

Aus der Psychosomatischen Klinik der Universität Gießen
(Direktor: Prof. Dr. Dr. H.-E. RICHTER)

**Zur Prognose der Anorexia nervosa
(13 fünfzehn- bis achtzehnjährige Katamnesen
psychotherapeutisch unbehandelter Fälle)**

Von
J. CREMERIUS

(Eingegangen am 25. Mai 1965)

Es soll über Verlaufsformen und Spätzustände berichtet werden, wie ich sie bei 13 Pubertätsmagersüchtigen beobachten konnte. Die Untersuchung stellt sich die Aufgaben,

1. einen Beitrag zur „Naturgeschichte“ jener Form der Magersucht zu geben, die erst in der Pubertät beginnt;
2. durch Erfassung der Spätzustände die Spontanprognose des Leidens zu ermitteln;
3. nach Faktoren zu fragen, von denen die Prognose abhängt.

(Da die hier dargestellten Fälle mit verschiedenen Methoden behandelt worden sind, soll auch danach geforscht werden, ob dadurch Verlauf und Spätzustand beeinflußt wurden.)

Die Kenntnis der Spontanprognose eines chronisch verlaufenden Leidens ist einmal wichtig, wenn der Arzt Kranke und deren Angehörige zu beraten hat, zum anderen aber hat sie entscheidende Bedeutung bei der Planung der Therapie wie für die Verlaufsbeobachtung. Für den Forscher, den die Frage der Beurteilung des Behandlungserfolges methodisch beschäftigt, ist das Wissen um die Spontanverläufe ein unerlässliches Hilfsmittel.

Die Literatur über Spontanverläufe der Anorexia nervosa (A.n.) ist spärlich wie bei allen anderen chronisch verlaufenden neurotischen Erkrankungen auch. KAY u. LEIGH⁵ konnten 27 von 38 Fällen nachuntersuchen: 4 erwiesen sich als gesund, 12 als angepaßt, leiden aber weiterhin an neurotischen Symptomen und 11 als chronisch krank. Nach MEYER⁶ bleiben bei der Pubertätsmagersucht — der Autor reserviert diesen Terminus für die in der Pubertät beginnenden Störungen — ein Drittel ungeheilt, ein Drittel heilen spontan ab, der Rest seiner Probanden war mit einer Schizophrenie erkrankt oder verstorben. Unter THOMÄS Fällen¹⁰ fanden sich 9, die eine vorwiegend spontan bedingte Besserung zeigten. Nimmt man die Arbeiten von BROCHNER u. MARTENSEN², die

85% Spontanheilungen fanden und von NEMIAH⁷, der nur 15% Spontanheilungen registrieren konnte, hinzu, sieht man, wie unterschiedlich die Ergebnisse der Verlaufsbeobachtung sind. SHADOAN⁸ stellt in seiner Übersicht der amerikanischen Magersuchtliteratur zusammenfassend fest: „Die Prognose ist quoad vitam relativ gut, quoad sanationem unbefriedigend. Etwa 10—20% sterben, einige wenige Patientinnen erholen sich mit und ohne Therapie, heiraten, gründen Familien; es treten keine Rückfälle auf. Andere werden auch unter intensiver Therapie nicht gesund. Leider wird die Mehrzahl derjenigen, die das Trauma der Pubertät und weitere Jahre überstanden haben, ohne daß die grundlegenden Störungen in ihrer Persönlichkeit ausgeglichen wurden, immer an chronischer Unterernährung, besonders unter emotionellen Krisen, leiden.“

Gründe für diese differierenden Ergebnisse liegen ohne Zweifel in der Verschiedenartigkeit des Ausgangsmaterials und der Beurteilungskriterien.

Es soll hier über eine Gruppe von Kranken (13 Fälle) berichtet werden, die dadurch ausgezeichnet ist, daß ich sie über 15—18 Jahre beobachteten und bis auf 2 Patienten persönlich nachuntersuchen konnte. Von diesen 2 Kranken besitze ich nur die Berichte der Eltern und die Auskünfte der behandelnden Ärzte. Nur 1 Patient entzog sich der weiteren Beobachtung und konnte nicht mehr aufgefunden werden. Da die Beobachtungszeit nicht mit der Erkrankungsdauer identisch ist, verlängert sich der überschaubare Zeitraum auf 21—28 Jahre. Daß es möglich war, die Ausgangsgruppe von 13 Patienten, die ich in den Jahren 1947—1950 untersucht hatte, über einen so langen Zeitraum fast geschlossen verfolgen und nachuntersuchen zu können, erklärt sich daraus, daß ich mir damals bereits die Aufgabe einer späteren Nachuntersuchung stellte. Um dieses Ziel erreichen zu können, bat ich die Eltern um ihre Mithilfe. Ich schlug ihnen vor, mir jährlich einmal kurz zu berichten. Blieb der Bericht aus, schrieb ich von mir aus und erhielt dann in der Regel Nachricht. Ferner trat ich an den behandelnden Arzt der Kranken heran und ersuchte ihn, mich von entscheidenden Veränderungen in Kenntnis zu setzen. Bei dem raschen Arztwechsel der Patienten erwies sich dieser Teil des Vorgehens als wenig zuverlässig.

Daß es nicht zum Verlust von Patienten kam — von dem einen Fall abgesehen — hat ferner seinen Grund darin, daß nur zwei von ihnen zwischenzeitlich geheiratet haben. Durch dieses Ereignis gehen auf Grund der damit verbundenen Namensänderung bei Frauen viele einer katomnestischen Erfassung verloren. Alle Patienten lebten zur Zeit der Nachuntersuchung noch bei ihren Eltern — auch die beiden Verheirateten. Der einzige Fall, der sich der Beobachtung entzogen hat, war der einzige männliche Patient in der Gruppe. Eines Tages kam mein Schreiben an die Adresse seiner Eltern als unbestellbar zurück.

Die Gruppe, die ich am Ende des Jahres 1950 als Ausgangsgruppe für die geplante Verlaufsbeobachtung festgesetzt hatte, ist nicht als repräsentativ zu betrachten. Dies hat mit der Art ihres Zustandekommens zu tun: Die Patienten entstammen alle der Privatpraxis des jeweiligen Klinikdirektors, der sie mir überwies*. Dies erklärt zwei Besonderheiten der Gruppe:

Erstens, daß die meisten Patienten sehr wohlhabenden und/oder bildungsmäßig ausgezeichneten Familien entstammten.

Zweitens, daß alle Fälle extrem schwere Formen der Erkrankung darstellten. (Unter der besonderen Schwere wird verstanden, daß alle Fälle mehrmals während des Krankheitsverlaufes über Wochen oder Monate wegen bedrohlicher Ernährungsstörungen stationär behandelt werden mußten.)

Drittens, daß alle Fälle erst nach mehrjährigem Verlauf und vielen ergebnislosen Behandlungsversuchen die Autorität aufsuchten. Die beiden anderen Besonderheiten der Gruppe sind zum Teil zufälliger Natur (von 13 Patienten sind 12 Frauen), zum Teil hängen sie mit Auswahlkriterien zusammen (der Krankheitsbeginn, d. h. der Beginn der Eßstörung und der Abmagerung, fiel bei allen Kranken in die Pubertät).

Die Fälle sind im Laufe der Zeit auf verschiedenste Weise — gleichzeitig oder nacheinander — schulmedizinisch, mit Außenseitermethoden und durch Scharlatane (letzteres war bei 9 Patienten der Fall) behandelt worden: eine Patientin durch eine Gesundbeterin, eine durch einen Astrologen, eine durch einen handauflegenden Sektenpriester, um nur einige der drastischen Beispiele zu nennen.

Unter den schulmedizinischen Verfahren standen die endokrinologischen an erster Stelle (alle Fälle), dann folgten internistische (10 Fälle) und dann psychiatrische (9 Fälle).

Alle waren während der Phasen bedrohlicher Kachexie in den verschiedenen Kliniken oder Krankenhäusern zwangsweise sondengefüttert worden, hatten Infusionen, Einläufe und Injektionen erhalten.

Bei 8 Patienten waren psychotherapeutische Behandlungsversuche unternommen worden, die jedoch so kurzfristig waren, daß sie nicht im strengen Sinne als Psychotherapien bezeichnet werden können. In den fünf Fällen, die nie von einem Psychotherapeuten gesehen wurden, obgleich im Laufe der Jahre allen Eltern dazu geraten worden war, lag der Grund für die nicht erfolgte Konsultation zweimal bei den Eltern (sie hatten so große Schuldgefühle, daß sie den Gedanken einer Psychogenese des Leidens nicht ertragen konnten; in einem dieser Fälle wurden religiöse

* Vier Patienten sah ich während meiner Tätigkeit an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Düsseldorf-Grafenberg, neun an der Medizinischen Poliklinik der Universität München. Meinen damaligen Chefs, Herrn Prof. SIOLI und Herrn Prof. SEITZ möchte ich an dieser Stelle dafür danken, daß sie mir diese Fälle überließen.

Motive vorgeschoben), dreimal bei den Patientinnen, die eine solche Art der Therapie grundsätzlich ablehnten. Auch THOMÄ¹⁰ weist darauf hin, daß die Kranken häufig (11 von 30) einen Vorschlag zur Psychotherapie von vornherein ablehnen oder die begonnene Therapie sehr rasch wieder beenden (8 von 19 vor Erreichung der vierzigsten Behandlungsstunde).

Von den 8 Fällen, die mit einem Psychotherapeuten in Berührung kamen (die Bezeichnung Psychotherapeut trifft im strengen Sinne nur für drei derselben zu, da die anderen über keinerlei entsprechende Ausbildung verfügten), wurden drei stationär in einer psychotherapeutisch-psychosomatischen Fachklinik, der Rest ambulant behandelt. Bei den klinisch behandelten Fällen wurden methodisch begründete psychotherapeutische Verfahren versucht (hier waren die Behandler Spezialisten), bei den ambulant behandelten Fällen bestand die Psychotherapie in menschlicher Führung und Psychagogik unter Verwendung von Suggestion und Placebotherapie mit Ausnahme eines Falles (hier handelte es sich um einen psychotherapeutisch ausgebildeten Arzt), bei dem es zu einer aufdeckenden Therapie kam. Wie berechtigt es ist, hier von unbehandelten Fällen zu sprechen, soll nachfolgende Schilderung der Behandlungsabläufe zeigen.

Eine der *stationär* behandelten Patientinnen, Klara S., trat mit dem Tag der Klinikaufnahme in einen totalen Streik: Sie aß nicht mehr, sprach kein Wort, stand nicht mehr aus dem Bett auf außer zum Besuch der Toilette und wusch sich nicht mehr. Wenn Ärzte, Schwestern oder Eltern an ihr Bett traten, zog sie die Decke über den Kopf. Drei Wochen später mußte sie in eine innere Klinik verlegt werden.

Die andere Patientin, Erika N., — sie befand sich in einer Klinik, wo man versuchte, mit viel Liebe, Verständnis und Toleranz für ihr schwieriges Verhalten mit ihr umzugehen —, bedrängte ihre Eltern so stürmisch, sie nach Hause zu nehmen, daß diese bereits nach 8 Tagen ihrem Wunsche nachkamen. Bei der Nachuntersuchung, 7 Jahre nach diesem Ergebnis, erzählte sie mir, der Arzt habe mit ihr über sexuelle Dinge gesprochen und sie dabei so angesehen, daß sie geglaubt habe, er sei in sie verliebt. Da hätte sie ein furchtbarer Ekel gegen ihn erfaßt.

Auch der dritte stationär behandelte Fall verblieb nur 10 Tage in der Klinik. Man versuchte es mit einem strengen Regime unter gleichzeitiger Anwendung täglicher psychotherapeutischer Sitzungen. Rosa Sch. fühlte sich sehr wohl dort, schrieb begeisterte Briefe an ihre Eltern und verlangte, daß man ihr Bücher schicke, weil sie sich für längere Zeit dort einrichten wolle. Nach 10 Tagen erschienen die Eltern und verlangten, weil die Tochter noch weiterhin abgenommen hatte, die Zuziehung einer ausländischen Autorität. Als die Klinikleitung dies aus behandlungstechnischen Gründen ablehnte, nahmen die Eltern ihr Kind sofort mit nach Hause.

Nun zu den *ambulanten* Fällen: Bei zweien kam gar kein Gespräch in Gang, weil sie eine solche Behandlung ablehnten — in einem Falle bereits am ersten Tage, weil, so argumentierte diese Patientin, Elisabeth F., man sie getäuscht hatte und ihr nicht gesagt, daß es sich um eine Psychotherapie handele.

In einem Falle ging die Patientin, Edda R., über 10 Wochen regelmäßig zu den Sitzungen, erzählte zu Hause sehr positiv über die Behandlung und überzeugte den Arzt von ihrer Mitarbeit. Dies dauerte so lange, bis der Arzt erfuhr, daß sie ihn betrog — sie hatte eine laufende Gewichtsverbesserung dadurch vorgetäuscht, daß sie zunehmende Mengen von Steinen in ihrer Kleidung versteckte. Er stellte sie deshalb zur Rede, worauf die Patientin die weiteren Besuche einstellte.

Ruth B. — ihre Behandlung dauerte 12 Wochen — spielte den Arzt und die Eltern so geschickt gegeneinander aus, daß es dauernd zu Streitereien zwischen den Parteien kam, bis die Eltern die Therapie beendeten.

Auch im letzten Fall wurde die Therapie durch die Eltern nach 3 Wochen beendet. Ulla A., aus einem streng religiösen Hause stammend, verführte den Arzt zu religiösen Gesprächen, in denen sie ihn zu Stellungnahmen provozierte. Seine Äußerungen, wesentlich vergröbert und entstellt, berichtete sie zu Hause. Daraufhin sah sich der Vater veranlaßt, den Arzt zu stellen und die Fortsetzung der Behandlung zu untersagen.

An diesen „Therapien“ wird zweierlei sichtbar: Einmal, daß der Ausgang derselben nicht so sehr vom Arzt und seiner Ausbildung abhängt, sondern von der Schwere der neurotischen Grundstörung beim Patienten und, wie die Beispiele zeigen, auch bei den Eltern, zum anderen, daß es sich hier wirklich um extrem schwere Fälle handelt. Wie die guten Ergebnisse mit analytischer Psychotherapie von THOMÄ¹⁰ gezeigt haben, können bei günstigen Fällen psychotherapeutische Verfahren durchaus erfolgreich angewendet werden.

Ich möchte auf Grund der Erfahrung gerade an dieser Patientengruppe hier jedoch darauf hinweisen, daß die Erfolgsbeurteilung bei der A.n. nicht einfach ist. (Vielleicht gilt dies für dieses Krankheitsbild in noch größerem Maße, als ich es für Neurosen im allgemeinen³ aufgezeigt habe.) Es wird oft schwer entscheidbar sein, ob eine Änderung als therapiebedingt oder als spontan zu betrachten ist. Bei einer derart chronischen Erkrankung muß immer daran gedacht werden, daß auch äußere Einflüsse das Leiden verändern und gestalten können. Die beiden nachfolgenden Fallbeispiele über Spontanheilungen — als solche wären sie bei einer Nachuntersuchung zu diesem Zeitpunkt erschienen — mögen dies veranschaulichen.

Ulla A., bei Erkrankungsbeginn 15 Jahre alt, zeigte bis zum 20. Lebensjahr einen schweren, gleichmäßigen Krankheitsverlauf. Bei einer Größe von 163 cm lag ihr

Gewicht zwischen 33 und 39 kg. Die Menstruation sistierte seitdem, nachdem sie vorher insgesamt zweimal aufgetreten war. Mit 20 Jahren verlor sie ihre Mutter, welche die letzten 7 Monate vor dem Tode an einem Carcinom zu Hause gepflegt wurde. Die Pat. mußte zusehen wie ihre Mutter immer stärker kachektisch wurde. Nach dem Tode derselben begann sie vorübergehend stärker zu essen und erreichte ein Gewicht von 58 kg. Jetzt setzten die Menses wieder ein. Dieser Zustand dauerte 17 Monate bis zur Wiederverheiratung des Vaters. Mit dem Einzug der Stiefmutter, die nur 4 Jahre älter als die Pat. war, begann die Eßstörung aufs neue. Innerhalb von 7 Monaten war ihr Gewicht wieder auf 40 kg abgesunken und die Menstruation blieb erneut aus.

Marianne St. hatte ebenfalls vom Erkrankungsbeginn mit 14 Jahren bis zum 21. Lebensjahr einen gleichmäßigen, progredienten Verlauf gezeigt. Ihr Körpergewicht betrug bei einer Größe von 168 cm zwischen 36 und 42 kg. Mit 21 Jahren kam es zwischen ihren Eltern zu einer Ehekrise. Sie beschlossen, sich vorübergehend zu trennen. Die Mutter fuhr ins Ausland zu ihrem verheirateten Sohn und Vater und Tochter lebten, von der Haushälterin versorgt, alleine miteinander. Der Vater, bis dahin auf Grund geschäftlicher Verpflichtungen häufig außer Hause — selten war er abends oder am Wochenende anwesend — änderte seinen Lebensstil und verbrachte von nun an seine Abende wie die Wochenenden mit Marianne. Oft nahm er sie auf Geschäftsreisen mit. Sie lernte Schachspielen, womit die beiden nun manchen Abend verbrachten; sie machte den Führerschein und chauffierte den Vater. Während sie bisher zurückgezogen auf ihrem Zimmer gelebt hatte und keiner Tätigkeit nachgegangen war, begann sie jetzt allerlei Aufgaben für den Vater zu übernehmen. Ihre Eßstörung verringerte sich zunehmend und bald ab sie weitgehend alles und ausreichend (nur Fleisch und Eier lehnte sie nach wie vor ab). Ihr Gewicht erreichte fast normale Werte und die Menstruation setzte, zwar unregelmäßig und schwach, wieder ein. Sie begann wie früher sehr leidenschaftlich Tennis zu spielen, schwamm viel und ließ sich täglich vom Masseur des Vaters, der ins Haus kam, massieren. Auch wurde sie zu dieser Zeit eine starke Raucherin (40 bis 50 Zigaretten am Tag). Als mich Vater und Tochter in dieser Phase aufsuchten, sah Marianne weitgehend unauffällig aus, wenn man davon absah, daß sie sich betont männlich trug: Kurzer Haarschnitt, Jackenkleid mit Hemd und Krawatte. — Zwei Jahre später entschlossen sich die Eltern, wieder zusammen zu ziehen. Der Vater schrieb mir bald darauf sehr besorgt, daß Marianne's Zustand sich erneut verschlechtert habe. Sie hätte wieder die alten Eßstörungen, wöge nur noch 40 kg und wäre schwierig und isoliert wie vor zwei Jahren.

Klara S., deren Vorgeschichte sich kaum von der der beiden soeben geschilderten Pat. unterscheidet, ist ein politisch engagiertes Mädchen von 22 Jahren, als die nachfolgend zu schildernde Situation eintritt. Obgleich seit 6 Jahren krank und dauernd extrem untergewichtig, leistet sie geistig und vor allem auch körperlich Ungewöhnliches. So war sie zu dem Zeitpunkt, von dem jetzt die Rede ist, mit einer Studentengruppe in ein Ostblockland gereist — teilweise unter schweren körperlichen Strapazen — und hatte sich dort nach anfänglicher Begeisterung bald gegen das Regime gewandt. Bei einer Demonstrationsaktion wurde sie verhaftet und 9 Monate unter härtesten Bedingungen bei sehr geringer Kost inhaftiert. Als sie nach Hause entlassen wurde, ist sie fast normgewichtig, ruhig und ausgeglichen, wie die Eltern sie vorher kaum je gesehen hatten. Auch diese Besserung war nicht von Dauer.

Es werden nun die *Spätzustände* beschrieben: 15—18 Jahre nach der Erstuntersuchung durch den Verfasser und 21—28 Jahre nach Krankheitsbeginn zeigen fünf Patienten einen chronischen Verlauf in bezug auf die Eßstörung, das Untergewicht, die Menstruationsanomalie und die

psychopathologische Symptomatik. Jedoch sind die Spätzustände von unterschiedlicher Schwere: Bei Edda R. und Heide Sch. ist das Bild weitgehend unverändert geblieben. Sie wiegen zwischen 42 und 48%, weniger als in ihrem Falle normgerecht wäre, bieten die typischen Eßstörungen mit ihrer zwischenmenschlichen Agitationsfunktion, deutliche neurotische Symptome und sind arbeitsunfähig; Therese T. ist weniger untergewichtig, sonst aber zeigt sie das klassische psychopathologische Bild der Magersucht. Sie arbeitet halbtätig als Sekretärin. Der Zustand von Elisabeth F. gleicht weitgehend dem der vorhergehenden Patientin, nur ist sie sozial besser angepaßt: Sie arbeitet ganztätig als Auslandskorrespondentin. Beide Patientinnen haben zwischenzeitlich geheiratet — die einzigen der 13 Probanden. Therese ließ sich bereits nach einem Jahr wieder scheiden. Elisabeths Mann lebt seit 5 Jahren im Ausland und hat seitdem nicht mehr geschrieben. Sie will aber sein Verhalten nicht zum Scheidungsgrund nehmen, da sie eine Scheidung aus religiösen Gründen nicht billigt. Die 5. Patientin aus dieser Gruppe, Ruth B., lebt im Elternhaus und hat mit ihren Eltern ein quälend-quälerisches Verhältnis, das die typischen Charaktermerkmale der A.n. bietet. Keiner der Beteiligten kann aber den Gedanken einer Trennung ertragen. Ihr Körpergewicht ist stets an der unteren Grenze der Norm — sie gleicht dem modernen Mannequintyp. Sozial ist sie die am besten Angepaßte und die Erfolgreichste der 12 Patienten: Sie ist Schauspielerin, verdient gut und hat sehr schwierige, sehr dramatische, aber doch einige menschliche Beziehungen außerhalb des Elternhauses.

Eine Kranke, Erika N., weist ein psychotisches Bild auf. Seit 6 Jahren befindet sie sich fast ununterbrochen in einer psychiatrischen Klinik unter der Diagnose Schizophrenie. Sie hat die früheren Vorstellungen, daß Essen sie verunreinige, in die Schizophrenie übernommen, läßt sich aber von denselben nicht am Essen hindern. Seitdem sie hospitalisiert ist, zeigt sie ein fast normales Körpergewicht. Zeitweise ist sie sogar übergewichtig. Auch menstruiert sie gelegentlich. In der Klinik ist sie oft wochenlang durch ihre heftigen Erregungszustände sehr störend. In diesen Phasen wird sie aggressiv gegen das Personal und die Mitkranken. Ihre diagnostische Einordnung wechselt zwischen Hebephrenie und Katatonie.

Eine Patientin, Rose Sch., ist verstorben. Sie wäre der Verlaufsform nach in die Gruppe der progredient-chronischen Abläufe einzuordnen gewesen. 8 Jahre nach Krankheitsbeginn zu dem Zeitpunkt, an dem sie an einer Pneumonie verstarb, zeigte das Leiden eine weitgehend statioäre Form auf schlechtem Niveau. (Das Körpergewicht war dauernd extrem erniedrigt.)

Der einzige männliche Patient der Gruppe konnte nicht mehr aufgefunden werden. Die bis zum „Verlust“ des Patienten vorliegenden Daten erlauben keine eindeutige Bestimmung der Verlaufsform.

5 Patienten haben das Syndrom der Magersucht, vor allem die beiden meist zur Beurteilung herangezogenen Symptome der Eßstörung und des reduzierten Körpergewichtes, verloren. Sie würden also bei einer mit diesen beiden Kriterien arbeitenden Katamnesemethode als Spontanheilung erscheinen.

Die erste Pat. dieser Gruppe, Mariann St., ist seit fünf Jahren gleichbleibend normgewichtig, zeigt keine groben Störungen im Eßverhalten und menstruiert unregelmäßig, schwach und mit starken Beschwerden. Es war sehr schwierig, etwas über ihr jetziges psychisches Befinden und Verhalten zu erfahren, weil der Vater, der zur Nachuntersuchungsbesprechung gekommen war — die Tochter lehnte den Besuch bei mir ab, wie sie jeden Arztbesuch ablehnt — keine Auffälligkeiten zu berichten wußte. Erst im Verlaufe des Gesprächs meinte er, sie sei wohl für ihr Alter sehr scheu und habe wenig Kontakt mit anderen Menschen. Auch fiel ihm auf, daß sie kein Interesse habe, Männer kennenzulernen. Er wies jedoch abschwächend darauf hin, daß dies nichts Krankhaftes sei — er habe auch erst mit 40 Jahren geheiratet und vorher ganz seiner Arbeit gelebt. Die Tochter scheine ihm in dieser Beziehung sehr ähnlich zu sein. Sie sei seit vielen Jahren mit der Lösung mathematischer Probleme beschäftigt und habe sich ganz in diese Welt zurückgezogen. Sie verbringe die Tage auf ihrem Zimmer, gehe selten einmal spazieren und interessiere sich nicht für die Dinge, die Frauen ihres Alters sonst wichtig seien. Bei gelegentlichen Diskussionen mit ihr staune er, der er ja vom Fach sei, wie tief sie in die Fragen eingedrungen sei und welch originellen Denkansätze sie entwickle. Ihre Begabung sei auch von einem mathematisch-wissenschaftlichen Institut anerkannt worden, welches sie gebeten habe, bestimmte Berechnungen im Rahmen eines Forschungsvorhabens durchzuführen. Zur Annahme einer Stellung in diesem Institut könne sie sich jedoch nicht entschließen, da sie die freie Mitarbeit vorziehe. An dieser Stelle fügt der Vater ein, daß sie sich dies auch erlauben könne, da sein Einkommen gestatte, daß sie nicht erwerbstätig werde. Erst auf Befragen gelingt es, die völlige Isoliertheit dieses Menschen zu erfassen: Sie verkehrt mit dem Institut fast ausschließlich telefonisch, geht fast nie aus, hat keine anderen Interessen, keine Freunde. Auch den Kontakt mit den Eltern hält sie weitgehend über das Haustelefon aufrecht.

Das Erschütternde an dieser Besprechung bestand darin, zu sehen, wie wenig der Vater in der Lage war, das Krankhafte dieser Entwicklung zu erfassen.

Ulla A., die zweite Pat. dieser Gruppe, erschien selber zur Nachuntersuchung. Sie berichtete, daß sie von der Magersucht geheilt sei und schon seit Jahren ein sehr intensives Leben im Dienste anderer Menschen führe. Vor mir stand eine unauffällig ausschende, junge Frau, deren Kleidung verriet, daß die achtlos und nachlässig angelegt worden war. Ihre Gestalt wirkte kräftig und es ging von ihr etwas Entschiedenes aus. Sie sprach schnell und heftig mit einem missionarischen Eifer. Ihre „Heilung“ führte sie auf die Begegnung mit einer religiösen Sekte zurück. Das Erlebnis der „Bekehrung“, welches sie eingehend schilderte, habe ihr Leben verändert und ihr eine „große und schöne Aufgabe geschenkt“. Seit vielen Jahren lebt sie im Dirnenviertel einer Hafenstadt damit beschäftigt, diese Menschen für ihre Sekte zu gewinnen. Mit vielen dieser Frauen ist sie befreundet und lebt in engster Vertrautheit mit ihnen. Es gefällt ihr sehr, mir von den intimen Details der Prostitutions- und Zuhälterwelt zu berichten. Dabei erscheint sie im Lichte einer magischen Unberührbarkeit. Indem sie von all diesem erzählt, vermittelt sie den Eindruck, als spräche sie von etwas Fremden, etwas, das in ihrer Vorstellung keine Entsprechungen hat. Aus kleinen Bemerkungen, Andeutungen und Nebenbeigesagtem erkennt man, wo die Quelle ihrer Lust für diese Lebensart liegt: Sie straft damit ihren Vater,

der im öffentlichen Leben steht und die Interessen einer konservativen, christlich-restaurativen Bewegung vertritt, gerade an der Stelle, die ihn am intensivsten schmerzt. So freut es sie, daß er glaubt — und ihr vorwirft — sie führe selber eine Dirnenexistenz.

Klara S., ebenfalls ohne sichtbare körperliche Zeichen der Anorexie, erscheint in völlig vernachlässigtem und schmutzigen Zustand bei mir. Sie erinnert in Haartracht, Kleidung und Auftreten an New Yorker „beatnick“-Existenzen. Ohne eine Frage von mir abzuwarten nimmt sie gleich die Gesprächsführung in die Hand, um sie bis zum Ende der Besprechung nicht mehr loszulassen. In fanatisierter Weise berichtet sie davon, daß sie gerade von einem Anti-Atommarsch komme und versucht mit propagandistischer Intensität, mir die Notwendigkeit dieser Aktion klarzumachen. Sie klagt alle, auch mich, an, daß wir zu gleichgültig seien, daß man alles einsetzen müsse, um dieses schreckliche Vorhaben der Militärs zu verhindern. Sie bekennt, daß sie entschlossen sei, ihre ganze Kraft in den Dienst dieser Sache zu stellen und sich nicht durch irgendwelche Drohungen davon abschrecken zu lassen. Voll Stolz schildert sie, daß sie bereits mehrmals wegen Teilnahme an Protestkundgebungen inhaftiert gewesen sei, und daß sie auch noch in der Haft Menschen für die gute Sache habe gewinnen können. Meine verständnisvolle Teilnahme regt sie immer stärker werdend auf, bis sie endlich gegen mich vorstößt: „Ihr Verständnis für die Sache ist genauso verlogen und feige wie das meiner Eltern, Wenn es Ihnen ernst wäre, würden Sie nicht mehr hier sitzen, sondern auch auf die Straße gehen.“ Hinter ihrem Anliegen wird im Verlaufe der Unterredung immer deutlicher, daß es ihr um die Herstellung einer absoluten Welt der Wahrheit, der Gerechtigkeit und des Friedens geht. Daß sie mit ihrer Rigorosität die Eltern in eine verzweifelte Lage bringt, stört sie nicht. Im Gegenteil scheint gerade das ihre Absicht zu sein.

Martha K., die vierte Pat. dieser Gruppe, wäre mir, hätte ich sie nicht selber gesehen, als gegückte Spontanheilung erschienen. Aus den brieflichen Mitteilungen der Mutter hatte ich den Eindruck gewonnen, daß die Pat. seit Jahren geheilt sei. Um so überraschter war ich, als Mutter und Tochter zur Nachuntersuchung erschienen. Die Pat. war extrem übergewichtig, eine gedrungene, unförmige Masse. Gleichgültig, aber freundlich, antwortete sie auf meine Fragen stets, es sei alles in Ordnung, es ginge ihr gut etc. Spontane Äußerungen gab sie nicht von sich. Das Leben dieses Menschen schien in einer anteilnahmslosen Gleichgültigkeit gegen alles erloschen zu sein. Sie verbrachte ihre Tage damit, herumzusitzen, zu essen, der Mutter an die Hand zu gehen und Zeitschriften zu lesen. Davon konnte sie nicht genug bekommen. Von dem schwierigen, aufbgehrenden und quälerisch-streitenden Verhalten aus der Zeit der Magersucht war nichts mehr geblieben. Sie war ein sanftes, liebes Kind, das von ihrer Mutter gelobt wurde. Im Gespräch mit dieser wurde klar, warum sie die Tochter als geheilt bezeichnet hatte. Das extreme Körpergewicht konnte sie nicht als pathologisch schildern, da sie selber noch dicker als die Tochter war. Auch deren psychisches Verhalten konnte ihr nicht auffallen, da es dem ihren weitgehend glich. Sie verbreitete eine Atmosphäre von stumpfer, teilnahmsloser Resignation um sich.

Die letzte Pat., Maria H., erschien mir am ehesten eine gelungene Spontanheilung darzustellen. Wohl litt sie seit dem Aufhören der Magersuchtsymptomatik an heftigen, mehrmals im Monat auftretenden Migräneanfällen, bot aber darüber hinaus keine charakterlichen Auffälligkeiten. Ihr Verhalten während der Nachuntersuchung war völlig unauffällig. Auch was sie von ihrem Leben berichtete, erschien auf den ersten Blick weitgehend unproblematisch, von ihrer Beziehung zu Männern abgesehen. Sie arbeitet ganztägig, hat Freude an ihrer Tätigkeit, besitzt Freundinnen, fährt mit Vergnügen Auto (anscheinend sehr rasant) und macht in ihren Ferien große Reisen mit den Freundinnen. Gegen Männer hat sie keine Einwände. Das

Fehlen einer Beziehung zum anderen Geschlecht erklärt sie damit, daß sie bisher noch keinen gefunden habe, der ihr passe. Es wird deutlich, daß sie sehr hohe Ansprüche stellt. Immer gerät sie an einen, der so große Fehler oder Mängel aufweist, daß sie erst gar keine nähere Bekanntschaft entstehen läßt. Verglichen mit den schweren Störungen zur Zeit der Erkrankung an Magersucht wirkt sie jetzt weitgehend ausgeglichen und weit gesünder. Lücken in ihrem Bericht, Vermeidungen bestimmter Themen und Ungereimtheiten lassen jedoch den Verdacht aufkommen, daß ich nur Teile ihrer Lebenssituation zu sehen bekam, und daß es auch noch andere, ungünstigere Aspekte gibt.

Diskussion der Ergebnisse

Nachfolgend soll zunächst versucht werden, herauszufinden, von welchen Momenten die Prognose bei diesen Kranken abhängt. Als befragbare Momente liegen vor: Die Anamnese, die Daten des Verlaufs, und die Angaben über durchgeföhrte Therapien. Aus der Anamnese interessieren zwei Dinge, die prämorbid Persönlichkeit und die Frage, ob und welche Manifestationen einer Neurose der A.n. vorangegangen sind. Das andere für die Prognose der nichtkörperlich begründbaren seelischen Erkrankungen wichtige Kriterium, die Art des Krankheitsbeginns — leise-schleichend oder laut und stürmisch — entfällt hier, da sich der Anfang bei allen weitgehend ähnelt.

Die Bestimmung der prämorbid Persönlichkeit stößt bei diesen Kranken auf große Schwierigkeiten, da sie bei Krankheitsbeginn im Durchschnitt erst 14 Jahre alt waren. In diesem Alter ist die Erfassung der Persönlichkeit in stärkerem Maße auf Schilderungen durch die Kranken und deren Eltern angewiesen als auf Daten und Fakten wie bei Erwachsenen, die der Interpretation eine größere Verlässlichkeit geben.

Als Manifestation einer Neurose habe ich nur das bezeichnet, was eindeutig als Symptom oder Charakterstörung ermittelt werden konnte — allgemeine Schwierigkeiten, Eigentümlichkeiten und kritische Phasen wurden nicht miterfaßt (hier ergaben sich des öfteren Abgrenzungsschwierigkeiten gegenüber den Charakterneurosen) — und von dem zu erfahren war, daß es nicht nur flüchtig bestanden hatte. So wurden also nur solche Symptome und charakterneurotischen Verhaltensweisen aufgenommen, die über mehrere Jahre oder während der ganzen kindlichen Entwicklung bestanden hatten.

Der besseren Übersichtlichkeit halber stelle ich der Diskussion eine tabellarische Zusammenfassung mit einigen wichtigen Daten voran (siehe Tab. S.388). In der Spalte „Spätzustand“ wird unter a) der medizinische, unter b) der soziale Status erfaßt.

Wie bereits erwähnt ließen sich Beziehungen zwischen der Prognose und der prämorbid Persönlichkeit nicht herstellen, weil dieselbe nicht scharf genug bestimmt werden konnte. Nach den Angaben der Eltern waren alle Patienten vor der Erkrankung intelligente, tüchtige, meist

Tabelle

Nr.	Name	Der A. n. vorangehende neurotische Symptomatik	Verlaufsform	behandelt mit	Spätzustand
1	Martha K.	Fettsucht	wellenförmig	symptomat. Therapie	a) Fettsucht b) hilft im Haush. d. Mutter
2	Elisabeth F.	Bettnässen bis zum 7. Lebens- jahr	zunehmende Verschlechte- rung	gescheiterter Psycho- therapie- versuch (1 Std)	a) Magersucht (gebessert) b) Auslands- korresponden- tin
3	Klara S.	keine	zwischenzeitl. Spontan- remission	stat. Psycho- therapie (3 Wochen)	a) Charakter- neurose (Anti-Atom- kampf) b) Studentin
4	Therese T.	jungenhaft, sehr wild, gehäufte Un- fälle	gleichmäßig	symptom. Therapie	a) Magersucht (gebessert) b) Halbtags- sekretärin
5	Ulla A.	keine	zwischenzeitl. Spontanremis- sion	psychoth. Be- handlungsver- such (3 Wo- chen)	a) Charakter- neurose (lebt mit Dirnen) b) in einer Sekte tätig
6	Maria H.	Bettnässen bis zum 11. Lebens- jahr, vegetative Symptome	wellenförmig	symptomat. Therapie	a) Migräne b) Bibliothekar- in
7	Erika N.	keine	zunehmend sich verschlech- ternd	stat. Psycho- therapie (1 Wo- che)	a) Schizophre- nie b) —
8	Ruth B.	keine	zunehmend sich verbes- sernd	psychoth. Be- handlungsver- such (12 Wo- chen)	a) Magersucht (gering) b) Schauspie- lerin
9	Edda R.	Nägelkauen bis zum 10. Lebens- jahr	gleichförmig	psychoth. Be- handlungsver- such (10 Wo- chen)	a) Magersucht (schwer) b) ohne Tätig- keit
10	Rose Sch.	jungenhaft	gleichförmig	stat. Psycho- therapie (10 Tage)	Exitus

Tabelle (Fortsetzung)

Nr.	Name	Der A. n. vorangehende neurotische Symptomatik	Verlaufsform	behandelt mit	Spätzustand
11	Heide Sch.	Daumenlutschen bis zum 5. Lebensjahr	gleichförmig	gescheiterter Psychotherapieversuch (1 Std)	a) Magersucht (schwer) b) ohne Tätigkeit
12	Marianne St.	keine	zwischenzeitl. Spontanremission	symptomat. Therapie	a) Charakterneurose (extreme Isolation) b) Mathemat. Forschungsarbeit
13	Klaus M.	unbekannt	unbekannt	symptomat. Therapie	unbekannt

sehr strebsame und erfolgreiche Schüler gewesen. Die nach der Schilderung der Eltern zutagetretenden Unterschiede in diesen Punkten zwischen den einzelnen Kranken lösten oft die Frage aus, ob sie nicht mehr durch die Sicht, das Erleben oder die Bewertung der Eltern bedingt waren als durch objektive Tatsachen.

Bei dem Versuch, eine Beziehung zwischen der Prognose und den der A. n. vorausgehenden neurotischen Symptomen und charakterlichen Fehlhaltungen herzustellen, zeigte sich folgendes:

1. *In bezug auf die Verlaufsform (Fortbestehen der A. n. oder Krankheitswandel).* Alle fünf Fälle, mit Ausnahme von einer, Ruth B., bei denen die Essstörungen und die Magersucht bestehen blieben, wiesen frühkindliche Neurosensymptome (Bettnässen, Nägelkauen, Daumenlutschen, jungenhaftes Verhalten und gehäufte Unfälle) auf. Im Gegensatz dazu waren bei den drei Fällen, welche die Magersuchtsymptomatik verloren hatten und zur Zeit der Katamnese eine chronifizierte Charakterneurose aufwiesen, keine prämorbid neurotischen Symptome erfahrbar. Hingegen wurde von den beiden Patientinnen, welche einen Symptomwandel boten (Fettsucht, Migräne) berichtet, daß sie auch schon früher psychosomatische Störungen gezeigt hatten (Fettsucht, vegetative Symptome).

2. *In bezug auf die Schwere der zur Zeit der Katamnese bestehenden jeweiligen Störung.* Hier konnten keine Korrelationen gefunden werden.

3. *In bezug auf die soziale Prognose.* Hier konnten ebenfalls keine Korrelationen festgestellt werden.

Bei dem Versuch, eine Beziehung zwischen der Verlaufsform (gleichförmig, wellenförmig, sich verbessernd, sich verschlechternd) und der

Ausgangsprognose herzustellen, zeigte sich keine verlässliche Korrelation. Die persönliche Befragung vermittelte jedoch den Eindruck, daß gleichmäßige Verläufe sich ungünstiger auswirken als solche, die durch Schwankungen gekennzeichnet sind.

Bemerkenswert ist, daß die drei während der Beobachtungszeit vorkommenden Spontanremissionen jene Patienten betreffen, welche die Magersuchtssymptomatik verloren und eine schwere Charakterneurose entwickelt haben.

Eine Korrelation zwischen der Art der Behandlung (internistisch, endokrinologisch, psychiatrisch) und der Spätprognose konnte nicht hergestellt werden. Ein Vergleich zwischen den genannten Verfahren und der Psychotherapie in bezug auf die Spätprognose konnte nicht durchgeführt werden, da in keinem Falle eine ordnungsgemäße, länger dauernde Psychotherapie zustande kam.

Die Frage, ob die Patienten, welche sich zu einer Psychotherapie entschlossen, eine bessere Spätprognose haben als jene, welche eine solche Behandlung ablehnten, muß negativ beantwortet werden. In diesem Punkt weichen also die Magersuchtpatienten von anderen Patienten mit chronischen Neurosen ab, bei denen beobachtet werden konnte^{3,4}, daß diejenigen, welche sich zu einer Psychotherapie entschließen, die bessere Prognose haben.

Bei der geringen Zahl an Fällen erscheint es nicht erlaubt, aus den wenigen Auffälligkeiten Schlüsse zu ziehen. Vielleicht können sie aber den Blick schärfen, so daß zukünftige Untersucher bei der Durchsicht größerer Patientengruppen mehr sehen.

Auf eine Schwierigkeit bei der Erforschung der Magersucht-Prognose sei noch hingewiesen, die für alle in der Kindheit beginnenden, chronisch verlaufenden Erkrankungen gilt, die Fragwürdigkeit der Angaben der Eltern über die dem Leiden vorausgehenden neurotischen Störungen. Obgleich dies allgemein bekannt ist, wird doch bei Verwendung solcher Daten nie genügend betont, daß es sich nicht um objektive Angaben im Sinne der Erfassung einer historischen Realität handelt (das einzige, im psychologischen Sinne Objektive an ihnen ist der Aussagegehalt über den Berichtenden). Ich hatte bei den Besprechungen mit den Eltern der Kranken den Eindruck, daß sie weit weniger in der Lage waren, die Frühentwicklung ihrer Kinder zu schildern als man es sonst von Eltern in der ärztlichen oder psychotherapeutischen Sprechstunde gewöhnt ist. In dieser Beziehung erinnerten sie an die Mütter schizophrener Patienten, die den Psychiater oft durch das blande, fassadenhaft-konventionelle der Schilderung ihres erkrankten Kindes befremden. Als besonders eindrucksvolles Beispiel verweise ich auf den Fall Marianne St., wo die Optik des Vaters deutlich durch die eigene Problematik eingeengt war. In dem Fall der Ruth B. kam die „leere“ Anamnese, welche die Eltern gaben, dadurch

zustande, daß sie während Ruths Kindheit ganz unter dem Eindruck der schweren Asthmaanfälle einer 2 Jahre jüngeren Schwester gestanden hatten. Dies hatte ihre Aufnahmefähigkeit für Ruths Probleme wesentlich herabgesetzt. So erschien sie ihnen in der Erinnerung ein unauffälliges Kind gewesen zu sein. Zum Zeitpunkt der Erhebung der Anamnese hatten die Eltern ferner große Sorge wegen der akuten schizophrenen Erkrankung ihres ältesten Sohnes, 4 Jahre älter als Ruth. Während der Besprechung mit ihnen wurde deutlich, daß sie innerlich nicht akzeptieren konnten, daß auch Ruth bereits als Kind neurotische Störungen gehabt hatte. Es wäre für sie in dieser Situation sehr hilfreich gewesen, hätte man ihnen bestätigen können, daß das Leiden der Tochter organischer Natur sei.

Die im Rahmen dieser prognostischen Erwägungen wichtige Frage, ob das Vorliegen oder Fehlen einer frühkindlichen Eßstörung die Prognose beeinflußt, kann hier nicht beantwortet werden, da eine solche bei keinem der 13 Fälle bestanden hatte. Soweit Literaturangaben zu dieser Frage vorliegen und soweit ich sie überblicken konnte, scheint es sich um ein seltes prämorbid Merkmal der A. n. zu handeln. MEYER⁵ und von BAEYER¹ fanden bei ihren Pubertätsmagersüchtigen nie frühkindliche Eßstörungen. Unter den fünf von THOMÄ⁹ eingehend dargestellten Fällen (es handelt sich bei allen um eine Pubertätsmagersucht, mit oder nach der Pubertät beginnend) finden sich zwar zwei Patienten mit Eßstörungen, sie scheinen aber so geringfügig gewesen zu sein, daß THOMÄ ihnen keine spezifische Bedeutung beimißt.

Zusammenfassung

Es wird über eine Gruppe von 13 magersüchtigen Patienten berichtet, deren Krankheits- und Lebensgeschichte seit der Erstuntersuchung über 15—18 Jahre beobachtet werden konnte. 11 dieser Kranken — einer war nicht mehr auffindbar, eine verstorben — waren am Ende der Beobachtungszeit einer Nachuntersuchung zugänglich. Bei 2 Fällen, einem, der zwischenzeitlich an einer Psychose erkrankt ist, und einem, welcher die Nachuntersuchung verweigerte, stützt sich meine Katamnese auf Berichte der behandelnden Ärzte wie der Eltern. Alle übrigen wurden persönlich befragt.

Die Gruppe weist folgende Merkmale auf: In *klinischer* Hinsicht ist sie durch das Überwiegen des weiblichen Geschlechts (12 Frauen, 1 Mann), durch den Zeitpunkt des Krankheitsbeginns (in der Pubertät) wie durch die Schwere der Erkrankung (extreme Grade der Abmagerung und tiefgreifende charakterneurotische Störungen) gekennzeichnet; in *soziologischer* Hinsicht ist sie durch eine weitgehende Homogenität markiert: Alle Patienten entstammen wohlhabenden und/oder gebildeten Familien

und haben selber eine volle oder teilweise Erziehung an einer höheren Schule genossen.

Daß es gelang, eine Gruppe von magersüchtigen Patienten über einen derart langen Zeitraum fast ohne „Verluste“ zu beobachten, hat seinen Grund einmal in der Art der Planung (die spätere Katamnese wurde bereits bei der Erstuntersuchung angestrebt), zum anderen in der Methode der Verlaufsbeobachtung (Aufrechterhaltung eines Kontaktes mit den behandelnden Ärzten und den Eltern der Kranken). Da bei den bisher veröffentlichten Katamnesen mit gleich langer Beobachtungszeit viele Patienten des Ausgangsmaterials nicht mehr erfaßt werden konnten, ist die weitgehende Geschlossenheit dieser Gruppe zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung insofern von Bedeutung, als sie nicht mit der Unsicherheit über das Schicksal der „Verluste“ und „Verweigerer“ belastet ist.

Die Spätzustände sehen bei den 12 nachuntersuchten Patienten wie folgt aus:

5 Patienten zeigen eine chronische Verlaufsform: Am Ende der Beobachtungszeit bieten sie ein psychosomatisches Zustandsbild, das dem zur Zeit der Erstuntersuchung grundsätzlich gleicht — der Schweregrad der Erkrankung ist jedoch bei einigen wesentlich gemildert;

5 Patienten haben die Symptome der Eßstörung, der Gewichtsreduktion und einige auch das der Amenorrhoe verloren. Bei zweien besteht seitdem ein Symptomwandel in der Art, daß sie jetzt an einer anderen psychosomatischen Störung (Fettsucht, Migräne) leiden — in einem Falle unter Ausbildung einer auch anders gearteten psychoneurotischen Symptomatik, im anderen bei weitgehendem Verschwinden der zur Zeit der Magersucht bestehenden psychopathologischen Krankheitsmerkmale. Bei dreien sind nur die körperliche Symptomatik und die Eßstörung verschwunden, während das ursprüngliche psychoneurotische Bild sich entweder verstärkt oder anders formiert hat; eine Patientin ist zwischenzeitlich an einer Schizophrenie erkrankt, deren Dauer und Verlaufsform für ein chronisches Prozeßgeschehen sprechen;

eine ist an einer interkurrenten Erkrankung (Pneumonie) verstorben. (Der Verlaufsform nach würde sie in die Gruppe der chronischen Verläufe einzuordnen sein.)

Auf Grund dieser Ergebnisse läßt sich feststellen, daß in dieser Gruppe von 12 Patienten keine Spontanheilungen aufgetreten sind. Die als solche — benutzt man die Beurteilungskriterien des Eßverhaltens und des Körpergewichtes — imponierenden 5 Fällen zeigen, daß es nur zu einem Wandel der Symptomatologie bei fortbestehender neurotischer Grundstörung gekommen ist. Es bestätigt sich also auch bei der Magersucht, was BLEULER für die Schizophrenie gesagt hat: „Je genauer die Nachuntersuchung, je seltener die Heilung“. Wenn MEYER⁶ gefunden hat, daß bei dieser Gruppe von Anorexiekranken (Pubertätsmagersucht) ein

Drittel ungeheilt bleibt und ein Drittel spontan ausheilt, so würden die vorgelegten Werte zwar die Zahlenrelation annähernd bestätigen können, nicht aber das Inhaltliche seiner Feststellung. Die hier untersuchten Fälle — und nur für diese können meine Aussagen gelten, da das Krankheitsbild der Anorexia nervosa keine Krankheitseinheit darstellt — schränken seine Entweder-Oder-Prognose dahingehend ein, daß sie nur für die Eßstörung, das reduzierte Körpergewicht und zum Teil für die Amenorrhoe gilt, nicht aber für die neurotische Grundstörung.

Der Versuch, Kriterien (prämorbide Persönlichkeit, der A. n. vorausgehende Manifestationen der Neurose, Verlaufsform, Art der Behandlung) zu finden, die eine Voraussage in bezug auf die Verlaufsform (chronisch, Krankheitswandel in Richtung auf eine andere psychosomatische Erkrankung oder eine Charakterneurose), die Schwere des Spätzustandes wie die soziale Anpassung gestatten, blieb ergebnislos. Eine Korrelation zwischen der Art des angewandten Therapieverfahrens und der Spätprognose ließ sich nicht feststellen.

Literatur

- ¹ BAEYER, W. VON: zit. nach MEYER⁶.
- ² BROCHNER-MARTENSEN, zit nach MEYER⁶.
- ³ CREMERIUS, J.: Die Beurteilung des Behandlungserfolges in der Psychotherapie. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1962.
- ⁴ ERNST, K.: Die Prognose der Neurosen. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1959.
- ⁵ KAY, D. W., and D. LEIGH: Natural history, therapy and prognosis of anorexia nervosa, based on a study of 38 patients. *J. ment. Sci.* **100**, 411 (1954).
- ⁶ MEYER, J. E.: Das Syndrom der Anorexia nervosa. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **202**, 31 (1961).
- ⁷ NEMIAH, J. C.: Anorexia nervosa; a clinical psychiatric study. *Medicine (Baltimore)* **29**, 225 (1950).
- ⁸ — Anorexia nervosa, fact and theory. *Amer. J. dig. Dis.* **3**, 249 (1958).
- ⁹ SHADOAN, R. A.: Anorexia nervosa. *Diss.*, München 1960.
- ¹⁰ THOMÄ, H.: Anorexia nervosa. Bern u. Stuttgart: H. Klett 1961.

Priv.-Doz. Dr. J. CREMERIUS,
Psychosomatische Klinik der Justus Liebig-Universität, 63 Gießen, Friedrichstr. 27