungen und Infertilität führen kann und geben damit weitere Hinweise auf mögliche subklinische Formen von Anorexia nervosa, zumal diese Frauen (n=47) alle ein unter dem idealen Körpergewicht gelegenes Gewicht hatten. Ein Anstieg des Gewichts bei jenen 36 Frauen, die an einer Diät zur Steigerung des Gewichts teilnahmen, führte bei 19 der 26 infertilen Frauen zur Konzeption und bei weiteren 10 mit sekundärer Amenorrhoe wieder zu einer regelmäßigen Menstruation. Diese Daten weisen auf die Bedeutung hin, die verschiedene Kriterien - Gewicht, Amenorrhoe, Infertilität und Essverhalten - für das Erfassen von Inzidenz und Prävalenz bei der Anorexia nervosa haben.

Untersuchungen in Malaysia zeigen ein deutliches Überwiegen des chinesischen und indischen Bevölkerungsanteils (66% und 25%) bei den Fällen von Anorexia nervosa im Vergleich zu den Malayen, obwohl diese insgesamt 53% der Gesamtbevölkerung in Malaysia ausmachen. Die Malayen stellen nur 9% der Patientinnen mit Anorexia nervosa. Dies wird damit erklärt, daß der chinesische Bevölkerungsanteil vor allem die Oberschicht in Malaysia bildet. Ein Anstieg der Patientenzahl wie in den westlichen Zivilisationsgesellschaften wird jedoch nicht verzeichnet (BUHRICH, 1981).

3.2.1. Methodische Probleme bei der Erfassung gültiger Inzidenzraten

Obwohl in den letzten Untersuchungen sich bereits ein Trend zu Feldstudien abzeichnete, die dringend notwendig sind, werden jedoch auch hier noch voneinander abweichende Kriterien für die Diagnosestellung benutzt. FICHTER (1983) weist zu Recht darauf hin, daß das Gewicht als alleiniges Kriterium nicht hinreicht, obwohl diese Größe von den betroffenen Patientinnen im Gegensatz zu anderen Merkmalen nicht verleugnet

werden kann. Die Erfassung des Eß- und Sozialverhaltens, der Einstellung zum Essen, der zwanghaften Verhaltensweisen und andere Auffälligkeiten der Amenorrhoe, Erbrechen, Laxantienabusus, Hyperaktivität und Bulimie sind gleichfalls erforderlich. Hier muß allerdings bei der geringen Krankheitseinsicht der anorektischen Patientinnen mit einem ausgeprägten Hang zum Verleugnen gerechnet werden, der eine objektive Datenerhebung erschwert. Selbst Elterninterviews helfen hier nicht in jedem Fall weiter, weil in den noch unkritischen Anfangsphasen Eltern häufig ebenso wenig bereit sind, die Erkrankung ihres Kindes offen einzugestehen.

Entscheidender als die bloße Gewichtsfeststellung wäre es, wenn man zusätzlich den Gewichtsverlust genauer bestimmen könnte, den die Mädchen erlitten haben. Dies setzt jedoch voraus, daß Vordaten über Gewicht und Größe vorliegen. Hier muß allerdings gleichfalls mit einer Fehlerquelle gerechnet werden. Aus Interviews mit anorektischen Patientinnen und deren Eltern können zwar Gewichtswerte vor dem Zeitpunkt des Abmagerns grob angegeben werden, jedoch seltener Angaben über die Größe. Insofern ist es immer schwierig, genaue Daten über das relative Gewicht zu erhalten und den Gewichtsverlust entsprechend einzuschätzen. Wenn FEIGHNER als Diagnosekriterium mindestens einen Gewichtsverlust von 25% vom Ausgangsgewicht angibt, so ist dieser Wert für bereits leicht Untergewichtige zu hoch und für vorher Übergewichtige zu niedrig. Dieses Kriterium kann daher schlichtweg als unrealistisch bezeichnet werden. HALMI et al.(1977) liegen sicher richtiger, wenn sie neben einem Gewichtsverlust von 25% des Ausgangsgewichts gleichfalls ein Untergewicht von mehr als 15% unterhalb des idealen Körpergewichts berücksichtigen. Hier sollte eine feste Grenzsetzung erfolgen, da Festsetzungen von 20-10% unterhalb des idealen Körpergewichts die Angaben über Inzidenz- bzw. Prävalenzraten erheblich beeinflussen und daher kaum Übereinstimmungen zu erzielen sind.

3.2.2 Notwendige Maßnahmen zur Erfassung gültiger Inzidenz- und Prävalenzraten

Es erscheint dringend geboten, zur Aufklärung der Epidemiologie der Anorexia nervosa flächendeckende Untersuchungen in der Bundesrepublik durchzuführen, wobei Wert darauf gelegt werden müßte, daß die Stichprobe groß genug ist und alle Schichten und Regionen erfaßt werden. Ebenso sollten Risikogruppen gefunden werden. Hierbei wird an die Durchuntersuchung von Stichproben bestimmter Berufsgruppen oder auch an die Untersuchung von Mädchen in weiterführenden Schulen, insbesondere des Gymnasiums gedacht.

Bei diesen Untersuchungen sollten wie in der Schweizer Untersuchung die Gewichtskriterien von HALMI et al. (1977) und die von FICHTER (1983) in seiner Studie an griechischen Mädchen zugrundegelegten somatischen und psychischen Kriterien - Amenorrhoe, Erbrechen, Laxantienabusus, Hyperaktivität, soziale Isolation, zwanghaftes Verhalten (insbesondere in der Kontrolle des EBverhaltens) - berücksichtigt werden. Methodisch ließe sich dies mit dem von FICHTER und Mitarbeitern entwickelten Anorexia nervosa Inventar zur Selbstbeurteilung (ANIS) und einem standardisierten Interview mit den in diesem Test und bei der Gewichtserfassung auffälligen Mädchen und Frauen zweifellos durchführen. Erst durch eine derartig umfassende Untersuchung ließen sich präzise Daten betreffend Inzidenz- und Prävalenzrate der Anorexia nervosa erheben und der Umfang und Rahmen präventiver Maßnahmen sowie deren Dringlichkeit genauer bestimmen. Neben einer solchen Untersuchung ^{be}steht gleichfalls die Notwendigkeit, die Daten in den einzelnen Kliniken zu sammeln sowie hierbei die bisherigen diagnostischen Kriterien aufzulisten und diese gleichzeitig einer Vereinheitlichung zuzuführen.

4. Diagnostische Kriterien

Aus der Besprechung der Prävalenz und Inzidenz ergab sich bereits das Problem, ausreichende diagnostische Kriterien für die genaue Erfassung der Epidemiologie zu erstellen. Dies ist besonders unter dem Gesichtspunkt wichtig, daß in der Literatur immer wieder zwischen der Kerngruppe der Anorexia nervosa (MEYER, 1971; BRUCH, 1973) und anorektischen Reaktionen bzw. sekundärer Anorexia nervosa unterschieden wird, ohne daß hier klare und eindeutige Richtlinien für diese Unterscheidung erarbeitet wurden. Die diagnostische Grenzziehung dürfte auf diesem Feld besonders schwierig sein, während aus der therapeutischen Arbeit heraus es eher möglich ist, eine Beurteilung zu treffen, da der Widerstand, der bei anorektischen Reaktionen in der Therapie gegenüber Essen überwunden werden muß, weitaus geringer ist. Jedoch bleibt es problematisch, im Nachhinein dies als alleiniges Kriterium heranzuziehen, weil das methodische Vorgehen bzw. die richtige Indikation der bestmöglichen Therapie häufig den Verlauf der Wiederherstellung der Patientin mitbestimmen.

4.1. Die Notwendigkeit allgemeingültiger Kriterien

Für die Diagnosestellung ist es wichtig, daß jeder Arzt, Psychotherapeut oder Psychologe von gleichen Kriterien ausgeht, selbst wenn die Bewertung der einzelnen Kriterien in der Bedeutung für die Diagnosestellung voneinander abweichen sollte.

In der Geschichte der Anorexia nervosa haben die Kriterien eine unterschiedliche Akzeptuierung erfahren, und erst in den letzten beiden Jahrzehnten ist man sich endgültig einig geworden, daß es sich bei der Anorexia nervosa um eine psychogen bedingte Erkrankung handelt, die sich überwiegend im Übergang von der Kindheit zum Erwachsenenstatus manifestiert. Der deutsche Begriff "Pubertätsmagersucht" trägt dem Rechnung.

Insofern ist den von FEIGHNER et al. (1972) entwickelten diagnostischen Kriterien im wesentlichen zuzustimmen, die 6 Punkte berücksichtigen:

1. Krankheitsbeginn vor dem 25. Lebensjahr.
2. Anorexia mit einem Gewichtsverlust von mindestens 25% des früheren Körpergewichts.
3. Verzerrete, nicht korrigierbare Einstellung zu Essen, Nahrung oder Gewicht, die trotz Hunger, Ermahnung, Bekräftigung oder Drohung weiterbesteht.

Hierzu gehören:

- a) Krankheitsverleugnung und fehlendes Erkennen des notwendigen Kalorienbedarfs.
 - b) Anscheinende Freude am Gewichtsverlust mit deutlichen Anzeichen dafür, daß die Nahrungsverweigerung als angenehm oder als Zeichen von Charakter- bzw. Willensstärke erlebt wird.
 - c) Ein Körperidealbild von extremer Schlankheit mit eindeutigen Anzeichen dafür, daß das Erreichen bzw. Halten dieses Zustandes vom Patienten unbedingt erwünscht wird.
 - d) Ungewöhnliches Horten und Umgehen mit Nahrung.
4. Keine organische Erkrankung, auf die die Anorexia und Gewichtsverlust zurückgeführt werden können.
 5. Keine andere psychiatrische Erkrankung, insbesondere keine endogene Depression, Schizophrenie, Zwangsneurose und Phobie (dem liegt die Annahme zugrunde, daß die Nahrungsverweigerung zwar phobische oder zwanghafte Züge aufweisen kann, für sich allein aber nicht ausreichend ist, um die Diagnose einer Zwangsneurose oder Phobie zu stellen).
 6. Mindestens 2 der folgenden 6 Symptome sollten vorhanden sein:

Amenorrhoe (obligatorisch !)

Lanugobehaarung

Bradycardie

Perioden körperlicher Hyperaktivität (vor allem in den

Anfangsstadien der Anorexia nervosa).

Heißhungeranfälle mit Freßattacken (Bulimie).

Erbrechen (gegebenenfalls selbst induziert) oder Benutzung von Abführmitteln.

Am Punkt 2 dieser Kriterien wird berechnete Kritik geübt (BEMIS,1978), da hier der Varianz in Ausgangsgewicht, Alter und Größe der Patientinnen nicht hinreichend Rechnung getragen wird (GUTEZEIT,1981). Es wäre daher zweckmäßig und erstrebenswert, das von HALMI et al. (1977) eingeführte Kriterium eines Untergewichts von 15% unter dem idealen Körpergewicht, bezogen auf Geschlecht, Größe und Alter, bei der Diagnosestellung der Anorexia nervosa zu berücksichtigen, da hierdurch eher Fehler in der Diagnosestellung vermieden werden können. In welchem Umfang familiäre Konstellationen bei der Diagnosestellung mit einbezogen werden können, sollte noch offengelassen werden, da hierfür noch keine hinreichend gesicherten Befunde vorliegen, die für die Aufstellung allgemein gültiger Kriterien heranzuziehen sind, auch wenn in dieser Richtung schon Hinweise gegeben werden (SELVINI-PALAZZOLI,1982; YAGER,1982; MINUCHIN,BAKER, ROSMAN,1981; GENSICKE,1976 u.1983).

4.1.1. Diagnostische Methoden

In den vorangegangenen Jahrzehnten wurde die Diagnose der Anorexia nervosa im wesentlichen auf der Basis des klinischen Erscheinungsbildes und der anamnestischen Daten gestellt. Gleichfalls zeigte es sich, daß die allgemeinen psychodiagnostischen Instrumente (Persönlichkeitstests, Fragebogen und projektive Verfahren) zwar gewisse Hinweise geben konnten, diese jedoch oft nur unspezifisch waren und, wie nicht anders zu erwarten, eine große Varianz aufwiesen (GUTEZEIT,1980, 1981). Dies steht sicher im Zusammenhang mit der Tatsache, daß das klinisch einheitliche somatische Bild der Anorexia keine gleichartige homogene psychische Entsprechung hat.

Darauf wird später ausführlicher eingegangen.

Die Diagnose auf der Basis des klinischen Bildes und der Anamnese krankte lange unter dem Mangel einheitlicher Kriterien und der Tatsache, daß die Anamneseerhebung gerade bei anorektischen Patientinnen, deren Eltern eingeschlossen, durch ihre Verleugnungs- und Abwehrtendenzen erschwert wird und andererseits Ärzte aus dem Gefühl einer Inkompetenz und mangelnder Zuständigkeit bezüglich der Folgeschritte ebenso vor der Diagnosestellung zurückscheuten und dabei zu Verharmlosungen neigten (MESTER, 1981). Die Erhebung einer Anamnese nach psychiatrischen und psychologischen Kriterien erfordert sehr viel Können, Vertrautheit mit der Problematik und ebenso Einfühlungsvermögen und Selbstdisziplin sowie Beobachtungsgabe. Wer in der Anamneseerhebung ungeübt, zu eingeengt, zu sprunghaft oder auch zu fordernd ist, macht die Patientinnen und deren Eltern nur mißtrauisch und verschließt sich so den Zugang zu ihnen. Dadurch wird die Anamnese oft so lückenhaft, daß eine einwandfreie Diagnosestellung erschwert wird.

Hinzu kommt, daß die untere Gewichtsgrenze nicht eindeutig abgeklärt ist und die somatischen Kriterien oft nicht im Zusammenhang mit den anamnestischen Daten gesehen werden. Dies führt zu vielen Umwegen, obwohl es anerkanntermaßen wichtig ist, organische Ursachen für das somatische Bild der Abmagerung und eine bestehende Appetitlosigkeit - in diesem Zusammenhang tatsächlich Anorexie - (z.B. Tumore) auszuschließen.

Unter diesen Gesichtspunkten erscheint es wichtig, Standards für eine Anamneseerhebung auszuarbeiten und dabei wesentliche Kriterien herauszustreichen, die gerade für die Anamneseerhebung bei Anorexie-Patientinnen von Bedeutung sind.

Schwerpunkte in der Anamneseerhebung mit anorektischen Patientinnen sollten das Eßverhalten, die Einstellung zum Essen und zur Nahrung, das Körperbild und Körpererleben der

Patientinnen, ihre sexuelle Entwicklung und ihre Einstellung zu sexuellem und heterosexuellem Verhalten, ihre soziale Entwicklung, die Leistungsstandards der Patientin und der Familie mit der Berücksichtigung der Anspruchsniveausetzung sowie die Interaktionsgewohnheiten und -strukturen in der Familie sein.

Der Einsatz psychodiagnostischer Instrumente bei anorektischen Patientinnen wird durch die große Altersstreuung dieses Klientel erheblich erschwert. Besondere Probleme ergeben sich hier bei jüngeren Patientinnen, da die allgemeinen Persönlichkeitsfragebogen erst ab dem 15. Lebensjahr einsetzbar sind und für jüngere Patientinnen keine vergleichbaren Instrumente vorliegen. Dadurch wird die Vergleichbarkeit mit älteren Patientinnen und die kontinuierliche Verfolgung des weiteren Werdeganges der Patientinnen durch Katamnesen erschwert. Für jüngere Patientinnen vor dem vollendeten 15. Lebensjahr empfiehlt sich der Persönlichkeitsfragebogen für Kinder (PFK 9-14) von SEITZ und RAUSCHE (1976). Relativ gute Erfahrungen haben wir ebenfalls mit dem Mannheimer Biographischen Inventar (MBI) von JÄGER und Mitarbeitern gemacht (1973).

Für ältere anorektische Patientinnen (> 15 Jahre) sind als Persönlichkeitsverfahren der Gießen-Test (BECKMANN u. RICHTER, 1972), das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FAHRENBERG et al., 1973), die Befindlichkeitsliste (ZERSSSEN, 1976) und die Paranoid-Depressivitätsskala (ZERSSSEN, 1976) zu empfehlen. Als ergänzende Verfahren zur Psychodiagnostik sollten bei aller Problematik mit der Subjektivität in der Auswertung und Interpretation auf projektive Verfahren (z.B. Rorschach oder TAT) und auf gestaltnerische Verfahren (z.B. Zeichnung "Familie in Tieren") nicht verzichtet werden, da jene Verfahren bei den anfänglich verschlossenen, stark abwehrenden und die Krankheit häufig verleugnenden Patientinnen in vielen Fällen zu wertvollen Informationen führen.

Mit den allgemeinen, die Gesamtpersönlichkeit erfassenden Testinstrumenten, war es jedoch schwierig, zu übereinstimmenden Ergebnissen hinsichtlich spezifischer Persönlichkeitsmerkmale bei anorektischen Patientinnen zu gelangen (GUTEZEIT, 1981; STEINHAUSEN u. GLANVILLE, 1981). Zwar wurden typische Merkmale bei anorektischen Patientinnen beschrieben (DALLY, 1969; CRISP, 1970 u. BRUCH, 1973), jedoch fehlte es oft an einer angemessenen Objektivität bei der Erhebung dieser Merkmale (GARNER u. GARFINKEL, 1979).

Eine 22-Item-Skala zur Einschätzung anorektischen Verhaltens entwickelte SLADE (1973). Sie erfaßte drei Verhaltensdimensionen: 1. Widerstand gegen das Essen, 2. Methoden im Umgang mit Nahrung und 3. Hyperaktivität. GARNER u. GARFINKEL (1979) übten an dieser Skala Kritik, weil diese drei Dimensionen wesentliche Aspekte im Verhalten der Anorexia nervosa Patientinnen unberücksichtigt lassen. Hierzu gehören die Störungen in der Wahrnehmung des Körperbildes (BRUCH, 1973; SLADE u. RUSSEL, 1973; GARNER, 1978), überempfindliche Einstellungen und Verhaltensweisen rund um die Nahrung (HALMI, 1974; HILL, 1976; MESTER, 1981) und nicht zuletzt psychobiologische Symptome, vor allem Amenorrhoe und Unregelmäßigkeiten im Schlafverhalten. Andererseits ist die von SLADE erhobene Hyperaktivität oder Ruhelosigkeit ein Verhalten, das in der kachektischen Phase der Anorexia nervosa, in der die Patientinnen oft erst in der Klinik vorgestellt werden, nicht mehr zu beobachten (MESTER, 1981).

GARNER u. GARFINKEL (1979) und GARNER et al. (1982) entwickelten schließlich den Eating Attitude Test, der 1979 zunächst als eine sechsstufig zu beantwortende 40-Item-Skala vorgestellt wurde. Die sechsstufige Beantwortung der Items gliedert sich wie folgt: "Immer", "Sehr oft", "Oft", "Manchmal", "Selten" und "Nie". Eine Faktorenanalyse an einer zunächst noch relativ kleinen Stichprobe ergab sieben Faktoren: 1. Voreingenommenheit gegenüber Nahrung, 2. Körperbild für Magerkeit, 3. Erbrechen und Laxantienabusus, 4. Diäteinhal-

tung, 5. langsames Essen, 6. heimliches Essen und 7. erfahrener sozialer Druck, Gewicht zuzunehmen.

Eine Validierung an einer großen Stichprobe führte zu einer Reduzierung auf drei relevante Faktoren: 1. Nahrungseinschränkung (Diäteinhaltung), 2. Bulimie und Voreingenommenheit gegenüber Nahrung und 3. orale Kontrolle. Gleichzeitig konnte festgestellt werden, daß eine Reduzierung der 40-Item-Skala auf eine 26-Item-Skala möglich ist, da beide Skalen sehr hoch mit der Original-Skala korrelierten (.98). 14 Items erwiesen sich im Hinblick auf die Faktoren als redundant.

Den drei Faktoren lassen sich die Items wie folgt zuordnen:

Faktor 1: Nahrungseinschränkung

37 Engagiert in der Diäteinhaltung.

30 Esse Diätahrung.

36 Fühle mich unbehaglich nach dem Essen von Süßigkeiten.

39 Probiere gern neue ergiebige Nahrungsmittel.

29 Vermeide zuckerhaltige Nahrungsmittel.

10 Meide besonders kohlehydrathaltige Nahrung.

15 Bin eingenommen vom Wunsch schlank zu sein.

38 Liebe es, einen leeren Magen zu haben.

22 Denke über das Verbrennen von Kalorien nach, wenn ich Sport treibe.

14 Fühle mich nach dem Essen schuldig.

4 Bin schockiert darüber, dick zu sein.

25 Bin mit dem Gedanken beschäftigt, Fett am Körper angesetzt zu haben.

9 Bin mir des Kaloriengehaltes der von mir gegessenen Nahrung bewußt.

Faktor 2: Bulimie und Beschäftigung mit Nahrung

40 Habe den Impuls, nach Mahlzeiten zu erbrechen.

13 Erbreche nachdem ich gegessen habe.

7 Habe oft mit großer Lust gegessen, wobei ich das Gefühl hatte, nicht aufhören zu können.

34 Verschwende zuviel Zeit und zu viele Gedanken mit dem Essen.

6 Finde mich mit Nahrung beschäftigt.

31 Habe das Gefühl, daß Nahrung mein Leben kontrolliert.

Faktor 3: Orale Kontrolle

8 Schneide meine Nahrung in kleine Stücke.

26 Benötige mehr Zeit als andere Menschen für Mahlzeiten.

24 Andere Leute glauben, daß ich zu dünn bin.

12 Habe das Gefühl, daß andere es lieber hätten, wenn ich mehr äße.

33 Habe das Gefühl, von anderen zum Essen gezwungen zu werden.

5 Meide das Essen, wenn ich hungrig bin.

32 Zeige Selbstkontrolle bei allem, was mit Nahrung zu tun hat.

Der Eating Attitude Test differenzierte in dieser Fassung gut zwischen Gruppen von Anorexia nervosa Patientinnen und normalen Kontrollpersonen. Ein geringer Prozentsatz von normalen Kontrollpersonen hatte im Eating Attitude Test gleichfalls einen hohen Score. Diese Personen erwiesen sich jedoch ebenfalls als untergewichtig und ständig mit Diät beschäftigt, hatten aber keinen bedeutsamen Gewichtsverlust in den letzten Jahren gehabt. Insofern wäre es unangemessen, mit dem EAT allein die Diagnose der Anorexia nervosa, insbesondere in nichtklinischen Gruppen stellen zu wollen. Zudem erfaßt der EAT zwar gestörtes Eßverhalten, jedoch nicht die bei diesem Verhalten zugrundeliegende Motivation oder Psychopathologie. Hierzu wurde von GARNER et al. (1983) das Eating Disorder Inventory entwickelt, mit dem kognitive und Verhaltensdimensionen der Anorexia nervosa und Bulimia nervosa erfaßt werden. Der EAT gestattet es gleichfalls, Hinweise auf den Verlauf und die Prognose der Therapie der Anorexia nervosa zu geben.

FICHTER u.KEESER (1980) entwickelten das Anorexia-nervosa-Inventar zur Selbstbeurteilung als psychopathometrisches

Instrument zur Erfassung anorektischer Symptome im Längs- und Querschnitt. Aus einem größeren Item-Pool wurden per Expertenurteil 48 Items ausgewählt und einer näheren Analyse unterzogen. Der untersuchten Stichprobe gehörten 118 Kontrollpersonen und 101 Anorexiepatienten an. Die 48 Items waren nach 6 Antwortkategorien von "trifft gar nicht zu" (0) bis zu "trifft sehr stark zu" (=5) anzukreuzen. Nach dem Maximum-Likelihood-Verfahren wurden Faktorenanalysen für verschiedene Untergruppen berechnet sowie Varimax- und Ähnlichkeitsrotationen durchgeführt. Die Faktorenstruktur erwies sich dabei sowohl für die Kontrollgruppe als auch für die drei nach dem Schweregrad unterteilten Patientengruppen der Anorexia nervosa als stabil. Für die Konstruktion des Fragebogens wurde das Konzept der klassischen Testtheorie gewählt, da noch nicht genügend Erfahrungen mit dem probabilistischen Testmodell vorliegen und LIPPERT et al.(1977) in einer umfassenden Studie nachwiesen, daß die Rasch-Skalierung eine nur unzureichende Stabilität ergibt. Die aus den Faktorenanalysen extrahierten 6 Faktoren wurden nach den Kriterien: klinische Interpretierbarkeit, Einfachstruktur und Präsenz in allen vier Analysen ausgewählt und wie folgt umschrieben:

Faktor 1 (Testskala 1): Figurbewußtsein: (extrahierte Varianz 22,5%, Gesamtvarianz 10%).

Hierzu gehören 10 Items, die inhaltlich folgende Bereiche erfassen: Fasten, Diät einhalten, Figurbewußtsein, Unaufrichtigkeit bezüglich des Eßverhaltens und Angst vor Gewichtszunahme und Dickwerden. Figurbewußtsein und gewichtspbisches Verhalten kennzeichnen insgesamt diese Skala.

Faktor 2 (Testskala 2): Überforderung: (extrahierte Varianz 18,9%, Gesamtvarianz 8,5%).

Dieser Faktor wird aus 7 Items mit den Themenbereichen: Gefühl der Minderwertigkeit und Hilflosigkeit, Angespanntheit, Unruhe, innere Leere, Einengung durch äußere Anforderungen und Gefühl eigener Ohnmacht gegenüber äußeren Ein-

flüssen gebildet. Hier werden enge Beziehungen zum von ROTTER beschriebenen Konzept der internen bzw. externen Lokalisation von Kontrolle über Verstärkung gesehen.

Faktor 3 (Testskala 3): Anankasmus: (extrahierte Varianz: 15,8%, Gesamtvarianz: 7,1%).

5 Items erfassen Inhalte wie: Gewissenhaftigkeit, Perfektionismus, Angst vor Leere und Nichtstun und Zwanghaftigkeit in Essensangelegenheiten. Die Autoren tragen der nosologischen Nähe der Krankheitsbilder Zwangsneurose und Pubertätsmagersucht auf diese Weise Rechnung, zumal die Pubertätsmagersucht von JONES und DuBOIS einmal als spezielle Form der Zwangsneurose diskutiert wurde.

Faktor 4 (Testskala 4): Negative Auswirkung des Essens: (extrahierte Varianz: 20,2%, Gesamtvarianz: 9,1%).

4 Items thematisieren hier die Gefühle von Unwohlsein, Übelkeit, Völlegefühl und Brechreiz nach dem Essen. Diese Skala ist als Verlaufsindikator für Therapieprogramme mit Betonung des Eßverhaltens bzw. der Gewichtszunahme von Bedeutung.

Faktor 5 (Testskala 5): Sexuelle Ängste: (extrahierte Varianz: 11,6%, Gesamtvarianz: 5,2%).

Lediglich 3 Items beschreiben Ängste bezüglich des Küssens, sexueller Erregung und intimer Beziehungen.

Faktor 6 (Testskala 6): Bulimie: (extrahierte Varianz: 10,9%, Gesamtvarianz: 4,9%).

Nur 2 Items gehen auf Bulimie und anschließendes Erbrechen ein. Letzteres Verhalten ist nicht anorexie-spezifisch, sondern ist ebenso bei normal- und übergewichtigen Personen anzutreffen. Es ist therapeutisch besonders schwierig, gerade die Bulimie in den Griff zu bekommen.

Die Nützlichkeit solcher spezifischen Instrumente ist von großem Wert nicht nur für die Unterstützung der Diagnose in der klinischen Arbeit und die Erfassung von Prävalenzraten in wissenschaftlichen Feldstudien, sondern ebenso für Therapieverlaufsuntersuchungen, denen es bisher häufig an der

Festsetzung gültiger Kriterien mangelte (siehe hierzu auch STEINHAUSEN, 1981).

Für die Diagnostik ist es wichtig, solche neuen Instrumente verfügbar zu haben und diese gleichzeitig mit den bereits vorhandenen Persönlichkeitstests einzusetzen, da nur so diese Instrumente weiter standardisiert werden können.

4.1.2. Die Bedeutung somatischer Kriterien für die Diagnostik

Die mit Beginn des 20. Jahrhunderts sich vollziehende Wendung zu einer mehr somatogenen Betrachtungsweise der Anorexia nervosa hat viele Untersuchungen nach sich gezogen, die das Ziel verfolgten, hierfür einen Nachweis zu liefern. Anlaß hierfür war die Beschreibung einer Kachexie durch SIMMONDS im Zusammenhang mit einer Atrophie des Hypophysenvorderlappens. Die Anorexia nervosa wurde daher häufig bis in die 30iger Jahre hinein als Hypophysenschwäche behandelt.

In neuerer Zeit werden die mit der Anorexia nervosa auftretenden somatischen Befunde im wesentlichen als Folgeerscheinungen und nicht als Ursache der Anorexia nervosa diskutiert (MAWSON, 1974; HALMI et al., 1978; GERNER u. GWIRTSMAN, 1980, 1981; ABRAHAM et al., 1981; HOLT et al., 1981; FICHTER u. PIRKE, 1982; WELLER u. WELLER, 1982).

Ausnahmen bilden hier die Regel, so erschien 1979 eine Arbeit von BAKAN, in der die Hypothese vertreten wird, daß Zinkmangel eine Rolle in der Ätiologie der Anorexia nervosa spiele. Der Autor beschreibt eine Reihe von Ähnlichkeiten in den Symptomen zwischen Anorexia nervosa und Zinkmangel und hebt dabei den Gewichtsverlust, den Appetitsverlust (was sehr in Frage zu stellen ist), die Amenorrhoe bei Frauen, die Impotenz bei Männern sowie Übelkeit und Hautläsionen hervor. Bei beiden Erkrankungsformen seien überwiegend Frauen unter 25 Jahren betroffen. Streß, Östrogene und Ernährungsgewohnheiten könnten ebenso in den Faktorenkomplex einbezogen werden, der Zinkmangel auslöst oder verstärkt und somit zu einer Anorexia nervosa führe. Der Autor schlägt klinische Versuche

mit einer Zink-Therapie vor, um deren Effektivität in der Behandlung der Anorexia nervosa zu überprüfen. Die nicht wegzuleugnenden motivationalen, psychopathologischen und psychodynamischen Aspekte der Anorexia nervosa bleiben bei einer solchen Betrachtungsweise allerdings vollends auf der Strecke. Solche Ansätze erscheinen auf den ersten Blick interessant, können jedoch kaum zur Lösung des sehr komplexen psychosomatischen Syndroms der Anorexia nervosa beitragen.

Wichtig ist es jedoch, daß bei der Anorexia nervosa durch das extreme und vor allem nachhaltige Fasten ein auffälliges Untergewicht mit den daraus resultierenden somatischen Folgeerscheinungen erreicht wird. FICHTER u. PIRKE (1982) zeigten in einem Vergleich zwischen der Anorexia nervosa-Literatur und der Starvation-Literatur, daß viele der bei der Anorexia nervosa erhobenen somatischen Befunde gleichfalls bei hungernden Personen, sei es nun beim religiösen Fasten, Reduktionskuren oder in Notsituationen auftreten. Dies gilt für die klinischen Befunde in ihrer Überzahl ebenso wie für Laborbefunde. In beiden Gruppen finden sich klinisch Bradykardie, Hypotension, trockene Haut, Lanugobehaarung, Oedeme, Petechien, Amenorrhoe und Obstipation, ausgenommen Erbrechen, das ausschließlich im Zusammenhang mit der Anorexia nervosa auftritt. An Laborbefunden werden in beiden Fällen eine Verminderung des Gesamteiweiß, eine Erhöhung der Transaminasen, Leukopenie, relative Lymphocytose, leichte Anämie, Hypercholesterinämie, erniedrigter Nüchternblutzucker, EKG-Veränderungen und EEG-Veränderungen beschrieben. In neuesten Untersuchungen wird auf der Basis von Computertomographien auch auf Hirnatrophien bei vor allem chronischen Fällen von Anorexia nervosa verwiesen (POUSKA, 1983; PIRKE, 1983), die jedoch unter deutlicher Gewichtszunahme reversibel sind. Nur bei Anorexia nervosa trafen die Laborbefunde über eine Hypokaliämie und Hyperkarotinämie zu.

Gleiche Übereinstimmungen in der überwiegenden Zahl der Vergleiche zwischen Anorexia nervosa und Hungernden finden

finden sich für endokrinologische Befunde. Zwar kommt es bei der Anorexia nervosa zu einer Reihe von Störungen auf unterschiedlichen Funktionsebenen des endokrinen Systems, jedoch sind diese eher sekundärer Natur und haben daher keine kausale Bedeutung. Die Entwicklung exakterer Meßmethoden vor allem hat das Interesse an endokrinen Funktionsstörungen bei der Anorexia nervosa neu geweckt. Die Frage bleibt, ob es sich hier um spezifische Störungen handelt, oder diese generell im Zusammenhang mit der Mangelernährung zu sehen sind. Insgesamt stützen die endokrinologischen Befunde zwar nicht die Annahme einer generellen hypothalamischen Dysfunktion, jedoch zeigen sich bei der Anorexia nervosa erhebliche gewichts- oder ernährungsbedingte Veränderungen in der Hypothalamus-, Hypophysen- Nebennierenachse, - Gonadenachse und - Schilddrüsenachse und in der Wachstumshormonsekretion. Ein monozygotischer Zwilling unseres Klientels war z.B. nach einem Jahr anorektischen Verhaltens um 8 cm kleiner als seine gesunde Zwillingspartnerin. Gleichzeitig deuten Störungen in der Thermoregulation und ein partieller Diabetes insipidus auf hypothalamische Regulationsstörungen hin. Da eine Spezifität der organischen und endokrinologischen Veränderungen bisher nicht sicher belegt werden konnte, sind sie differentialdiagnostisch von nachgeordneter Bedeutung. Einer vermehrten diagnostischen und therapeutischen Zuwendung bedürfen jedoch das Erbrechen und der Laxantienabusus mit ihren Folgen der Hypokaliämie und der metabolischen Alkalose, die wiederum gravierende und irreversible Nierenschäden nach sich ziehen können. Zur Kontrolle des Therapieverlaufs und hierbei insbesondere der somatischen Restitution der von sekundären Störungen betroffenen anorektischen Patienten ist es geboten, somatische Untersuchungen in die Diagnose und das therapeutische Prozedere mit einzubeziehen.

4.1.3. Die Bedeutung des Gewichts für die Diagnose der Anorexia nervosa

Das Gewicht hat nicht jene zentrale Bedeutung für die Diagnose der Anorexia nervosa, die ihm ursprünglich zugewiesen wurde, jedoch ist auf die Festsetzung einer unteren Gewichtsgrenze nicht zu verzichten. Es wurde eingangs darauf verwiesen, daß das Festlegen einer bestimmten Grenzgröße (mindestens 25%) in der Gewichtsreduktion, wie es FEIGHNER u. Mitarbeiter (1972) vorschlagen, problematisch ist. Das wird heute von vielen Autoren gleichfalls gesehen (HALMI et al., 1977; BEMIS, 1978; GUTEZEIT, 1981; KIRSTEIN, 1982; FICHTER et al., 1983). Die Gewichtsreduktion von 25% und mehr kann für bestimmte Adipöse eine notwendige Maßnahme sein, ohne deshalb mager-süchtig zu werden. Bei einem bereits bestehenden Untergewicht von 10% unter dem idealen Körpergewicht wäre jedoch der Verlust von weiteren 25% durch Gewichtsreduktion bedrohlich. Allerdings ist hierzu anzumerken, daß ein fließender Übergang von einer konstitutionellen Magerkeit zur Anorexia nervosa selten ist (MESTER, 1981). Eher liegen erhebliche Gewichtsreduktionen aus Übergewicht, leichtem Übergewicht und Normalgewicht vor, die 30-60% betragen können.

Eine Grenze von 25% und mehr unter dem idealen Körpergewicht, das von vielen Patientinnen zweifellos erreicht wird, bedeutet in vielen Fällen die Einleitung kostspieliger Therapiemaßnahmen. Da die Diagnose Anorexia nervosa auf den Gewichtsverlust allein nicht gegründet werden kann und darf, zumal differentialdiagnostische Gesichtspunkte nicht vernachlässigt werden sollen, erscheint es zweckmäßig, von Anorexia nervosa dann zu sprechen, wenn ein Untergewicht von 25% und mehr erreicht ist und mit diesem Untergewicht gleichfalls die für anorektische Patientinnen typischen bizarren Umgangsformen mit Nahrung und Einstellungen zur Nahrung zu beobachten sind. Sicher kann die Diagnose bereits gestellt werden, wenn ein Untergewicht von 15-25% erreicht wird, dies ist

jedoch nur unter der Voraussetzung möglich, daß die Abwehrreaktion gegenüber der Nahrung besonders auffällig ist und häufiges Erbrechen sowie eine Amenorrhoe vorliegen. Auf derartige Notwendigkeiten verweist auch KIRSTEIN in seiner Untersuchung hin, in der er zeigt, daß die Patientinnen bei der Erstvorstellung oft ein noch relativ niederes Untergewicht hatten und dann, bei einem späteren Zeitpunkt, ein weit extremeres Untergewicht erreichten. Insofern zeigt sich schon die Problematik, die Diagnose der Anorexia nervosa an einer bestimmten Größe des Untergewichts aufzuhängen, sie kann nur in Kombination mit anderen Merkmalen gestellt werden. Im übrigen scheint der Untergewichtsbereich von 15-25% unter dem idealen Körpergewicht eher geeignet, um in epidemiologischen Untersuchungen Prävalenzraten für die Anorexia nervosa zu erfassen. Insgesamt muß jedoch nochmals betont werden, daß die Diagnose Anorexia nervosa nie allein mit der Feststellung des Untergewichts begründet werden kann.

4.2. Differentielle Diagnostik

MEYER (1971) stellte als einer der ersten die Frage, ob die Anorexia nervosa als ein einheitliches Syndrom zu betrachten sei. Diese Frage mußte sich mit der neuerlichen Wende von der somatogenen zur psychogenen Verursachungshypothese stellen. Dem uniformen klinischen somatischen Bild der Anorexia nervosa standen oft recht unterschiedliche Verhaltensweisen und ebenso verschiedene Persönlichkeitsmerkmale gegenüber. So unterschied bereits MEYER den zwanghaften und den hysterischen Typ der Anorexia nervosa. Dem folgten noch weitere Untergliederungen nach zum Teil noch recht subjektiven Maßstäben. Hingewiesen sei hier auf die 3-Gliederung von DALLY (1969), der ebenfalls nach einer zwanghaften und einer hysterischen differenzierte und hier noch eine gemischte Gruppe hinzufügte, die eher die sekundäre Form der Anorexia nervosa repräsentierte. Während BABA (1978) 4 Gruppen bei der primären Anorexia nervosa unterscheidet - die zwanghafte, die hysterische, die unreife und die schizoide Gruppe - erkennt BRUCH (1973) nur zwei Gruppen an und zwar jene, die an echter Anorexie und jene die an Pseudo-Anorexie leiden. Geht man mit SELVINI-PALAZZOLI (1981) davon aus, daß die magersüchtigen Patientinnen völlig unfähig sind, ihre verschiedenen inneren Zustände, Impulse und Wünsche zu identifizieren und sie gleichfalls selten, wenn überhaupt, die ganze Wahrheit sagen, so wäre es vermessen, mehr als die von BRUCH eingeführte Differenzierung anzuwenden. Dies gilt sicher für jene Phase, in der die Zuordnung der magersüchtigen Patientinnen noch intuitiv subjektiv oder nach langen klinischen Erfahrungen mit ihnen im nachhinein erfolgte. Es ist zu erwarten, daß die in neuerer Zeit entwickelten spezifischen Instrumente, zum Beispiel der Eating Attitudes Test oder das Anorexia-nervosa-Inventar zur Selbstbeurteilung, ferner standardisierte Interviews und Beobachtungsmethoden dazu führen, eine objektivere differenzielle Diagnostik der Anorexia nervosa zu

ermöglichen. Ansätze hierzu sind zu erkennen. Dieser Schritt ist für die Entwicklung von angemessenen und fallspezifischen Therapieplänen dringend geboten.

4.3. Differenzierung zwischen Anorexia nervosa und Bulimia nervosa

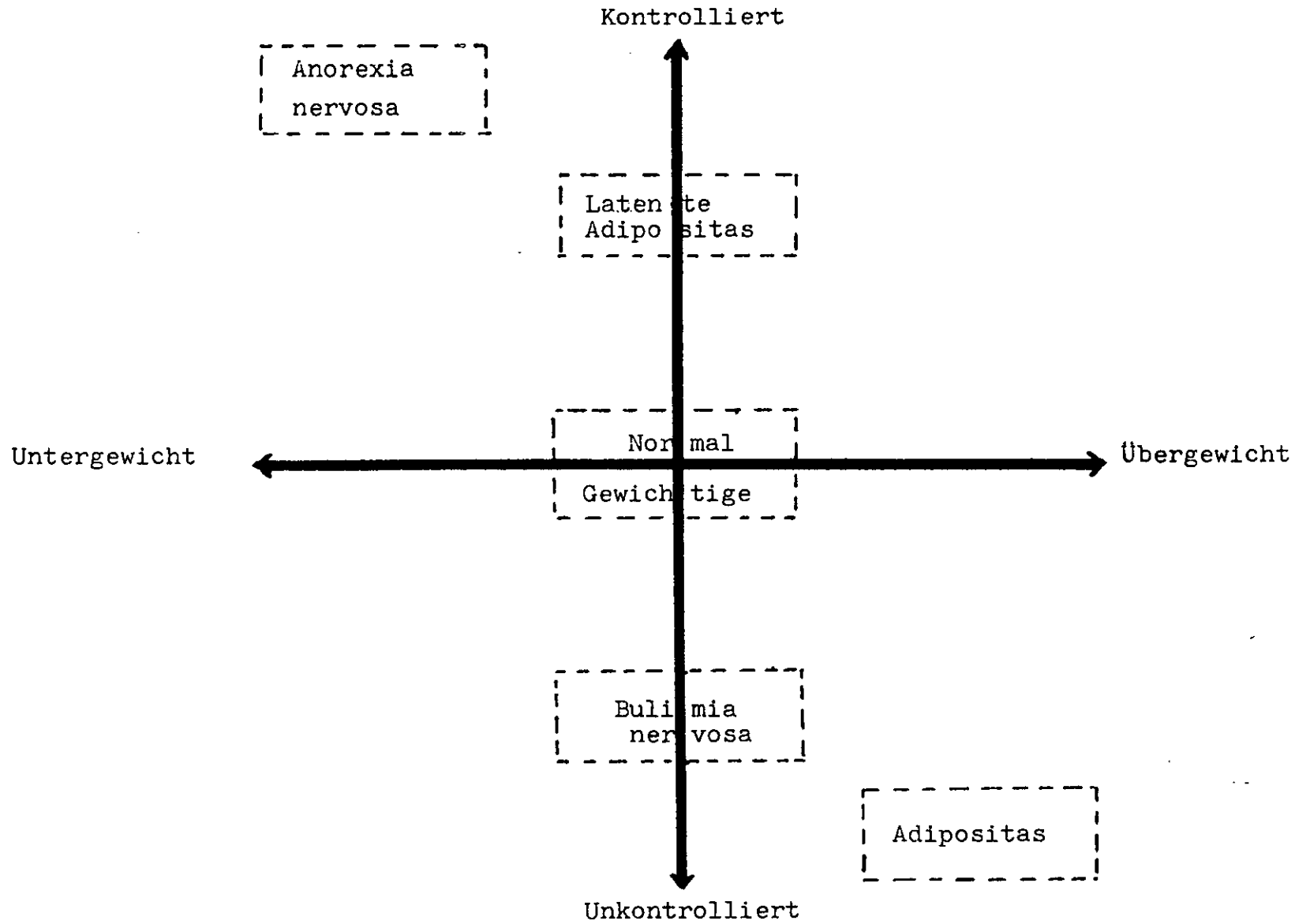
Unter den anorektischen Patientinnen werden immer wieder zwei Gruppen beobachtet und zwar jene, die nur durch eine weitgehende und stark kontrollierte Nahrungsaufnahme ihr Gewicht reduzieren und jene Patientinnen, die Heißhungeranfälle zeigen (bulimische Attacken) und dieses Mehr an Nahrungsaufnahme durch Erbrechen oder Laxantienabusus korrigieren (GARFINKEL et al., 1980; STROBER, 1980; SLADE, 1982; CRISP et al., 1980). Diese Betrachtungsweise, zwei Gruppen nach ihren Verhaltensweisen zu differenzieren und als Subgruppen zu bezeichnen, blieb nicht unwidersprochen. So wiesen KATZ u. SITNIK (1982) darauf hin, die Anorexia nervosa als eine Störung im Eßverhalten aufzufassen, die sich auf verschiedenen Wegen in ganz verschiedenen Menschen mit voneinander abweichenden Persönlichkeitsmerkmalen entwickeln und auf einer Stufe des Entwicklungsübergangs manifestiert werden kann. So können passiv abhängige Personen ebenso davon betroffen sein wie chronisch depressive, soziopathische und paranoide. Bulimische Reaktionen zeigen sich dort, wo weniger Ich-Reserven verfügbar sind.

Es ist heute notwendig, die Bulimia nervosa von der Anorexia nervosa zu differenzieren, zumal aus den Modellvorstellungen von SLADE (1982) zu entnehmen ist, daß die Bulimia nervosa auch als ein Folgezustand einer nicht gelungenen, vor allem die Eigenaktivität des Patienten nicht genug reaktivierenden Therapie angesehen werden kann. RUSSEL (1979) hat klar definiert, was unter Bulimia nervosa zu verstehen ist und nennt 3 essentielle Kriterien:

1. Einen mit Perioden des Hungerns alternierenden unwiderstehlichen Drang zur Polyphagie (lustbetonter Heißhunger),
2. krankhafte Angst vor Gewichtszunahme und dem Dickwerden,
3. Versuche, die Gewichtszunahme durch selbstinduziertes Erbrechen oder chronischen Gebrauch von Laxantien zu vermeiden.

SLADE weist darauf hin, daß 57% der Patienten von RUSSEL mit Bulimia nervosa vorausgehend an einer Anorexia nervosa litten.

Mit einem 2-Achsenmodell hat BRANDT-JAKOBI (1983) Wege zur Differenzierung in der Diagnostik gewiesen. In der nachstehenden Abbildung stellt die horizontale Achse die Gewichts-situation - Unter-, Normal- und Übergewicht -, die vertikale Achse die Ausprägung der Kontrollfunktion - stark, mittel, gering - dar. Anorexia nervosa Patienten sind demzufolge links oben im Achsenmodell angesiedelt. Sie haben starkes Untergewicht bei gleichzeitig überhöhter Kontrolle des Eßverhaltens, und Bulimia nervosa Patienten sind in der Mitte unten zu finden, das heißt, sie haben ein relativ normales Gewicht bei unkontrolliertem Eßverhalten. Latent Übergewichtige zeichnen sich durch ebenfalls starke Kontrolle aus und halten so ein Normalgewicht, während Übergewichtige einen Mangel an Kontrolle im Eßverhalten aufweisen.



Zweiachsenmodell der Essstörungen nach BRAND-JACOBI
Jöttingen 1983

Da anorektische Patientinnen selten in der Entstehung der Anorexia nervosa von Anbeginn bulimisches Verhalten zeigen, ist es gleichfalls fragwürdig, zwischen nur hungernden und bulimischen Patientinnen zu differenzieren und sie dazu noch, wie beschrieben, dem zwanghaften bzw. hysterischen Typ zuzuordnen, zumal STROBER (1980) darauf hinweist, daß die typologischen Differenzen zwischen Patienten mit und ohne Heißhungeranfällen, erhoben mit einer umfassenden Testbatterie, gering sind. Andere Untersucher verweisen auf signifikante Altersunterschiede zwischen nur hungernden Anorexia Patientinnen und solchen mit Heißhungeranfällen, die älter sind (BEUMONT et al., 1977). DALLY u. GOMEZ (1979) nehmen daher ebenfalls Abstand von einer Differenzierung der Anorexia nervosa nach einem zwanghaften und einem hysterischen Typ.

Die bulimischen Reaktionen scheinen eine Durchgangsphase der Anorexie darzustellen, die nahezu unausweichlich werden, je mehr die Erkrankung chronifiziert und somit gleichfalls immer schwerer therapierbar wird. Patientinnen mit schwachen Ich-Kräften scheinen dabei eher und schneller in eine derartige Phase zu gelangen als zwanghaftere Patientinnen.

CRISP et al. (1980) fanden daß Stehlen von Gegenständen und Nahrung bei Patientinnen mit folgenden Merkmalen:

- a. Zustand des selbstforcierten Hungerns mit den Verhaltensbegleiterscheinungen der Habgier und des Hortens,
- b. Rückfall in eine wiederauflebende frühpuberale Impulsivität,
- c. schwache Selbstentwicklung.

Auf dem Gebiet des sexuellen Verhaltens weisen Untersuchungen von BEUMONT et al. (1982) darauf hin, daß es die bulimischen Patientinnen sind, die signifikant mehr sexuelle Aktivität bis hin zur Kohabitation zeigen als zwanghafte Patientinnen. Dies nimmt nicht wunder, wenn gleichzeitig festgestellt wird, daß die zwanghaften magersüchtigen Patientinnen deutlich jünger waren als die magersüchtigen Patientinnen mit bulimischen Reaktionen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, daß es wichtig ist, zwischen Anorexia nervosa und Bulimia nervosa zu differenzieren. Patientinnen mit Bulimia nervosa sind in der Regel normalgewichtig und haben keine Amenorrhoe. Es gibt allerdings auch bei magersüchtigen Patientinnen bulimische Reaktionen. Sie stehen eher in Beziehung zur Erkrankung als zu besonderen Persönlichkeitsmerkmalen der Patientinnen. Therapeutische Fehler können bulimische Reaktionen provozieren.

5. Verursachungsfaktoren der Anorexia nervosa

Es besteht heute bei aller Einheitlichkeit des klinischen Bildes generell die Auffassung, daß am Zustandekommen der Anorexia nervosa zahlreiche Faktoren zusammenwirken, die in der Persönlichkeit der Patienten, ihren besonderen Entwicklungsbedingungen, der familiären Interaktionsstruktur und dem weiteren sozialen Feld zu suchen sind. Besonderen Anteil an dem Auftreten der Krankheit hat die Entwicklungsphase der Pubertät. Dem wird im deutschen Sprachraum durch den Terminus Pubertätsmagersucht Rechnung getragen. Da somatische Ursachen für die Anorexia nervosa heute anerkanntermaßen in der Literatur - von Ausnahmen abgesehen - ausgeschlossen werden (MEYER, 1971; BRUCH, 1973; BEMIS, 1978; CRISP, 1980; MESTER, 1981; SELVINI-PALAZZOLI, 1981 und FICHTER u. PIRKE, 1982), wird auf die sekundären somatischen Störungen bei der Anorexia nervosa hier nicht weiter eingegangen.

Die Problematik der Pubertät für Mädchen, die Persönlichkeit der anorektischen Mädchen, die Entwicklungsbedingungen in der Familie, die Familienstruktur, die Familie als Interaktionssystem mit seinen Rollenzuweisungen und der Einfluß der soziologischen Bedingungen auf die Familie und insbesondere auf die Rolle der Frau werden im folgenden jedoch dargestellt und ihr Einfluß auf die Entwicklung der Magersucht einer Wertung unterzogen.

5.1. Die besonderen Bedingungen der Pubertät für Mädchen

Die Pubertät als Phase des Übergangs von der Kindheit zum Erwachsenenalter stellt bereits gesunde Jugendliche, die bis dahin eine unbeschwerte Entwicklung durchliefen, vor eine Vielzahl neuer und entscheidender Aufgaben, die diese so belasten können, daß passagere Krisen nicht ausbleiben. Dieser Übergang, der mit einem somatischen, geistigen, emotionalen und sozialen Wandel einhergeht, stellt fünf wichtige Aufgaben:

1. Die Auseinandersetzung mit dem neuen Körperbild und dessen Akzeptanz,
2. die Auseinandersetzung mit der Geschlechtsrolle und deren Akzeptanz,
3. die Auseinandersetzung mit dem bisher akzeptierten Normengefüge des Elternhauses und der Gesellschaft,
4. die Findung eigener Identität und
5. das Hineinwachsen in die Berufswelt.

Alle fünf Aufgaben stehen im Dienst des Hineinfindens in die Welt der Erwachsenen und sind für das Erwachsenwerden und -sein von grundlegender Bedeutung.

Mädchen erleben die Pubertät einschneidender als Jungen und sind von den Rollenänderungen häufig stärker betroffen. Dies liegt zum Teil darin begründet, daß selbst Eltern, die vorher nicht ausdrücklich die traditionell-gesellschaftlichen Stereotype in die Erziehung von Mädchen und Jungen einfließen ließen, mit dem Einsetzen der Pubertät ihre Töchter intensiver in Richtung auf eine künftige Mädchenrolle nach traditionellen Maßstäben zu erziehen beginnen (HILL & LYNCH, 1983). Andererseits ist nicht zu übersehen, daß die körperlichen Veränderungen bei Mädchen tiefgreifender sind als bei Jungen und vor allem die monatliche Regel von vielen Mädchen als einschränkend erlebt wird. Dem Mädchen wird damit bewußt, daß es gebären kann und die Mutterrolle etwas Unausweichliches ist. Eine Rolle, die heute ebenfalls nicht selten als einengend oder belastend erlebt wird, wobei häufig das Vorbild der eigenen Mutter Pate steht, soweit diese ihre Rolle eher als harmvoll denn als beglückend empfindet. Diese Gründe lassen es zweckmäßig erscheinen, auf die besonderen Aspekte der Pubertät bei Mädchen einzugehen und sie unter den mit der Pubertät gegebenen Zielsetzungen zu behandeln.

5.1.1. Die Auseinandersetzung mit dem neuen Körperbild und dessen Akzeptanz.

Das Körperbild oder Selbstbild ist für den Pubertierenden von eminenter Bedeutung. Mit der Bejahung seiner äußeren Erscheinung gewinnt er an Selbstvertrauen, mit ihrer Verleugnung wird das Selbstvertrauen erschüttert und kann zu Krisen führen. Das Körper- und Selbstbild des Jugendlichen unterliegt heute wie zu jeder Zeit modischen Einflüssen. Mädchen sind hiervon wiederum stärker betroffen als Jungen. Die Darstellung der Frau in der Malerei und in Skulpturen in den vergangenen Jahrhunderten, ja Jahrtausenden, belegt dies sehr eindringlich. Über die Venus von Millstätt bis zu den gotischen Madonnenfiguren, von den Frauenbildnissen eines Rubens bis hin zu den sensiblen Fotografien von Hamilton läßt sich ein ständiger Wandel bezüglich des Körperbildes der Frau darstellen, der nicht unabhängig von den gesellschaftlichen Funktionen zu sehen ist, die den Frauen zu ihrer Zeit zugewiesen wurden.

BRUCH (1973) machte vor allem darauf aufmerksam, daß bei anorektischen Patientinnen eine Störung in der Selbstwahrnehmung und Selbsteinschätzung des Körperbildes zu beobachten ist. Die von BRUCH an ihrem Klientel beobachteten Störungen sind zwischenzeitlich in zahlreichen systematischen Untersuchungen mit Einschränkungen bestätigt worden (SLADE & RUSSEL, 1973; ASKEVOLD, 1975; GARFINKEL et al., 1979; FRANCESSELLA & CRISP, 1979; CASPER et al., 1979, 1981; KALLIOPUSKA, 1982; HSU & PSYCH, 1982 und STROBER, 1982). Diese Untersuchungen führten jedoch zu dem Ergebnis, daß Fehleinschätzungen im Körperbild nicht nur bei anorektischen Patientinnen, sondern auch bei gesunden und Patientinnen mit anderen klinischen Symptomen (z.B. Zwangsneurose) auftreten. Allerdings waren die Fehlwahrnehmungen bei den anorektischen Patientinnen deutlicher als bei Gesunden und den anderen klinischen Gruppen. Ferner zeigte sich eine Beziehung zwischen

Fehleinschätzung und Prognose derart, daß die Wahrscheinlichkeit eines negativen Therapieverlaufs anstieg, je krasser die Fehleinschätzung (Überschätzung) war. Die Untersuchungen zu den Körperbildwahrnehmungen mit anorektischen Patientinnen wiesen nach, daß vor allem die Hüftweite und die Weite der Oberschenkel falsch eingeschätzt werden (ASKEVOLD, 1975; CASPER et al., 1979). Dies sind genau jene Zonen, die von den magersüchtigen Mädchen vor dem Abmagern als unangenehm und übermäßig dick empfunden wurden. Gleichzeitig zeigt es, wie schwer es den Mädchen heute fallen muß, das Körperbild der reifen Frau zu akzeptieren, das durch einen größeren Fettansatz im Bereich der Oberschenkel, des Hüftbereiches und auch der Brust gekennzeichnet ist. Besonders früh in die Pubertät eintretende Mädchen haben mit ihrem Körperbild hier Schwierigkeiten, da sie sich in der Klasse noch isoliert vorkommen. So zeigen Untersuchungen, daß Mädchen, die bereits im 6. Schuljahr alle Merkmale der Reife tragen, selbstunsicherer sind als in den späteren Schuljahren, wenn sie von anderen Mädchen eingeholt werden. Während Mädchen eher unter den frühen Veränderungen des Körperbildes Beeinträchtigungen im Selbstbild erfahren, ist es bei den Jungen umgekehrt. Hier wirken sich vor allen Dingen die Entwicklungsverzögerungen nachteilig auf das Selbstbild aus, weil Jungen, die dem Standard der Pubertät noch nicht entsprechen, oft nicht für voll genommen werden (EWERT, 1983).

Eine in Kiel durchgeführte Untersuchung an 13-14jährigen Jungen und Mädchen zeigte, daß Mädchen häufiger als Jungen zum Überschätzen neigen und selbst 55% der normalgewichtigen Mädchen mit ihrem Gewicht und der daraus resultierenden Figur nicht zufrieden sind. Diese Mädchen neigen dazu, sich zu unterschätzen. Den Mädchen und Jungen wurden in dieser Untersuchung Figuren vorgelegt, die starke Untergewichtigkeit (mehr als 25% = Figur 1), leichte Untergewichtigkeit (10-25% Untergewicht = Figur 2), Normalgewichtigkeit ($\pm 10\%$ = Figur 3), leichte Übergewichtigkeit (10-25% Übergewicht = Figur 4) und

starkes Übergewicht (mehr als 25% = Figur 5) repräsentierten. Die Jugendlichen sollten wählen, welcher der fünf Figuren sie ihrer Meinung nach am ehesten entsprechen und wie sie am liebsten aussehen würden. Die Wunschbilder der Jungen und Mädchen weichen nach dieser Untersuchung voneinander hochsignifikant ab. Mädchen wählen zu 71% die Figur 2, während Jungen zu 80% der Figur 3 entsprechen möchten. Nur 16% der Mädchen haben jedoch nach der tatsächlichen Gewichtsverteilung die Chance, der Figur 2 zu entsprechen. Bei Jungen sind es immerhin 63%, die ein der Wunschfigur 3 entsprechendes Gewicht haben. Insofern kann davon ausgegangen werden, daß das Wunschbild der pubertierenden Mädchen und Jungen bezüglich ihrer Figur stark von gesellschaftlichen geschlechtsbezogenen Stereotypen hinsichtlich des Körperbildes beeinflusst wird. Untersuchungen von GARNER u. GARFINKEL (1983) bestätigen, daß das Bild der Frau in den letzten beiden Jahrzehnten immer mehr zur Schlankheit hin tendierte. Im Gegensatz zu den Mädchen möchten die Jungen dem gesellschaftlichen Stereotyp des sportlich-athletischen Mannes entsprechen. Bei Kindern des 4. Schuljahres, die 9-10 Jahre alt sind, findet sich eine derartige Diskrepanz und vor allem die Fixierung auf einen bestimmten Typ noch nicht in dieser Ausprägtheit wie bei den Pubertierenden, auch wenn hier eher schlankere Typen bevorzugt werden. Dies gilt jedoch für beide Geschlechter. Bei den Mädchen fällt auf, daß ein relativ großer Prozentsatz sogar die stark untergewichtige Figur 1 als Wunschbild bevorzugt. Die Verteilungen zwischen der Wahl der Wunschbilder und der tatsächlichen Gewichte auf beiden Altersstufen wird in den nachstehenden Abbildungen 2 und 3 anschaulich wiedergegeben.

Abbildung 2:

RELATIVE VERTEILUNG DES TATSÄCHLICHEN GEWICHTES UND
DES WUNSCHBILDES BEI JUNGEN UND MÄDCHEN AUS KLASSE 4

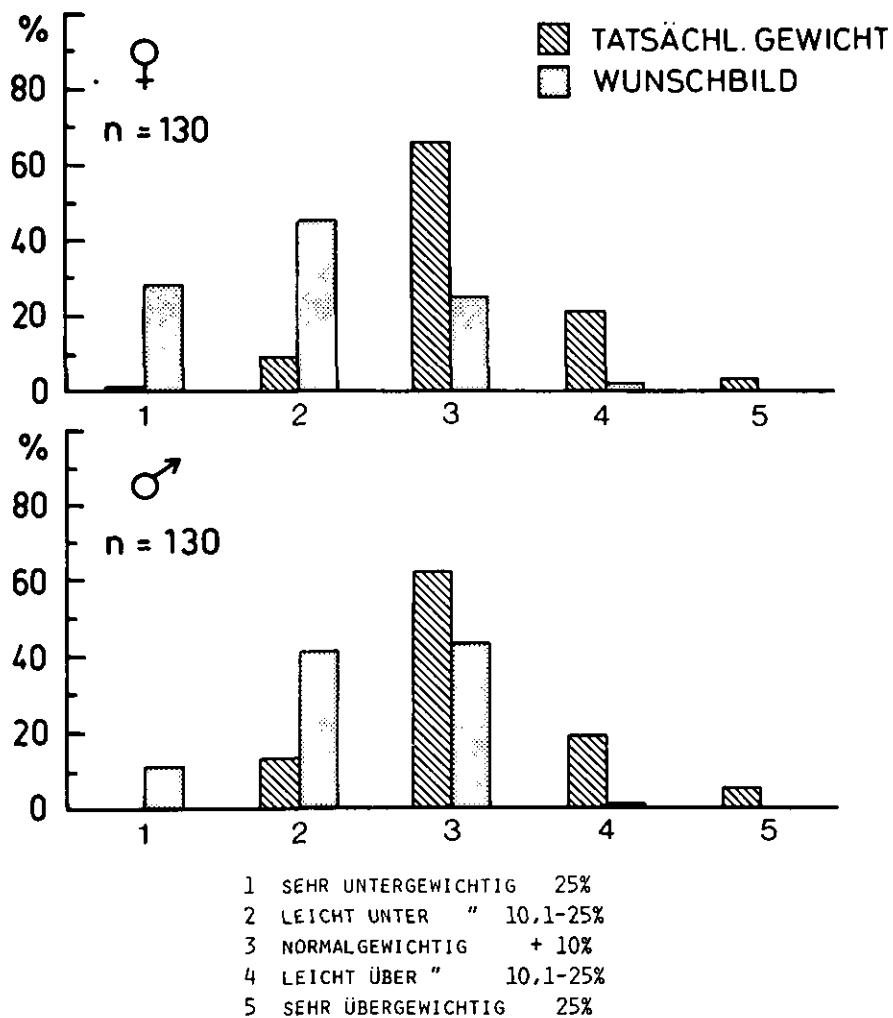
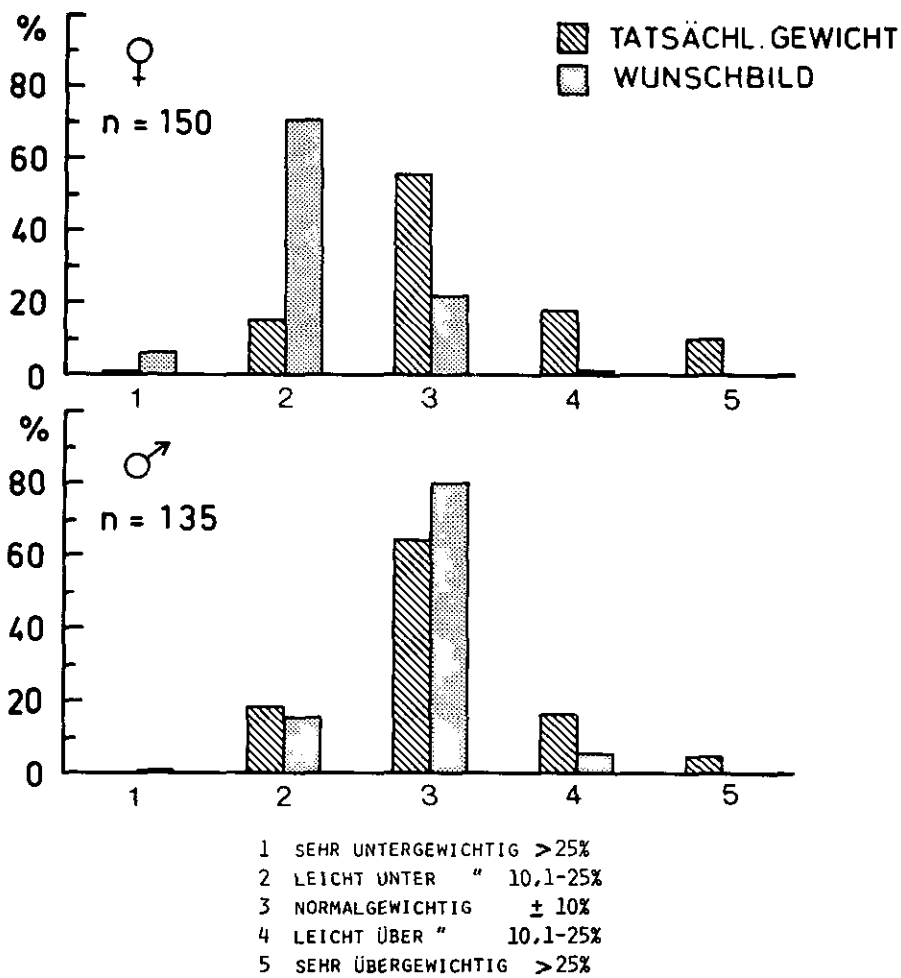


Abbildung 3:

RELATIVE VERTEILUNG DES TATSÄCHLICHEN GEWICHES UND
DES WUNSCHBILDES BEI JUNGEN UND MÄDCHEN AUS KLASSE 7



Aus unseren Untersuchungen kann geschlossen werden, daß es den Mädchen heute vor allen Dingen deshalb schwerfällt, sich in ihrem Körperbild zu akzeptieren, weil das Körperidealbild der Frau heute durch Schlankheit gekennzeichnet ist. Jungen haben es in dieser Beziehung ungleich leichter, der von ihnen angestrebten Normalgewichtigkeit als Körperideal zu entsprechen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß die Akzeptanz des eigenen Körperbildes in der Pubertät von großer Bedeutung ist. Mädchen haben hier größere Probleme, weil heute ein Schlankheitsideal für Frauen gilt, das nur von wenigen erreicht wird. Insofern können bei Mädchen eher Krisen durch eine starke Abweichung von diesem Ideal ausgelöst werden. Dies wird auch dadurch bestätigt, daß ein nicht geringer Prozentsatz der anorektischen Mädchen prämorbid übergewichtig war. Die Angaben hierzu schwanken zwischen 15 und 25% (BEMIS, 1978; MESTER, 1981). In unserer Stichprobe waren vor Eintritt der Anorexie von den 63 Patientinnen 11 übergewichtig.

5.1.2. Die Auseinandersetzung mit der Geschlechtsrolle und deren Akzeptanz.

Die Annahme der Geschlechtsrolle ist im somatischen Bereich für Mädchen mit einem sehr viel stärkeren Wandel des Körperbildes und durch das Einsetzen der Menstruation mit sehr viel mehr Ungemach verknüpft als bei Jungen. Die Brustentwicklung wird von zahlreichen Mädchen, vor allen Dingen unter unseren anorektischen Patientinnen, mit Sorge beobachtet, zeigt diese ihnen doch an, daß das Kindsein nun endgültig vorbei ist. Durch das Tragen weiter Kleidung wird von den Patientinnen zunächst versucht, diesen neuen Status weitgehend zu verbergen. Die Menstruation ist bei Mädchen mit zahlreichen Beschwerden verknüpft. MOOS(1968) hat die Beschwerden zusammengestellt und kommt zu acht Teilbereichen:

1. Schmerz: z.B. Kopfschmerzen und Rückenschmerzen,
2. Konzentration: z.B. Vergeßlichkeit, verminderte motorische Koordination,
3. Verhaltensänderung: z.B. verminderte Schul- und Arbeitsleistung,
4. autonome Reaktionen: z.B. Schwindelanfälle und Hitzeattacken,
5. Wasserretentionen: z.B. Gewichtszunahme und Schmerzen der Brüste,
6. negativer Affekt: z.B. Reizbarkeit und Stimmungsschwankungen,
7. Erregung: z.B. Aufregung und Energie- und Aktivitätsausbrüche,
8. Kontrolle: z.B. Gefühl zu ersticken und Herzklopfen.

Diese Symptome sind in der Mitte des Menstruationszyklus am schwächsten und nehmen in der Phase vor der Menstruation zu. Hinsichtlich der auftretenden Symptome gibt es eine erhebliche Schwankungsbreite und zwar so, daß nach einer Untersuchung von MOOS u. LEIDERMAN (1978) eine große Gruppe von Frauen nur über Beschwerden aus einem einzigen Symptombereich berichten, während andere über Beschwerden aus mehreren der acht Symbolbereiche klagen.

Neuere Untersuchungen über die Erfahrungen und das Erleben der Menstruation geben einige wichtige Hinweise für die Bedeutung einer angemessenen Vorbereitung der Mädchen (BROOKS-GUNN u. RUBLE, 1983). Einige Aspekte der ersten Erfahrung mit der Menstruation können die nachfolgenden Erfahrungen erheblich beeinflussen. Das Unvorbereitetsein auf die Menarche und das Überraschtwerden durch ihr Auftreten sind enger mit einer sich später aufbauenden Symptomatologie verknüpft als ein erwarteter früher Menarchezeitpunkt. Die Daten von BROOKS-GUNN u. RUBLE, die an dem physiologischen Parameter der Wasserretention erhoben wurden, lassen ein intrigantes Spiel zwischen individueller Physiologie (z.B. initialer

Schmerz) und Psychologie (z.B. Vorbereitung) und ein dem zugrunde liegendes Beziehungsverhältnis zwischen erster und späteren Erfahrungen erkennen. Untersuchungen zum Erleben der Menstruation an jüngeren Mädchen zeigen, daß nur etwa 10% diesem Ereignis mit Interesse und sogar Stolz über den neuen Status begegnen. Etwa die Hälfte steht dem indifferent gegenüber und der Rest reagiert eher mit Ablehnung, Furcht und Scham (MUSSEN, CONGER u.KAGAN,1974). Neben der oft nicht ausreichenden erzieherischen Vorbereitung der jungen Mädchen muß auch davon ausgegangen werden, daß die Menarche ein nicht übersehbares Zeichen dafür ist, daß die Weichen endgültig gestellt sind und das Mädchen nun unausweichlich auf das Leben als Frau sich einrichten muß. Inwieweit das Mädchen mit dieser Rolle fertig wird, wird ebenso von den kulturellen, sozialisierenden und individuellen Faktoren bestimmt, die zu den menstruellen Erfahrungen und den damit verbundenen Erlebnissen gleichfalls einen Beitrag leisten.

Die Vorgeschichten anorektischer Mädchen lassen häufig einen Mangel an Aufklärung erkennen. Viele haben nur in der Schule davon gehört und haben sich selten zu Haus mit ihrer Mutter in einer entspannten Atmosphäre darüber unterhalten. Sie geben häufig an, daß die Mutter in Bezug auf die Aufklärung für sie kein verlässlicher oder vertrauensvoller Partner gewesen ist. Die Mädchen beklagen selbst, daß die Mutter dabei eher gespannt und unsicher gewirkt habe. Ebenso berichten die Mütter häufig, daß sie bei der Aufklärung der Mädchen sich unwohl fühlten und nur ungern mit ihnen darüber sprachen. Anorektische Patientinnen sind es auch, die vor der Menstruation besonderen Abscheu und Ekel zeigen. Andere wiederum beklagen geradezu den Verlust ihrer Kindheit und möchten sich daran klammern. Viele erleben, daß mit dem Reifwerden sich die anfänglich guten Beziehungen zum Vater verändern. Andere können sich wiederum nicht damit abfinden, daß sie wegen ihres körperlichen Erscheinungs-

bildes gehänselt wurden. So hat bei den Mädchen die verletzende Haltung von Erwachsenen ihnen gegenüber durch Andeutungen, daß ihre Brust doch schon recht gut entwickelt sei, nicht selten als auslösendes Moment für die Entwicklung anorektischer Verhaltensweisen ausgereicht.

Ob und in welchem Umfang die Akzeleration, das verfrühte Einsetzen der Reifungsprozesse, Konfliktlagen schafft, die zur Auslösung anorektischen Verhaltens beitragen können, ist nicht eindeutig geklärt. Es muß allerdings mit einer Zunahme mit Reifungsasynchronien bei gleichzeitigen Teilretardierungen, vor allem im emotional-sozialen Bereich, gerechnet werden. Schon KRETSCHMER (1959) betonte die Gefahren disharmonisch ablaufender Reifungsprozesse. MESTER (1981) sieht einen Zusammenhang zwischen den Komplikationsgefährdungen infolge der biologischen Frühreife bei der jüngeren Generation und der auffälligen Zunahme an Erkrankungsfällen. Die Pubertäts- bzw. Postpubertätsmagersucht scheint demzufolge eine ausgesprochene "Krankheit unserer Zeit" zu werden.

Zieht man gleichzeitig die Daten von SIGUSCH u. SCHMIDT (1973) und KENTLER (1973) über die Verbreitung sexueller Aktivität mit in Betracht, so zeigt es sich, wie die nachfolgende Tabelle ausweist, daß diese im Durchschnitt relativ früh aufgenommen wird. Mädchen, die in ihrer emotionalen und sozialen Entwicklung eher gehemmt sind, geraten hier unter den Druck der Peer-Gruppe und weichen diesem eher durch Isolation aus, wobei die unbewältigten Ängste in anorektische Verhaltensweisen einmünden und eine Regression zurück in die Kindheit einleiten können.

Tab. 4: Durchschnittswerte über sexuelle Aktivitäten
in beiden Geschlechtern.

	Alter	
	weibl.	männl.
Verabredung (Dating)	13,9	14,2
Küssen	14,5	14,11
Verliebt	15,6	16,2
fester Freund	15,6	15,9
Brust-Petting	15,11	16,2
Passives Genital-Petting	16,9	17,2
Aktives Genital-Petting	17,1	16,1
Koitus	17,0	17,6

Die Umfragen von SIGUSCH u. SCHMIDT und KENTLER zeigen
3 wichtige Punkte:

1. Das Alter beim 1. Koitus hat sich von der Mitte der
60iger Jahre ab gegenüber früher nach vorn verschoben.
2. Die Vorverlegung ist bei den Oberschülern besonders deut-
lich ausgeprägt.
3. Der früher bestehende starke Unterschied zwischen Jugend-
lichen verschiedener Schulbildung ist weitgehend nivel-
liert.

Diese Vorverlegungen betreffen die anderen sexuellen Verhal-
tensweisen wie: miteinander verabreden oder ausgehen, sich
küssen, aktive und intime Berührungen in Intimbereichen in
gleicher Weise.

Da es vor allem Oberschülerinnen sind, die mit von der
Erkrankung betroffen sind und bei Oberschülern die Verände-
rungen im sexuellen Verhalten am auffälligsten sind, könnte

ein Zusammenhang zwischen der Vorverlegung sexueller Verhaltensweisen und dem häufigen Auftreten der Anorexia hergestellt werden. Die größere Abhängigkeit der Oberschülerinnen vom Elternhaus und die dadurch provozierten Konflikte sind hierbei mit zu berücksichtigen.

Insgesamt ist festzuhalten, daß in Bezug auf die sexuelle Entwicklung sowohl die Akzeleration, die Vorverlegung der sexuellen Aktivitäten und der damit von der Peer-Gruppe ausgehende größere Druck sowie die ungenügende Vorbereitung der Mädchen auf die Pubertät Gründe sein könnten, die sexuelle Rolle nicht anzunehmen. Dies legt ein Ausweichen in eine Anorexia nervosa nahe.

5.1.3. Die Auseinandersetzung mit dem bisher akzeptierten Normengefüge des Elternhauses und der Gesellschaft

In den "Katastrophentheorien" (COLEMAN, 1978) geht man von einem völligen Umbruch der Werte aus, von einer oft völligen Neuorientierung, die den Jugendlichen vorübergehend in große Krisen stürzt, da ihm feste Orientierungspunkte in dieser Phase fehlen, und er zum Entsetzen der Eltern mal diesen, mal jenen Idolen nachläuft. Dieser Grundtenor, der sowohl die Psychoanalyse, die Stufentheorien, die Adoleszenztheorie von HALL und die biogenetischen Theorien beherrscht, findet natürlich in den einzelnen Theorien seine Abwandlung. Zu Katastrophen kann es natürlich dort kommen, wo ohnehin ein schon lange bestehender Bruch zum Elternhaus vorliegt, dieses nichts als geistige Vakuolen zu bieten hat oder die Eltern ihr Kind im Sinne eines ewigen Besitzanspruches nicht aus ihrer Obhut entlassen können, weil sie übersehen, daß Kinder Geschenke auf Zeit sind, die uns im Grunde verpflichten, sie auf eine reife, unabhängige, selbstverantwortliche Lebensführung vorzubereiten. Wo derartige Beziehungen im Elternhaus die Szene beherrschen, haben Sekten, Verführer und Dealer eine Chance, den Jugendlichen in eine "Tu nichts" oder

"Ohne mich"-Haltung zu führen, ihn zu radikalisieren und ihn der Familie und der Gesellschaft für immer zu entziehen.

COLEMAN (1978) weist im Gegensatz zu HOLLINGSHEAD (1961), der die überragende Bedeutung der Subkultur der Gleichaltrigen für die Persönlichkeitsbildung des Jugendlichen hervorhebt, auf die vergleichsweise große Übereinstimmungen von Jugendlichen mit ihren Eltern hin. Da Eltern immer in einem gewissen Rahmen ^{ge}gesellschaftliche Normen repräsentieren, hat die Jugend den Kontakt zur Gesellschaft generell nicht verloren. Daß sie ihre durchaus moralischen Anschauungen und Forderungen zum Teil kompromißlos oder mit Einäugigkeit aus Unerfahrenheit durchzusetzen versucht, ist ihr nicht vorzuwerfen.

Untersuchungen zur Konformität zeigen, daß der Konformitätsdruck bei 12jährigen am höchsten ist und bei dem kritischer gewordenen Adoleszenten wieder geringer ausgeprägt ist.

Das von Eltern unselbständig erzogene Kind muß vor der Entwicklung eigenständiger moralischer Gesichtspunkte, die unter Umständen zu einer Konfrontation mit den Eltern führen könnten, zurückschrecken. Es bleibt das Ausweichen aus der Kontrolle der Eltern und vor allem der Mutter auf Teilgebieten. Für Mädchen scheint eines dieser Teilgebiete das Essen zu sein. Hier kann der Konflikt im scheinbar begrenzten Feld ausagiert werden, wobei durch Artigkeitshaltungen, gute Leistungen in der Schule und enge Bindung den Eltern gleichzeitig signalisiert wird, was für ein braves Kind sie haben. Selbstverständlich spielen hier immer mehrere Dimensionen der pubertären Entwicklung hinein. Es kommt jedoch darauf an, den Scheinwerfer auf diese besondere Situation zu lenken, die diesem Konflikt ihre eigene Dynamik verleiht, da die Eltern in einen Zuneigungs-Abneigungs-Konflikt durch den partiellen Ungehorsam der Tochter bei sonst beispielhafter Gehorsamkeit geraten und hierdurch besonders hilflos gemacht werden. Die anorektische Patientin glaubt hingegen, einen eigenen, von Askese geprägten Lebensstil gefunden zu haben und nach be-

sonders strengen und moralisch anspruchsvollen Idealen zu leben, wobei Selbstbewunderung und narzistische Selbstbe-
spiegelung nicht ausbleiben. Diese Sichtweise seitens der
Patientin erschwert es natürlich, in der Therapie ihr ihre
"Sackgassensituation" einsichtig zu machen und sie zur ge-
wollten Umkehr zu bewegen. In der Regel sind es besonders
eng an die Normen orientierte Familien, in denen solche
Konflikte ausbrechen, zumal die Familie und das Mädchen nicht
mehr im Kontext mit ihrer Umwelt leben und dabei den Blick
für die variable Anwendung von Normen verlieren. Die Gegen-
reaktion ist oft eine noch stärkere Einengung.

5.1.4. Die Findung eigener Identität

Die Auseinandersetzung mit dem bisher akzeptierten Normen-
gefüge des Elternhauses und der Gesellschaft führt den Puber-
tierenden bereits auf den Weg zur Identitätsfindung. In un-
serer Zeit existiert für die Frau eine Rollendiffusion, die
dadurch gekennzeichnet ist, daß die Rolle der Frau zur Zeit
fortwährend umgeschrieben wird und je nach politischer, ge-
sellschaftlicher oder ökonomischer Groß- und Kleinwetterlage
eine neue Akzentuierung erfährt. Somit haben Mädchen, die
sich nicht selten ohnehin schwerer tun, ihre Rolle zu akzep-
tieren, es nicht so leicht wie Jungen, eine überdauernde und
ihre Persönlichkeit stabilisierende Identität zu entwickeln.
Es wäre wichtig, hier einmal Ruhe in die Bewertung der Rollen-
funktion der Frau einkehren zu lassen und das Bild der Frau
nicht wie eine Fahne im Winde flattern zu lassen.

Aus diesen letztgenannten Gründen nimmt es nicht wunder,
daß in neueren Untersuchungen Mädchen (12-14jährig) eine
größere Unsicherheit über ihren sozialen Status haben als
Jungen (SAVIN-WILLIAMS, 1979). Diese Unsicherheit kann dazu
beitragen, daß die sensiblen und vulnerablen präpuberalen
Mädchen dieser Unsicherheit und Angst eher durch Vermeidung
negativer Reaktion und durch Gefälligkeitsverhalten begegnen.
ROSEN u. ANESHENSEL (1976) bezeichnen dies als Chamäleon-Syndrom.

das durch ein besonders angepaßtes Verhalten gegenüber einer Umwelt gekennzeichnet ist, in der unpassendes Rollenverhalten als unerwünscht wahrgenommen wird. Dieses Chamäleon-Syndrom zeichnet sich durch besondere Gefälligkeit, Selbstdemütigung und Abhängigkeit aus. Junge Mädchen, die im Sinne dieses Syndroms reagieren, dürften daher kaum in der Lage sein, zu einer sie befriedigenden Identität zu gelangen. Diese setzt zudem das Erreichen eines bestimmten Niveaus in der Ich-Entwicklung voraus. LOEVINGER (1969) sieht das Ich nicht als Sache, sondern vor allem als ein Prozeß, wobei das Ringen darum, mit Erfahrungen fertig zu werden, sie zu integrieren und ihnen einen Sinn zu verleihen, nicht als eine Ich-Funktion unter anderen gesehen wird, sondern vielmehr den Kerngehalt des Ich ausmachen. LOEVINGER unterscheidet eine siebenstufige Sequenz der Ich-Entwicklung.

1. Stufe: Sie hat 2 Phasen, die präsoziale - das Kind lernt sich von der Umwelt zu unterscheiden - und die symbiotische - das Kind lernt die Mutter von der Umwelt zu unterscheiden, unterscheidet sich selbst aber noch nicht von der Mutter.
2. Stufe: Sie wird als "impulsive" Stufe bezeichnet, da in ihr noch keine Triebkontrolle vorhanden ist. Interpersonelle Beziehungen basieren auf fordernder Abhängigkeit.
3. Stufe: Als opportunistische oder selbstprotektive Stufe werden Regeln nur aus Eigeninteresse und im Hinblick auf den eigenen Vorteil befolgt. Soziale Beziehungen werden zum eigenen Vorteil manipuliert. Verantwortung wird auf die Umstände und andere Personen verschoben. Dies ist ein Hinweis auf Selbstkontrolle und damit einhergehender Verletzlichkeit und Wachsamkeit.
4. Stufe: Sie ist durch Konformismus gekennzeichnet. Die Regeln werden internalisiert und sozial akzeptier-

tes Verhalten als richtig anerkannt. Die Vorstellungen sind überwiegend außenorientiert und die Gefühle werden undifferenziert - traurig/glücklich-wahrgenommen. Die Konzeption der sozialen Umwelt ist einfach.

5. Stufe: Sie wird als Bewußtseinsstufe umschrieben und gilt als Hauptelement des Erwachsenenbewußtseins. Die Wahl langfristiger Ziele und Ideale, Verantwortungsbewußtsein und die Fähigkeit zur Selbstkritik und zur differenzierten Beschreibung interpersonaler Unterschiede ist möglich.
6. Stufe: Sie ist die Stufe der Autonomie, wobei sowohl die Anerkennung der eigenen Autonomie als auch die der anderen wichtig ist. Wichtige Merkmale sind weiterhin die Beschäftigung mit inneren Konflikten, die Fähigkeit, miteinander unverträgliche Vorstellungen zu integrieren, intensive zwischenmenschliche Beziehungen und das Streben nach Selbsterfüllung.
7. Stufe: Diese integrierte Stufe wird nur von wenigen erreicht. Hier treffen die Beschreibungen von Stufe 5 und 6 mit zu. Das neue Element ist die Festigung der Ich-Identität.

Im Übergang von der 3. zur 4. Stufe vollzieht sich die Entwicklung zum Selbstbewußtsein mit beginnender Selbstkritik und der Fähigkeit, Alternativen in Betracht zu ziehen. Die Identitätsfindung in der Phase der Pubertät setzt voraus, daß die Pubertierenden in ihrer Ich-Entwicklung mindestens die Phasen 4 und 5 erreicht haben sollten, um hier zu einem angemessenen Selbstkonzept zu gelangen.

Bei anorektischen Patientinnen finden wir zu häufig ein Verharren in der konformistischen Stufe der Ich-Entwicklung bei gleichzeitiger Regressionstendenz zu den Stufen 3 - erhöhte Selbstkontrolle in der Nahrungsaufnahme als Selbstschutz - und Stufe 2 - impulsive Reaktion, wenn die Trieb-

kontrolle vorübergehend nicht mehr gelingt und Heißhungeranfälle mit Erbrechen auftreten. Damit gerät die Identitätsfindung der Patientinnen in Bedrängnis. In der Therapie sollte demzufolge das Vorankommen in der Ich-Entwicklung ein wesentliches Ziel sein. MARCIA (1966) spricht von geleisteter Identitätsbildung, wenn zwei Bedingungen erfüllt sind: 1. Eine Identitätskrise hat stattgefunden und 2. die Jugendlichen haben hinsichtlich ihrer Wert- und Berufsausbildung eine eigene Entscheidung getroffen. Die Chance einer Identitätskrise können Jugendliche nicht einlösen, die ihre berufliche und wertmäßige Orientierung von den Eltern ungeprüft übernommen haben. Identitätsdiffusion liegt vor, wenn ein Gefühl von Dauer und Identität nicht erlangt wurde. Daran ist besonders zu denken, wenn man auch an das heutige Rollenbild der Frau mit seinen Diffusionserscheinungen denkt. Insofern kann bei Frauen heute vermehrt mit Identitätsdiffusionen gerechnet werden. Sie gilt aber ebenso für alle Jugendlichen wenn man bedenkt, welchen Zwängen und Mißerfolgen die beruflichen Entscheidungen und die Wertorientierungen der Jugendlichen durch einen häufig wechselnden und nahezu inflationistischen Markt der Werte ausgesetzt sind.

Generell haben es Mädchen im Vergleich zu Jungen schwerer, sich bei der heutigen Vielseitigkeit der Frauenrolle mit ihrer neuen Geschlechtsrolle zu identifizieren und dabei Autonomie, Selbstbewußtsein und Identität zu entwickeln. Beim Übergang von der Kindheit zur Pubertät ist der Bruch durch eine nun einsetzende Intensivierung der Geschlechtsrolle bei dem Mädchen ungleich größer als bei den Jungen. So besagt die Geschlechtsrollen-Intensivierungshypothese, daß Eltern mit Einsetzen der Pubertät vermehrt Anforderungen an die Mädchen stellen, sich nun wie ein Mädchen auch zu benehmen und nicht mehr bereit sind, die bislang tolerierte Burschikosität oder Jungehaftigkeit sowie andere Rollenabweichungen ihrer Töchter zu tolerieren (HILL u. LYNCH, 1983).

Dadurch werden eine nicht geringe Anzahl von Mädchen verunsichert. Untersuchungen haben gezeigt, daß sich in der Phase der frühen Adoleszenz bereits erhebliche Geschlechtsunterschiede herausbilden, die in der folgenden tabellarischen Übersicht wiedergegeben werden:

Empirische Daten für die
Geschlechtsrollen - Intensivierungs - Hypothese

	<u>MÄDCHEN</u>	<u>JUNGEN</u>
Ängste	häufiger	weniger
Selbstbewußtsein	fallend	steigend
Leistung	bessere Sprachleistung	bessere Raumgliederung
Risiko	wenig bevorzugt	eher bevorzugt
Anpassung	besser	geringer
Selbstkonzept	stärker gestört	weniger gestört
Einstellung zur Geschlechtsrolle	negativ	positiv
Selbsteinschätzung	negativ	positiv
Soziale Beziehungen	ausgeprägter	unverbindlicher
Aktivität	mehr konven- tionell	eher unkonven- tionell
Aggression	geringer	stärker
Elternerziehung	mehr konven- tions- und traditions- orientiert	freier, erfolgs- orientiert, individualisti- scher

Wichtig ist aus dieser Übersicht vor allem, daß neben der größeren Unsicherheit und Ängstlichkeit die Mädchen eine größere Unterbrechung ihres bisherigen Selbstkonzeptes erfahren als Jungen, wodurch wiederum ein Ansatzpunkt gegeben ist, der die Entwicklung einer Anorexia nervosa erklären kann. Zweifellos geben eine Vielzahl von Patientinnen an, daß sie sich in ihrer Kindheit glücklich fühlen konnten, weil sie da wie Jungen herumtobten und sich nun einfach nicht in die neue Rolle des Mädchens hineinfinden konnten.

5.1.5. Zusammenfassende Beurteilung der Pubertät als möglicher Auslösefaktor für die Entwicklung des Krankheitsbildes der Anorexia nervosa.

Die Akzeleration, die Verfrühung sexueller Aktivitäten, ein heute geltendes und oft nicht erreichbares Schlankheitsideal, der stärkere Eingriff der Pubertät in die bisherige Rollengestaltung, die ungenügende Vorbereitung des Mädchens auf die Annahme ihrer Geschlechtsrolle, all das sind Faktoren, die als Auslöser für eine Anorexia nervosa in Frage kommen und bestätigen die These J.E.MEYERs, daß die Anorexia nervosa ^{als} eine Pubertätskrise ohne neurotische Vorentwicklung gewertet werden kann. Beachtet man jedoch, daß die überwiegende Zahl der Mädchen, die diese Phase durch gute und schrittweise verlaufende Adaptation - gelegentliche Irritationen sollten nicht überbewertet werden - meistern, so ist diese These nicht zu generalisieren. Vielmehr ist anzumerken, daß die anorektischen Mädchen in der Ich-Entwicklung starke Retardierungen und Regressionstendenzen aufweisen. Bei vielen weist die große Diskrepanz zwischen kognitiver und emotional-sozialer Entwicklung auf eine erhebliche Asynchronie hin, die Unsicherheiten, Ängste und Selbstzweifel hervorrufen. Aus der Erfahrung im Umgang mit anorektischen Patientinnen ist abzuleiten, daß sie 1. selten angemessen auf die Pubertät vorbereitet werden, 2. in ihrer

Ich-Entwicklung gestört sind, 3. Störungen in der Wahrnehmung und Einschätzung ihres Körperbildes haben, 4. häufig mit der Pubertät eine weitgehende und oft abrupte Umorientierung in ihrer bisherigen Rollenauffassung erfahren und 5. sich vor jeglicher sexuellen Aktivität, ja selbst vor Gedanken daran scheuen, weil sie selbst bei ihren Eltern kaum Zärtlichkeiten wahrnahmen und eher von einer negativen Einstellung dazu durch diese erfuhren.

Das scheinbar eifrig beflissene und artige Kind hat sich bis zur Selbstaufgabe konform gehalten, die Augen vor der künftigen Rolle verschlossen und muß die Pubertät nun zwangsläufig als Krisensituation erfahren und sucht durch Nichtessen die Kindheit zu erzwingen, ohne zu bemerken, daß dies nur in eine Sackgasse führt. Bei einer die Gesamtentwicklung begünstigenden Erziehung bleiben derartige Krisen in der Regel aus oder verlaufen in milderer und angemessener Form.

5.2. Pathogene Faktoren in der Persönlichkeit der Patientinnen mit Anorexia nervosa

Die Frage, in welchem Maße und ob überhaupt konstitutionelle oder bestimmte psychische Merkmale zur Entwicklung einer Anorexia nervosa disponieren, ist vielfältig diskutiert worden (BEMIS, 1978; GARNER, 1980; STROBER, 1980; MESTER, 1981; SLADE, 1982). Die Frage nach konstitutionellen Merkmalen ist legitim, da die Krankheit sich im wesentlichen auf Frauen zentriert. PUDEL (1976) und DIEHL (1978) weisen darauf hin, daß Frauen unter Streßbedingungen eher mit Änderungen im Eßverhalten im Sinne von Hypophagie bzw. Hyperphagie reagieren, wobei milder Streß eher eine Hyperphagie und starker Streß eher eine Hypophagie auslöst. Neben dieser Tatsache zeigt es sich, daß das Risiko, daß ein Geschwister ebenfalls eine Anorexie entwickelt, mit einer Inzidenzrate von 5% höher liegt als in der Gesamtbevölkerung. Dies kann jedoch, wie noch auszuführen sein wird, ebenso mit der pathogen wirkenden familiären Situation zusammenhängen. Untersuchungen an Zwillingen (HOFMANN u. KIND, 1979; HALMI u. BRODLAND, 1973; CRISP, 1966 und WIENER, 1976) geben bisher keine eindeutigen Hinweise. Diskordanzen und Konkordanzen treten nahezu gleich häufig auf. Wir fanden bei einem eineiigen Zwillingpaar in unserer Population eine Diskordanz für Anorexia nervosa. Nach einer persönlichen Mitteilung von RUSSEL (1983 in Göttingen) sprechen Ergebnisse einer neuen großen Studie für das Vorliegen von Konkordanz. Die Vorlage dieser Studie muß abgewartet werden. Auch hier sind die familiären Bedingungsfaktoren nicht wegzurationalisieren.

Schwierig wird es sein, die genauen Zusammenhänge nachzuweisen, da das Appetits- und Sättigungsgefühl nach LEITZMANN (1981) in ein komplexes biochemisches Regulationsgefüge integriert ist. Die biologische Steuerung wird im Hypothalamusbereich geregelt und besteht aus einem

vernetzten metabolischen System, an dem sich als Sensoren und Vermittler des Energiestatus 1. Neurotransmitter, 2. Hormone, 3. Nukleotide, 4. die Orosensorik, 5. der Verdauungstrakt mit seinen Hormonen und Chemorezeptoren und 6. Osmorezeptoren beteiligt sind. Allerdings ist es bis heute nicht gelungen, den Hunger- und Sättigungsgrad beim Menschen auf der Basis biochemischer Parameter zu qualifizieren. Dies bedingt die Schwierigkeit in der Beurteilung konstitutioneller Variablen in ihrem Beitrag zur Entwicklung der Anorexia nervosa.

Unter den von amerikanischen und englischen Autoren beschriebenen Persönlichkeitsmerkmalen nehmen die Introversion, Ängstlichkeit und Zwanghaftigkeit und Depressivität sowie die phobische Ängstlichkeit, erhoben mit verschiedenen Testverfahren, bei der Beschreibung anorektischer Patienten einen wesentlichen Platz ein (BEUMONT, 1977; BEN-TOVIM et al., 1979; HSU u. CRISP, 1980; STROBER, 1980; CRISP u. BHAT, 1982; SOLYOM et al., 1982). Wir haben in unseren Untersuchungen ebenfalls Introvertiertheit häufig gefunden. Hinzu kam geringe Streßbelastbarkeit, hoher Leistungsehrgeiz, hohe Elternabhängigkeit, Gehemmtheit und Gespanntheit sowie eine polare Verteilung in der Maskulinitätsskala des FPI in Richtung "typisch männlich" bzw. "typisch weiblich" (GUTEZEIT, 1981). Bei der Beurteilung psychischer Merkmale ist es schwer, ihre Unabhängigkeit von den Umgebungsbedingungen zu bestimmen. Es ist also die Frage, ob es sich um konstitutionelle, also primäre Persönlichkeitsmerkmale oder um abhängige sekundäre Persönlichkeitsmerkmale handelt. Der Grad der Beeinflussbarkeit dieser Merkmale durch die Therapie ist hier ein möglicher Gradmesser. Die Intro- Extraversion dürfte am ehesten noch eine konstitutionell abhängige Dimension sein. Die Veränderungen im Bereich der Depressivität und der Zwanghaftigkeit durch therapeutische Prozesse stellen den primären Charakter dieser Merkmale und Dimensionen bereits in Frage.

In den Fragebögen, die zur Erhebung dieser Merkmale benutzt wurden, drückt sich schließlich nicht nur aus, wie der Klient ist, sondern ebenso häufig, wie er sich sieht oder sehen will. Dies hilft dem Therapeuten ebenfalls, weil es ihm signalisiert, ob der Patient ein realistisches oder unrealistisches Bild von sich hat und er seine Therapie entsprechend ausrichten kann. Diese Aufsplitterung weist jedoch darauf hin, daß es aufgrund solcher Untersuchungen nicht leicht ist festzustellen, ob man nun das Selbstbild des Patienten erhoben hat oder dessen Eigenschaften. Von daher ist eine wissenschaftliche Beurteilung der durch Testverfahren erhobenen Befunde von vornherein problematisch. Jedenfalls ist es wichtig, diese Aspekte bei der Beurteilung im Auge zu behalten. Klinische Verhaltensbeobachtungen bestätigen jedoch die Zwanghaftigkeit, Introvertiertheit, Unselbständigkeit, den Leistungsehrgeiz und die phobische Angst vor dem Essen und der Gewichtszunahme (MEYER, 1976; BRUCH, 1979; CRISP, 1980; SCHÜTZE, 1980; GARNER, 1981; MESTER, 1981). Diese Merkmale sind als Hauptmerkmale zu kennzeichnen, die innerhalb der Kerngruppe magersüchtiger Patienten immer wieder anzutreffen sind.

5.3. Die Bedeutung der Familie als Einflußgröße bei der Erkrankung an Anorexia nervosa

Schon LASEGUES (1973) (zit.n. SELVINI-PALAZZOLI, 1981, S.20) stellte fest: "Die Patientin und ihre Familie bilden ein eng verknüpftes Ganzes, und wir erhalten ein falsches Bild der Krankheit, wenn wir unsere Beobachtungen auf die Patientinnen beschränken".

Damit wird sehr früh auf die Zusammenhänge zwischen Anorexia nervosa und die Familienbeziehungen bzw. Familienstruktur hingewiesen. In Fallberichten wurde immer wieder die enge Mutter-Kind-Beziehung, das Zurücktreten des Vaters, die Enge und Starrheit der Familienideologie und des Familiensystems hervorgehoben. Ebenso wurde auf eine besondere Technik in der Konfliktverdrängung hingewiesen und eine Verschwörung zu gegenseitiger Opferbereitschaft bei gleichzeitig mangelhafter Abgrenzung beschrieben.

Im allgemeinen wird erkannt, daß magersüchtige Patientinnen eher aus wohlhabenden Familien kommen, für die Leistungs-, Erfolgs- und Besitzorientierung von essentieller Bedeutung ist. Obwohl diese Zusammenhänge erkannt waren, konzentrierte sich die Therapie - bei dem oft erschreckend klinischen Bild verständlich - in der Regel auf die Patientin. Erst in den letzten beiden vergangenen Jahrzehnten wurde über familientherapeutische Behandlungsansätze bei Anorexia nervosa berichtet (MINUCHIN et al., 1974; BUDDEBERG u. BUDDEBERG, 1980; SELVINI-PALAZZOLI, 1982 u. WIRSCHING u. STIERLIN, 1982). Seither ist die Familie wieder mehr in den Vordergrund wissenschaftlicher Untersuchungen gerückt.

5.3.1. Die sozio-ökonomische Situation der Familien magersüchtiger Patientinnen

Wie voraus erwähnt, wird in vielen Untersuchungen auf die Tatsache hingewiesen, daß magersüchtige Patientinnen über-

wiegend aus Familien höherer Schichten entstammen, obwohl in letzter Zeit beobachtet wird, daß dieses Krankheitsbild in Unterschichten ebenfalls häufiger auftritt. Damit muß bei der Erhöhung der Inzidenzrate in den letzten 20 Jahren um das Dreifache allerdings gerechnet werden. CRISP (1980) betont, daß insbesondere in Mittelschichtsfamilien mit ihren eher rigiden Strukturen ein Anstieg von Anorexia-nervosa-Fällen zu verzeichnen ist. Dies steht im Gegensatz zu den bisherigen Beobachtungen über psychosomatische Erkrankungen, deren Auftreten eher in unteren Sozialschichten beobachtet wurde, während Charakterneurosen eher in Oberschichten zu finden waren (CRISP u. PRIEST, 1970). Nach den Befunden von MESTER (1981) korreliert die Anorexia nervosa positiv mit mittleren und höheren Einkommensverhältnissen und Bildungsgraden. Durch die folgende Tabelle aus MESTER, 1981, S. 153, wird dieser Zusammenhang für die Sozialschichtzugehörigkeit belegt.

Tabelle 5: Sozialschichtzugehörigkeit der Herkunftsfamilien von Magersuchtspatientinnen (Kollektiv Münster)

Sozialschicht	1	2	3	4	5	≧
Summe	12	34	91	25	14	176

HALL (1978) und WALLIS (1980) kamen zu ähnlichen Ergebnissen, und eine Auswertung der von uns bisher betreuten 63 Patientinnen, von denen bei 60 eindeutige Angaben zum Beruf und zum Bildungsstand der Eltern vorliegen, bestätigen diese Befunde.

Tabelle 6: Sozialschichtenzugehörigkeit der Herkunftsfamilien von Magersuchtpatientinnen (Stichprobe Universitäts-Kinderklinik Kiel, n=60 1975-1983)

	Oberschicht	Mittelschicht	Unterschicht	n
absolut	18	37	5	60
%	30,00	61,67	8,33	100

Die Einteilung der Schichten erfolgte nach KLEINIG u. MOORE (1970), die von 6 Sozialschichten ausgehen. Wegen der Kleinheit der Stichprobe wurden die Schichten 1 u.2 zur Oberschicht, die Schichten 3 u.4 zur Mittelschicht und die Schichten 5 u.6 zur Unterschicht zusammengefaßt. Gleichzeitig wurde der Bildungsstand der Eltern, bezogen auf den Schulabschluß, nach Vätern und Müttern getrennt, erhoben. Die Verteilung wird in der folgenden Tabelle 7 dargestellt.

Tabelle 7: Verteilung der Schulabschlüsse von Eltern anorektischer Patientinnen, getrennt nach Vätern und Müttern (n=60)

	VÄTER				MÜTTER			
	Gymnasium	Realschule	Hauptschule	ohne Absch.	Gymnasium	Realschule	Hauptschule	ohne Absch.
absol.	22	23	14	1	12	18	28	2
%	36,67	38,33	23,33	1,67	20,00	30,00	46,67	3,33

Aus dieser Verteilung ist ersichtlich, daß der Bildungsstand der Eltern im Vergleich zum Gesamtbildungsstand der Bevölkerung ebenfalls erhöht ist. Betrachtet man zusätzlich die Verteilung im Schulbesuch bei den Töchtern (Tabelle 8), so wird ersichtlich, daß die Patientinnen selbst im hohen

Grade die Tendenz besitzen, einen über das Niveau der Eltern hinausgehenden Beruf anzustreben (MESTER, 1981; STIERLIN, 1974).

Tabelle 8: Verteilung des Schulbesuchs der anorektischen Patientinnen (Kieler Stichprobe n=63)

	Gymnasium	Realschule	Hauptschule	Σ
absolut	39	14	10	63
%	61,9	22,2	16,9	100

Zusammenfassend ist festzuhalten, daß anorektische Patientinnen überwiegend aus Familien mit besseren Einkommensverhältnissen stammen und ebenso der Bildungsstand dieser Familien, gemessen an den Schulabschlüssen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung, hoch ist. Gemäß dem Leistungsethos in diesen Familien versuchen die Töchter, höhere Bildungsziele als die Eltern zu erreichen.

5.3.2. Die äußere Struktur der Magersüchtigen-Familie

Die Bemühungen, aus der Familienstruktur gesicherte Hinweise auf die pathogen wirksamen Besonderheiten quantitativ zu erfassen, führten nach MESTER (1981) zu wenig eindrucksvollen Resultaten. THOMÄ (1961) beobachtete noch eine "geringe" mittlere Kinderzahl von 3,0. Nach dem Kollektiv aus Münster betrug die durchschnittliche Kinderzahl 2,98 (MESTER, 1981). GENSICKE (1976) hatte eine durchschnittliche Kinderzahl von 2,57, BRUCH (1974) eine von 2,93 und DALLY (1969) eine Durchschnittszahl von 2,81 ermittelt. Es wird jedoch nicht angegeben, wie hoch die Kinderzahl zum jeweiligen Zeitraum in der Bevölkerung war. In unserem heutigen Kollektiv stammen viele Patientinnen noch aus der Zeit des Babybooms, der bis gegen Ende der 60iger Jahre andauerte. In unseren 63 Herkunftsfamilien der magersüchtigen Patientinnen

lebten im Mittel 2,53 Kinder pro Familie. Die von uns von 1975-1983 behandelten Patientinnen verteilten sich auf die Geburtsjahrgänge von 1958-1970 und somit sind diese Werte nicht unbedingt repräsentativ.

Wichtiger ist es, die Geschlechterproportion zu erfassen, ohne die 11 Patientinnen in der Einzelkindsituation zu berücksichtigen. Demnach stehen 107 Mädchen 41 Jungen gegenüber. Die Geschlechterproportion beträgt demzufolge 2,61.

In den 51 Familien mit Geschwistern ergab sich im Vergleich zu der Stichprobe in Münster folgendes Bild.

Tabelle 9: Häufigkeitsverhältnis zwischen den Herkunftsfamilien von magersüchtigen Patientinnen mit mehr Töchtern als Söhnen (A), ausgeglichener Geschlechterproportion (B) und Überwiegen von Söhnen (C).

		A	B	C	Σ
Münster	n	131	55	19	205
	%	63,9	26,8	9,3	100
Kiel	n	28	20	3	51
	%	54,9	39,2	5,9	100

Der Trend zu überwiegend mehr Schwestern in den Herkunftsfamilien wird durch unsere Daten bestätigt. Ein Überwiegen von Brüdern kommt selten vor und ist nur bei zwei kleineren Stichproben in der Literatur festzustellen (GENSICKE, 1976 und WARREN 1960). In größeren Stichproben überwiegen jeweils die Schwestern (BRUCH, 1974; THEANDER, 1970 und DALLY, 1969). MEWES (1976) weist darauf hin, daß Brüder in den Vorgeschichten Magersüchtiger nur eine geringe Rolle spielen. Es hat eher den Anschein, als wenn Brüder bei nicht allzu großem Altersabstand eine krankheitsabwehrende Funktion haben.

MESTER (1981) nimmt an, daß der Bruder bei dem oft schwachen Identifikationsobjekt Vater in eine Stellvertreterrolle springen kann, wodurch die emotionale Reifung des Mädchens gewahrt bleibt und Störungen kompensiert sind.

Aus der Geschwisterstellung konnten nach den bisherigen Befunden keine besonderen Hinweise gewonnen werden, die von pathogenetischer Bedeutung für die Anorexia nervosa sind. Zwei Beobachtungen scheinen hingegen wichtig. Einmal wird festgestellt, daß die Magersüchtigen in einem relativ fortgeschrittenen Alter der Mütter zur Welt kamen (DALLY, 1969), und zum anderen fällt ein relativ hoher Altersabstand zwischen den Eltern auf (DALLY, 1969 u. MESTER, 1981). DALLY (1969) vermutet, daß das relativ hohe Entbindungsalter der Mütter auf ihre sexuelle Gehemmtheit zurückzuführen sei. MESTER (1981) wertet den Altersabstand zwischen den Eltern als Zeichen einer neurotischen Partnerwahl der Mutter und sodann als Faktor, der zur Enttäuschung der Mutter über den vorzeitig gealterten Mann und somit zur "emotionalen" Scheidung der Eheleute beitrug. Wahrscheinlich gilt dies jedoch in beiden Richtungen, da in unserem Kollektiv sich auch jüngere Männer von älteren Frauen enttäuscht abwandten. GENSICKE (1976) berichtete so z.B., daß in knapp einem Fünftel der Fälle die Väter jünger als die Mütter waren. Daß die Mütter magersüchtiger Patientinnen in ihrer Sexualität gehemmt sind oder bei Einstieg in der Ehe waren, wird aus der Bemerkung einer Mutter "ich habe bis zur Entbindung meiner drei Töchter vom ehelichen Verkehr vor lauter Angst nichts gehabt" deutlich.

HALMI et al. (1978) gingen der Frage nach, ob bei den Eltern zur Zeit der Krankheit des Kindes besondere Gewichtsabweichungen festzustellen waren und untersuchten je 30 Eltern von anorektischen Patientinnen und 30 Eltern von gesunden Kindern. Die beiden Gruppen wurden nach dem sozioökonomischen Status parallelisiert. Eine Kovarianzanalyse führte zu dem Ergebnis, daß keine Gewichtsunterschiede

zwischen den Patienten-Eltern und Kontrollgruppen-Eltern bestanden, obwohl signifikante Beziehungen zwischen dem Bildungsstand und dem Gewicht gefunden wurden.

Alles in allem geben die bisherigen Befunde, von wenigen Ausnahmen abgesehen, keine entscheidenden Hinweise auf die pathogenetische Bedeutung der äußeren Familienstruktur für die Entwicklung der Anorexia nervosa.

5.3.3. Pathogenetische Einflüsse der Familiendynamik

Unter Familiendynamik werden die Interaktionsprozesse im Gesamtgefüge Familie verstanden. Bei der Anorexia nervosa wurde immer wieder auf die besonderen Beziehungen zwischen Mutter und Tochter, auf eine gestörte Beziehung zum emotional nicht vorhandenen Vater und auf ein gespanntes Verhältnis der Eltern untereinander hingewiesen. Insgesamt zeichnet sich die Familie durch Starre, Abschottung gegen die Außenwelt, Leistungsehrgeiz, Bescheidenheitsideologie und die Bereitschaft zum gegenseitigen Opfer aus (SELVINI-PALAZZOLI, 1982; BRUCH, 1973; CRISP, 1982; SCHÜTZE, 1980; MESTER, 1981; BABA, 1978). Im folgenden sollen die Beziehungen innerhalb der Familie und ihre angenommene pathogenetische Bedeutung für die Entstehung der Anorexia nervosa einer kritischen Betrachtung unterzogen werden.

5.3.3.1. Die Beziehungen zwischen Mutter und anorektischer Patientin

Die Suche nach spezifischen Besonderheiten in den Beziehungen einzelner Familienmitglieder ist vor allem eine Eigenart psychodynamischer Theorien. Das Bild der Mutter anorektischer Patientinnen wird in vielen Beschreibungen als überprotektiv und dominant gezeichnet (BABA, 1978; FRIEDERICH, 1978). Die oft aggressive Dominanz der Mütter führt BABA (1978) auf die Doppelrolle der Mutter zurück, die diese ob

des schwachen Vaters spielen muß. Die Mutter ist dadurch oft gezwungen, ihre Mütterlichkeit aufzugeben und wird zur beherrschenden nörgelnden Person.

BRUCH (1973, 1981) beschreibt das dominierende Verhalten der Mutter bei anorektischen Patientinnen dahingehend, daß diese sich von Anbeginn an über die Bedürfnisse und physischen Zustände des Kindes hinwegsetzt, indem sie vorschreibt, ob das Kind hungrig, durstig oder müde ist, friert oder nicht friert. Dieses Verhalten schlägt sich ebenso in der Mißstimmung verleugnenden, optimistischen Interpretation der Gefühle des Kindes nieder, das zum Glücklichsein überredet wird. Ein solches Verhalten führt bei Kindern zur Entlegitimisierung in der Zuständigkeit für die eigenen physischen und psychischen Empfindungen, Gefühle und Bedürfnisse. Es fühlt sich verpflichtet, die ihm auferlegten inneren Zustände zu akzeptieren und wird daher unfähig, ein differenziertes Körperschema, Kompetenzgefühl und Autonomie zu entwickeln. Erst in der Pubertät, die viele neue Anforderungen an das Kind stellt, wird sich das Kind dieses Mangels bewußt und spürt seine Unfähigkeit, diesen neuen Entwicklungsschritt zu gehen. Als Reaktion findet sich dann eine erhöhte Kontrolle des Eßverhaltens und ebenso erste Selbstbestimmungsversuche auf diesem Feld. Die Mütter anorektischer Mädchen beschreibt BRUCH als leistungsbezogene Frauen oder Karrierefrauen, die in ihren Zielsetzungen frustriert wurden und ihr Konzept von Mutterschaft vollbewußt ausleben. SCHÜTZE (1980) betont mehr die enge Mutterfixierung des Kindes, das in seinen sozialen Beziehungen nur duale Konzepte realisieren kann und vor Dreiecksbeziehungen zurückschreckt. Die Triangulation in den Beziehungen wird daher unter anderem als wesentliches Therapieziel angestrebt.

STROBER (1982) differenziert auf der Basis diagnostischer Untersuchungen zwischen den Müttern von Patientinnen, die nur hungern und solchen, die auch Heißhungeranfälle zeigen. Er findet, daß die Mütter der letzten Gruppe höhere Werte

in der Depressivität, in feindseligen Haltungen und im Unbefriedigtsein in den Familienbeziehungen bei Tests erhalten. Dies spricht gegen eine Generalisierung der engen Mutter-Kind-Beziehungen als auslösender Faktor für eine Anorexia nervosa, zumal solche Beziehungen heute für nahezu alle Entwicklungsstörungen verantwortlich gemacht werden. Überlegungen sollten dahingehend angestellt werden, ob die "engen" Beziehungen der Mutter zum Kind nicht Surrogatbeziehungen aus Enttäuschung über den Mann sind. Der Rückzug der Mutter vom Vater führt oft zur Aufsplitterung der Familie und begünstigt Komplottbildungen. Frustrierte Mütter können ebenso im Sinne der Delegation in der Tochter ihre Zielsetzungen verwirklichen wollen und hemmen somit deren Eigenentwicklung. Dies dürfte besonders dann der Fall sein, wenn die dispositionellen Anlagen des Kindes mit den Ambitionen der Mutter in keinem Fall übereinstimmen. CRISP (1982) bestreitet bei den bestehenden Widersprüchlichkeiten, die auf einen Mangel an systematischen Untersuchungen zurückzuführen sind, daß der Mutter-Kind-Beziehung jene entscheidende Rolle in der Pathogenese zukommt, wie dies vor allem in den Fallbeschreibungen immer wieder herausgestellt wird.

5.3.3.2. Die Vater-Tochter-Beziehungen

Die Vater-Tochter-Beziehungen werden in den psychodynamischen Theorien widersprüchlich gesehen. Zum einen wird der Vater als schwach oder nicht anwesend dargestellt (BABA, 1978; BEMIS, 1978; FICHTER u. WÜSCHNER-STOCKHEIM, 1979) und andererseits wird er als attraktiver, toller Bursche beschrieben, der allerdings viel aushäusig ist und bei Anwesenheit in der Familie präsidiert (HEXT u. MURCHLAND, 1972). In den letzten Jahren mehren sich Untersuchungen, die auf eine ödipale Fixierung der Tochter auf den Vater hinweisen (BECKER, 1980; DEEGENER, 1982). Nach JEAMMET et al. (1973) (zitiert nach BECKER, 1980, S. 569) lassen sich die Väter anorektischer Patientinnen in 6 Gruppen einteilen:

- Gruppe 1: Die (durch Scheidung oder Tod) abwesenden Väter;
- Gruppe 2: die farblosen Väter, die in der Familie und im Interview kaum in Erscheinung treten;
- Gruppe 3: die Väter in einer gegen-ödipalen Position, die eine deutlich erotisch gefärbte Beziehung zu ihrer Tochter unterhalten;
- Gruppe 4: die mütterlichen Väter, bei denen eine ebenfalls vorhandene gegen-ödipale Beziehung durch eine vorwiegend weibliche Identifikation der Väter bestimmt ist;
- Gruppe 5: die Väter mit schweren Charakterstörungen (hierzu rechnen z.B. schwerer Alkoholismus) und
- Gruppe 6: Väter mit psychotischer Struktur.

Diese Übersicht allein weist darauf hin, daß die Vater-Tochter-Beziehungen zwar gestört sind, aber keine spezifische Störung vorliegt, die von pathogenetischer Bedeutung für die Entstehung der Anorexia nervosa ist. Dies geht auch aus unserem Klientel hervor, in dem die Abwesenheit des Vaters, Alkoholismus, Sadismus, Zwanghaftigkeit im Charakter, emotionale Zurückgezogenheit mit starker Introvertiertheit und gegen-ödipale Beziehungen gleichermaßen beobachtet werden.

Es ist zweifellos so, daß aus der Persönlichkeit der Väter und der Mütter sich zwischen den Eltern Beziehungsverhältnisse in den Familien entwickeln, die vor allem darauf gerichtet sind, diese Störung nicht akut werden zu lassen und sie vor der Außenwelt zu verbergen, der eher das Bild einer intakten Familie geliefert wird. Solche Störungen werden nach CRISP et al. (1974) häufig erst offenkundig, wenn die Töchter auf dem Wege der Gesundung sind. Sie fanden, daß Väter, die vorher schon hohe Werte in der Zwanghaftigkeit hatten, mit der Gesundung der Töchter zusätzlich hohe Werte in den Depressivitäts- und Angstskalen erreichten. Insgesamt zeigt es sich, daß aus der isolierten Betrachtung der Vater-Tochter-Beziehung ebenso wie der Mutter-Tochter-Beziehung keine gesicherten Schlüsse für die Entstehungsbedingungen der Anorexie zu ziehen sind.

5.3.3.3. Die Beziehungen der Eltern zueinander und ihr Einfluß auf die Pathogenese der Anorexia nervosa

Obwohl der oberflächliche Betrachter dem Eindruck erliegt, daß die Beziehungen von Eltern anorektischer Patientinnen in Ordnung sind, zeigt eine genauere Analyse des Verhältnisses der Eltern zueinander, daß diese selten eine reife emotionale Beziehung verband (SELVINI-PALAZZOLI, 1982). Diese Bemerkungen von SELVINI-PALAZZOLI werden heute weitgehend geteilt. Zwar werden alle konventionellen gesellschaftlichen Normen von den Eltern beachtet, jedoch treffen wir immer wieder auf erhebliche Spannungszustände, die mit dem Zustand "emotionale Scheidung" klassisch umschrieben sind. Im Verhalten der Eltern finden sich oft Zeichen latenter Aggression, die sich im verhaltenen, aber ausgedehnten Streit um Nichtigkeiten und in schlechter Laune äußern. Die Beziehungen sind häufig so gestaltet, daß die Mutter versucht, den Vater auszuschalten, indem sie ihn heimlich oder offen herabsetzt. Dabei wird in der Selbstbehauptung gegen den Vater regelhaft die Unter-

stützung der Kinder gesucht, indem sich die Mutter in die Opferrolle zurückzieht. Im gleichen Sinne sieht BABA (1978) die Beziehungen zwischen den Eltern. Andererseits finden wir ebenso totale Unterordnung der Mutter unter einen von ihr nicht akzeptierten Mann, die dann später zu Selbstverwirklichungsreaktionen seitens der Mutter führen und in der Familie, vor allem aber beim Mann, auf Widerstand stoßen. Hier kommt es zum Vater-Tochter-Bündnis, und über die Anorexia nervosa der Tochter wird die Mutter an ihre "Pflichten" gemahnt. Viele der Mütter sind unglücklich und enttäuscht von ihren ehelichen Beziehungen und haben diese zum Gatten eingestellt. Oftmals belasten dominante Großmütter das Verhältnis zwischen den Eltern, indem sie die Beziehungen ihres Sohnes oder ihrer Tochter zu ihrem Ehepartner durch eine ständig kritisierende Intervention nicht gedeihen lassen (WIRSCHING u. STIERLIN, 1982).

Diese Beziehungsstörungen zwischen den Eltern sind zum einen für die Töchter beängstigend und schaffen andererseits aber Komplottsituationen, die dazu führen, daß die Mutter die Tochter überprotektiv bewacht, gegen den Vater abschirmt, deren Ich-Entwicklung und Identitätsmöglichkeiten behindert und die Tochter gleichzeitig mit ihren eigenen emotionalen Problemen überbürdet. Unter diesen belastenden Elternbeziehungen geraten die Kinder zu leicht in die Rolle eines Partnersubstituts (FRIEDRICH, 1981).

Die zum Teil widersprüchlichen Aussagen über die Beziehungen der Eltern zueinander lassen sich jedoch dahingehend auf einen Nenner bringen, daß keine gleichrangigen partnerschaftlichen Beziehungen in der Ehe aufgrund der eigenen Unreife aufgebaut werden können. Diese Beziehungen münden immer in ein ausgesprochenes Dominanz-Subdominanz-Verhältnis zwischen den Ehepartnern, das ein Familienklima und Erziehungsbedingungen schafft, die ein Heranreifen des Kindes und dessen Ich-Entwicklung nicht gewährleisten. Zudem werden unter solchen Bedingungen nicht die Abgrenzungen des einzelnen beachtet

und so entstehen ständig neue unaustragbare Konfliktsituationen. Die Familie gerät in einen Zustand nicht mehr lösbarer Verstrickungen (MINUCHIN et al., 1974).

5.3.3.4. Die pathogenen Einflüsse der Familieninteraktion auf die Entwicklung der Anorexia nervosa

Aus psychodynamischer Sicht resultieren aus den gestörten Mutter-Tochter-Beziehungen bzw. Vater-Tochter-Beziehungen gleichfalls Störungen, die das Gesamtsystem Familie derart beeinflussen, daß alle Familieninteraktionen davon mehr oder weniger betroffen sind (MESTER, 1981). Eine isolierte Betrachtung solcher Beziehungsstörungen, die sich in der Regel aus dem gestörten Verhältnis zwischen den Eltern herleiten lassen, trägt demzufolge nicht allzuviel zur Erkennung der pathogenen Interaktionsmuster in der Familie bei. Hier soll im folgenden auf zwei theoretische Ansätze eingegangen werden, die sich von der Psychodynamik einerseits und der Systemtheorie andererseits ableiten.

FRIEDERICH (1981) hat in einer Untersuchung an 33 Familien den Ansatz von STIERLIN (1974) über die Beziehungsmodalitäten in den Familien mit den rollentheoretischen Überlegungen von RICHTER (1970) verknüpft und versucht, die Familien anorektischer Patientinnen diesem kombinierten System zuzuordnen. Die drei von STIERLIN unterschiedenen Beziehungsmodalitäten sind:

1. die Bindungsmodi,
2. die Delegationsmodi und
3. die Ausstoßungsmodi.

Bindungsmodus bedeutet in der elterlichen Interaktion das Festhalten der Kinder im Familiensystem.

Der Delegationsmodus gestattet zwar das Entfernen des Kindes aus dem elterlichen Gesichtskreis, aber dies nur unter der Bedingung der Loyalität. Als Delegierte der Eltern haben sie Aufträge zu realisieren, die sie in verschiedene Konflikte

verwickeln.

Der Ausstoßungsmodus umschreibt die Vernachlässigung und Zurückweisung der Kinder durch die Eltern. Kinder werden von den Eltern als Hindernis und Belastung bei der Durchsetzung eigener Ziele empfunden.

FRIEDERICH fügt einen Ignoranzmodus als Variante des Ausstoßungsmodus hinzu, womit gemeint ist, daß in den Familien eines der Kinder oft links liegen gelassen wird. Gleichgültigkeit gegenüber diesem Kind kennzeichnet diese Modalität.

Von RICHTER werden die Rollen des Partnersubstituts, des Abbildes des negativen Selbst, des idealen Selbst und des Bundesgenossen übernommen.

In der Rolle des Partnersubstituts hat das Kind das häufig unbewußte Verlangen zu erfüllen, frühere Partnerenttäuschung kompensierend wettzumachen. In der Rolle des Abbildes wird das Kind in die Rolle der eigenen unbewußten Wünsche der Mutter gedrängt. Muß die Rolle des idealen Selbst vom Jugendlichen übernommen werden, haben sie gescheiterte Wünsche der Mutter zu realisieren (z.B. das Schlankkeitsideal der Mütter), während in der Rolle des negativen Selbst der Jugendliche in die Rolle des Sündenbocks gedrängt wird. Bei Anorexia nervosa Familien heißt das, daß das Kind den schwachen Part der starken aktiven Mutter zu spielen hat, die so ihre "mütterliche Großartigkeit" der Umwelt durch die Sorge um das schwache Glied am besten zur Geltung bringen kann. Die Rolle des Bundesgenossen wird den Anorexia-nervosa-Patienten gern von ihren Vätern zugewiesen. Hinzu kommen die Strukturbilder der Familie, die RICHTER mit den Schlagwörtern "Sanatorium"= angstneurotische Familie, "Festung"= paranoide Familienstruktur und "Theaterfamilie"= hysterische Familienstruktur umreißt.

FRIEDRICH kommt in der Zuweisung seiner Familien anorektischer Patientinnen zu 5 Sanatoriums- und je 12 Festungs- und Theaterfamilien. Bei den Theaterfamilien spielen Delegationsmodi und Bindungsmodi ninein. Die letzteren sind ebenfalls bei den Festungsfamilien zu finden, wobei die Rolle

des idealen Selbst und des Partnersubstitus von den Patientinnen übernommen wird. Partnersubstitution findet sich gleichfalls in den Theaterfamilien. In vier Fällen fand sich eine Ignoranzmodalität und in drei Fällen eine Ausstoßungsmodalität. Eine derartige Klassifizierung ist oft zu spezifisch und dürfte für vorbeugende Maßnahmen sich kaum eignen, da sie erst aus dem therapeutischen Prozeßverlauf her getroffen werden kann. Der Autor bekennt schließlich, daß diese komplizierte Aufschlüsselung nur vom Psychotherapeuten selbst getroffen werden kann.

Im systemischen Modell nach MINUCHIN et al. (1974) und SELVINI-PALAZZOLI (1982) beeinflussen außerfamiliäre Belastungen die in der Regel rigide und starre Organisationsstrukturen und Funktionsweisen der Familien. Zu diesen außerfamiliären Belastungen gehören sozio-kulturelle Faktoren wie z.B. der Schlankheitskult, die freizügige Einstellung zur Sexualität, das Leben in gleichrangiger Partnerschaft, Rollenveränderungen für die Frau, berufliche Schwierigkeiten, unerfüllbare Zielsetzungen usw. Diese sozio-kulturelle Realität wird von den Herkunftsfamilien magersüchtiger Patientinnen abgelehnt und erzeugt große Unruhe in der Familie, die sich auf das vulnerable Kind - hier das ich-schwache, in der Pubertät stehende, jedoch darauf nicht vorbereitete Kind - überträgt. Diese Übertragung setzt über die psychische Abwehrreaktion physiologische, endokrine und biochemische Mittlermechanismen in Gang und bewirkt die Symptombildung beim betroffenen Familienglied. Diese wiederum beeinflusst die Organisations- und Funktionsweise der Familie dahingehend, daß eine symptomzentrierte Interaktion sich etabliert, die zwar die Unruhe etwas dämpft, jedoch durch ihre Rigidität keine Veränderung bewirkt, sondern eher einen circulus vitiosus zur Folge hat. In den Familien zeigt sich dabei eine fatale Tendenz bei den Eltern, für ihre Entscheidungen andere verantwortlich zu machen (SELVINI-PALAZZOLI, 1982). Gleichfalls kommt es häufig zur Ablehnung von Botschaften, das heißt,

die Familienmitglieder werden selten bestätigen, was ein anderes sagt und so einer Definition ihrer Beziehungen zueinander ausweichen. Es erfolgt keine Festlegung und somit ergibt sich kein Ansatz zu Veränderungen. Die systemorientierte Familienanalyse untersucht, wie die Familie kommuniziert, wie diese Kommunikationen eingeordnet werden, welche Führungsprobleme in der Familie existieren, das Problem von Bündnissen, das Problem der Schuldakzeptanz und Schuldablehnung bzw. -verschiebung und das Interaktionsmuster der Elternpersonen. Diese Art des unvoreingenommenen und vorurteilsfreien Herangehens an die Familienanalyse ist insofern vorteilhaft, weil sie nicht von vornherein spezifische Störungen in den Beziehungen einzelner Familienmitglieder annimmt. Sie dürfte daher den psychodynamischen Familienanalysen vorzuziehen sein. Beide Systeme haben jedoch eines gemeinsam: sie setzen ein äußerst komplexes Vorgehen voraus, wobei es schwierig sein wird, einzelne Variablen zu kontrollieren. Größere wissenschaftliche Untersuchungen mit kontrollierten Variablen stehen hier noch aus.

5.3.3.5. Zusammenfassende Beurteilung der pathogenen Bedeutung familiärer Einflüsse auf die Entwicklung der Anorexia nervosa

Die Berichte und Untersuchungen weisen darauf hin, daß eine isolierte Betrachtung von Mutter-Kind oder Vater-Kind-Beziehungen nicht genügt oder zu fallspezifisch ist, um die pathogenen Einflüsse zu erfassen. Diese Beziehungen sind von dem Verhältnis der Eltern zueinander abhängig.

Einige allgemeine Gesichtspunkte für die Herkunftsfamilien magersüchtiger Patienten lassen sich jedoch aufzeigen:

1. Die Herkunftsfamilien magersüchtiger Patienten haben eher mittlere und höhere Einkommensverhältnisse.
2. In den Herkunftsfamilien magersüchtiger Patienten gibt es eine deutliche Geschlechterproportion zugunsten der Mädchen.

3. Die Mutter-Kind-Beziehung in diesen Familien ist eher zu eng.
4. Die Vater-Kind-Beziehung ist entweder sehr schwach ausgeprägt und fehlt oder trägt ödipale Züge.
5. Das Verhältnis der Eltern ist oftmals emotional gestört und als abgekühlt zu bezeichnen. Es kann als ein Dominanz-Subdominanz-Verhältnis gekennzeichnet werden, das eine gleichrangige Partnerschaft nicht erlaubt.
6. Die Familien sind in ihrer Einstellung zur Sexualität gehemmt, oft bigott.
7. Die Familien erziehen eher nach traditionellen Mustern und schotten sich gegenüber Neuerungen stark ab.
8. In den Familien herrscht ein starker Leistungsehrgeiz bei gleichzeitig ausgeprägtem Besitzstreben und nach außen demonstrativer Bescheidenheit.
9. Die Interaktionsstruktur der Familie ist rigide und wird von zwanghaften Verhaltensmustern beherrscht.
10. In der Familie werden Konflikte nicht ausgetragen. Man redet eher aneinander vorbei.

5.4. Soziologische Bedingungsfaktoren der Pubertäts- magersucht

Die in den letzten Jahrzehnten beobachtete Annahme über einen Anstieg der Inzidenzrate wurde, wie voraus behandelt, durch Untersuchungen bestätigt. Dieser Anstieg um nahezu das Dreifache gegenüber früher ist nicht nur vor dem Hintergrund eines beschleunigten Verlaufes der Pubertät, gravierender Veränderungen in der Persönlichkeit oder anderen Erziehungshaltungen zu sehen. Es muß heute vielmehr daran gedacht werden, in welchem Umfang gesellschaftliche Veränderungen, hier vor allem eine sehr dynamisch verlaufende Entwicklung im Rollenverständnis der Frau, in den veränderten Verantwortungszuweisungen in der Familie durch die Emanzipationsbestrebungen, die Doppelrolle der Frau in Beruf und Familie mit erhöhtem Erfolgsdruck und ein in den letzten Jahrzehnten hochstilisiertes Schlankheitsideal, darauf Einfluß nehmen und die Vulnerabilitätsschwellen der Mädchen hierdurch gesenkt werden.

5.4.1. Das Körperbild der heutigen Frau

Es bedarf nicht der Extremorientierung an dem Twiggy-Phänomen um festzustellen, daß Frauen heute einem Schlankheitsideal zu entsprechen wünschen. Modezeitschriften, Frauenzeitschriften und Illustrierte wählen für ihre Topbilder Frauen aus, die einem Typ entsprechen, der eher untergewichtig als idealgewichtig ist. Daß dies nicht nur ein flüchtiger Eindruck ist, sondern sich tatsächlich so verhält, beweist eine Untersuchung von GARNER u. GARFINKEL (1982). Sie werteten die Faltblätter der Topgirls im Playboy während der letzten 20 Jahre und ebenso die Mädchen, die sich zur Wahl der Miß USA stellten, aus. Dabei konnten sie feststellen, daß die Topgirls und die zur Miß USA auserkorenen Mädchen kontinuierlich schlanker wurden. Die

Veränderungen betrafen vor allem die Brustweite (geringer), den Hüftumfang (geringer) und den Oberschenkelumfang (verringert). Geringer wurde ebenfalls das Verhältnis von der Taillenweite zur Hüftweite. Der Typus insgesamt entspricht mehr der sportlich-schlanken Frau, ohne Wespentaille und mit etwas breiteren Schultern. Alles in allem zeigt sich hier eine Annäherung an den Typus des Mannes. In den Frauenzeitschriften und Journalen fand sich ein Anstieg von Diätvorschriften um das Sechsfache. Diese Zunahme an Ratschlägen, wie man sich schlank hält oder wieder wird, ist ein weiterer Index für den Schlankheitskult, der heute getrieben und gefördert wird. WOOLEY u. WOOLEY (1983) bezeichnen die Anorexia nervosa daher auch als "Beverly-Hills-Disorder" und bestätigen gleichfalls eine Gewichtsbesessenheit in unserer Gesellschaft, die die Schwellen für die Entstehungsbedingungen der Anorexia nervosa senkt. Andere Untersuchungen zeigen, daß bestimmte Berufsgruppen wie Balletttänzerinnen und Schauspielerinnen höhere Risiken für die Entwicklung einer Anorexia nervosa tragen als zum Beispiel Studentinnen der Anglistik und Biologie. Hierbei wurde der Eating Attitudes-Test von GARNER u. GARFINKEL angewandt (GARNER u. GARFINKEL, 1980; GARNER et al., 1980; SCHWARZ et al., 1982). Begründet wurden die Befunde mit dem Erfolgs- und Leistungsdruck, dem Tänzerinnen und Schauspielerinnen bei gleichzeitiger Beachtung einer guten und schlanken Figur unterliegen.

Insgesamt kann davon ausgegangen werden, daß vom Schlankheitsideal der Frau ein nicht unerheblicher Druck ausgeht, der vor allem bei übergewichtigen Mädchen zu einer radikalen Umkehr im Eßverhalten führen kann. Bestimmte Berufe scheinen durch den zusätzlichen Erfolgs- und Leistungsdruck höhere Risiken für die Entwicklung einer Anorexia nervosa zu tragen.

5.4.2. Der Einfluß soziokultureller Veränderungen auf die Familie

Die leistungsbezogene, auf Erfolg und Besitz ausgerichtete Familie magersüchtiger Patientinnen entspricht in den vorgenannten Punkten weitgehend einer Seite des heute in unserer Gesellschaft geltenden Trends. Sie kommt aber nicht mit einigen Veränderungen zurecht, die sich in unserer Gesellschaft vollziehen. Hierzu gehören: Rollenangleichungen in der Familie, partnerschaftlicher Umgang, frühere und unbefangener gestaltete sexuelle Aktivitäten in der Jugend, Wohngemeinschaften, das nicht legalisierte Zusammenleben von Partnern in familienähnlichen Verbänden, Veränderungen in den Erziehungshaltungen, mehr Beweglichkeit und Offenheit in den zwischenmenschlichen Beziehungen. All das birgt für die Familie der magersüchtigen Patientinnen eher eine Gefahr. Statt sich dem zu öffnen, schottet man sich gegen die verruchte Außenwelt ab und versucht krampfhaft, das Bild der heilen, gesund gebliebenen Familie mit ihrer Beschützerfunktion aufrechtzuerhalten (MESTER, 1981). ^{Mit} Konformismus in der Gesellschaft, die immer wieder Neues gebiert, läßt es sich nicht ruhig leben. Mütter vor allem müssen vor den neuen Möglichkeiten, die sich heute ihren Töchtern im Vergleich zu früher darbieten, zurückschrecken oder vor Neid erblassen. Somit gehen Sorge vor und Eifersucht auf ein gefährlich freieres und doch besseres Leben eine Verbindung ein, die das Verhalten der Mütter zu ihren Töchtern mit besonderer Ambivalenz besetzt. Der heute zu beobachtende Zuwachs an Freiheitsgraden und der damit gegebene Spielraum kann in unserer Gesellschaft von den Familien nicht in dem gebotenen Maße genutzt werden. Vor allem die in ihrer Ich-Entwicklung retardierten Mädchen werden hierdurch eher verunsichert, verängstigt und verwirrt. Das freie Gebaren ihrer Klassenkameradinnen wird als verworfen verurteilt. Sie können sich nicht mit ihnen identifizieren, wollen etwas

Besseres, bloß nicht der Durchschnitt sein und verlieren den Boden der Realität unter den Füßen, indem sie in narzistischer Verblendung asketische Ideale der Reinheit in einer doch so schmutzigen Welt anstreben. Daß dies oft auf dem Schulsektor ausgelebt wird und hierdurch besondere Leistungen Bewunderung erzwungen wird, kann nicht verwundern, wenn man weiß, daß Schulleistung als Ausdruck des Anerkanntseins spätestens nach dem 15. Lebensjahr mit anderen Lebenserfahrungen und Zielen konkurriert (z.B. Kleidung, soziales Prestige, Freundschaften, Autos) (EWERT, 1983).

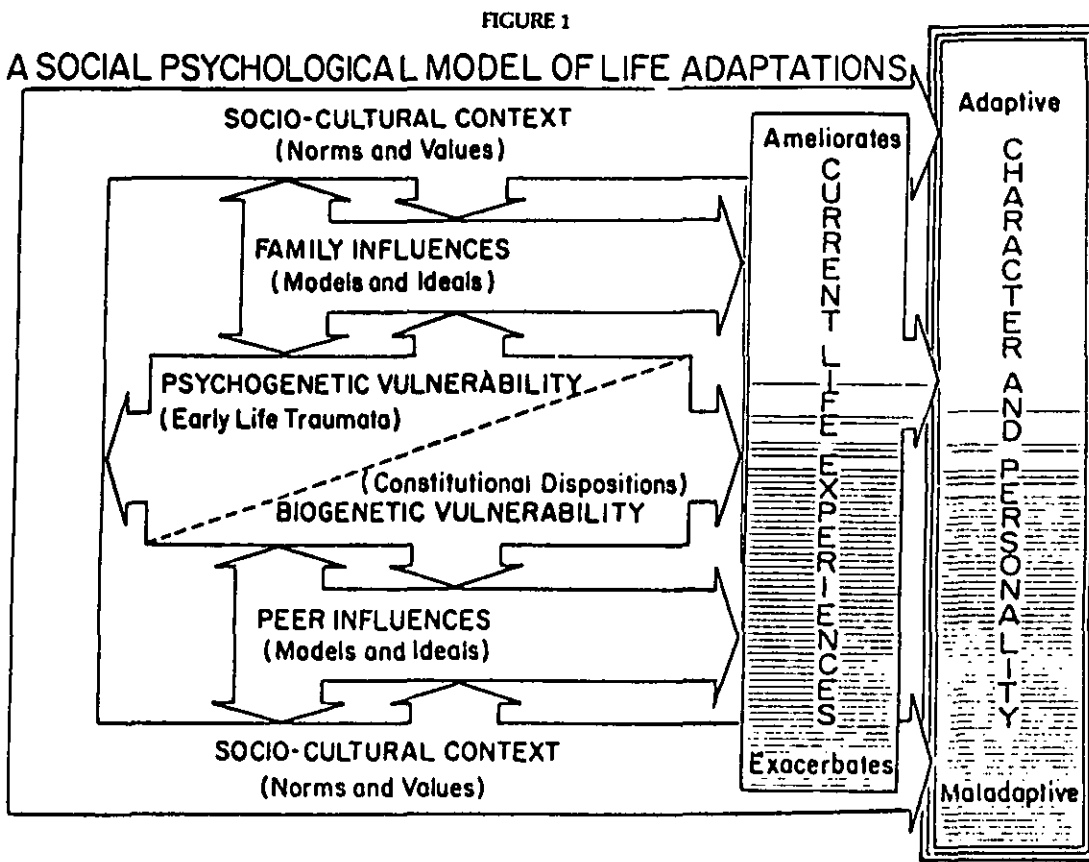
Geht man von der "3 Generationen Theorie" (BOWEN, 1959) über die Entstehung psychiatrischer Krankheitsbilder aus, die sich auf die Anorexia nervosa übertragen läßt, so zeigt es sich, daß Magersuchtsfamilien mehr die traditionellen Anteile unserer Gesellschaft leben und vertreten. Die oft starren Muster der Herkunftsfamilie werden in die neue Familie eingebracht, selbst wenn man sich vornahm, es besser zu machen. So vorbildlich die Familien nach außen erscheinen mögen, bieten sie ihren Kindern jedoch nur wenig Entwicklungsspielraum. Die Kinder werden auf ein Weltbild hin erzogen, daß zumindest partiell nur in der Familie, aber nicht außerhalb existiert. Wichtig ist, daß diese Kinder nicht in die Lage versetzt werden, der Rollenvielfalt mit ihrem notwendigen Wechsel in unserer Industriegesellschaft gerecht zu werden. Zwar haben die Familien magersüchtiger Patientinnen es zu Wohlstand gebracht, jedoch wurde dieser teuer und oft auf dem Rücken der Kinder erkaufte, deren emotionale Entwicklung häufig unberücksichtigt blieb.

Die Abkehr von patriarchalischen zu einem mehr partnerschaftlichen Familiengefüge wird ebenfalls von SELVINI-PALAZZOLI (1981) als Ursache für den Anstieg der Inzidenzrate für die Anorexia nervosa genannt. Zumal patriarchalische Familien durch diesen Wandel unter Druck geraten, was bei ihnen eher zu einem rigiden morphostatischen Familien-

system führt. Wird von Vätern eine paternalistische Lebensführung angestrebt, die mit dem heutigen Gesellschaftsbild gleichrangiger Partnerschaft in der Ehe- und Familiengestaltung kontrastiert, so kann dies zu Problemen führen. Dies tritt häufiger auf, wenn die reifer gewordene Frau gegen diese Form protestiert oder sich so unterwirft, daß dies Abscheu bei den Töchtern hervorruft. Eltern anorektischer Patientinnen fällt es schwer, eine gleichrangige Partnerschaft zu realisieren. Eher mündet dies in ein ausgeprägtes Dominanz- Subdominanz- Verhältnis, das eine von der Systemtheorie geforderte symmetrische Rollengestaltung erschwert. Die in ihrer Ich-Entwicklung zwar retardierten, jedoch sensiblen und intelligenten Patientinnen haben ein Bewußtsein entwickelt, diesen vorgelebten Rollenkonflikt im Erwachsenenendasein, der sie in Komplotts bindet und ihre Entwicklung hemmend begleitet, nicht verarbeiten zu können. Dies legt ein Beharren auf ihrem "Kindsein" nahe und ist ebenfalls ein Erklärungsansatz für die Zunahme der Anorexia nervosa, die gerade in eine Zeit emanzipatorischer Bestrebungen fällt. Diese greifen wahrscheinlich tiefer in die Familienstruktur und -dynamik ein, als es vordergründig erkennbar wird (Gutezeit, 1982).

In einem sozio-psychologischen Modell der Lebensgestaltung weisen SCHWARZ et al. (1982) auf die möglichen Einflüsse sozio-kultureller Faktoren im Hinblick auf die Entwicklung psychosomatischer Erkrankungen hin.

Abbildung 4:



6. Therapeutische Methoden in der Behandlung magersüchtiger Patienten

Die Behandlung magersüchtiger Patienten läßt sich in drei Bereiche gliedern: 1. Somatische Therapie, 2. Pharmakotherapie und 3. Psychotherapie.

In den letzten Jahren hat sich das Schwergewicht im wesentlichen auf die Psychotherapie konzentriert. Übersichten über therapeutische Vorgehensweisen zeigen nur noch selten den Gebrauch von Drogen (BEMIS, 1978, van BUSKIRK, 1977, STEINHAUSEN, 1981).

6.1. Somatische Therapie

Zur somatischen Therapie gehört die Sondenernährung und die Bettruhe. In einigen Kliniken wird ausschließlich so verfahren. In anderen wird diese Form der Therapie einer Psychotherapie vorgeschaltet. Der Nachteil der somatischen Therapie liegt darin, daß die Selbstheilungskräfte der Patientin hierbei kaum angesprochen werden, und ihr nur ein passiver und erdulgender Part bleibt. Die Patientinnen erleben diese Therapie oft als tiefen Eingriff in ihre Persönlichkeit und leisten daher Widerstand. Die Rückfallquoten bei ausschließlich somatischer Therapie sind hoch. Bei anschließender Psychotherapie kann die Rezidivquote, abhängig von der gewählten Methode, deutlich reduziert werden.

6.2. Pharmakotherapie

In der Pharmakotherapie sind die bisherigen Erfolge ebenfalls zweifelhaft (MAWSON, 1974; BEMIS, 1978). Hier werden Sedativa zur Minderung der hyperaktiven Reaktionen und der Schlafstörungen, Antidepressiva zur Aufhellung der Stimmungslage, die sich ohnehin mit der Gewichtszunahme der Mädchen bessert oder appetitanregende Medikamente gegeben. Letzteres

ist bei dem häufig vorhandenen Appetit der Mädchen ebenfalls nicht die Methode der Wahl. Wir haben bisher in der Therapie anorektischer Patientinnen eine somatische Therapie nur in 15% der Fälle durchführen müssen und benutzten nur in 3 von 60 Fällen Psychopharmaka gegen die Unruhe und Schlafstörung der Patientinnen. Da nach MAWSON (1974) die in der Anorexia-Therapie verwandten Psychopharmaka erhebliche Nebenwirkungen zeigen, ist der Pharmakotherapie mit Vorsicht zu begegnen.

6.3. Die Anwendung von Psychotherapie

Psychotherapeutisches Vorgehen ist unter der heute weit- hin akzeptierten und gesicherten Annahme, daß es sich bei der Anorexia nervosa um eine psychosomatische Erkrankung handelt, die auf ein psychogenes Ursachenbündel (polyätiologischer Aspekt) zurückzuführen ist, als die wichtigste Methode anzusehen. Nun ist Psychotherapie ein Begriff, hinter dem sich viele therapeutische Methoden verbergen und es steht zur Frage, welche Methode zu optimalen Erfolgen führt. BRUCH (1973) geht von einem daseinsanalytischen Ansatz aus und kritisierte die Verhaltenstherapie - hier vor allem die Methoden der operanten Konditionierung - ebenso wie die Psychoanalyse. Wird bei der einen Methode der Gewichtszunahme zuviel Bedeutung beigemessen, so ist die Psychoanalyse zu langwierig und anfangs vor allem zu belastend, um zunächst einmal zu Anfangserfolgen zu gelangen, die bei dem bedrohlichen Zustand der Patienten notwendig sind. Im folgenden soll auf lerntheoretische und psychodynamische Verfahren eingegangen werden, wobei dem Aspekt der Einzel- und Familientherapie Rechnung getragen wird.

6.3.1. Methoden der Verhaltenstherapie

Hier wird vor allem auf zwei Verfahren eingegangen, die heute bei der Behandlung anorektischer Patienten angewandt werden: 1. die operante Konditionierung und 2. die Desensibilisierung.

Zu 1) die operante Konditionierung.

Unter den verhaltenstherapeutischen Verfahren ist die operante Konditionierung, bei der das Eßverhalten oder die Gewichtszunahme nach differenziert ausgearbeiteten Therapieplänen belohnt wird, in den Berichten über die Effektivität der Behandlung der Anorexia nervosa am häufigsten vertreten. Wurden anfänglich ausschließlich Methoden der operanten Konditionierung verwandt, so finden sich in neuerer Zeit immer mehr Untersuchungen, die ein kombiniertes Vorgehen unter Einbeziehung begleitender Einzelpsychotherapie, ambulanter Einzel- und Familientherapie nach der stationären Phase oder über eine Kombination mit Assertivitätstraining, einem Abbau sexueller Ängste und Funktionsstörungen oder rational-emotiver Therapie berichten (STEINHAUSEN, 1981). Die meisten Studien konzentrieren sich bei der Wahl der Zielvariablen auf das Kriterium der Gewichtszunahme, wahrscheinlich wegen der objektiven Meßbarkeit, wobei der mehrtägigen Gewichtszunahme der Vorrang zu geben ist. Physiologische Schwankungen und zu kurze Intervalle mit geringeren Anforderungen sprechen gegen die tägliche Verstärkung der Gewichtszunahme. Allzu eng sollten die Kontingenzen bei der operanten Konditionierung nicht gesetzt sein, um dem Patienten die Möglichkeit der Selbstzuschreibung des Therapieerfolges offenzuhalten. Auch FLORIN (1980) fordert eine Lockerung der Kontingenzen, um eine Stabilisierung des neu erlernten Verhaltensmusters zu erreichen. Generalisierungsschritte können durch Entlassungen nach Hause (z.B. zum Wochenende) erzielt werden (KEHRER, 1975).

Die mit verhaltenstherapeutischen Therapien erzielten Effekte sind mit denen zu vergleichen, die auch von anderen Therapien erreicht werden. Allerdings geben die Studien in der Mehrzahl Verläufe bis zu zwei Jahren wieder (KELLERMAN, 1977), während nach STEINHAUSEN (1981) Verlaufszeiträume von vier Jahren zur Effektivitätskontrolle notwendig wären. VAN BUSKIRK (1977) weist in ihrer Prüfung von Therapieeffekten darauf hin, daß die Verhaltenstherapie, die kurzfristig in der ersten Phase der Gewichtszunahme Erfolge erzielt, erst dann voll akzeptiert werden kann, wenn sie auch für die zweite Phase, die Nachsorgephase, Methoden zur Verfügung stellen kann, die die Gewichtszunahme sichern und die psychologische Anpassungsleistung im Sinne einer langfristigen Prognose der magersüchtigen Patientinnen verbessern.

Zu 2) die systematische Desensibilisierung.

Die systematische Desensibilisierung wurde in der Verhaltenstherapie relativ selten angewandt, obwohl die Gewichtszunahme mit starken Ängsten und das Essen selbst oft so stark mit Abscheu besetzt sind, daß sich diese Methode geradezu aufdrängt. Dies gilt umsomehr, zumal CRISP u. TOMS (1972) und STUNKARD u. MAHONEY (1976) auf den wesentlichen Anteil der Gewichtsphobie an der Magersuchtssymptomatik hinweisen. Dabei hat es sich gezeigt, daß bei zusätzlicher Verwendung der systematischen Desensibilisierung die Behandlung der magersüchtigen Patienten besser fort schreitet (SCHNURER u. RUBIN, 1973; MONTI et al., 1977; OLLENDICK, 1979). Wir setzen ebenfalls die Desensibilisierung in Verbindung mit operanten Methoden bei gelockerter Kontingenz - letztere um dem Patienten das Gefühl der Selbstverantwortung zu überlassen und ihre Selbstheilungskräfte zu entfalten - ein und sind mit dieser Kombination, die in weiterer Sequenz von Gesprächspsychotherapie begleitet wird, gut gefahren. Gleichzeitig wurde die Familie im Sinne einer begleitenden Beratung mit einbezogen. Unsere Erfolgs-

quote in der Behandlung anorektischer Patientinnen liegt dementsprechend bei etwa 70%. Die Patientinnen bleiben auch in der Nachbetreuungsphase mindestens zwei Jahre unter unserer Obhut, so daß eine Kontinuität in der Betreuung gewahrt bleibt. Die systematische Desensibilisierung bezog sich dabei nicht nur auf Gewichtsängste, sondern ebenso auf sexuelle Ängste, Schluckängste oder Ängste, sich in sozialen Situationen zu behaupten.

Die Therapie der anorektischen Patientinnen mit den Methoden der Verhaltenstherapie wird nur langfristig erfolgversprechend sein, wenn Methoden breit angelegt eingesetzt werden und mehr Zielvariablen als nur die vordergründige Eßstörung einbezogen werden.

Für die Bewertung von Therapien sollte generell gelten, daß die Kriterien der Beurteilung über den Erfolg der Therapie klarer umrissen und einheitlicher gestaltet werden, weil nur so mehr Vergleichbarkeit erreicht wird.

Gesprächspsychotherapie in Einzel- und Gruppensitzungen kann unseres Erachtens als ergänzendes Verfahren eingesetzt werden und ist oft nur möglich, wenn die Patientinnen von Anbeginn etwas aufgeschlossener sind oder in der Gewichtszunahme vorangeschritten sind, da mit dieser oft eine Lockerung im Verhalten der Patienten einhergeht und sie in dieser Phase erst bereit sind, sich im Gespräch zu öffnen und zu entlasten (siehe hierzu auch SCHMITT, 1981).

6.3.2. Psychodynamische Therapien

Der Nachteil psychodynamischer Therapien ist die Schwierigkeit, ihre Schritte objektiv darzustellen und sie somit einer methodenkritischen Prüfung zu unterziehen und ihre Effektivität zu beurteilen. In der Sicht der psychodynamischen Therapien ist die Anorexia nervosa eine Abwehrreaktion gegen die Rolle der Frau, wobei die Gewichtsängste eine geringere Betonung erfahren. Die pathogenen Konflikte

sind oft narzistischer Natur, das reine ideale Selbst soll im verzweifelten Kampf erhalten bleiben (MESTER,1981). Die Psychoanalyse als Methode erfordert viel Zeit, und es ist nach BRUCH (1973) oft zu spät, ehe sie hilfreich greift. Kurzverfahren im Sinne kleiner Analyse sind hier angezeigt. Bei jüngeren Patientinnen können ebenso Spielelemente eingebaut werden. KLOSINSKI (1980) berichtet über eine Mal- und Märchentherapie bei einer 12jährigen Patientin, die sich bei diesem in der Vorpubertät stehenden Mädchen bewährte und half, ihre Zwänge zu überwinden. Rollenprobleme, der Kampf mit den Eltern und den Triebkräften, die die Patientinnen beherrschen, lassen sich im Spiel, vor allem im Kasperlespiel, mit jüngeren magersüchtigen Patientinnen gleichfalls gut aufarbeiten.

Über Behandlungserfolge der psychodynamischen Therapien liegen nur wenige, oft unvollständige Berichte vor (vergleiche hierzu BEMIS,1978; VAN BUSKIRK,1977). THOMA (1967) berichtet von 19 magersüchtigen Patienten, die psychoanalytisch behandelt wurden. Von diesen wurden jedoch nur 9 nachuntersucht. 7 waren nach Gewichts- und den verwandten Anpassungskriterien gebessert und nur 2 geheilt. BRUCH (1973) zeigt in einer Follow-up-Studie (14jährige Periode), daß 60% der 40 Patienten, die von 45 nachuntersucht werden konnten, gebessert oder geheilt waren, während 8% verstorben sind. MESTER (1981) zeigt zwar indirekt an, daß er in der Behandlung psychodynamisch vorgegangen ist, aber Therapieverläufe werden nicht ausführlich dargestellt und die Effektivität bleibt ungeprüft. Insofern kann insgesamt gesagt werden, daß die psychodynamischen Therapien sicher ihren Stellenwert in der Behandlung der Magersucht haben werden, es ist jedoch auch heute noch äußerst problematisch, sowohl die Methoden als auch die Effekte bei der mangelnden Umschreibung der Zielvariablen und der Behandlungskriterien eindeutig zu beurteilen.

6.3.3. Methoden der Familientherapie

Da von der psychodynamischen Familientherapie (WIRSCHNING u. STIERLIN, 1982) bisher nur wenige Fälle (2) vorliegen und ein Urteil über die Güte dieser Therapie bei der Behandlung der Anorexia nervosa noch nicht abzugeben ist, wird im folgenden auf die Bedeutung der systemischen Therapie für die Behandlung der Anorexia nervosa eingegangen.

In der systemischen Familientherapie wird das kausallineare Denken der analytischen Therapie durch ein zirkuläres, an familiären Systemen orientiertes Denken abgelöst. Wesentliche Elemente der Therapie sind Symptomverschreibungen und paradoxe Interventionen (SELVINI-PALAZZOLI et al., 1977; BUDDEBERG u. BUDDEBERG, 1979). Hierzu gehören ebenfalls die von SELVINI u. PALAZZOLI und Mitarbeitern beschriebenen Familienrituale zur Auflösung von Familienmythen und der taktische Einsatz einer therapeutischen Unfähigkeitsklärung. Die Darstellungen von SELVINI-PALAZZOLI sind jedoch noch zu wenig systematisiert, um ihre Therapie endgültig zu beurteilen. Zwar sind ihre Erfolge in der Behandlung frappierend, längerfristige Katamnesen stehen jedoch noch aus.

Detailliertere Darstellungen liegen hingegen von der Arbeitsgruppe um MINUCHIN vor (MINUCHIN, 1974; MINUCHIN et al., 1975, 1978; LIEBMAN, 1974 u. ROSMAN et al., 1975). Vier charakteristische Funktionsabläufe werden von dieser Arbeitsgruppe bei Familien beobachtet, deren Kinder an labilen Diabetes mellitus, Asthma bronchiale oder Anorexia nervosa erkrankt waren. Es sind dies die Einmischung und Verstrickung, das Muster der Überprotektivität mit ausgeprägter Beachtung gegenseitigen Wohlergehens, die Rigidität als Verhaften am Status quo und letztlich die Konfliktvermeidung als Resultante der drei vorausgenannten Grundzüge, die die Konfliktlösungsmöglichkeiten begrenzen.

Aus einer transaktionalen Betrachtungsweise erhält das

Symptom - hier die Anorexia nervosa - seine Bedeutung in der Regulation des Familiensystems. Die Rolle des kindlichen Symptomträgers erweist sich dabei im Rahmen des elterlichen Konfliktes als bedeutsam. Im "anorektischen" Familiensystem bildet das Kind ein zwanghaftes Perfektionsbedürfnis heraus, das in Beziehung zu elterlichen Einmischungen und zur Überprotektivität steht. Da seine psychologischen und körperlichen Funktionen dem Interesse und der Kontrolle durch die Familienmitglieder ausgesetzt sind, wird der Prozeß der Autonomieentwicklung behindert und der Individuationsprozeß in der Pubertät gestört. Die körperlichen Symptome dienen dabei als Konfliktvermeidungsmechanismus, um das Familiensystem angesichts der Bedrohung durch Veränderungsbedürfnisse zu schützen. Das Kind als Symptomträger wird dabei zum Schutzobjekt ebenso wie zum Sündenbock. Auf der Basis dieser Konzeption entwickelten MINUCHIN und Mitarbeiter ein mehrdimensionales Therapiekonzept, in dem sie operante Konditionierung mit Familientherapie verbanden. In der letzten werden die Eltern in induzierte Familienkrisen geführt, um die Effektivität elterlichen Eingreifens zu ändern oder die Eltern-Kind-Distanzen zu verstärken. Die familiären Realitäten werden herausgefordert, indem die Konzeption vom kranken Kind und der daraus resultierenden elterlichen Hilfe in das Thema vom Kampf zwischen Eltern und Kind um Kontrolle übersetzt wird.

MINUCHIN und Mitarbeiter beschrieben ihr Programm bisher bei 53 Patienten, wobei der Altersbereich von früher Adoleszenz bis frühes Erwachsenenalter reicht. Nach 6monatiger Behandlung und nach einer 1jährigen Kontrolle lag ein bisher nicht erreichter Prozentanteil von 86% erfolgreich behandelter Fälle vor.

Insgesamt ist festzuhalten, daß die Berichte über die systemisch orientierten Familientherapien bislang recht erfolgreich sind; es bleibt jedoch abzuwarten, ob diese Erfolge auch langfristige Wirkung haben.

6.4. Zusammenfassende Beurteilung der Therapiekonzepte

Es zeigt sich, daß die Therapie der Patienten mit Anorexia nervosa im Vergleich zu vergangenen Jahrzehnten erhebliche Fortschritte gemacht hat. Dies liegt vor allem am Trend zu kombinierten Therapiekonzepten, die insgesamt erfolgreicher sind als sie seiner Zeit von CREMERIUS u. ZIOLKO (1970, 1976) beschrieben wurden (MINUCHIN et al., 1975, 1978; BRAND u. GENSICKE, 1980; SCHMITT, 1982). Erfolge stellen sich vor allen Dingen dann ein, wenn Therapien nicht mehr einseitig, sondern mehrgleisig laufen. Es gilt, diesen Weg weiter zu beschreiten, die Konzepte genau darzustellen und zu überprüfen sowie nach ergänzenden Möglichkeiten zu suchen. Die Kombination verhaltenstherapeutischer Techniken mit operanter Konditionierung bei gleichzeitig gelockerter Kontingenz und systematischer Desensibilisierung in Verbindung mit Familientherapie scheint heute das effektivste Konzept zu sein. Ob es sich weiterhin bewährt, muß in künftigen Untersuchungen nachgewiesen werden. Einseitige Therapiekonzepte mit Einengung der Zielvariablen - lediglich Gewichtszunahme - dürften hingegen langfristig zum Scheitern verurteilt sein. Nach einem Querschnitt durch die heute vorliegende Literatur ist dieser Zustand jedoch weitgehend überwunden.

7. Vorschläge für präventive Maßnahmen zur Vermeidung von Untergewicht und Magersucht.

Als wesentliche, an der Entwicklung der Magersucht und den damit verbundenen bizarrem Eßverhalten beteiligte Faktoren sind zu nennen:

1. Zu geringe Beachtung der Eigenbedürfnisse des Kindes durch die Eltern (Fremdkontrolle überwiegt Selbstkontrolle).
2. Eine ungenügende Vorbereitung auf die Pubertät.
3. Eine mangelhafte Ich-Entwicklung, die selten über die Stufe der Konformität hinausgelangt.
4. Störungen in den Beziehungen innerhalb der Familie, wodurch Komplottbildungen provoziert werden.
5. Zu große Rigidität der Familie bei gleichzeitiger Verstrickungs- und Einmischungstendenz.
6. Die permanente Vermeidung von Konfliktbewältigungen macht zur Konfliktlösung unfähig.
7. Die Herausstellung eines Schlankheitsideals und die damit gesteigerte Verbreitung von Diät-Richtlinien.
8. Veränderte Einstellungen zur Sexualität in unserer Gesellschaft mit Vorverlegung sexueller Aktivität werden als Bedrohung erlebt.
9. Viele Unsicherheiten in der Frauenrolle durch ihre Vielseitigkeit einerseits und wechselnde Bewertung der Rolle andererseits.
10. Die gesellschaftlich geforderte gleichrangige Partnerschaft in der Ehe bleibt in den Herkunftsfamilien inakzeptabel.

Von diesen 10 Faktoren, die in der Regel kombiniert an der Entwicklung der Magersucht beteiligt sind, lassen sich folgende Vorschläge formulieren:

1. Es ist festzustellen, ob weitere Risikogruppen - abgesehen von 14-20jährigen Mädchen und Frauen weiterführender Schulen, Universitäten und gehobener Berufe - existieren (ein entsprechendes Instrumentarium ist vorhanden).
2. Es wäre zweckmäßig, die Prävalenzraten dieser Gruppen zu erheben und weiterhin ausgewogene Stichprobenuntersuchungen an Schulen in der Bundesrepublik durchzuführen.
- 3a Bei der Sexualerziehung sollten die Besonderheiten der Pubertätsentwicklung in den beiden Geschlechtern herausgearbeitet und dabei mehr Verständnis für den gegengeschlechtlichen Partner entwickelt werden.
- 3b In einer bestimmten Altersstufe - 6.-8.Schuljahr = 12.-15.Lebensjahr - wäre es angemessener, Fragen der Sexualerziehung gelegentlich getrennt zu behandeln, um den Mädchen und Jungen Gelegenheit zu geben, sich einmal aussprechen zu können.
- 3c In der Sexualerziehung kommt es darauf an, die psychischen Voraussetzungen sexuellen Verhaltens und ebenso dessen Konsequenzen im Sinne gegenseitiger Verantwortlichkeit zu behandeln. Vor allem sollten die emotionalen und sozialen Aspekte Berücksichtigung finden. Für Eltern wären Schriften und Unterlagen gerade auf diesem Gebiet zu entwickeln, da sie oft zu gehemmt sind, besonders die oben erwähnten Aspekte in ihre aufklärenden Gespräche mit den Kindern einzubringen.
- 3d Eltern sollten Mädchen als Mädchen voll akzeptieren und nicht ein Mädchen zum Jungen umfunktionieren wollen, weil sie sich einen Jungen wünschten. Sie ersparen dem Mädchen in der Pubertät das Erleben der Rollendiskontinuität.

4. Bei der Erziehung sollten die Sättigungsgefühle und das Appetitverhalten der Kinder von Anbeginn an besser berücksichtigt werden, um die physischen Reaktionen in der Kontrolle des Kindes zu belassen und sie nicht mit psychosozialen Regeln zu verdecken.
5. Gefühlsreaktionen der Kinder sollten differenzierter beachtet werden, nicht jede Unlustreaktion bedeutet Hunger.
6. Junge Paare sollten in Kursen auf die Möglichkeit der Realisierung gleichrangiger Partnerschaft und deren Vorteile vorbereitet werden, um Störungen in den Elternbeziehungen zu minimalisieren. Ebenso sind Konfliktbewältigungstechniken zu vermitteln.
7. Eine gesunde und stabile Ich-Entwicklung des Kindes ist anzustreben; dies geht nur unter Einhaltung von Distanzen, Aufrechterhaltung von Generationsschranken und angemessenen Entscheidungszuweisungen an das Kind. Derartige Formen in der Erziehung lassen sich an Beispielen darstellen.
Die Ich-Entwicklung ist nur unter integrierender Erziehung mit emanzipatorischer Zielsetzung zu erreichen, weil eine solche Erziehung das Kind aktiviert und nicht einengt oder lähmt. Direkte Erziehung - weisungsgebundene - sollte hinter indirekter Erziehung - vorbildgebundene - zurücktreten. Die Erziehung sollte nicht dissoziativ sein - an das Kind gestellte Forderungen werden selbst nicht erfüllt.
8. Eine Einrichtung - Familienspiele - wäre zu schaffen, in der jeder in verschiedene Rollen schlüpft. Dies würde der Rigidität von Familienstrukturen entgegenwirken.

9. Es ist zu prüfen, in welchem Maße man dem Untergewichtskult - ausgelöst durch die "Schlankheitsmode" entgegen-treten kann. Die Bedeutung des Idealgewichts für das Fitnessgefühl wäre eine gangbare Schiene. Statt was und wieviel muß ich essen um abzunehmen, sollte Aufklärung betrieben werden, was man essen darf und kann, um bei bestimmten Aktivitäten in einem gewünschten Gewichtsspielraum zu bleiben. Statt eines bestimmten Idealgewichts oder Normalgewichts sollte ein Spielraum angegeben werden. Dies verhindert übergroße Ängstlichkeit und die Neigung zu Zwanghaftigkeiten bei der Nahrungsaufnahme.
10. Eltern sollten mehr um die veränderten Einstellungen zur Sexualität wissen und die Vorverlegung von sexuellen Aktivitäten kennen, damit sie ihren Kindern angemessen begegnen können. Auch hier ist es wichtig, auf die breite Varianz in der Zeitfolge und Häufigkeit hinzuweisen, um jeden Konformitätsdruck zu vermeiden.
11. Die Frauenrolle ist nicht so sehr als Leidensrolle darzustellen. Hier kommen in den Medien Minderheiten allzuoft zu Wort. Frauen sollten öfter berichten, wie sie Probleme bewältigt und das Leben gemeistert haben. Es muß herausgearbeitet werden, daß ein Mädchen stolz sein darf, ein Mädchen zu sein, wie ein Junge stolz sein darf, ein Junge zu sein. Positive Möglichkeiten der Frauenrolle sollten nachgewiesen werden und jede dieser Möglichkeiten als eine Form der Existenzbejahung nachvollziehbar werden. Dazu gehört auch die Frauenrolle der Mutter - die biologisch vom Mann nicht geleistet werden kann.

12. In den Familien ist anzustreben, daß Leben Arbeiten und Leistung und nicht zuletzt Genuß und Glück heißt. Das Genießen ist ein Erleben, das in den Herkunftsfamilien magersüchtiger Patienten eher als Sünde empfunden wird. Hier muß eine Zielgruppenarbeit einsetzen, die es diesen Familien wieder erlaubt, sich eine Freizeit mit Freude und Genuß zu gestalten.

Bei einer mehrdimensionalen Prävention kann nicht erwartet werden, daß die Anorexia nervosa ausstirbt, jedoch könnten die Inzidenz- und Prävalenzraten unter Umständen gesenkt oder ihre nachgewiesene steigende Tendenz gebremst werden. Last not least wäre es von Bedeutung, die Therapieforschung zu unterstützen, da die Erhebung von verlässlichen Therapieeffekten nur über sorgfältige und längerfristige Katamnesen geleistet werden kann. Um die Ausfallrate klein zu halten, wären finanzielle Anreize für viele Patienten nicht ohne Bedeutung, andererseits kommen bei größerer Fluktuation Fahr- und Tagessatzkosten hinzu.

Literatur:

- ABRAHAM, S.F.,
BEUMONT, P.J.: Varieties of psychosexual experience in patients with anorexia nervosa. Internat. Journ. of Eating Disorders, 1(3), 10-19, 1982.
- ASKEVOLD, F.,
HEIBERG, A.: Anorexia nervosa - two cases in discordant MZ twins. Psychotherapy & Psychosomatics, 32 (1-4), 223-228, 1979.
- BALLOT, N.S.,
DELANEY, N.S.,
ERSKINE, P.J.,
LANGRIDGE, P.J.,
SMIT, K.,
VANNIEKERN, M.S.,
WINTERS, Z.E. &
WRIGHT, N.C.: Anorexia nervosa - a prevalence study. South Africa Medical, Journal, 992-993, 1981.
- BAKAN, R.: The role of zinc in anorexia nervosa: Etiology and treatment. Medical Hypotheses 5 (7), 731-736, 1979.
- BATES, G.W.,
BATES, S.R.,
WHITWORTH, N.S.: Reproductive failure in women who practice weight control. Fertil Steril, 37 (3), 373-378, 1982.
- BECKER, H.: Die Vater-Tochter-Beziehung in der Familiendynamik bei Anorexia-nervosa-Patientinnen. Nervenarzt, 51 (9), 568-572, 1980.
- BECKMANN, D.,
RICHTER, H.-E.: Gießen-Test (GT) Bern, 1972, Huber.
- BEMIS, K.M.: Current approaches to the etiology and treatment of anorexia nervosa. Psychological Bulletin, 85 (3), 593-617, 1978.
- BEN-TOVIM, D.I.,
MARILOW, V.,
CRISP, A.H.: Personality and mental state (P.S.E.) within anorexia nervosa. Journ. of Psychosomatic Research, 23 (5), 321-325, 1979.
- BEUMONT, P.J.: Further categorization of patients with anorexia nervosa. Australian & New Zealand Journ. of Psychiatry, 11(4), 223-226, 1977.
- BEUMONT, P.J.,
ABRAHAM, S.F.,
ARGALL, W.J.,
GEORGE, G.L.W.,
GLAUN, D.E.: The onset of anorexia nervosa. Australian & New Zealand Journ. of Psychiatry, 12 (3), 145-149, 1978.
- BEUMONT, P.J.,
ABRAHAM, S.F.,
SIMSON, K.G.: The psychosexual histories of adolescent girls and young women with anorexia nervosa. Psychol. Med., 11 (1), 131-140, 1981.

- BLISS, E.L.,
BRANCH, C.H.H.: Anorexia nervosa, its history, psychology and biology. Hoeber, New York, 1960.
- BOWEN, M.: Family relationships in schizophrenia. In: AUERBACH, A. (ed.) Schizophrenia. An integrated approach, New York, 1959, Ronald.
- BRAND-JACOBI, J.: Zur Diagnostik und Klassifikation der Anorexia nervosa. Referat auf der 8. Wissenschaftlichen Tagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung und Diätetik e.V., Göttingen, 13.-15.10.1983.
- BRAND, J.;
GENSICKE, P.: Ein verhaltenstherapeutisch-kommunikations-theoretisches Konzept zur stationären Behandlung der Anorexia nervosa. Erste Ergebnisse. Arch. Psychiatr. Nervenkr., 229 (2), 113-116, 1980.
- BROOKS-GUNN, J. &
PETERSEN, A.C. (Ed.) Girls at puberty. Plenum Press, New York, London 1983.
- BROOKS-GUNN, J. &
RUBLE, D.N.: The experience of menarche from a developmental perspective. In: Girls at puberty (Eds.) BROOK-GUNN, J. & PETERSEN, A.C., Plenum Press, New York, London, 1983, p. 155-178.
- BRUCH, H.: Eating disorder: obesity, anorexia nervosa and the person within. New York, Basic; London, Routledge & Kegan Paul, 1973.
- BRUCH, H.: Developmental deviations in anorexia nervosa. Israel Annals of Psychiatry & Related Disciplines, 17 (3), 255-261, 1979.
- BRUCH, H.: Developmental considerations of anorexia nervosa and obesity. Canadian Journ. of Psychiatry 26 (4), 212-217, 1981.
- BUDDEBERG, B. &
BUDDEBERG, C.: Familientherapie bei Anorexia nervosa. Praxis d. Kinderpsychol. u. Kinderpsychiatrie, 28, 2, 37-41, 1979.
- BUHRICH, N.: Frequency of presentation of anorexia nervosa in Malaysia. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 15 (2), 153-155, 1981.
- BUTTON, E.J.,
WHITEHOUSE, A.: Subclinical anorexia nervosa. Psychological Medicine 11 (3), 509-516, 1981.

- CASPER,R.C. et al. Disturbances in body image estimation as related to other characteristics and outcome in anorexia nervosa. British Journal of Psychiatry,134,60-66,1979.
- CASPER,R.C.,
OFFER,D.,
OSTROW,E.: The self-image of adolescents with acute anorexia nervosa. Journal of Pediatr.,89 (4),656-661,1981.
- COLEMAN,J.C.: Current contradictions in adolescent theories. Journal of Youth and Adolescents,7,1-11,1978.
- CREMERIUS,J.: The prognosis of anorexia: The catamnesis of patients who had no psychotherapeutic treatment. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, 24 (1),56-69,1978.
- CRISP,A.H.: Clinical and therapeutic aspects of anorexia nervosa. A study of 30 cases. Journal of Psychosomatic Research, 9,67-78, 1965.
- CRISP,A.H.: Anorexia nervosa in identical twins. Postgraduale medical Journal,42,86-92,1966.
- CRISP,A.H.: Premorbid factors in adult disorders of weight, with particular reference to anorexia nervosa (weight phobia). Journal of Psychosomatic Research,14,1-22,1970.
- CRISP.A.H.: Anorexia nervosa: Let me be. Grune & Stratton, Academic Press,London,1980.
- CRISP,A.H.,
TOMS,D.A.: Primary anorexia nervosa or weight phobia in the male: report on 13 cases. British Medical Journal,334-338,1972.
- CRISP,A.H.,
BHAT,A.V.: "Personality" and anorexia nervosa - the phobic avoidance stance. Its origins and its symptomatology. Psychother.Psychosom.,38 (1),178-200,1982.
- CRISP,A.H.,
HARDING,B.,
McGUINNES,B.: Anorexia nervosa. Psychoneurotic characteristics of parents: Relationship to prognosis. A quantitative study. Journal of Psychosomatic Research,18,167-173, 1974.
- CRISP,A.H.,
PALMER,R.L.,
KALUCY,R.C. How common is anorexia nervosa ? A prevalence study. British Journal of Psychiatry,128,549-554,1976
- CRISP,A.H.,
HSU,L.K.,
HARDING,B.: The starving hoarder and voracious spender: Stealing in anorexia nervosa. Journal of Psychosomatic Research,24(5), 225-231,1980.

- CRISP,A.H.,
HSU,L.K.,
HARDING,B.,
HARTSHORN,J.: Clinical features of anorexia nervosa: A study of a consecutive series of 102 female patients. Journal of Psychosomatic Research,24 (3-4), 179-191,1980.
- DALLY,P.: Anorexia nervosa, Heinemann, London,1969.
- DEEGENER,G.: Ödipale Konstellationen bei Anorexia nervosa. Praxis d.Kinderpsychologie u.Kinderpsychiatrie,31 (8),291-297,1982.
- DIEHL,J.M.: Ernährungspsychologie. Frankfurt, Fachbuchhandlung für Psychologie Verlag, 1978.
- EWERT,O.: Entwicklungspsychologie des Jugendalters. Kohlhammer, Stuttgart,1983.
- FAHRENBERG,J.,
SELG,H.: Das Freiburger Persönlichkeitsinventar. Handanweisung. Verlag f.Psychologie, Hogrefe, Göttingen,1973.
- FEIGNER,J.
ROBINS,E.,
GUEZ,S.: Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Archive of General Psychiatry,26,57,1972.
- FEY,M.,
HAUSER,G.A.: Die Postpubertätsmagersucht; Huber, Bern, Wien,Stuttgart,1970.
- FICHTER,M.M.,
WÜSCHNER,STOCHHEIM: Die Pubertätsmagersucht-Symptomatik, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten. Pädiatrische Praxis,22,411-422,1980.
- FICHTER,M.M.,
KEESER,W.: Das Anorexia-Nervosa-Inventar zur Selbstbeurteilung. Arch.Psychiatr.Nervenkr. 228 (1),67-89,1980.
- FICHTER,M.M.,
PIRKE,K.M.: Somatische Befunde bei Anorexia nervosa und ihre differentialdiagnostische Wertigkeit. Der Nervenarzt, 53 (11),635-643,1982.
- FICHTER,M.M.,
WEYERER,S.,
SOURDI,L.,&
SOURDI,Z.: The epidemiology of anorexia nervosa: A comparison of greek adolescents living in Germany and greek adolescents living in Greece. In: Anorexia nervosa: Recent developments in research, A.R.LISS, Inc. New York, 1983,p.95-105.
- FLORIN,I.: Anorexia nervosa - Pubertätsmagersucht. In: SCHLOTTKE,P.F. & WETZEL,H. Psychologische Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Fortschritte der klinischen Psychologie, Bd.24, Urban & Schwarzenberg, München,1980, 233-270.

- FRANSELLA, F.,
CRISP, A.H.: Comparisons of weight concepts in groups of neurotic, normal and anorexic females. British Journal of Psychiatry, 134, 79-86, 1979.
- FRIEDRICH, M.H. Familiendynamische Untersuchungen bei Anorexia nervosa. Pädiatrie u. Pädologie, 16, (3), 353-362, 1981.
- GARFINKEL, P.E.: Some recent observations on the pathogenesis of anorexia nervosa. Canadian Journal of Psychiatry, 26 (4), 218-223, 1981.
- GARFINKEL, P.E.,
MOLDOFSKY, H.,
GARNER, D.M.: The stability of perceptual disturbances in anorexia nervosa. Psychological Medicine, 9 (4), 703-708, 1979.
- GARFINKEL, P.E.,
MOLDOFSKY, H.,
GARNER, D.M.: The heterogeneity of anorexia nervosa. Bulimia as a distinct subgroup. Archiv of General Psychiatry, 37 (9), 1036-1040, 1980.
- GARNER, D.M.: Body image in anorexia nervosa. Canadian Journal of Psychiatry, 26 (4), 224-227, 1981.
- GARNER, D.M.,
GARFINKEL, P.E.,
MOLDOFSKY, H.: Perceptual experience in anorexia nervosa and obesity. Canadian Psychiatric Association Journal, 23 (4), 249-263, 1978.
- GARNER, D.M.,
GARFINKEL, P.E.: The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. Psychological Medicine, 9 (2), 273-279, 1979.
- GARNER, D.M.,
GARFINKEL, P.E.,
SCHWARTZ, D.: Cultural expectations of thinness in women. Psychological Reports, 47 (2), 483-491, 1980.
- GARNER, D.M.,
GARFINKEL, P.E.: Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. Psychological Medicine, 10 (4), 647-656, 1980.
- GARNER, D.M.,
OLMSTEDT, M.P.,
BOHR, Y.,
GARFINKEL, P.E.: The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. Psychological Medicine, 12 (4), 871-878, 1982.
- GENSICKE, P.: Anorexia nervosa: A deficiency of family socialization? Zeitschr. für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, 25 (3), 201-215, 1979.
- GENSICKE, P.: Die Anorexia-Nervosa-Patientin und ihre Familie. Referat auf der 8. Wiss. Tagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung und Diätetik e.V. Göttingen, 13.-15.10.1983.

- GUTEZEIT, G.: Ergebnisse psychodiagnostischer Untersuchungen bei weiblichen und männlichen Patienten mit Anorexia nervosa.
In: STEINHAUSEN, H.-C. (Hrsg.) Psychosomatische Störungen und Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen, Stuttgart, 1981, Kohlhammer.
- GUTEZEIT, G.: Eßstörungen im Kindes- und Jugendalter mit negativer Energiebilanz: Anorexia nervosa, Diagnose und Therapie.
In: KAPPUS, W., PUDEL, V., RICHTER, M., SIEGEL, J. u. WEDDIGE, A. (Hrsg.) Möglichkeiten und Grenzen der Veränderung des Ernährungsverhaltens, Göttingen, Schriftenreihe der Arbeitsgemeinschaft für Ernährungsverhalten e.V., Bd. 1, 1981.
- GUTEZEIT, G.: Untersuchungen zur Wirksamkeit verschiedener Einflußgrößen auf die Selbstwahrnehmung bei Kindern und Jugendlichen.
Manuskript 1983 angenommen für die Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie.
- HALL, A.: Family structure and relationships of 50 female anorexia nervosa patients.
Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 12 (4), 263-268, 1978.
- HALMI, K.A.: Anorexia nervosa: Recent investigations.
Annual Review of Medicine 29, 137-148, 1978.
- HALMI, K.A.,
BRODLAND, G.: Monozygotic twins concordant and discordant for anorexia nervosa.
Psychological Medicine, 3, 521-524, 1973.
- HALMI, K.A.,
GOLDBERG, S.L.,
CUNNINGHAM, S.: Perceptual distortion of body image in adolescent girls: distortion of body image in adolescence.
Psychological Medicine, 7, 253-257, 1977.
- HALMI, K.A.,
STRUSS, A.,
GOLDBERG, S.: An investigation of weights in the parents of anorexia nervosa patients.
Journal of Nervous & Mental Disease, 166 (5), 358-361, 1978.
- HEXT, M. &
MURCHLAND, A.: Adolescent anorexia nervosa. The patient on approach.
Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Service, 18-23, 1972.
- HILL, J.P.: Parental determinants of sex-typed behavior.
Dissertation, Harvard University, 1964.
- HILL, J.P.,
LYNCH, M.E.: The intensification of gender-related role expectations during early adolescence.
In: BROOKS-GUNN & PETERSEN, A.C. (Eds.), Girls at Puberty, Plenum Press, New York, London, 1983, 201-228.

- HOEH,R.,
WALLIS,H.: Die Familie von Patienten mit Anorexia nervosa.
In: ANGERMAIER,M.C.u. DOEHNER,O.(Ed.)
Chronisch kranke Kinder und Jugendliche in der Familie. Enke, Stuttgart,1981.
- HOFMANN,F.: Ein eineiiges Zwillingspaar diskordant für Anorexia nervosa.
Praxis der Kinderpsychologie u.Kinderpsychiatrie, 292-298,29 (8),1980.
- HOLLINGSHEAD,A.B.,
REDLICH,F.C.: Social class and mental illness. A community study. Wiley and Sons, New York,1961.
- HOLT,S.,
FORD,M.,
GRANT,S.: Abnormal gastric emptying in primary anorexia nervosa.
British Journal of Psychiatry,139,550-552, 1981.
- HSU,L.K.: Is there a disturbance in body image in anorexia nervosa ?
Journal of Nervous and Mental Disease,170 (5), 305-307,1982.
- HSU,L.K.,
CRISP,A.H.: The Crown-Crisp-Experiential Index (CCEI) profile in anorexia nervosa.
British Journal of Psychiatry,136,567-573, 1980.
- JÄGER,R.
et al. Mannheimer Biographisches Inventar,
Verlag für Psychologie, Hogrefe, Göttingen, 1973.
- JOCHMUS,J.: Pubertätsmagersucht bei männlichen Jugendlichen.
Praxis d.Kinderpsychologie u.Kinderpsychiatrie, 16, 1-6,1967.
- JONES,D.,J.,
FOX,M.M.,
BABIGIAN,H.M.:
HUTTON,H.E.: Epidemiology of anorexia nervosa in Monroe County, New York: 1960-1976.
Psychosomatic Medicine,42 (6),551-558,1980.
- JOSEPH,A.,
WOOD,I.K.,
GOLDBERG,S.C.: Determining populations at risk for developing anorexia nervosa based on selection of college major.
Psychiatry Research,7 (1),53-58,1982.
- KALLIOPUSKA,M.: Body-Image disturbances in patients with anorexia nervosa.
Psychological Report,51,715-722,1982.
- KATZ,J.L.,
SITNICK,T.: Anorexia nervosa and bulimia (letter).
Archiv of General Psychiatry,39 (4),487-489, 1982.
- KEHRER,H.E.: Behandlung der Anorexia nervosa mit Verhaltenstherapie.
Medizinische Klinik,70,427-432,1975.

- KELLERMAN, J.: Anorexia nervosa: The efficiency of behavior therapy.
Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry, 8, 387, 1977.
- KENDELL, R.E.,
HALL, D.J.,
HAILEY, A.,
BABIGIAN, H.M.: The epidemiology of anorexia nervosa.
Psychological Medicine, 3, 200-203, 1973.
- KENTLER, H. (Hrsg.): Texte zur Sozio-Sexualität.
Universitäts-Taschenbuch, Bd. 247, 1973.
- KIDD, C.B.
WOOD, J.F.: Some observations on anorexia nervosa.
Postgraduate Medical Journal, 42, 443-448, 1966.
- KIRSTEIN, L.: Diagnostic issues in primary anorexia nervosa.
International Journal of Psychiatry and Medicine, 11 (3), 235-244, 1981.
- KLEINIG, G.,
MOORE, H.: Soziale Selbsteinstufung (SSE).
Kölner Zeitschr. f. Soziologie u. Sozialpsychologie, 20 (5), 505-552, 1968.
- KLOSINSKI, G.: Einsatz einer kombinierten "Mal- und Märchentherapie" bei einer Pubertätsmagersucht.
Praxis d. Kinderpsychologie u. Kinderpsychiatrie 29, 206-215, 1980.
- KRETSCHMER, E.: Der puberale Instinktwandel.
Münchener Medizinische Wochenschrift, 101, 595-597, 1959.
- LEITZMANN, C.: Biologische Grundlagen der Regulation von Hunger und Sättigung und ihr Einfluß auf die Nahrungsaufnahme.
In: KAPPUS, W. et al. (Hrsg.) Möglichkeiten und Grenzen der Veränderung des Ernährungsverhaltens. Schriftenreihe d. Arbeitsgemeinschaft f. Ernährungsverhalten e.V. Göttingen, 1981, Bd. 1, 53-73.
- LIEBMAN, R.,
MINUCHIN, S.,
BAKER, L.: An integrated treatment program for anorexia nervosa.
American Journal of Psychiatry, 131, 432, 1974.
- LOEVINGER, J.: Theories of ego development.
In: BREGER, L. (Ed.) Clinical cognitive psychology, models and integrations.
Prentice Hall, New Jersey, 1969.
- MARCIA, J.E.: Development and validation of ego identity status.
Journal of Personality and Social Psychology, 3, 551-558, 1966.
- MAWSON, A.R.: Anorexia nervosa and the regulation of intake; a review.
Psychological Medicine, 4, 289-304, 1974.

- MESTER, H.: Die Anorexia nervosa.
Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1981.
- MEWES, C.: Unser Leben muß anders werden.
Herder, Freiburg, 1976.
- MEYER, J.E.: Anorexia of adolescence: The central syndrom group of the anorexia nervosa group.
British Journal of Psychiatry, 118, 539-542, 1971.
- MEYER, J.E.: Psychopathology and eating disorders.
In: SILVERSTONE, T., Appetit and food intake, Berlin 1975, Abakon, Verlagsgesellschaft, 1976.
- MEYER, J.E.: Die Bedeutung der Adoleszenz für die Klinik der Neurosen.
Praxis d. Kinderpsychologie u. Kinderpsychiatrie, 29 (4), 115-117, 1980.
- MINUCHIN, S.: Families and Family therapy.
Harvard University Press, Cambridge, Mass. 1974.
- MINUCHIN, S.,
BAKER, L.,
ROSMAN, B.L.,
LIEBMAN, R.,
MILMAN, R.,
TOOD, C.A.: A conceptual model of psychosomatic illness in children.
Archive of General Psychiatry, 32, 1031, 1975.
- MINUCHIN, S.,
ROSMAN, B.L.,
BAKER, L.; Psychosomatic families. Anorexia nervosa in context.
Harvard Univers. Press, Cambridge Mass., 1978.
- MONTI, P.,
McCRADY, B.,
BARLOW, D.: Effect of positive reinforcement, informational feed-back and contingency contracting on a bulimic anorexic female.
Behavior Therapy, 8, 258-263, 1977.
- MOOS, R.H.: The Development of a Menstrual Distress Questionnaire (MDQ).
Psychosomatic Medicine, 30, 853-867, 1968.
- MOOS, R.H.,
LEIDERMAN: Psychosomatic Medicine.
New York, 1978.
- MUSSEN, P.H.,
CONGER, J.J. &
KAGAN, J.: Child development and personality.
Harper & Row, New York, 1974.
- OLLENDICK, T.H.: Behavioral treatment of anorexia nervosa: A five year study.
Behavior Modification, 3, 124-135, 1979.
- PIRKE Sömatische Befunde bei anorektischen Patienten
Referat auf der 8. Wiss. Tagung der Deutsch. Arbeitsgem. für klinische Ernährung und Diätetik e.V., 13.-15.10.1983, Göttingen.

- POUSTKA, F.,
LEHMKUHL, G.,
KUHLMAYER, K.: Anorexia nervosa: Craniale Computertomographie und klinische Befunde in ihrer Bedeutung für das therapeutische Vorgehen. Referat auf der 79.Tagung d.Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde in München, Sept.1983.
- PUDEL, V.E.: Experimental feeding in man. In: SILVERSTONE, T.(Ed.) Appetite and food intake, Abakon Verlagsgesellschaft, Berlin, 1976, 245-264.
- RICHTER, H.E.: Patient Familie. Entstehung, Struktur und Therapie von Konflikten in Ehe und Familie. Rowohlt, Hamburg, 1970.
- ROSEN, B.C.&
ANESHENSEL, C.S.: The chameleon syndrome: A social psychological dimension of the female sex role. Journal of Marriage and the Family, May, 1976, 605-617.
- ROWLAND, C.V.: Anorexia nervosa: A survey of the literature and review of 30 cases. International Psychiatric Clinic, 7, 37-137, 1970.
- RUSSEL, G.F.M.: Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. Psychological Medicine, 9, 429-448, 1979.
- SEITZ, W.,
RAUSCHE, A.: Der Persönlichkeitsfragebogen für Kinder (PFK 9-14), Westermann, Braunschweig, 1976.
- SELVINI-PALAZZOLI, M. Magersucht. Klett-Cotta, Stuttgart, 1982.
- SELVINI-PALAZZOLI, M., Paradoxon und Gegenparadoxon. BOSCOLO, L., Klett, Stuttgart, 1977.
CECCIN, G.,
PROTA, G.:
- SCHMITT, G.M. Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Behandlung der Pubertätsmagersucht. Praxis d.Kinderpsychologie u.Kinderpsychiatrie 29 (7), 247-251, 1980.
- SCHNURER, A.,
RUBIN, R.,
ROY, A.: Systematic desensitisation of anorexia nervosa seen as a weight phobia. Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry, 4, 149, 1973.
- SCHÜTZE, G.: Anorexia nervosa. Huber, Bern, 1980.
- SCHWARTZ, D.M.
THOMPSON, M.G.,
JOHNSON, C.L.: Anorexia nervosa and bulimia: The socio-cultural context. International Journal of Eating Disorders, 1 (3), 20-36, 1982.

- SIGUSCH,V.
SCHMIDT,G.: Veränderungen der Jugendsexualität zwischen 1960 und 1970.
In: FISCHER,W.(Hrsg.) Inhaltsprobleme in der Sexualpädagogik,
Quelle u. Meyer, Heidelberg,1973.
- SLADE,P.: A short anorexic behavior scale.
British Journal of Psychiatry,122,83-85,1973.
- SLADE,P.: Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa.
British Journal of Clinical Psychology,
21, 167-179,1982.
- SLADE,P.,
RUSSEL,G.F.M.: Awareness of body dimensions in anorexia nervosa. Cross-sectional and longitudinal studies.
Psychological Medicine,3,188-199,1973.
- SOLYOM,L.,
FREEMAN,R.J.,
MILES,J.E.: A comparative psychometric study of anorexia nervosa and obsessive neurosis.
Canadian Journal of Psychiatry,27 (4),282-286
1982.
- STEINHAUSEN,H.-C.,
(Hrsg.) Psychosomatische Störungen und Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen.
Kohlhammer, Stuttgart, 1981.
- STEINHAUSEN,H.-C.: Die Verhaltenstherapie und Familientherapie der Anorexia nervosa - Eine kritische Bestandsaufnahme.
In: STEINHAUSEN,H.-C.(Hrsg.) Psychosomatische Störungen und Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen,
Kohlhammer, Stuttgart, 1981.
- STEINHAUSEN,H.-C.,
GLANVILLE,K.: Verlaufsstudien zur Anorexia nervosa.
In: STEINHAUSEN,H.-C.(Hrsg.) Psychosomatische Störungen und Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen,
Kohlhammer, Stuttgart, 1981.
- STIERLIN Eltern und Kind im Prozeß der Ablösung.
Suhrkamp, Frankfurt, 1974.
- STROBER,M.: Personality and symptomatological features in young, nonchronic anorexia nervosa patients
Journal of Psychosomatic Research,24(6),
353-359,1980.
- STROBER,M.: Locus of control, psychopathology, and weight gain in juvenile anorexia nervosa.
Journal of Abnormal Child Psychology,
10 (1),97-105,1982.

- STROBER, M.,
SALKIN, B.,
BURROUGHS, J.,
MORELL, W.: Validity of the bulimia-restrictor distinction in anorexia nervosa. Parental personality characteristics and family psychiatric morbidity. Journal of Nervous and Mental Disease, 170 (6), 345-351, 1982.
- THEANDER, S.: Anorexia nervosa. A psychiatric investigation of 94 female patients. Acta Psychiatrica Scandinavia (Suppl.) 214, 1970.
- THOMÄ, H.: Anorexia nervosa - Geschichte. Klinik und Theorien der Pubertätsmagersucht. Huber, Klett, Stuttgart, Bern, 1961.
- THOMÄ, H.: Anorexia nervosa. International Universities Press, New York, 1967.
- WARREN, W.: A study of anorexia nervosa in young girls. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 9, 27-40, 1968.
- WELLER, R.A.,
WELLER, E.B.: Anorexia nervosa in a patient with a infiltrating tumor of the hypothalamus. American Journal of Psychiatry, 139 (6), 824-825, 1982.
- WILLI, J.,
GROSSMANN, S.: Epidemiology of anorexia nervosa in a defined region of Switzerland. American Journal of Psychiatry, 140 (5), 564-568, 1983.
- WIRSCHNING, M.,
STIERLIN, H.: Krankheit und Familie. Konzepte - Forschungsergebnisse Therapie. Klett-Cotta, Stuttgart, 1982.
- WOOLEY, O.W.,
WOOLEY, S.: The Beverly Hills eating disorder: The mass marketing of anorexia nervosa. International Journal of Eating Disorders, 1 (3), 57-69, 1982.
- VAN BUSKIRK, S.S.: A two phase perspective on the treatment of anorexia nervosa. Psychol. Bulletin, 84, 529-538, 1977.
- YAGER, J.: Family issues in the pathogenesis of anorexia nervosa. Psychosomatic Medicine, 44 (1), 43-60, 1982.
- ZERSSEN, D.
v. KOELLER, D.-M.: Die Befindlichkeitsskala, Beltz Verlag, Weinheim, 1976.
- ZERSSEN, D.,
v. KOELLER, D.-M.: Paranoid-Depressivitäts-Skala (PD-S). Beltz Verlag, Weinheim, 1976.
- ZIOLKO, H.U.: Zur Katamnese der Pubertätsmagersucht. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 225 (2), 117-125, 1978.