

Aus der Nervenklinik der Universität München  
(Direktor: Prof. Dr. K. KOLLE)

## Das Syndrom der Anorexia nervosa

### Katamnestische Untersuchungen

Von  
**JOACHIM-ERNST MEYER**

Mit 2 Textabbildungen

(*Ein gegangen im Januar 1961*)

Der Streit um die endokrine Genese der Anorexie, der durch die Befunde von SIMMONDS entstanden war, ist entschieden<sup>1</sup>. Die Anorexia nervosa ist eine primär psychische Erkrankung. Zur Diskussion steht nur noch die Frage, ob eine endokrine Gleichgewichtsstörung („Hypophysenschwäche“) eine prädisponierende Rolle spielt<sup>6</sup>. Psychiatrische Studien und psychotherapeutische Berichte über Einzelfälle haben unsere Kenntnisse von den psychischen Faktoren, die für die Entstehung der Anorexia nervosa maßgeblich sind, sehr gefördert. Die Frage nach der Prognose aber ist noch offen, weil unsere Kenntnisse über den Verlauf des Leidens lückenhaft und widerspruchsvoll sind. Dies hängt zum Teil damit zusammen, daß in den wenigen langfristigen psychiatrischen Katamnesen die Anorexien des dritten Lebensjahrzehnts oder sogar bis zur Lebensmitte nicht von der Adoleszenten-Anorexie, der Pubertätsmagersucht des deutschsprachigen Schrifttums, unterschieden wurden.

Die katamnestischen Untersuchungen, über die hier berichtet wird, sind im wesentlichen auf folgende Fragen ausgerichtet:

1. Lassen sich bei der Anorexia nervosa verschiedene nach Erkrankungsalter, Pathogenese und Verlauf einheitliche Formen unterscheiden?
2. Wie ist die Prognose der Anorexia nervosa, gegebenenfalls bei einzelnen klinisch voneinander abgrenzbaren Formen?
3. Welche seelischen Veränderungen treten in Erscheinung, wenn die Anorexie nicht zur Ausheilung kommt?

Es wurden 34 Frauen und 3 Männer nachuntersucht. Alle Probanden (mit Ausnahme eines Mannes) waren zu einem früheren Zeitpunkt unter der Diagnose „Magersucht“, „Anorexia mentalis“, „hypophysäre Magersucht“, „cerebrale Magersucht“, „endokrine Magersucht“ oder „Simmondssche Kachexie“ auf einer

internen oder pädiatrischen Abteilung stationär behandelt worden\*. Hinzu kommen 1 Kranke aus der Heckscher Nervenklinik für Kinder und Jugendliche und 5 aus der hiesigen Klinik. Der jüngste Proband war jetzt 20 Jahre, der älteste 58 Jahre alt. Bei den 34 weiblichen Probanden erfolgte die Krankenhausbehandlung durchschnittlich vor 10 Jahren, bei 6 von ihnen vor mehr als 17 Jahren. Unter Ausschluß der chronischen Anorexien, bei denen der Beginn des Leidens bis in die Kindheit reicht und daher nicht genau zu erfassen war, lag der Beginn der Erkrankung im Durchschnitt 13 Jahre zurück.

**Methodik.** Die Nachuntersuchung bestand in mindestens zwei ausführlichen Explorationen, meist im Abstand von mehreren Monaten, außerdem wurde der Thematic Apperception Test angewandt. Bei zwei in Amerika lebenden Probanden wurde die Katamnese nur brieflich erhoben, stützt sich aber auf eine eingehende Korrespondenz. Angehörige konnten etwa bei einem Viertel der Probanden befragt werden. Von den Verstorbenen wurden alle ärztlichen Unterlagen herangezogen.

## Ergebnisse

### *Die klinische Differenzierung*

Die Anorexia nervosa ist ein Syndrom, bei dem nach Entstehung und Verlauf drei Formen unterschieden werden können:

1. Die Pubertätsmagersucht (Adoleszenten-Anorexie) (20 Fälle).
2. Die chronische Anorexie (7 Fälle).
3. Die Anorexie als neurotische Reaktion (6 Fälle).

Nicht einzuordnen war eine weibliche Probandin (siehe S. 35); über die drei männlichen Kranken ist auf S. 48/50 berichtet.

1. *Die Pubertätsmagersucht.* Aus der Sicht der Katamnese sind Kindheit und Vorpubertät oft, wenn auch keineswegs immer, unauffällig verlaufen. *Ausnahmslos fehlen kindliche Essensstörungen.* 2 Probanden haben mit 6 bzw. 9 Jahren die Scheidung bzw. den Tod der Eltern erlebt, ohne daß es zu anorexischen Symptomen kam. Am Beginn der Erkrankung stehen in der Regel keine schweren äußeren Konflikte, aber jene kleinen Hänseleien über das dickliche Mädchen, die rückschauend zum verletzenden Psychotrauma werden, von dem die Krankheit ihren Ausgang nahm. 4 Probanden, darunter das Zwillingspaar, waren Frühgeborenen.

2. *Die chronische Anorexie* beginnt schon in der Kindheit mit erheblichen Essensschwierigkeiten. Zart, blaß und untergewichtig war das Kind immer ein Gegenstand der Sorge für Eltern oder Pflegepersonen. Fast ausnahmslos sind die Probanden dieser Gruppe in einem ungünsti-

\* Krankenhaus München-Nymphenburg (Chefarzt Prof. Dr. W. C. MEYER), II. Medizinische Klinik (Direktor Prof. Dr. Dr. BODECHTEL) und Kinderklinik (Direktor Prof. Dr. WISKOTT) der Universität, Städtisches Krankenhaus rechts der Isar (Chefarzt Prof. Dr. BAUER) und Oberföhring (Chefarzt Prof. Dr. BERGSTERMANN), Kreiskrankenhaus München-Pasing (Chefarzt Dr. LEIBLEIN). Den Klinikdirektoren und Chefarzten, vor allem Herrn Prof. W. C. MEYER<sup>30</sup>, in dessen Abteilung die meisten Probanden behandelt wurden, habe ich für ihre Unterstützung sehr zu danken.

gen, lieblosen oder durch elterliche Differenzen gestörten Milieu aufgewachsen. Oft waren ihre Essensschwierigkeiten bevorzugtes Streitobjekt der Eltern.

„Mein Vater hat mir den Appetit genommen, weil er so streng war, daß wir *gut* aßen. Ich bin immer mit einem ziemlichen Bammel zu Tisch gegangen. Es wurde mit Büchern unter dem Arm gegessen und wehe, wenn eins herunterfiel!“ (Mei.)

Die Pubertät brachte keine Verschlechterung, meist sogar eine Besserung des Appetits und des Ernährungszustandes, jedoch keinen Umschlag in Fettsucht. Der Höhepunkt des Leidens, der zur Krankenhausbehandlung führte, lag zwischen 22 und 39 Jahren, im Durchschnitt bei 28 Jahren. Im Gegensatz zur Pubertätsmagersucht kommt es bei der chronischen Anorexie nur ausnahmsweise zur Kachexie und nicht in allen Fällen zur Amenorrhoe. Der Verlauf ist häufigen Schwankungen unterworfen, die gewöhnlich von äußeren Belastungen, seelischen wie körperlichen, oft von beruflicher Überbeanspruchung abhängen. Je älter die Kranke wird, um so mehr tritt das in der Kindheit und nach der Adoleszenz führende Symptom der Appetitlosigkeit gegenüber vielfältigen hypochondrischen Beschwerden zurück. Die Kranken behalten aber einen „empfindlichen“ Magen, bleiben zumeist untergewichtig, klagen über Gallenbeschwerden, Darmspasmen und Obstipation; sie sind wenig belastungsfähig und fühlen sich als Astheniker körperlich nie recht wohl.

**Fall 1, Not.** Die jetzt 32jährige Frau wurde vor 10 Jahren wegen Magersucht (38 kg bei 161 cm Größe) im Krankenhaus München-Nymphenburg behandelt.

Den Bericht über ihre Lebensgeschichte begann sie mit folgenden Worten: „Schon im Kleinkindesalter habe ich begonnen, fast nichts zu essen, schon mit 1½ Jahren habe ich sehr wenig und schlecht gegessen. Meine (Pflege-)Mutter hat immer gejammt, daß ich nichts esse. Sie hat mich sehr verwöhnt, ich war ja immer krank. Ich glaube, das Grundübel waren die Streitigkeiten zwischen meinen (Pflege-)Eltern, häßliche Szenen bei uns zu Hause, wo ich oft dabei war. Meine (Stief-)Schwester hat mir nie verziehen, daß ich verwöhnt und verhätschelt wurde, sie zeigte das durch kleine Bosheiten. Der (Pflege-)Vater hat sich gar nicht um mich gekümmert, es war, glaube ich, eine Last für ihn, eine Familie zu haben.“ Als Kind viele Angstträume, „es war immer Krieg, mit Pferden kamen sie das Stiegenhaus herauf, mit Messern“.

Unehelich geboren kam Frau N. mit 3 Monaten zu ihren Pflegeeltern, sie wurde aber, solange sie klein war, von ihrer Mutter oft zu Spaziergängen abgeholt: „Sie stellte mir dann immer Milch hin, die ich nicht mochte. Sie hat mich mit dieser Milch drangsaliert.“

„Mein Zustand war in der Kindheit am schlechtesten, so mit 12, 13 Jahren wurde es besser. Hunger habe ich aber überhaupt nicht gekannt bis zu meiner Schwangerschaft (1953), da habe ich für drei gegessen.“ Nach schwerer Entbindung und in Zusammenhang mit einem massiven Ehekonflikt bekam sie „Ekel vor allem“, konnte fast gar nichts essen. *Jetzt* fühlt sich Frau N. nicht eigentlich krank, sie wiegt 45 kg, ist aber viel müde und leicht erschöpft. Sie hat „ein nervöses Magenleiden und Kreislaufstörungen. Alles, was fett ist, lasse ich aus. Bei Aufregung oder Hetze verdaut der Magen nicht richtig. Die meiste Zeit habe ich keinen Stuhlgang oder nur Steine“. Seit der Kindheit erbricht Frau N. sehr leicht, schon bei kleinen seelischen Belastungen oder Ärger.

Seit 1954 geschieden lebt Frau N. mit ihrer Mutter und ihrem Sohn. Sie ist als Buchhalterin in ihrer Arbeit korrekt und verlässlich. Sie bezeichnet sich selbst als zu genau, fühlt sich nach dem Dienst oft überanstrengt. „Ich habe Angst, allein zu leben, wenn meine Mutter einmal nicht mehr ist. So habe ich immer noch jemand, der es gut mit mir meint.“ — „Ich muß viel rot tragen, fast zuviel. Das ist die einzige Farbe, die mir gut steht.“ Frau N. war immer frigide. „Mit der Zeit ekelte mein Mann mich an, mir kam es so vor, als würde er nur eine Befriedigung suchen und sonst nichts. Die Männer haben zu wenig Zärtlichkeit, sie nehmen zu wenig Rücksicht auf das Gefühl einer Frau.“

*Epikrise.* Es handelt sich um eine jetzt 32Jährige mit einer *chronischen Anorexie* seit der frühen Kindheit. Vor der Pubertät und mit 22 Jahren war ihr Ernährungszustand besonders schlecht, nur in der Schwangerschaft hat sie Hunger kennengelernt. Sie selbst führt ihr Leiden auf die fehlende Harmonie im Elternhaus zurück. Durch ihre Kränklichkeit war die Pflegemutter ihr mehr zugetan als ihren eigenen Kindern, eine enge Mutterbindung besteht auch heute noch. Psychasthenie mit anankastischen Zügen, sexuell ausgesprochen ambivalent.

3. *Die Anorexie als neurotische Reaktion* ist die Antwort auf ein meist grobes Psychotrauma, wobei die Appetitlosigkeit oft von einer depressiven oder mehr apathischen Verstimmung begleitet wird. Die Dauer der Reaktion beträgt gewöhnlich mehrere Monate. Die Frage nach dem Elternhaus und nach kindlichen Essensschwierigkeiten wurde von den Probanden uneinheitlich beantwortet. Ist es mehrfach im Leben zu anorexischen Reaktionen gekommen, ohne daß sich diese rückschauend deutlich abgrenzen lassen, so wird die Differentialdiagnose gegenüber der chronischen Anorexie schwierig. Das Psychotrauma bestand meist in einer Enttäuschung oder Kränkung (Entlobung, Zurücksetzung in der Ehe oder im Beruf). Einmal gab sich die Kranke Schuld am Tode ihres Freundes, der unmittelbar, nachdem sie mit ihm eine heftige Auseinandersetzung gehabt hatte, mit seinem Auto gegen einen Baum fuhr.

**Fall 2,** Bie. Das jetzt 58jährige Fräulein wurde vor 13 Jahren wegen Anorexie in der II. Medizinischen Klinik der Universität behandelt. Angeblich weder früher noch später appetitlos, im Gegenteil, sie esse sehr gern gut. Sie war viele Jahre Erzieherin in Adelsfamilien, wo „sehr elegant serviert wurde“. Als Ursache der Appetitlosigkeit wird zunächst auf das schlechte Nachkriegsessen verwiesen: „Es hat mich geärgert vor den Suppen im Gasthaus. Die anderen haben es gegessen, mich hat es gekleckert, wer weiß, was da drin war.“ Erst auf Hinweis, daß in der Krankengeschichte etwas über einen Verlobungskonflikt vermerkt sei, berichtet Fräulein B., sie sei 1942 einem 9 Jahre jüngeren Mann begegnet. „Es war eine große Liebe, ich habe lichterloh gebrannt.“ Sie hatte ihn in einem Restaurant kennengelernt, wo er am gleichen Tisch saß. „Er aß die Forelle comme il faut. Ich habe gleich gedacht, das ist ein Mann, der sich anständig benehmen kann.“ Er erwies sich als Heiratsschwindler, die Verlobung wurde gelöst. In diese Zeit fällt die Anorexie, die mindestens 1 Jahr anhielt.

Das Thema Essen spielt auch in das Verhältnis zum Vater hinein. Sie nennt ihren Vater einen „*Freßpedant*“, er war sehr für Essen und hatte bei der Mama noch in den letzten Jahren immer etwas am Kochen auszusetzen, hier einen Tropfen

Wein mehr in die Soße, dort etwas zu wenig Pfeffer und so fort“. Im übrigen bezeichnet Fräulein B. ihren Vater als tüchtig, geizig und rücksichtslos. Aber auch an der weichen und labilen Mutter hat sie nicht gehangen. Sie war schon als Kind sehr ordentlich, „manchmal fast pedantisch“, jetzt besteht typischer Kontrollierzwang. Ihre Sexualität sei „ziemlich verkümmert, vielleicht auch durch die strenge religiöse Erziehung. Jedenfalls hat es mich nie herumgetrieben oder auch nur sehr belastet“. Sie war fast immer frigide.

*Epikrise.* Es handelt sich um eine *Anorexie als neurotische Reaktion* nach einer schweren Liebesenttäuschung im Alter von 45 Jahren. Weder als Kind noch in der Adoleszenz oder später Appetitlosigkeit. Fräulein B. legte immer Wert auf kultivierte Tischsitten und litt unter den unappetitlichen Gasthausverhältnissen der Nachkriegszeit. Die Einstellung des Vaters und des Verlobten, der sich als Heiratsschwindler erwies, zum Essen scheint ihr Verhältnis zu ihnen beeinflußt zu haben. Hyperthyme Persönlichkeit mit anankastischen Zügen.

Bei der Anorexie als neurotische Reaktion gibt es Übergänge zum „physiologischen“ Appetenzwandel nach Aufregungen. Eine grob orientierende, noch unabgeschlossene Befragung gesunder Personen ergab, daß nur etwa ein Drittel nach Aufregungen keine Änderung ihres Appetits bemerken, während mehr als die Hälfte vorübergehend appetitlos werden.

Es bleibt die Erörterung des einzigen Falles, der in keine der drei Gruppen gehört und der die Frage aufwirft, ob es *endogene Depressionen* gibt, bei denen fast monosymptomatisch Appetitverlust und Abmagerung das Krankheitsbild bestimmen.

**Fall 3,** Bei. Die jetzt 43jährige Frau lebt seit 1939 in glücklicher Ehe. Das erste Kind, um das sie sich von Anfang an sehr sorgte, war gegen Kriegsende lange krank. Die Mutter hat alles in das Kind gesteckt, hatte dadurch selbst nicht genug zu essen und litt unter Hunger. „Dann kam das Stadium, da habe ich alles weggeschoben. Alles gute Zureden nützte nichts mehr. Alles, die ganze Umwelt war mir gleichgültig. Ich hatte keinen Willen mehr, empfand zu niemand mehr Liebe und Zuneigung; meine ganze Einstellung zu den Dingen war anders.“ Sie konnte nur noch mit Schlaftabletten schlafen, hat viel geraucht. Sie magerete ab bis auf 31 kg, war amenorrhöisch und geriet durch interkurrente Pneumonie in einen lebensbedrohlichen Zustand. Stationäre Behandlung im Krankenhaus München-Nymphenburg brachte zunächst keine Besserung. Eines Tages, wieder zu Hause, hörte sie sagen: „Wenn es Herbst wird, tragen wir die Frau B. auf den Friedhof.“ „Da überkam mich die Angst, ich verhungere. Dann habe ich Tag und Nacht gegessen, der Wille war wieder da.“ Seitdem ist Frau B. gesund, kennt keine Essensstörungen, wie das auch vor der Erkrankung der Fall war.

Die erste Exploration ließ keine Ursache für die schwere Anorexie erkennen. Dann aber ergab sich folgendes: der Ehemann kam kurz vor Beginn des Leidens aus Kriegsgefangenschaft zurück. Damals war sie schon sehr mager, hatte aber noch Appetit. „Ich habe mich geniert, mich vor ihm auszuziehen, ich habe mich am Abend versteckt, weil ich ja ein Skelett geworden war. Ich war froh, wenn mein Mann am Abend nicht zu mir gekommen ist. Er hat oft gesagt: ja, wie schaust Du denn aus.“

*Familienanamnese.* Die Mutter von Frau B. wurde mit 50 Jahren unter der Diagnose cyclothyme Depression in der psychiatrischen Abteilung des Krankenhauses München-Schwabing behandelt. Im Krankenblatt ist vermerkt, sie habe in der Depression 40 Pfund an Gewicht verloren! Deren Vater tötete sich mit 48 Jahren durch Sprung aus dem Fenster.

*Epikrise.* Es handelt sich um eine schwere Anorexie bei einer 28 jährigen Frau. Diese ist scheinbar dadurch hinreichend motiviert, daß sie sich in ihrem abgemagerten Zustand, der durch die Ernährungsverhältnisse der Nachkriegszeit bedingt war, vor ihrem Mann schämte. Dann erst verlor sie den Appetit. Obwohl die Verletzung des Schamgefühls ein für Anorexie charakteristisches Psychotrauma darstellt, lassen die familiäre Belastung und die syntone Wesensart der Probandin sehr an eine endogene Depression denken, zumal es bei ihrer Mutter in der Depression zu einem ungewöhnlich starken Gewichtsverlust kam. Eine Entscheidung ist nicht möglich. Trotzdem erscheint es wichtig, diese Beobachtung mitzuteilen; denn die Differentialdiagnose zwischen anorexischer Reaktion und einer psychisch provozierten endogenen Depression, die unter dem Bild einer Anorexie verläuft, wird sich vor allem bei älteren Patienten gelegentlich stellen<sup>9,23</sup>.

#### *Die Verläufe*

	geheilt	ungeheilt	schizophren	verstorben	Gesamtzahl
Pubertätsmagersucht	7	7	3	3	20
chronische Anorexie		7			7
Anorexie als neurotische Reaktion	2	bzw. <i>rückfällig</i> 3		1	6

**Die Pubertätsmagersucht.** Die Gesundung dauerte im günstigsten Fall 3, längstens 12 Jahre. Das zeigt, daß die Pubertätsmagersucht immer eine ernste Erkrankung ist, wenn auch einschränkend betont werden muß, daß diese Untersuchung von stationär behandelten, also schweren Fällen ausgeht. Es gibt zweifellos auch leichte Formen, die nur der Hausarzt zu sehen bekommt (v. BERGMANN). Als geheilt wurden diejenigen Probanden bezeichnet, die ohne diätetische Einschränkungen leben, für die Essen, wie sie sich ausdrücken, überhaupt kein Problem mehr ist. Daß nach Aufregungen kurzdauernde Appetitschwankungen — wie bei Gesunden — vorkommen, spricht nicht gegen die Heilung. Auch das Auftreten von Schwangerschaftserbrechen hat nichts mit Anorexie zu tun. Besserung des Appetits in der Schwangerschaft erlaubt umgekehrt noch nicht die Feststellung, daß die Anorexie überwunden ist, sie stellt sich manchmal nach der Entbindung wieder ein. In einzelnen Fällen war die Anorexie verschwunden, während die seelische Reifungsstörung noch anhielt.

Kommt die Pubertätsmagersucht nicht zur Ausheilung, so entwickelt sich meist eine schwere psychische Dauerveränderung, die nicht mit der seelischen Verfassung im Beginn und auf dem Höhepunkt der Erkrankung identisch ist. Die Probanden waren bei der Nachuntersuchung zwar noch untergewichtig, aber mit zwei Ausnahmen nicht mehr kachektisch. Man wird jedenfalls — im Gegensatz zu der Auffassung von LEONHARD — nicht schon von Heilung sprechen dürfen, wenn es gelungen ist, die akute Anorexie zu überwinden. Das Essensproblem bleibt im Vordergrund und beeinflußt die ganze Lebensführung des Kranken. Die Heißhungeranfälle mit der sogenannten Speisekammeranekdote verschwinden fast in allen Fällen. Nur zweimal bestand noch Amenorrhoe, sonst hatten sich die Menses bald nach Überwindung der schweren Abmagerung wieder eingestellt.

3 Kranke aus dieser Gruppe wurden *schizophren*, 2 stammen aus unbelasteter, 1 aus mit schizophrenen Psychosen mehrfach belasteter Familie. Die ersten sicheren schizophrenen Symptome waren 3, 10 (?) bzw. 11 Jahre nach Beginn der Anorexie aufgetreten. Bei der einen Kranken zeigten sich akut psychotische Symptome (ohne thematische Beziehung zur Anorexie), nachdem die zunächst ganz typische Pubertätsmagersucht im Verlauf von 11 Jahren nicht abgeklungen war und Heißhungeranfälle noch bis kurz vor Ausbruch der paranoid-halluzinatorischen Psychose bestanden hatten. Bei der zweiten (familiär belasteten) Kranken (Kar.) dagegen entwickelte sich die Psychose schleichend und übernahm die Thematik von Hungertrieb und Schuld aus der ebenfalls anfänglich typischen Pubertätsmagersucht: „Ich hätte durch mein Essen beinahe die ganze Welt durcheinander gebracht.“ Die Kranke ist immer noch fast kachektisch, unter Elektroschockbehandlung bessert sich der Appetit jeweils für kurze Zeit.

Besonderes Interesse verdient ein *eineiges Zwillingspaar*. Beide erkrankten an Pubertätsmagersucht. Im Gegensatz zur Beobachtung von DÜHRSSEN war aber der weitere Verlauf divergent: Während die eine gesundete, entwickelte sich bei der anderen eine chronische Schizophrenie.

**Fall 4.** Kei. Erika und Klara sind eineiige Zwillinge, die als Kinder deutscher Eltern in Oberitalien aufwuchsen (Abb. 1). Sie haben als Kinder gut gegessen und fügten sich der korrekten, etwas engherzigen Erziehung ohne Schwierigkeiten. Zwischen den Schwestern bestand ein sehr zärtliches Verhältnis. Mit 12 Jahren trat bei beiden im Abstand von 8 Tagen die Menarche ein.

Mit 17 Jahren (1939) mußten sie nach Deutschland zum Arbeitsdienst, verloren dort schon in den ersten Wochen den Appetit, erbrachen fast alles und wurden gleichzeitig für insgesamt 4 Jahre amenorrhöisch. (Die Menstruation kehrte bei beiden wieder mit einer Woche Differenz zurück.) Die Eltern holten die Mädchen wegen ihres Gesundheitszustandes vorzeitig aus dem Arbeitsdienst; sie mußten aber kurz danach Italien verlassen und sich in Süddeutschland ansiedeln. Die Schwestern erholten sich nicht, sie lehnten die Nahrungsmittel der Kriegszeit ab, fürchteten sich vor den Luftangriffen und fühlten sich in Deutschland überhaupt

fremd. Sie fuhren fort, untereinander italienisch zu sprechen. Das Körpergewicht sank bis auf 30 (Erika) bzw. 32 kg (Klara) ab. 1942 stationäre Behandlung im Krankenhaus München-Nymphenburg. Als sie trotz des schlechten Ernährungszustands gegen den Willen der Eltern eine Dolmetscherschule in Leipzig besuchten, erholte sich Erika, die nach Ansicht der Mutter immer die etwas lebhaftere und geselligere war, rasch, auch bei Klara verschwand die Kachexie, es blieben aber viele Essensschwierigkeiten. Erika heiratete 1948 einen amerikanischen Chemiker und wanderte 1951 nach USA aus, sie hat zwei Kinder von 10 und 4 Jahren. Sie fühlt sich nach brieflicher Auskunft vollkommen gesund, hat guten Appetit und nimmt keinerlei diätetische Rücksichten.

Etwa seit der Trennung von ihrer Schwester hat sich bei Klara eine seelische Veränderung bemerkbar gemacht. Sie hat seit damals nicht mehr gearbeitet und über 3 Jahre das Haus nicht verlassen. Sie weigert sich, zum Arzt zu gehen. Drei Psychiater, die die Mutter als Bekannte ins Haus bat, haben eine schizophrene Psychose angenommen.

Klara wiegt jetzt 50 kg. Sie isst fast nur allein und bereitet sich monatelang immer das gleiche Essen. In allerletzter Zeit hilft sie gelegentlich der Mutter im Haushalt oder kauft für sie ein, was Jahre hindurch nicht möglich war. Ref. konnte Klara mehrfach in der Wohnung sprechen. Sie war anfänglich abweisend, ja unhöflich, später aber zugänglicher, so daß sie auch bei einer Denkprüfung mitmachte.



Abb. 1. Die Zwillinge im Alter von 5 Jahren

Lieben Sie Blumen? „Ich mag schon Blumen, aber nicht so viel Blätter. (Warum?) Wegen der Läuse. Die fallen einem auf den Kopf, da bekommt man Läuse von den Blättern. Die Leute in Deutschland halten sich alle zu viel Blumen und so Zeug. Ich mag Blumen nur in der Natur. (Wenn man keinen Garten hat?) Dann geht man eben zu den reichen Leuten und schaut da in den Garten hinein.“ (Sie gehen nicht aus, nehmen eigentlich am Leben nicht recht teil?): „Doch, ich nehme an allem teil, was den Tag betrifft. Das Leben hat zwei Hälften, die eine ist das Tagleben, die andere das Nachtleben. Es gibt zwei Leben.“ (Heiraten?): „Nein, in der Zeit auch noch Kinder! Da soll man womöglich noch arbeiten gehen für die Kinder oder der Mann ist krank. Ich habe Freundinnen, die sind zaundünn, sie haben noch nicht einmal einen richtigen Busen und lassen sich von einem Trottel ein Kind machen. Die Frauen sind halbe Krepierlinge, der Krieg hat ihnen die halbe Entwicklung abgenommen, sie haben nicht Fett noch Fleisch, nicht einen Fetzen Fleisch am Leib.“ — Beim Nacherzählen von „Biene und Taube“ beginnt Klara zunächst richtig, dann: „Dann ist die Biene herausgeklettert und wollte davonfliegen. Da hat sie gerade noch einen Jäger gesehen, der auf sie schießen wollte, und hat ihn wahrscheinlich aus Wut in den Arm gestochen. Was soll denn eine Biene schon tun?“

*Epikrise.* Es handelt sich um eineiige Zwillinge\*, bei denen im Alter von 17 Jahren, ausgelöst durch den Arbeitsdienst, verschlechtert durch die Übersiedlung nach Deutschland, eine schwere *Pubertätsmagersucht* mit vierjähriger Amenorrhoe auftrat. Die eine Schwester *gesundete*, heiratete mit 27 Jahren, hat guten Appetit und ist, soweit wir wissen, psychisch unauffällig. Bei der anderen hat sich nach der Trennung von ihrer Schwester eine *schizophrene Psychose* entwickelt. Produktive Symptome fehlen, doch ließ sich, abgesehen von den Verhaltensstörungen, eine schizophrene Denkstörung nachweisen. Sie hat skurrile Essensgewohnheiten. Die Psychose enthält thematisch noch wesentliche Probleme der Pubertätsmagersucht: der Haß gegen das männliche Geschlecht, die Ablehnung der Aufgaben der Frau als Gattin und Mutter. Über schizophrene Erkrankungen in der Familie ist nichts bekannt.

Die Auffassung von ZUTT, man solle mit der Diagnose Schizophrenie bei einer nicht zur Ausheilung gelangten Pubertätsmagersucht sehr zurückhaltend sein, kann nur bestätigt werden; denn die neurotischen Endzustände, auf die noch näher einzugehen ist, zeigen oft so schwere psychische Störungen, daß sie nur zu leicht als pseudoneurotische Schizophrenien verkannt werden können. Vor allem läßt uns der „Knick in der Lebenslinie“ als differentialdiagnostisches Kriterium ganz im Stich. Wenn die Pubertätsmagersucht nicht ausheilt, sondern in einen neurotischen Endzustand einmündet, bricht mit dem Beginn der Erkrankung die lebendige Entwicklung der Persönlichkeit ab. ZUTT hat auch bereits darauf hingewiesen, daß es sich bei Ellen West um eine typische Pubertätsmagersucht und nicht um eine Schizophrenie gehandelt haben dürfte. BINSWANGER betont zwar, eine Anorexie könne man nicht annehmen, weil Ellen West einen gesteigerten Appetit hatte und die Abmagerung nur Folge der absichtlichen Unterernährung war. Demgegenüber muß aber festgestellt werden, daß mit Schuldgefühlen erlebte Heißhungeranfälle, aber auch der Kampf gegen den „gewöhnlichen Appetit“ wenigstens bei der Pubertätsmagersucht fast nie vermißt werden. Man kann allerdings erwägen, ob die übliche Bezeichnung Anorexie durch einen Namen ersetzt werden sollte, der die ambivalente Störung des Nahrungstriebes zum Ausdruck bringt.

Bei den *tödlich verlaufenen Fällen* liegen nur internistische Befunde vor; psychiatrisch wurden sie niemals untersucht. In einem Fall begann das Leiden mit einer forcierten Abmagerungskur. Die Kranken starben mit 17, 33 bzw. 40 Jahren 3, 16 bzw. 21 Jahre nach Beginn der Erkrankung, ohne daß es im weiteren Verlauf zu einer nennenswerten Remission gekommen war.

---

\* Eineiigkeit wird auf Grund der außerordentlichen Ähnlichkeit angenommen, anthropologisch wurden die Zwillinge nicht untersucht.

**Die chronische Anorexie.** In dieser Gruppe gibt es keinen Ausgang in Schizophrenie und keine tödlichen Verläufe, vielmehr sind alle Probanden ungeheilt, sie müssen diät leben und sind fast ständig in hausärztlicher oder internistischer Behandlung.

„Im großen und ganzen habe ich keinen schlechten Appetit, aber wegen meiner Magen- und Gallengeschichten kann ich nicht das Hundertste essen. Ich bin sehr fettempfindlich, eine nervöse Gastritis habe ich auch noch. Nach Aufregungen wird mir schlecht. Wenn ich dann etwas esse, bekomme ich ein komisches Kopfweh, das mit den Magennerven zusammenhängt.“ (Kuf.)

Im Psychischen dominieren zwangs- und angstneurotische, besonders häufig aber asthenische Züge, wie sie bei Pubertätsmagersucht nicht vorkommen. Wahrscheinlich sind leichtere Verläufe in dieser Gruppe nicht selten. Das Bild der „dürren alten Jungfer“ mit Neigung zu Erschöpfungszuständen, vielfältigen hypochondrischen Beschwerden und chronischen Funktionsstörungen der Verdauungsorgane ist vielen Ärzten geläufig.

**Fall 5, Rei.** Die jetzt 36jährige Lehrerin wurde 1950 wegen einer Anorexie mit 34 kg bei 165 cm Größe im Krankenhaus München-Nymphenburg behandelt. Dreimal wurde Kalbshypophyse transplantiert. Jetzt wiegt sie 47 kg, die Besserung hat sich aber erst sehr langsam und ungleichmäßig vollzogen, immer wieder kam es zu Gallenblasenentzündungen. Sie lebt ständig diät, meidet Fett und fettes Fleisch, ebenso viele Mehlspeisen. Das Essen muß hübsch angerichtet sein, auch muß sie in Ruhe essen können. Sie geht ungern ins Gasthaus, wo es sie leicht vor dem Fett ekelt. Hunger kennt sie nicht, „eher schon Appetit“. In der Zeit um die Periode ist der Appetit noch schlechter. „Wenn ich Aufregungen habe, brauche ich nichts zu essen. Allen Ärger muß ich schlucken.“ Chronische Obstipation. Vom Sexuellen sagt sie: „Mir war das eigentlich schon immer zuwider, ekelhaft.“ Sexuelle Regungen kenne sie kaum, niemals intime Beziehungen.

Fräulein R. hat schon als Kind schlecht gegessen, sie war ein sehr zartes Kind mit einem „schwachen nervösen Magen“, hat leicht erbrochen. In der Pubertät wurde es mit dem Essen etwas besser, rundlich war sie aber auch damals nicht. — Ihren Vater bezeichnet Fräulein R. als Choleriker, betont aber, sie habe sich nicht vor ihm gefürchtet. Näheres Verhältnis stets zur Mutter, die um sie besorgt war und ist.

Fräulein R. bezeichnet sich als Pflichtenmensch, sie möchte ihre Kinder „zu arbeitsamen und aufrichtigen Menschen mit religiösem Ethos erziehen“. Sie legt größten Wert auf Ordnung und Sauberkeit, empfindet dies aber nicht als übertrieben. Im Schuldienst fühlt sie sich sehr angespannt, oft überfordert und ist häufig krank. Religiös stark gebunden, besucht sie auch Exerzitien, nimmt aber am Fasten nicht teil. — Im Gespräch wirkt sie sehr unsicher, errötet leicht, ihre Hände sind in ständiger nervöser Unruhe.

**Epikrise.** Es handelt sich um eine *chronische Anorexie* bei einer 36jährigen Lehrerin. Stärkste Untergewichtigkeit in der Kindheit und vor 10 Jahren. Auch jetzt ist der Appetit gering, sie muß diät leben; denn wie schon oft besteht zur Zeit eine Gallenblasenentzündung. Sie ist nicht ganz appetitlos, kennt aber keinen Hunger. Es besteht eine Neurose mit starker Selbstunsicherheit, Angst und gesteigerter Erschöpfbarkeit. Psychasthenische Struktur mit anankastischen Zügen.

**Die Anorexie als neurotische Reaktion.** Bei zwei Probandinnen ist es zweimal, bei den übrigen nur einmal zu einer anorexischen Reaktion gekommen. Erkrankungsalter, -dauer und Schwere der Anorexie zeigen nichts Regelmäßiges. Zur Zeit der klinischen Behandlung waren die Probandinnen 17, 31, 32, 40, 40 und 45 Jahre alt. Die Älteste, die als Kind und in der Adoleszenz immer guten Appetit gehabt hatte, wurde mit ihrer Heirat vor 19 Jahren anorexisch. Der trunksüchtige Ehemann unterhielt von Anfang an Beziehungen zu anderen Frauen. Die Anorexie ist je nach der momentanen ehelichen Situation bald mehr, bald weniger ausgeprägt. Bei 161 cm Größe schwankt ihr Gewicht zwischen 43 und 45 kg.

Bei der nach 7 jährigem Leiden an Kachexie mit agonalen Darmblutungen verstorbenen Kranken handelte es sich um eine Lehrerin, die mit 27 Jahren ins Kloster ging. Unmittelbar nach dem Eintritt in den Orden stellten sich Appetitlosigkeit, Koliken und Erbrechen ein. In der hiesigen Klinik, ein Jahr vor ihrem Tode, lehnte sie jedes Gespräch über ihre seelische Situation ab. Dafür, daß die Anorexie durch eine bewußte Askese in Gang gekommen war, fehlte jeder Hinweis. Zu erwähnen ist hier auch die anorexische Reaktion einer deutschen Schriftstellerin, die vor dem zweiten Weltkrieg durch ihr erstes Werk, einen viel gelesenen Roman, bekannt wurde, danach aber nichts mehr veröffentlicht hat. Von ihrem Verleger, mit dem sie intim befreundet war, verlassen, wurde sie anorexisch und starb mit 44 Jahren nach dreijähriger Krankheit.

#### *Die Endzustände der Pubertätsmagersucht und der chronischen Anorexie*

Die Unterschiede zwischen diesen Formen der Anorexia nervosa sind im späteren Verlauf nur gradueller Natur. Bei der chronischen Anorexie treten asthenische Züge stärker hervor, bei der Pubertätsmagersucht begegnen wir — wie auch im Beginn — den weit schwereren psychischen Störungen. Bei beiden Formen aber kommt es zu Dauerveränderungen, die psychotherapeutisch kaum oder gar nicht mehr beeinflußbar sind. ZUTT, der auf die Ähnlichkeit mit dem Verlauf der Zwangskrankheit hingewiesen hat, spricht von einem psychischen Defekt, doch ist aus nosologischen Gründen die Bezeichnung *neurotische Endzustände* wohl vorzuziehen. Symptomatologisch dominiert die Hypochondrie, welche sich vorwiegend auf Spasmen und Stauungen des Verdauungstrakts bezieht.

**Fall 6, Lan. Unausgeheilte Pubertätsmagersucht.** Beginn 1948 mit 19 Jahren. Wiegt jetzt 41 kg bei 161 cm Größe. Sieht viel jünger aus, ihr breites Gesicht, ein altkluges Kindergesicht, kontrastiert mit dem abgemagerten Körper. Ausgesprochen anankastische Persönlichkeit mit aggressiven Zügen.

„Erst kann Hungergefühl da sein. Wenn ich mich dann zum Essen entschließe, kommt eine Abschnürung, die die Speiseröhre heraufgeht. Es ist wie eine Verhärtung der Speiseröhre. Wenn ich mich zwinge etwas zu essen, dann rutscht es nur ganz allmählich und macht wahnsinnige Magenschmerzen. Brechen kann ich nicht,

konnte ich nie. Ich habe es auf andere Weise versucht mit Abführmitteln. *Ich habe mir angewöhnt, möglichst Wertloses zu essen*, schon aus Angst, es könnte dann länger im Magen liegen bleiben. Ich meine, daß ich durch jedes Gramm Essen geradezu verrückt werde. *Wenn ich in vollem Umfang esse, dann habe ich die Hölle in mir*. Je mehr Kalorien ich esse, um so mehr tobt es in mir, in jeder Zelle, in jeder Nervenzelle.“

Wichtig ist die geistige Haltung in den neurotischen Endzuständen. Sie tritt zwar bei der Gruppe der Pubertätsmagerüchtigen schon im Beginn der Erkrankung mehr oder minder deutlich hervor, bei den neurotischen Endzuständen aber finden wir sie eng mit der ganzen Lebensgestaltung verbunden. Damit ist gemeint: Die anfänglich mehr rationalen Erklärungs- und Verteidigungsversuche der Nahrungsverweigerung haben sich im Laufe der Jahre zu Haltungen, vor allem der *asketischen* und der *ästhetischen*, entwickelt, die von der Persönlichkeit und ihrem Lebensstil nicht mehr zu trennen sind.

**Fall 7**, Bur. Das jetzt 52jährige Fräulein war 1950 unter der Diagnose Magersucht, Psychopathie in der hiesigen Klinik. Sie wog damals 41 kg bei 163 cm Größe.

8-Monatskind. Als Kind gut gegessen, als Backfisch mollig. Strenger Vater, sanfte Mutter. Häufig Differenzen zwischen den Eltern. Abgesehen vom Beginn des Leidens immer sehr gutes Verhältnis zur Mutter, nicht zum Vater.

„Meine Krankheit ist die Geschichte meines Lebens. Ich war 16, als mein Klavierlehrer, ein Anthroposoph, mich davon zu überzeugen versuchte, daß es für die Gesundheit besser sei, keine Suppen, kein Fleisch, nur Sauermilch etc. zu essen. Ich war nicht verliebt in meinen Lehrer, aber ich stand unter seinem Einfluß und wollte auch einfach anders tun und sein als alle anderen. Als kleines Kind wollte ich nur mit sehr hübschen Kindern spielen. Es ist unglaublich, aber sonst waren es gar keine Menschen für mich. Ich nahm dann damals sehr ab, während ich vorher ein gesundes junges Mädchen war.“ Zwei Jahre später hatte Fräulein B. ein intimes Verhältnis mit einem 10 Jahre älteren Mann: „Ja, wenn das nicht gewesen wäre, wäre ich heute noch gesund. Er hat es zu wecken verstanden, deswegen könnte ich ihn heute sonst wohin wiinschen.“ Seitdem niemals mehr intime Beziehungen, doch ist Fräulein B. häufig, bis in die letzten Jahre, sexuellen Zudringlichkeiten ausgesetzt.

Fräulein B. hat keinen Beruf erlernt und nur — mit jahrelangen Unterbrechungen — bis 1946 in Ämtern gearbeitet, seitdem invalidisiert. 28 Jahre alt wurde sie in einer psychiatrischen Privatklinik wegen Anfällen behandelt, die nach der Beschreibung mit einem arc de cercle einhergingen.

„Der hauptsächlichste Grund für meine unzureichende Ernährung während vieler Jahre meines Lebens waren und sind die Beschwerden, die jeder normalen Nahrungsaufnahme folgen. Die Erregungszustände des Herzens, das Sausen und Brausen wie ein Sturm durch die Adern, auf der Brust und im Kopf sind enorm. Es ist für mich ein Gebot der Selbsterhaltung, die am stärksten wirksamen Nahrungsmittel, vor allem alle Eiweißträger, zu vermeiden. Nachts kommen Verkrampfungen der Gefäße, dann wieder ist es, als ob sich alle Adern öffnen, und ich bin wie in Blut gebadet.“ Fräulein B. lebt fast nur von Mehl- und Brotsuppen. Wegen ihrer Überempfindlichkeit nimmt sie von allen Medikamenten nur „Krümel, Bröselchen“.

„Ich will auch nicht dick werden, vielleicht auch aus Eitelkeit. Wenn ich ein bißchen zunehme, dann nehme ich auf der Brust zu, aber ich mag nicht herumlaufen wie eine Amme. Das Essen ist mir nicht wichtig. Es hat doch Menschen gegeben, die von Wasser und Brot lebten. Das wollte ich auch können.“

1942 ist Fräulein B. zum Katholizismus übergetreten. Sie möchte gern in einen Orden eintreten oder wenigstens innerhalb eines Klosters leben, „ich habe solche Sehnsucht nach dem Karmel. Das ist eine natürliche Veranlagung von mir, die Liebe zur Zurückgezogenheit. Manchmal träume ich von einer ganz großen Einsamkeit, hinter einer Mauer beginnt die Welt. Luftschlösser bauen ist eine meiner Sünden. Manchmal auch löse ich mich mit Absicht von allem, dann rückt die Welt weit weg, als stehe ich schon außerhalb der Welt“. Sie fastet, „um sich etwas zu versagen, um Buße zu tun, damit sich der Geist freier emporschwingt zu Gott. Sowie man einen leeren Magen hat, kann man wunderbar beten. Wenn ich mich beherrschen kann, bin ich stolz darauf. Wenn ich zuviel gegessen habe, dann schäme ich mich, wenn ich in den Beichtstuhl gehe — nein, nicht bereuen, ich schäme mich. Es geht um die Selbstbeherrschung, man braucht nicht immer alles in sich hineinzusessen, man kann dann nicht mehr beten“. „Das Essen ist mir nicht wichtig, ich lese dabei. Wenn ich ein Buch dafür kaufen kann, spare ich mir das Essen mit Vergnügen vom Munde ab. Darin bin ich vielleicht ein Asket.“

Wenn ich mehr esse, dann gibt es einen Ekel — das ist etwas Merkwürdiges. Nicht vor der Speise, sondern vor allem, was in der Welt ist, nicht vor der Schlechtigkeit der Welt, sondern vor dem Dasein schlechthin. Dann möchte ich nicht mehr leben, diesem Ekel muß ich ausweichen.“

TAT:

Tafel 14: So möchte ich im Licht stehen, aber im überirdischen.

Tafel 10: Das ist das Nichts, ein Unschuldsblatt. Ich wollte, ich hätte so eine weiße Weste.

*Epikrise.* Es handelt sich um eine *nicht ausgeheilte Pubertätsmagersucht*, die mit 16 Jahren unter den typischen auslösenden Umständen auftrat. Im Laufe der Jahre hat sich eine extreme Empfindlichkeit gegen alles Nahrhafte entwickelt. Jedes Essen, jede Spur eines Medikaments treibt ihr Herz an und versetzt ihren Körper in unerträgliche Erregung. Nur wenige Jahre konnte sie regelmäßig arbeiten, seit dem 48. Lebensjahr ist sie Rentnerin. Von Kindheit an sind hysterische Züge deutlich, vorübergehend bestanden auch hysterische Symptome. Heute wird ihr Leben und vor allem ihre religiöse Haltung von *asketischen* Tendenzen bestimmt. Der Ekel vor dem Dasein läßt sie danach streben, von den Bedürfnissen des Leibes freizukommen und so die Welt zu überwinden. An die Stelle der vital bedrohlichen Leib- und Lebensfeindlichkeit der beginnenden Pubertätsmagersucht ist für diese Kranke die Überzeugung getreten, daß Essen, nahrhaftes Essen ihr schmerzhafte Erregungen des Körpers bereitet, sie mit Ekel vor dem Dasein erfüllt und sie in ihrer Gläubigkeit hemmt\*. Diese asketische Haltung gleicht nicht mehr dem asketischen Protest der Adoleszenz<sup>25,31</sup>, sie ist für den Lebensweg der Kranken bestimmend geworden. Es gibt hier zweifellos Übergänge zur Askese als einer echten geistigen Haltung.

\* Bei SIMONE WEIL, von der ihre Freunde sagen, das Hauptgeschäft ihres Lebens sei die Selbstvernichtung gewesen, die mit 34 Jahren an Unterernährung und Entkräftung starb, findet sich der Satz: „Der Ekel mit allen seinen Formen ist eine der kostbarsten Mühseligkeiten, die dem Menschen als Leiter des Aufstiegs gegeben sind<sup>34</sup>.“

**Fall 8, Bus.** Das jetzt 52jährige Fräulein wurde 1928 und 1939 wegen Mager-sucht mit einem Gewicht von 40 bzw. 42 kg bei einer Größe von 165 cm in das Krankenhaus München-Nymphenburg aufgenommen. Seit Jahren schwankt nun das Gewicht zwischen 45 und 50 kg. Fräulein B. lebt streng diät, muß alles Fette meiden. Um jederzeit leichte Nahrung zu sich nehmen zu können, hat sie stets *Nestles Kindernahrung* im Hause. „Wenn ich in Ruhe essen kann und ich habe überhaupt nichts vor und ich kann mich so ganz meinem Gefühl hingeben, dann kann ich am besten essen. Ich habe immerfort schmerzhafte Erkrankungen, *alles hängt mit einem Krampf zusammen: Herzkrämpfe, Magenkrämpfe, Nierenkrämpfe* und früher, solange ich die Periode noch hatte, auch Leibkrämpfe.“

Seit 1945 soll eine chronische Enterocolitis bestehen. 1954 wurden Peitschenwürmer festgestellt. Trotz fünf Wurmkuuren hat Fräulein B. immer noch „im Unterleib ein Gefühl, wie wenn etwas läuft und kriecht. *In diesem Moment habe ich einen furchtbaren Ekel, vor mir selber und vor allem.* Ich möchte die Gedärme am liebsten umstülpen. Dieses Gefühl, daß etwas in mir lebt und nicht wegzubringen ist, ist um aus der Haut zu fahren“.

Fräulein B. hat schon als Kind schlecht gegessen. „Ich war immer eine dünne empfindliche, anfällige Person. Das war der Kummer meiner Mutter. Es gab immer einen Kampf mit dem Essen. Die Mutter hat immer gesagt: wenn Du einmal so essen tätest wie Deine Freundinnen.“ — „Zwischen dem 2. und 4. Lebensjahr hat es viel Schläge gegeben, ich wurde in den Keller gesperrt oder mit Verachtung gestraft. Ich habe mich auf den Boden geworfen und bin nicht aufgestanden, was die Mutter auch sagte — bis der Vater kam, da genügte ein Blick. Die Mutter sagte immer: ich erziehe sie mir so, daß der Eigensinn gebrochen ist“. Dann wurde ich sehr folgsam und hatte gute Zeugnisse. Die Krankheiten von meiner Mutter und mir mußten vor dem Vater verheimlicht werden, der Klagen nicht hören konnte. „Lieber arbeite ich mit Pickel und Schaufel, als einen Kamillentee kochen“, sagte er oft.“

Fräulein B. hatte viele Gelegenheiten zu heiraten, aber „immer, wenn es soweit war, daß ich mich ernstlich entscheiden mußte, bin ich krank geworden. *Das Heiraten ist eben bei meinem Zustand ein zweischneidiges Schwert und ein Risiko.* Ich muß sagen, daß ich dadurch nichts vermisste, ich bin deshalb nicht weniger lebensfroh.“ 1928 lernte sie einen jungen Mann kennen, der 4 Wochen jünger war als sie. Nachdem ihr die Mutter aber gesagt hatte, sie dürfe niemals einen jüngeren Mann heiraten, wagte sie nicht, ihren Eltern auch nur davon zu sprechen. Eine ganz schwere Verstopfung war die Folge. „Es war furchtbar, ich hatte das Gefühl, es wäre nicht mehr weit (zeigt auf den Hals), ich habe es förmlich schon gerochen. — Solange ich noch mit den Perioden belastet war, war das eine furchtbare Tragödie, 3 Tage mußte ich im Bett liegen und hatte einen furchtbaren Blutverlust.“

Fräulein B. ist sehr genau in allen Dingen. „Ich meine immer, ich habe doch nicht die Befriedigung, wenn es nicht auf dem Tüpfel genau ist. Auch die Speisen müssen schön aussehen. Ich wasche mich täglich von Kopf bis Fuß, sonst habe ich das Gefühl, jeder könnte mir ansehen, daß ich heute nicht so ganz sauber bin. Gute Seife und Kölnisch-Wasser-Zusatz, das muß ich haben. Da würde ich lieber Essen sparen, wenn ich es mir sonst nicht leisten könnte. Ich nehme es den Menschen nicht übel, wenn sie viel essen, es ist mir aber sympathischer, wenn die Leute sich beherrschen. Dürfte ich alles essen und stark werden, so wäre mein erster Weg zum Arzt: dämmen Sie das ein.“ Bis vor kurzem haben kleine Aufregungen und Belastungen sie sehr mitgenommen.

„Ich habe zuhause ein kleines Tellerchen, da habe ich mir einen kleinen Wald hineingepflanzt. Moos, kleine Kiefern Zweige, da setze ich ein Blümlein oder einen echten Pilz dazu und auch kleine Rehfiguren. Wenn die Sonne darauf scheint, wirft es an der Wand einen Schatten. Es ist winzig klein und man kann es nicht als Wald

betrachten, aber ich setze mich dazu und denke, daß es schön wäre, jetzt im Walde zu sein.“

Fräulein B. ist sorgfältig und dezent gekleidet, sie macht einen sehr gepflegten Eindruck. Dabei wirkt sie als Persönlichkeit blaß und temperamentlos.

*Epikrise.* Bei dem jetzt 52jährigen Fräulein, das vor 22 Jahren wegen erheblicher Untergewichtigkeit auf einer internen Abteilung behandelt wurde, besteht eine *chronische Anorexie*. Die Essensschwierigkeiten haben in der Kindheit begonnen und bestehen noch heute, nun aber begleitet von spastischen Beschwerden in vielen Organen. Hinzu kommt seit Jahren die Empfindung, daß Würmer in ihrem Unterleib kriechen, was mit starker Ekelgefühl „vor sich selbst und vor allem“ verbunden ist. Ihr heutiges Leben ist vom Ästhetischen geprägt, sie liebt kleine hübsche Dinge, gute Umgangsformen und eine gepflegte Umwelt, sie hat ein ausgesprochenes Schlankheitsideal. Bei zunehmender Organhypochondrie ist das Sensible und Asthenische in den letzten Jahren etwas zurückgetreten. Auch hier spielt der Ekel eine wichtige Rolle. Alles Triebhafte wird als bedrohlich oder primitiv und darum abstoßend empfunden. Durch Verkleinerung und Verfeinerung soll das Animalische sublimiert werden. Von zwangsneurotischer Struktur, aber ohne Zwangssymptome, hat sich die *ästhetische* Lebensform erst im Laufe der Jahre entwickelt.

Es gibt in selteneren Fällen noch einen dritten Weg für den Anorexie-Kranken: das *süchtige Verhalten*. Es handelt sich um die Sucht nach stimulierenden Medikamenten, die den Geist lebhaft und den Körper leistungsfähig erhalten, dabei das Hungergefühl dämpfen. So kommen die Stimulantien dem Wunschtraum vieler Anorexie-Kranker entgegen: Leben können ohne zu essen! Im Gegensatz zur asketischen und ästhetischen Haltung bleibt die Sucht immer *nur* neurotischer Mechanismus. Die Abhängigkeit vom Suchtmittel ist nichts als ein Ersatz für die Abhängigkeit von oralen Bedürfnissen, die die Kranke überwinden will.

**Fall 9**, Wün. Die jetzt 24Jährige wurde vor 8 Jahren wegen einer schweren, zeitweise lebensbedrohlichen Magersucht (28 kg bei 160 cm Größe) im Städtischen Krankenhaus München re. der Isar behandelt. Die Erkrankung hatte mit 13 Jahren kurz nach der Menarche langsam begonnen. Im Krankenhaus gab es zunächst ebenfalls große Ernährungsschwierigkeiten, sie vergrub das Essen in Blumentöpfen, warf es aus dem Fenster oder wollte den Mund nicht öffnen. Zeitweise hat sie mit Kot geschmiert. Erst nach Sondernahrung und vor allem durch liebevolle Zuwendung einer Ärztin trat Besserung mit einer Gewichtszunahme von 12 kg ein.

Jetzt sagt Fräulein W. über die Ursachen ihrer damaligen Krankheit: „Meine Mutter hat mir alles verboten, ich habe nie einen Jungen einladen dürfen, man hat mich in einen Glasschrank gesetzt. Da hatte ich keine Lebensfreude mehr, ich wollte es darauf ankommen lassen, daß ich mal wieder Lust zum Essen hätte.“ Fräulein W. mußte mit 13 Jahren auch die Ballettstunde aufgeben, um sich mehr zu schonen. „Wenn man erwachsen ist, so sagte mir die Mutter, müsse man sich immer beherrschen, nicht mehr natürlich sein, nicht mehr lachen. Das wollte ich nicht, ich wollte Freude haben. Abends im Bett baute ich Luftschlösser, frei zu sein und alles zu machen wie ich wollte. Ich träumte immer davon, erwachsen zu sein.“ Der

Vater berichtet dazu, sie habe mit 14 Jahren ohne jeden Anlaß beim Kaffeetrinken plötzlich zu ihrer Mutter gesagt: Du bist ein Mistvieh!

Als die Krankheit vorüber war und sie wieder essen konnte, bekam sie Heißhungeranfälle. „Ich verachte mich dann selbst, weil ich meinen Willen nicht durchsetzen kann, es ist irgendwie tierisch. Dann liege ich 1–2 Tage im Bett und esse gar nichts. Es ist wie eine Stauung, auch seelisch, ich bin dann ganz mit dem ‚Zuviel‘ beschäftigt. Ich fühle mich dann unsicher, menschenscheu und traue mich gar nicht auf die Straße.“

Fräulein W. wiegt jetzt 47 kg, sie isst kein Fleisch, nichts Fettes und nichts Scharfes. Sie kocht sehr gern für den Vater, isst mit ihm, kommt dabei allerdings immer zu spät und isst niemals das gleiche wie er. Fräulein W. berichtet von Suicidabsichten, sie sei aber zu mutlos gewesen, auch wolle sie nur „in einem äußerlich und innerlich würdigen Zustand und ganz bewußt sterben“.

Sie hat zweimal eine Schwesternausbildung begonnen und wieder abgebrochen, ebenso eine kaufmännische Lehre und die Bode-Schule für Gymnastiklehrerinnen. Sie meint dazu, sie wolle immer eine Sache sehr gut oder gar nicht machen. Ihre Sprunghaftigkeit erschwert auch den menschlichen Kontakt, sie hat weder Freundin noch Freund. Einmal war sie verliebt, fand den Freund aber bald zu primitiv und unter ihrem Niveau.

Vor einem Jahr hat sie begonnen, gegen Schwindel und Müdigkeit, wie sie sagt, Stimulantien zu nehmen, zunächst Alphabet, Preludin und Halloo-Wach, dann Regenon, 25 Tabletten täglich. Nach 3 Monaten entwickelte sich eine toxische Halluzinose. Deswegen suchte sie die Klinik auf. Nach leichten Entziehungsmaßnahmen verschwanden die Sinnestäuschungen im Verlauf einer Woche. Mit Beteuerungen, sie sei jetzt endgültig frei, brach sie den Klinikaufenthalt vorzeitig ab, wurde sofort rückfällig, war dann erneut in der Klinik und ebenso schnell wieder entzogen. Eine schizophrene Psychose, an die wegen der akustischen Halluzinationen gedacht worden war, konnte sicher ausgeschlossen werden.

TAT:

Tafel 1. Ein Junge, den ich für sehr begabt und verträumt halte.

Tafel 11: Berg, Wald, Fels, ein Drache in der Luft oder am Baum hängend. Auf diesem Wege kämpfen Tiere oder Menschen, ich kann es nicht unterscheiden, dahinter ist ein Feuer. Es ist ein Märchen wie die Regentrude, auf dem Baumstumpf sitzt eine Eule oder ein Kind, das sich verirrt hat.

*Epikrise.* Es handelt sich um eine *nicht ausgeheilte Pubertätsmagersucht*, bei der 8 Jahre nach dem lebensbedrohlichen Höhepunkt der Erkrankung noch immer eine Appetitstörung, vor allem Heißhungeranfälle, bestehen. Als Persönlichkeit ist Fräulein W. von ausgesprochen hysterischer Struktur. Voller Ehrgeiz und Ansprüche fehlt es ihr an Ausdauer und Realitätsbewußtsein, sie ist sehr kontaktgestört und reagiert oft mit Aggressionen, sucht ihre Umgebung zu tyrannisieren. Jetzt ist sie seit einigen Jahren süchtig. Wegen Schwindel und Müdigkeit hat sie stimulierende Mittel in solchen Mengen eingenommen, daß es vorübergehend zu einer toxischen Halluzinose kam.

#### *Die Persönlichkeit der Anorexie-Kranken*

Etwa drei Viertel der Probandinnen zeigten anankastische Züge, besonders in der Gruppe der unausgeheilten Pubertätsmagersucht. Nur drei Probandinnen waren von ausgesprochen hysterischer Struktur, bei

drei weiteren zeigten sich neben deutlichen anankastischen auch hysterische Züge. Wir möchten aber auf Grund mancher Details in der Lebensgeschichte vermuten, daß in jüngeren Jahren, vor allem in der Adoleszenz, weit mehr hysterische Symptome bestanden haben. Das würde zu den Feststellungen von ERNST passen, wonach hysterische Symptome überhaupt im Laufe des Lebens mehr und mehr zurücktreten. Ob in der Adoleszenz häufig anankastische und hysterische Merkmale *nebeneinander* bestehen, ob darin vielleicht sogar ein Charakteristicum der Pubertätsmagersucht zu sehen ist, kann von der Katamnese her nicht beantwortet werden. Das Überwiegen der anankastischen Symptome entspricht den Feststellungen der meisten Autoren<sup>11,33</sup>, trotzdem neigen wir gerade im Hinblick auf den katamnestisch schwer zu erfassenden hysterischen Anteil zu der Meinung von KAY u. LEIGH, daß die zwangsneurotische Struktur allein für die Entstehung der Anorexie nicht entscheidend ist. Es sollte jedenfalls zu denken geben, daß sich unter den schweren unausgeheilten Pubertätsmagersüchtigen sowohl solche von ausgeprägt anankastischen wie von ausgeprägt hysterischer Struktur befinden und daß manifeste Zwangsneurosen unter unseren Probanden ganz fehlen. Von einer typischen Anorexie-Persönlichkeit kann man, jedenfalls beim heutigen Stand unseres Wissens, nicht sprechen.

Verhältnismäßig einheitlich ist die Gruppe der chronischen Anorexie. Hier tritt ein konstitutioneller Faktor am stärksten in Erscheinung: die *Psychasthenie*. Es handelt sich um selbstunsichere, wenig belastungsfähige Menschen mit anankastischen, phobischen oder auch angstneurotischen Zügen. Der Mangel an Vitalität offenbart sich manchmal auch in einem mehr indifferenten Verhältnis zur Sexualität.

### *Die Familie*

*Heredität.* Im Fall 3 litten die Mutter und wahrscheinlich deren Vater an einer endogenen Depression; bei einer der drei später schizophren gewordenen Pubertätsmagersüchtigen waren mehrere schizophrene Psychosen in der Familie. Bei den übrigen Probandinnen war von einer Belastung mit endogenen Psychosen oder größeren psychischen Auffälligkeiten nichts zu erfahren, keine Anorexie in der Familie. Was über die psycho-physische Konstitution der Eltern angegeben wurde, ließ sich nicht verwerten.

Vier Probanden waren unehelich, einer vorehelich geboren, zwei weitere kamen im Kindesalter zu Pflegeeltern. Das Verhältnis zwischen den Eltern wurde von mehr als der Hälfte der Pubertätsmagersüchtigen als gut bezeichnet. Mehrfach bestand eine Konkurrenzsituation gegenüber ihren Schwestern.

Das Verhältnis zur *Mutter* war für alle Probandinnen bedeutungsvoller als das zum Vater. Nach den Katamnesen beschränkte sich eine offene Protesthaltung gegen die Mutter häufig auf die Zeit der Adoleszenz.

„Eine Zeitlang war das Verhältnis zur Mutter eine Katastrophe, weil sie nicht glauben wollte, daß ich nicht alles essen konnte. Später war ich immer glücklich,

wenn meine Mutter da war, da hat mich niemand anderes interessiert.“ (Fall 7.)

„Meine Mutter hat damals keine Geduld mit mir gehabt und mich in die Klinik gebracht.“ — Jetzt: „Ich spreche gern den Kummer los, die Mutter ist da die einzige Zuflucht, sie hat für alles Verständnis.“ (Luf.)

Nur ganz wenige Probandinnen haben noch jetzt eine ablehnende Haltung oder wie in folgendem Beispiel eine bewußt ambivalente Einstellung: „Ich habe eine große Liebe und Zärtlichkeit zur Mutter, aber ich mache ihr auch die heftigsten Szenen.“ In den meisten Fällen wird die Mutter jetzt als gut, liebevoll, *besorgt (mit dem Unterton überbesorgt)* bezeichnet. Sechs Probandinnen mit einem Durchschnittsalter von 30 Jahren leben (allein) mit ihrer Mutter. — Das Verhältnis zum *Vater* ist weniger einheitlich, doch überwiegt bei weitem eine kühle oder ablehnende Einstellung.

„Vater ist ein Einzelmensch, der seine Gefühle vollkommen verschließt, korrekt, ein Bankmensch durch und durch. Die Mutter kümmert sich so sehr um mich, daß ich oft das Gefühl habe, ich bin noch krank. Ich empfinde es nicht als lästig, aber es liegt viel *daran*, daß ich mich nicht sehne, eine Familie zu gründen. Ich könnte es nicht ertragen, wenn jemand wäre wie mein Vater.“ (Hin.)

Einige Male wurde angegeben, sie habe als Kind wohl mehr am Vater gehangen, aber jetzt „natürlich“ mehr an der Mutter.

Zwölf Probandinnen haben geheiratet, darunter nur eine aus der Gruppe der unausgeheilten Pubertätsmagersucht. Diese Ehe ist jetzt getrennt, der Mann war ein mehrfach vorbestrafter Haltloser. Von den chronischen Anorexien ist ebenfalls nur eine verheiratet, die Ehe ist nicht harmonisch, zeitweise dachte sie daran, sich scheiden zu lassen.

#### *Die Anorexia mentalis bei männlichen Jugendlichen*

Es handelt sich um eine seltene Störung, das Verhältnis zu den weiblichen Kranken schwankt bei den Autoren zwischen 1:10 und 1:20. Eingehendere kasuistische Darstellungen wie die von FENICHEL und von LUTZ fehlen bisher fast ganz. Die Frage, ob es sich im Wesen um die gleiche Störung wie bei der Pubertätsmagersucht der jungen Mädchen handelt, ist noch völlig offen.

**Fall 10**, Vog. Der 20jährige Oberschüler, der bei 181 cm Größe gegenwärtig 52 kg wiegt, wurde in der II. Medizinischen Klinik der Universität München wegen Magersucht behandelt. Seit 2 Jahren hatte er laufend hohe Dosen Nebennierenrindenhormon erhalten, zu Beginn dieser Behandlung wog er nur 48 kg.

„Ich habe Appetit und ich esse auch, aber hier in der Klinik ist es mir nicht appetitlich genug. Ich bin es von meiner Mutter gewöhnt, daß alles sehr sauber ist. Ich mag auch nicht mehrere Speisen nacheinander auf einem Teller essen. *Meine Mutti weiß genau, was ich gern esse und daß ich bei manchen Sachen drei und bei manchen nur einen halben Teller esse.* Wir leben aber nicht in den Verhältnissen, daß alles da ist, was ich gern essen möchte. Warme und feuchte Mahlzeiten esse ich viel lieber als kalte und trockene. Ich bin sehr scharf auf kräftige Sachen, was Salziges. Manchmal esse ich in 10 Minuten einen Maggi-Würfel, ohne dazu zu trinken. Zuhause war ich manchmal regelrecht zu faul, um zu essen.“ Der Appetit schwindet, wenn er müde ist oder die Zeit zum Essen zu knapp. Angeblich kein Erbrechen,

keine Obstipation. (Heißhunger?): „Ja! Einmal, wie ich hier über den Viktualienmarkt ging und die schönen dicken weißen Porree sah, die mag ich gern mit Muskatnuß. Wenn ich nur eine Kochstelle hätte, das hatte ich mir schon oft gewünscht. Ich denke schon daran, was ich essen möchte, wenn ich nach meiner Entlassung aus der Klinik nach Hause komme.“

Vog. berichtet, um das 12. Lebensjahr sei er mit dem Essen „empfindlicher“ geworden, als Kind sei er „breiter als hoch“ gewesen. Das Verhältnis zu den Eltern wird als gut bezeichnet, zur Mutter „zärtlich“. Vom Vater sagt er: „Er ist ein reiner Techniker, aber er gibt mir auch zu lesen.“ Vog. möchte Physik studieren, er diskutiert über religiöse Probleme, bastelt, photographiert, wandert auch gern. Dazu kommt gleich die Bemerkung, daß er sehr gerne Pilze und Beeren sammelt, und Blaubeeren über alles gern isst. Er hat einen Freund, aber kaum Kontakt mit Mädchen, weil er sich über viele seiner Interessen mit Mädchen nicht unterhalten könne. Gelegentliche Onanie, noch keine intimen Beziehungen.

Vog. ist besorgt über seinen Gesundheitszustand. „Wenn ich mich sehr schwach fühle, weiß ich überhaupt nicht mehr, ob es wahr ist, was ich erlebe.“

*Epikrise*, Es handelt sich um einen 20 jährigen Oberschüler mit einer erheblichen Untergewichtigkeit, die mit 12 Jahren langsam einsetzte, nachdem er als Kind dicklich gewesen war. Das Wesen der Essstörung besteht nicht in einer Verneinung, Nahrhaftes zu sich zu nehmen, sondern in einer Verwöhnungshaltung, die an einen genussüchtigen Feinschmecker erinnert. Gut zu essen gehört zu den besonderen Freuden seines Lebens, sein Denken ist viel mit dem Essen und seiner Zubereitung beschäftigt. Dabei spielt die Mutterbindung sicher eine bedeutsame Rolle. Er macht einen etwas kindlich-altklugen Eindruck. Die typischen Adoleszenzprobleme sind bei ihm wenig ausgeprägt.

**Fall 11**, Rös. Der 19jährige Mann sollte wegen Nachtwandelns aus der Bundeswehr entlassen werden; aus diesem Anlaß wurde er erstmals psychiatrisch untersucht. Er wiegt 69 kg bei 182 cm Größe.

„Wenn man leben könnte ohne zu essen, würde ich nichts essen. Ich esse schon, aber nicht übermäßig viel, gerade so viel, daß ich am Leben bleibe. Wenn es ohne Essen ginge, wäre ich nicht ungern stärker als ich jetzt bin.“ Keine Obstipation, kein Erbrechen.

Er sei ein dickes Kind gewesen, mit 9 Jahren sei er schlank geworden. Die Empfindlichkeit gegen Fleisch sei so um das 10. Lebensjahr gekommen. Die Eltern seines Vaters hätten eine Metzgerei gehabt, als Kind habe er öfter beim Schlachten zugeschaut, daher röhre sein Widerwillen gegen Fleisch: „Wenn ich Fleisch sehe, bekomme ich einen Ekel, dann kann ich überhaupt nichts mehr essen.“

Er sei ein Sorgenkind seiner Mutter gewesen, sie habe ihn sehr verwöhnt, ihm niemals etwas abgeschlagen, ihm immer etwas Besonderes (Mehl- und Süßspeisen) gekocht, „hauptsächlich wenn der Vater weg war“. Nur die Mutter habe für ihn Verständnis, der Vater werfe ihm immer seine Schwächlichkeit und seine Essensgewohnheiten vor. Beim Militär habe es ihm nicht gut gefallen: „Dort ist mir keiner nachgelaufen: willst Du das haben, willst Du das essen?“

Kennen Sie Hunger? „Sehr selten, eher schon Appetit, Lust auf etwas, auf Süßigkeiten und Mehlspeisen, ein Bäckerladen wäre mir lieber als ein Metzgerladen. Wenn ich ehrlich sein soll, ich hätte gern Brot mit guter dicker Butter und Zucker drauf, aber auch Rahm von der Milch, da war ich zuhause immer der erste, der das genommen hat.“ Solche Dinge nimmt er auch heimlich aus der Speisekammer, weiß aber, daß die Eltern nichts dagegen haben.

**TAT:**

Tafel 6 BM: Der Junge wollte was von der Mutter und die Mutter ist am Überlegen. Der Junge befindet sich in Ungeduld.

*Epikrise.* Es handelt sich um einen 20Jährigen, der von Kindheit an schlafwandelt und seit dem 10. Lebensjahr an Appetitstörungen leidet, in deren Mittelpunkt eine Abneigung gegen Fleisch steht. Der etwas retardierte junge Mann hat eine sehr enge Mutterbindung. Die Verwöhnung durch die Mutter ist offensichtlich aus der Sorge um seinen Ernährungszustand entstanden. Die Mutter sucht die Verwöhnung vor ihrem Mann zu verbergen. Der junge Mann steht seinem Vater ablehnend gegenüber. Die Annahme liegt nahe, daß der in der Metzgerei der Eltern des Vaters „erworben“ Ekel vor Fleisch mit der Haltung gegenüber dem Vater zusammenhängt. Hinter der scheinbaren Anorexie zeigt sich eine — kaum verheimlichte — Lust, gute und nahrhafte (fetthaltige!) Dinge zu verzehren.

**Fall 12,** Weh. Der jetzt 21jährige junge Mann wurde mit 15 Jahren, angeblich durch Überanstrengung als Fahrschüler, appetitlos und mußte nach 1½ Jahren mit einem Gewicht von 40 kg in das Krankenhaus München-Nymphenburg aufgenommen werden. Die Hypophysentransplantation besserte den Appetit schlagartig. Zwei Jahre später brach eine *schizophrene Psychose* vom paranoid-halluzinatorischen Typ aus. Nach Behandlung mit einer großen Insulinkur, während der das Körpergewicht von 59 auf 68 kg stieg, keine volle Remission. Jetzt ist Weh. sozial abgesunken und zeigt leichte Defektsymptome. Essensschwierigkeiten bestehen nicht mehr. In der Familie keine Belastung mit Schizophrenie.

Die beiden ersten Beobachtungen zeigen: Der Beginn der Störungen fällt in die Vorpubertät. Die Bindung an die Mutter tritt eher noch stärker hervor als bei den jungen Mädchen, sie beschränkt sich aber auf die Rolle der Mutter als Spenderin der Nahrung. Die Mutter, die um das körperliche Wohl des Jungen äußerst besorgt ist, bereitet ihm nach Wunsch Leckerbissen und Lieblingsspeisen; denn nur dann ißt der Junge ausreichend. Es geht also letztlich um die Erhaltung des kindlichen Fütterungsmodus, wobei der Vater bewußt ausgeschlossen ist. Die Anorexie des jungen Mannes ist, soweit sich aus diesen beiden Fällen schließen läßt, eine Verwöhnungs-Neurose. Wie bei den jungen Mädchen besteht das Problem des Nicht-erwachsenen-werden-Wollens, hier aber aus dem Bestreben, die Mutter als Ernährerin nicht zu verlieren. Das Thema der Entwicklung zum geschlechtsreifen Mann spielt überhaupt keine Rolle, wie auch die typischen Probleme der Pubertät bei diesen Jungen wenig hervorgetreten. Damit aber hängt es zusammen, daß der männlichen Anorexie der Charakter der Leibfeindlichkeit und der vitalen Bedrohung fehlt. Tödliche Verläufe scheinen bei männlichen Anorexie-Kranken nicht vorzukommen.

**Diskussion**

Die bisherigen Angaben über den Ausgang der Anorexia nervosa schwanken zwischen den Befunden von NEMIAH (unter 14 Fällen 2 gestorben und nur 2 gesund) oder von KAY (unter 25 Fällen 6 gestorben und

nur 4 gesund) und der Mitteilung von DECOURT über einen günstigen Verlauf in 33 Fällen. Optimistisch haben sich auch RYLE, LABOUCARIÉ u. BARRÉS und BEEK u. BROCHNER-MORTENSEN geäußert. Letztere fanden nach 12 Jahren von 25 Kranken 20 ganz gesund. Bemerkenswert ist die Arbeit von HERTZ, in der der Ausgang des Leidens mit dem Alter korreliert ist. Dabei zeigt sich, daß mit höherem Erkrankungsalter (35—55) die Zahl der gebesserten Fälle immer kleiner wird — offensichtlich handelt es sich bei den Älteren um die Gruppe der chronischen Anorexie. Die eigenen Untersuchungen zeigen bei der chronischen Anorexie eine ungünstige Prognose quoad sanationem. Bei der Pubertätsmägersucht ist ein Drittel nicht ausgeheilt, 3 Kranke sind schizophren geworden und 3 sind verstorben, das restliche Drittel ist jetzt gesund. Man darf annehmen, daß sich die Zahl der geheilten Fälle in Zukunft durch rechtzeitige Psychotherapie erhöht. Die Arbeit von HEYDT-GUTSCHER läßt allerdings erkennen, daß bei den Pubertätsfällen ein außerordentlicher therapeutischer Einsatz erforderlich ist.

#### *Sexualtrieb und Nahrungstrieb*

„Die Sexualbetätigung lehnt sich zunächst an eine der zur Lebenserhaltung dienenden Funktion an und macht sich erst später von ihr selbständig.“ Diese Auffassung FREUDS von der oralen Phase der infantilen Sexualität kann als Ausgangspunkt für die Erörterung der Beziehungen zwischen Sexualität und Oralität dienen. Aus der Lehre von den sexuellen Perversions, die FREUD als Regressionen gedeutet hat, lassen sich viele Beispiele für die Verbundenheit beider Triebesphären anführen. Aufschlußreich sind auch Redensarten wie: „die Liebe geht durch den Magen“, jemand ist „zum Anbeißen“, man hat jemand „zum Fressen gern“<sup>36</sup>, „I could eat you“. Auch in den Hungerreaktionen der Gefangenen offenbart sich, wie SEEMANN gezeigt hat, eine Triebvermischung, genauer gesagt eine Triebverschiebung. Nach Art einer oralen Regression absorbiert der Nahrungstrieb die gesamte Libido. Vom anthropologischen Aspekt aus hat HUEBSCHMAN auf die Parallelen zwischen sexuellem und phagischem Verhalten hingewiesen.

Nach der Triebentladung kann das Verlangen im sexuellen wie im oralen Bereich in *Ekel* umschlagen. Übersättigung führt zum Ekel. In der Triebentladung kann aber auch das *Schamgefühl* verletzt werden. Das gilt nicht nur für die Sexualität; der kultivierte Mensch der Neuzeit schämt sich, gierig oder unmäßig zu essen. *Scham und Ekel sind Ausdruck der Ambivalenz gegenüber den Trieben.*

Bei der Anorexia nervosa gewinnen Scham und Ekel in der oralen Sphäre die Oberhand. Dies erkennt man am deutlichsten an den Heißhungeranfällen, auf die der Kranke mit Schuldgefühlen reagiert<sup>39</sup>. BINSWANGER hat gezeigt, wie bei Ellen West aus der behütenden, das

innere Werden schützenden Scham die verbergende Scham geworden ist (im Sinne der Unterscheidung von E. STRAUS). Das gilt wohl für alle Pubertätsmagersüchtigen. JANET spricht in seinem Fall Nadia von obsession de la honte du corps. Bei unseren Probanden trat der Ekel am stärksten hervor: Ekel vor fettem Essen, vor dicken Menschen, vor dem eigenen Körper oder: „Wenn ich daran denke, was ich als Kind alles gegessen habe, ekelt es mich heute noch“ (Hei.). Bald aber beschränkt sich der Ekel nicht mehr auf die Triebosphären. Es entsteht ein „Ekel vor mir selber und vor allem“ (Fall 8) und endlich „ein Ekel vor dem Dasein schlechthin, dieser Ekel steigt einfach auf und geht auf mich selber über. Es ist ein Ekel, der sich auf die ganze Welt, das ganze Leben erstreckt, nicht weil die Welt schlecht ist, damit hat das nichts zu tun, es ist etwas Jenseitiges“ (Fall 7).

Fast alle Pubertätsmagersüchtigen zeigen aber auch eine bewußte Ablehnung der Sexualität. Sogar nach der Heilung und bei den anderen Anorexieformen zeigt sich im TAT meist eine ausgesprochene Ambivalenz gegenüber der sexuellen Sphäre.

*Beispiele:*

Tafel 13 MF: Ja, das ist schrecklich, da nehme ich fast an, daß es etwas mit Mord zu tun hat. (Fall 8.)

Als ob sie bewußtlos wäre und er hätte versucht, sie zum Leben zurückzubringen. Oder soll man es anders auffassen? Nach einer Liebesnacht schaut es nicht aus. Nein, das kann es nicht sein. (Sch.)

Da kann man vielerlei annehmen: Sie ist krank oder er hat etwas gemacht, was er hinterher bereut — obwohl sie an und für sich ziemlich gleichgültig daliegt. (Fall 6).

Tafel 14: Ich fände es hübscher, wenn der Mann nicht in einsteigender Stellung wäre. Es wäre mir angenehmer, wenn er einfach am Fenster sitzen würde. (Hin.)

Tafel 11: Das ist eine Art Verfolgung durch dieses vorsintflutliche Tier, so einen Alligator. Da vorne ein armes Tier, das vor dem Abgrund steht und nicht weiter kann. Das könnte fast die Zudringlichkeit mancher Männer symbolisieren. (Fall 2.)

In einem offenbar autobiographischen Roman „Der barmherzige Hügel“<sup>8,24,39</sup> wird der Leidensweg einer Magersüchtigen erzählt. Das Buch trägt den Untertitel „Eine Geschichte gegen Thomas“ und enthält eine haßerfüllte Abrechnung mit dem Mann, der die Liebe in ihr geweckt und damit ihr Leiden verschuldet hat. „Ein Weh“, wie es dort heißt, „ausgehend von einer heißen Blutwelle, die durch den ganzen Körper schießt und sich an einem Eisklotz bricht“. So erlebt und erlitten bedroht die Ambivalenz das seelische Gefüge des Menschen.

*Das Reifungsproblem bei der Pubertätsmagersucht*

Es ist oft darauf hingewiesen worden<sup>8,24,39</sup> und durch viele Selbstzeugnisse belegt, daß im Zentrum der Pubertätsmagersucht die Weigerung steht, zur erwachsenen, das heißt zur geschlechtsreifen Frau zu werden.

Abb. 2a zeigt den Scherenschnitt einer 13jährigen Pubertätsmager-süchtigen, den sie während ihres Aufenthaltes in der Kinderklinik der Universität München kurz nach dem Jahreswechsel 1936 anfertigte. Der sich wie eine Blüte entfaltende Leib, die Fülle der pflanzlichen Reifungs- und Fruchtbarkeitssymbole, das Herauswachsen aus einer nur mit den Fußspitzen berührten Kugel, in deren Innern sich eine Blüte geöffnet hat, die kleine, auf einer Leiter zu ihr heraufsteigende männliche Figur mit den Emblemen des glücksbringenden Schornsteinfegers und dazu

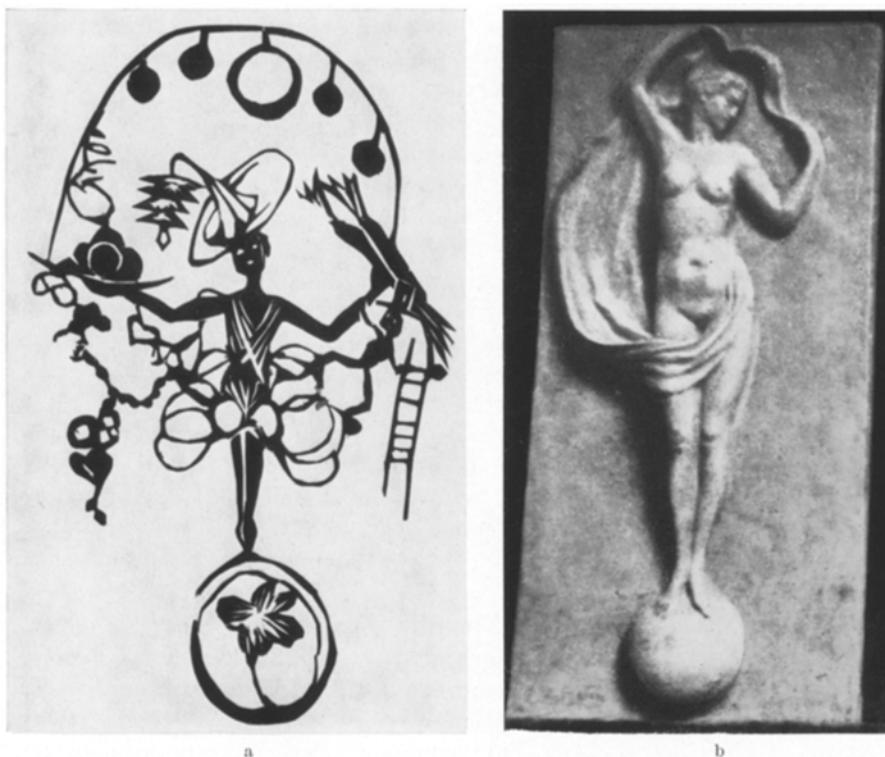


Abb. 2. a Scherenschnitt im Beginn der Pubertätsmagersucht (13 Jahre); b Tonrelief aus dem 39. Lebensjahr

die Silvester-Knallbonbons — dies alles bringt die innere Situation des heranwachsenden jungen Mädchens eindrücklich zur Darstellung. Die Nachuntersuchung der jetzt 39 Jährigen ergab, daß die Anorexie fortbesteht. Sie ist Kunstgewerblerin geworden, kann aber nur zeitweise arbeiten. Sie lebt trotz eines gespannten Verhältnisses im Hause ihrer Mutter. Sie bereitet ihr Essen selbst und isst fast immer allein. Sie kennt keinen Appetit und ernährt sich nur von Käse, Brot, Milch und Obst. „Wenn ich mal zuviel gegessen habe, dann hasse ich mich, dann möchte

ich aus der Haut fahren.“ Nach ihren beruflichen (!) Zukunftsplänen befragt antwortet sie: „Ich habe nicht mehr den Schwung, nach oben zu kommen, erwachsen zu werden.“ Abb. 2b zeigt eine ihrer Arbeiten aus dem letzten Jahr. Dasselbe Thema wie vor 25 Jahren ist nur formal besser gestaltet, die Sehnsucht nach dem Sich-Entfalten hat nicht mehr die gleiche Dynamik und verbirgt sich hinter einer ästhetisch ansprechenden, aber wenig individuell geprägten Form.

Warum kommt es in der Pubertätsmagersucht zu einer Koppelung von Nahrungs- und Sexualtrieb, indem beide verneint werden? Warum fehlt bei der viel selteneren Anorexie des jungen Mannes diese Verbindung mit dem Sexualtrieb? Die Antwort auf diese Fragen muß darin gesucht werden, daß nur bei der Frau die Geschlechtsreife mit einem Wandel der Körperperformen, vor allem mit dem Wachsen der Brust, verbunden ist. Daher wird das gefürchtete Dickwerden für das junge Mädchen zum Zeichen der Geschlechtsreife, manchmal sogar der Schwangerschaft. Letzteres hat zu der psychoanalytischen Theorie von dem unterdrückten Wunsch nach oraler Konzeption geführt<sup>41</sup>. Bei der männlichen Anorexie fehlt die sexuelle Problematik; hier geht es nur um den Nahrungstrieb und um die Erhaltung der kindlichen Mutterbindung.

Das eigentliche Äquivalent zur Pubertätsmagersucht des jungen Mädchens ist das *Depersonalisations-Syndrom in der Pubertät*<sup>29</sup>, das ganz überwiegend bei jungen Männern vorkommt und ebenfalls mehrere Jahre andauert. Zwar sehnen sich diese Kranken — im Gegensatz zu den magersüchtigen Mädchen — gerade danach, erwachsen zu sein, für voll genommen zu werden; hinter ihrem scheinbar ungeduldigen Vorwärtsdrängen verbirgt sich aber eine Scheu vor Verantwortung und Selbständigkeit. Sexuelle Probleme treten im Depersonalisations-Syndrom ganz zurück.

Die Beziehungen zwischen Anorexia nervosa und Schizophrenie<sup>40</sup> sind nach wie vor ungeklärt. Immerhin gibt die Tatsache zu denken, daß nur bei der Pubertätsmagersucht und der Anorexie der männlichen Jugendlichen ein Ausgang in Schizophrenie vorkommt. Man wird hier nicht mit psychologischen, sondern mit biologischen Zusammenhängen rechnen müssen, zumal die Thematik der Anorexie keineswegs regelmäßig in die Psychose übernommen wird.

Die Pubertätsmagersucht ist eine ernste, nicht selten lebensbedrohliche Erkrankung, weil sie aus einem Konflikt mit den beiden biologisch stärksten Trieben hervorgeht und die Frau in einem physisch und psychisch vulnerablen Lebensabschnitt trifft.

Die erste Menstruationsblutung, auch wenn sie unvorbereitet eintritt, bedeutet nach unseren Katamnesen bemerkenswerterweise kein seelisches Trauma; auch aus dem Schrifttum ist nichts über die Menarche als Initialerlebnis bekannt. Das zeigt am deutlichsten, daß es in der Pubertätsmager-

sucht nicht um die Geschlechtsreife im biologischen Sinne geht, sondern um den Wandel der Körperperformen, der als eine Verbindung von Fülle und Fruchtbarkeit erlebt wird. Damit aber werden die Beziehungen zwischen der oralen und der sexuellen Sphäre bewußt. Die Bedeutung der Pubertät für die Pubertätsmagersucht zeigt sich auch daran, daß die in der Kindheit einsetzende chronische Anorexie in der Pubertät gerade eine Besserung erfährt. Entsprechend der überwiegend asthenischen psycho-physischen Konstitution der Kranken mit chronischer Anorexie wirkt sich die biologische Umstellung in diesem Lebensabschnitt günstig aus.

Bei den schweren und tödlich verlaufenden Fällen wird die Nahrungsverweigerung so unüberwindlich durchgehalten, daß man versucht ist, von einem *Todestrieb* zu sprechen. Damit ist nicht jener Todestrieb gemeint, den FREUD als das dualistische Prinzip postuliert, „dem die Aufgabe gestellt ist, das organische Lebende in den leblosen Zustand zurückzuführen“. Es ist auch nicht, wie Boss meint, ein *Suicid in refracta dosi*. Der *Suicid*, mit welchen Mitteln auch immer, richtet sich gegen das Bewußtsein, er strebt eine möglichst rasche Ausschaltung des Bewußtseins. Bei der Anorexie aber vollzieht sich der Kampf gegen das Leben als Naturvorgang bewußt mit einer bis zuletzt erstaunlichen geistigen Klarheit und Willensstärke. „Selbstzerstörung wäre die Erlösung“, wie eine unserer Kranken sagte. Das ist die letzte Konsequenz einer asketischen Einstellung. Dem von asketischen Prinzipien geleiteten Menschen liegt Selbstmord fern. Trotzdem kann man von einem *Todestrieb* sprechen; denn die asketischen Ideale der beginnenden Pubertätsmagersucht erscheinen mehr als Rationalisierungen eines von der „Tiefenperson“ bestimmten Geschehens. Die Willenskräfte scheinen im Dienste des Todestriebes zu stehen, während später, wenn die Magersucht nicht überwunden wird, die asketische Haltung nach Art einer Neurotisierung in die Lebensgestaltung und Persönlichkeitsentwicklung des Kranken eingeht.

Die Rolle der Mutter, von der SMIRNOFF sagt: „Die einzige Zuflucht vor der mütterlichen Allmacht liegt im aktiven ‚Nein‘“ — ist nach unseren Beobachtungen nicht auf ihr Streben, die kindliche Abhängigkeit zu erhalten, beschränkt; dies würde auch dem Nicht-erwachsenwerden-Wollen der Tochter gerade entgegenkommen. Loo spricht daher mit Recht von einem Konflikt zwischen „le besoin de dépendance et d'indépendance“. Bei unseren Probandinnen ist es auch bei einem vor und nach der Erkrankung guten oder „zu guten“ Verhältnis zur Mutter im Beginn der Pubertätsmagersucht zu einem Umschlag in feindselige Ablehnung gekommen. Das spricht dafür, daß die Mutter nicht selten einfach als die der Kranken nächste erwachsene Frau, deren Lebensaufgaben durch die Bindung an den Vater der Tochter klar vor Augen stehen,

zum Symbol dessen wird, was ihr bevorsteht und was sie nicht werden will. Die Schilderungen Pubertätsmagersüchtiger (im Beginn der Erkrankung) von ihrem früheren Verhältnis zur Mutter sind sicher durch die aktuelle Situation gefärbt. Andernfalls müßte man erwarten, daß die nicht ausgeheilte Pubertätsmagersüchtige ihre feindselige Einstellung zur Mutter genauso bewahrt, wie sie das dem Mann gegenüber tut. Das ist aber nur selten der Fall. Im Hinblick auf die *praemorbi* Mutter-Beziehung von einer Mutterneurose zu sprechen, wie dies CERMAK u. RINGEL tun, scheint uns nur in wenigen Fällen berechtigt.

Die *Pubertätsmagersucht* ist eine *Reifungskrise\** der Frau in der Adoleszenz, dem nur das Depersonalisations-Syndrom des jungen Mannes an die Seite gestellt werden kann. Im Gegensatz zur chronischen Anorexie fehlen die Verdrängungsmechanismen, der Triebkonflikt wird vielmehr bewußt erlebt. Darin liegt das unverwechselbare Kennzeichen der Pubertätsmagersucht als Reifungsstörung. Deshalb läßt sich die Pubertätsmagersucht auch nicht als eine Reaktivierung frühkindlicher Konflikte deuten. Die Rückführung auf eine gestörte Mutterbeziehung in der Kindheit<sup>28</sup>, die in den meisten psychoanalytischen Konzeptionen wiederkehrt, wird der Bedeutung der Adoleszenz als neuem Lebensabschnitt nicht gerecht und hält, wie BLISS u. BRANCH erst kürzlich betont haben, einer empirischen Prüfung nicht stand.

Die identifizierenden Tendenzen in der mütterlichen Erziehung gewinnen erst mit dem Herannahen der Pubertät ihre volle Aktualität. Der Einfluß der Mutter (als Individuum und als Glied der Gesellschaft) auf Kleidung und Haartracht der Tochter, auf ihr Verhältnis zum eigenen Körper, auf ihren Umgang mit dem anderen Geschlecht, mit dem Vater, dürfte für die Genese der Pubertätsmagersucht von großer Bedeutung sein. Eine feinere Analyse der Mutter-Tochter-Beziehung in der Vorpubertät wird unser Wissen von den Ursachen der Pubertätsmagersucht entscheidend fördern.

### Zusammenfassung

34 Frauen wurden nachuntersucht, die sich vor durchschnittlich 10 Jahren wegen einer Anorexie in stationärer Behandlung befunden hatten.

*Ergebnisse.* Die Anorexia nervosa ist ein Syndrom, zu dem die Pubertätsmagersucht, die chronische Anorexie und die Anorexie als neurotische Reaktion gehören.

Im Gegensatz zur Pubertätsmagersucht beginnt die chronische Anorexie schon in der Kindheit, erfährt in der Adoleszenz eine Besserung, um

\* Die Pubertätsdystrophie als Reifungskrise ist von E. KRETSCHMER (Körperbau u. Charakter, 21./22. Aufl., S. 253 ff.) sorgfältig analysiert, gerade auch was das Verhältnis zwischen körpermorphologischen, triebhaften und neuroseartigen Bildungen betrifft (Anmerkung der Schriftleitung).

später in eine chronische Neurose mit zahlreichen körperlichen Beschwerden, besonders am Verdauungstrakt, überzugehen. Die Anorexie als neurotische Reaktion ist die Antwort auf ein grobes kränkendes oder beschämendes Psychotrauma. Nach Jahrzehntelangem Verlauf entwickeln sich aus der Pubertätsmagersucht und — seltener — aus der chronischen Anorexie neurotische Endzustände mit schweren psychischen Veränderungen, die leicht mit pseudoneurotischer Schizophrenie verwechselt werden können.

Unter 20 Pubertätsmagersüchtigen waren 7 geheilt, 7 ungeheilt und 3 verstorben. Die Heilung einer Pubertätsmagersucht nimmt stets mehrere Jahre in Anspruch. Bei 3 Probandinnen hatte sich eine Schizophrenie entwickelt; eine davon ist eineiiger Zwilling, bei ihrer Zwillingschwester ist die Pubertätsmagersucht zur Ausheilung gekommen.

Das Familienbild zeigte keinen weiteren Fall von Anorexie, eine der schizopen gewordenen Kranken hatte eine entsprechende familiäre Belastung, sonst fanden sich keine endogenen Psychosen in den Familien. Eine Probandin konnte keiner der drei Gruppen zugeordnet werden, hier war im Hinblick auf manisch-depressive Erkrankungen bei Mutter und Großvater zu diskutieren, ob es sich bei der Anorexie um das Symptom einer Depression gehandelt hat.

Die meisten Pubertätsmagersüchtigen zeigten eine zwangsneurotische Struktur, jedoch keine Zwangssymptome; nur wenige Probandinnen waren als hysterische Persönlichkeiten zu bezeichnen. Bei der chronischen Anorexie dominieren asthenische Wesenszüge.

Von 3 männlichen Anorexie-Kranken wurde der eine schizophren. Bei den beiden anderen Kranken war die Anorexie Ausdruck einer Tendenz, sich die Mutter als Spender in der Nahrung zu erhalten. Im Gegensatz zu den pubertätsmagersüchtigen Mädchen fehlt die Beziehung zum Sexualtrieb, die Anorexie dieser beiden männlichen Jugendlichen erwies sich als Verwöhnsneurose.

Während die chronische Anoexie die typischen Merkmale einer Neurose erkennen lässt, ist die Pubertätsmagersucht eine Reifungskrise, die durch eine weitgehend bewußte Auseinandersetzung mit dem Nahrungstrieb und dem Sexualtrieb gekennzeichnet ist.

### Literatur

- <sup>1</sup> BAHNER, F.: Fettsucht und Magersucht. In: Hb. inn. Med. VII/1. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1955.
- <sup>2</sup> BECK, J. C., and K. BROCHNER-MORTENSEN: Observations on the prognosis in Anorexia nervosa. Acta med. scand. **149**, 409—430 (1954).
- <sup>3</sup> BERGER, L.: Der barmherzige Hügel. Zürich: Büchergilde Gutenberg 1944.
- <sup>4</sup> BERGMANN, G. W. v.: Magerkeit und Magersucht. Dtsch. med. Wschr. **60**, 123—126, 159—163 (1934).

<sup>5</sup> BINSWANGER, M.: Der Fall Ellen West. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. **53**, 255—277; **54**, 330—360 (1944).

<sup>6</sup> BLEULER, M.: Endokrinologische Psychiatrie. Stuttgart 1954.

<sup>7</sup> BLISS, E. L., and C. H. HARDIN BRANCH: Anorexia nervosa. New York 1960.

<sup>8</sup> BOSS, M.: Einführung in die psychosomatische Medizin. Bern u. Stuttgart 1954.

<sup>9</sup> CERMAK, I., u. E. RINGEL: Zum Problem der Anorexia nervosa. Wien. Z. Nervenheilk. **17**, 152—182 (1960).

<sup>10</sup> DECOURT, J.: Die Anorexia nervosa. Dtsch. med. Wschr. **78**, 1619—1622, 1661—1664 (1953).

<sup>11</sup> DUBOIS, F. S.: Compulsion neurosis with cachexia. Amer. J. Psychiat. **106**, 107—115 (1949).

<sup>12</sup> DÜHRSSEN, A.: Zum Problem der psychogenen Essstörung. Psyche (Stuttgart) **4**, 56—72 (1950/51).

<sup>13</sup> ERNST, K.: Die Prognose der Neurosen. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1959.

<sup>14</sup> FENICHEL, O.: Anorexia. In: The collected papers. London 1955.

<sup>15</sup> FREUD, S.: Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Ges. Werke, 5. Bd. London 1949.

<sup>16</sup> FREUD, S.: Das Ich und das Es. Ges. Werke, 13. Bd. London 1949.

<sup>17</sup> HERTZ, H.: Nervous anorexia. Acta med. scand. Suppl. **266**, 523 (1952).

<sup>18</sup> HEYDT-GUTSCHER, D.: Psychotherapie einer Magersüchtigen. Psychosom. Med. **6**, 77—90, 185—201 (1960).

<sup>19</sup> HUEBSCHMAN, H.: Über phagisches Verhalten. Nervenarzt **30**, 494—504 (1959).

<sup>20</sup> JANET, P.: Les obsessions et la psychasthenie. Paris 1903.

<sup>21</sup> KAY, D. W.: Anorexia nervosa: a study in prognosis. Proc. roy. Soc. Med. **46**, 669—674 (1953).

<sup>22</sup> KAY, D. W., and DENIS LEIGH: The natural history, treatment and prognosis of anorexia nervosa, based on a study of 38 patients. J. ment. Sci. **100**, 411—431 (1954).

<sup>22a</sup> KRETSCHMER, E.: Körperbau u. Charakter. 21./22. Aufl., Kap. 14, S. 253 ff. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1955.

<sup>23</sup> LABOUCARIÉ, J., et P. BARRES: Les aspects cliniques, pathogéniques et thérapeutiques de l'anorexie mentale. Évolut. Psychiat. **1954**, S. 119—146.

<sup>24</sup> LEIBBRAND, W.: Der göttliche Stab des Äskulap. Salzburg 1939.

<sup>25</sup> LEONHARD, K.: Zur Therapie der Pubertätsmagersucht. Münch. med. Wschr. **102**, 2318—2321 (1960).

<sup>26</sup> LOO, P.: L'anorexie mentale. Ann. méd.-psychol. **116**, 734—750 (1958).

<sup>27</sup> LUTZ, J.: Kombination einer Neurose bei Pubertätsmagersucht mit katatonieartigem Zustandsbild. Z. Kinderpsychiat. **14**, 68—76 (1947).

<sup>28</sup> MENG, H.: Über Neurosenfragen, Psychosenpsychologie, Endokrinium. Psyche (Stuttgart) **13**, 499—523 (1959).

<sup>29</sup> MEYER, J. E.: Die Entfremdungserlebnisse. Stuttgart 1959.

<sup>30</sup> MEYER, W. C.: Untersuchungen und Beobachtungen an Fällen von hypophysärer Magersucht (SIMMONDS) und deren Behandlung, insbesondere durch Hypophysenimplantation. Dtsch. Arch. klin. Med. **182**, 351—368 (1938).

<sup>31</sup> MÜLLER, H.: Die Pubertätsmagersucht der jungen Mädchen. Med. Klin. **51**, 209—212 (1956).

<sup>32</sup> NEMIAH, J. C.: Anorexia nervosa. Medicine (Baltimore) **29**, 225—268 (1950).

<sup>33</sup> PALMER, H. D., and MAXWELL S. JONES: Anorexia nervosa as a manifestation of compulsive neurosis. Arch. Neurol. Psychiat. **41**, 856—858 (1939).

<sup>34</sup> PERRIN, J. M., u. G. THIBOU: Wir kannten Simone Weil. Paderborn 1954.

<sup>35</sup> RYLE, J. A.: Anorexia nervosa. Lancet **231**, 893—899 (1936).

<sup>36</sup> SEEMANN, W. F.: Über Hungerreaktionen von Kriegsgefangenen. *Psyche* (Stuttgart) **4**, 107—119 (1950/51).

<sup>37</sup> SIMMONDS, M.: Über Hypophysenschwund mit tödlichem Ausgang. *Dtsch. med. Wschr.* **40**, 322—323 (1914).

<sup>38</sup> SMIRNOFF, V. N.: Kritische Bemerkungen zum Problem der Anorexia mentalis. *Psyche* (Stuttgart) **12**, 430 (1958/59).

<sup>39</sup> SOMMER, B.: Die Pubertätsmagersucht als leib-seelische Störung einer Reifungskrise. *Psyche* (Stuttgart) **9**, 307—327 (1955/56).

<sup>40</sup> STÄUBLI-FRÖLICH, M.: Probleme der Anorexia nervosa. *Schweiz. med. Wschr.* **83**, 811—817, 837—841 (1953).

<sup>41</sup> WALLER, J. V., M. R. KAUFMAN and F. DEUTSCH: Anorexia nervosa: a psychosomatic entity. *Psychosomat. Med.* **2**, 3—16 (1940).

<sup>42</sup> ZUTT, J.: Das psychiatrische Krankheitsbild der Pubertätsmagersucht. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **180**, 776—849 (1948).

<sup>43</sup> ZUTT, J.: Psychiatrische Betrachtungen zur Pubertätsmagersucht. *Klin. Wschr.* **25/25**, 21—24 (1946/47).

Prof. Dr. med. J.-E. MEYER,  
München 15, Universitäts-Nervenklinik, Nußbaumstr. 7