

Zur Katamnese der Pubertätsmagersucht

H. U. Ziolko

Psychiatrische und Neurologische Klinik der FU Berlin, Nußbaumallee 30—38, D-1000 Berlin 19

Prognosis of Anorexia Nervosa in Adolescence

Summary. A group of 28 patients with anorexia nervosa, who had fallen ill at the age of 15 (14 to 18) and were examined for the first time at the age of 17 (14 to 23), were all examined again 10 (5 to 20) years later. In the vast majority (25 cases), the anorexia syndrome *sensu stricto* had completely, or very nearly, disappeared. While weight and menstruation had returned to normal, nutrition behavior was sometimes still disturbed, although to a lesser extent than before. The course of the disease in the long term generally leads to disappearance of the symptoms; fatal issues and psychotic manifestations are extremely rare. In half of these 28 cases, however, there are other neurotic symptoms (depression, anxiety, obsession), indicating the underlying neurotic disturbance. In the matter of social integration (separation from original family, successful education, professional activity), positive developments predominate. More than one-third of the patients have married. The results are compared with those of some other investigations in this field.

Key words: Anorexia nervosa – Prognosis.

Zusammenfassung. 28 Patienten mit Pubertätsmagersucht bei einem Erkrankungsalter von 15 (14 bis 18), mit einem Untersuchungsalter von 17 (14 bis 23) Jahren wurden — ohne Verlust — nach 10 (5 bis 20) Jahren katamnestisch erfaßt.

Das Magersuchtssyndrom i. e. S. ist bei der überwiegenden Mehrzahl (25) vollständig bzw. weitgehend behoben. Während Körpergewicht und Menstruation normalisiert sind, ist das Nahrungsverhalten zuweilen noch — jedoch geringgradiger als früher — beeinträchtigt.

Der chronische Krankheitsverlauf, dem Symptombhebung folgt, überwiegt; persistierende Magersuchtssymptomatik, letale Ausgänge und psychotische Manifestationen sind ausgesprochen selten.

Doch finden sich — bei der Hälfte der Untersuchten — andere neurotische (depressive, angsthafte und zwanghafte) Beeinträchtigungen als Kennzeichen der neurotischen Grundstörung.

Hinsichtlich der sozialen Integration wie Trennung von der Primärfamilie, erfolgreicher Ausbildung und beruflicher Tätigkeit zeigen sich überwiegend positive Veränderungen; mehr als ein Drittel der Patienten hat geheiratet.

Die Resultate werden mit denen einiger anderer einschlägiger Untersuchungen verglichen.

Schlüsselwörter: Pubertätsmagersucht – Anorexia nervosa – Katamnese.

Während über Symptomatologie und Ätiologie der Anorexia nervosa (A.n.) sowie über ihr heutzutage häufigeres Vorkommen weitgehend Übereinstimmung besteht, gilt dies für Verlauf und Prognose der Krankheit nur bedingt. Es soll im folgenden über die Katamnese von Patienten der altersbezogenen Kerngruppe der A.n., der Pubertätsmagersucht, berichtet werden.

Die bisher in unserer Klinik untersuchten bzw. behandelten 28 Patienten mit Pubertätsmagersucht wurden nach einer Katamnesenzeit von 10 (5 bis 20) Jahren mittels standardisiertem Interview, Angaben von Angehörigen, Hinzuziehung weiterer Krankenhausunterlagen etc. — ohne Verlust — erfaßt.

Die Patienten, die, abgesehen von einem männlichen Patienten, weiblichen Geschlechts waren, hatten ein Erkrankungsalter von 15 (14 bis 18) Jahren. Bei einem Untersuchungsalter von 17 (14 bis 23) Jahren betrug das Katamnesenalter 27 (20 bis 40) Jahre.

Es fanden sich folgende Ergebnisse:

Körpergewicht. Gegenüber früher ist weitgehend die Normalisierung des Körpergewichts festzustellen. Der deletäre körperliche Zustand, der als Kachexie zumindest bei der Hälfte unserer Patienten zum Zeitpunkt der akuten Erkrankung gegeben war, ist in keinem Fall mehr vorhanden. So beträgt — bei einem katamnestischen Körpergewicht von 52,1 kg die Gewichtszunahme (durchschnittlich) 12,5 kg (individuelles katamnestisches Tiefstgewicht von 45 kg gegenüber 27 kg z. Z. der Erstuntersuchung).

Nahrungsverhalten. Die früher bei allen Patienten in der bekannten, zumeist rigorosen Weise vorgelegene Nahrungseinschränkung besteht in über der Hälfte nicht mehr. Zwar finden sich noch verschiedenartige — jedoch weitaus weniger ausgeprägte — Auffälligkeiten; doch werden manchmal noch Aversionen gegenüber bestimmten Nahrungsmitteln angegeben.

Beispielsweise lehnte eine Patientin immer noch Eier, Pudding, auch Schlagsahne ab. Oder bei einer anderen Patientin persistiert über Jahre hinweg noch immer die Unfähigkeit, gemeinsam mit anderen — insbesondere Familienmitgliedern — zu essen.

Anzufügen ist, daß Obstipation bzw. Laxantiengebrauch kaum mehr eine Rolle spielen.

Menstruation. Auch hier imponiert, im Vergleich zu früher, die weitgehende Normalisierung. Während damals alle Patientinnen — mit einer Ausnahme — amenorrhöisch waren, hat sich diese Situation z. Z. der Katamnese völlig umgekehrt; alle Patientinnen sind wieder — mit einer Ausnahme — menstruiert.

Berufliche Tätigkeit. Während seinerzeit über 80% unserer Patientinnen den Status von Schülern bzw. Praktikant hatten, hat sich dies — weitgehend altersbedingt — verändert. Genau die Hälfte hat eine Angestelltentätigkeit (z. B. Fremdsprachenkorrespondentin, technische Zeichnerin, Krankenschwester etc.); eine von ihnen ist berentet. 11 besuchten eine Hochschule, von denen 5 inzwischen einen Abschluß haben, 6 sich noch im Studium befinden (davon eine im Zweitstudium); eine Patientin hat das Studium abgebrochen und ist ohne Beschäftigung. 3 Patientinnen sind Hausfrauen.

Dem relativ hohen Anteil akademischer Ausbildung bei unseren Patientinnen steht z. B. von Cremerius' Patienten nur 1 Studentin gegenüber.

Soziale Beziehungen. Zum Zeitpunkt der früheren Untersuchung war keine Patientin verheiratet; inzwischen haben 10 geheiratet, davon ist eine wieder geschieden, eine weitere lebt getrennt.

Von Cremerius' Patientinnen sind 2 verheiratet, eine jedoch wieder geschieden und die andere getrennt lebend. Demgegenüber hatten die Hälfte aller (94) (nicht nur der in der Pubertät erkrankten) Patientinnen Theanders geheiratet. 6 unserer Patientinnen haben (8) Kinder geboren; 3 waren zum Zeitpunkt der Katamnese gravide. Im Vergleich dazu hatten 34 Patientinnen Theanders (65) Kinder geboren.

Im übrigen ist die räumliche Trennung unserer Patienten von Personen der Primärfamilie inzwischen — bis auf 2 Ausnahmen — erfolgt. Gegenteilig dazu lebten alle (12) Patientinnen von Cremerius zum Zeitpunkt der Katamnese noch bei ihren Eltern.

Die Beziehung zu den Eltern bzw. zu einem Elternteil, vor allem zur Person der Mutter, die ihre beherrschende Rolle im Leben der Patientinnen beibehält, ist häufig noch konfliktreich, bei weitem aber nicht mehr durch die früher übliche hochgradige Hostilität gekennzeichnet.

Zuweilen tritt die Verklammerung mit der Mutter noch deutlich hervor; so erklärte eine jetzt 35jährige, daß sie „nur durch und für meine Mutti“ lebe. Auch eine jetzt 31jährige äußerte, daß Sinn und Aufgabe ihres Lebens darin liege, für ihre Eltern dazusein.

Bei einem Drittel unserer Patienten liegen — mehr oder weniger ausgeprägte — *Kontaktstörungen* vor. Der ambivalenzreichen oder fehlenden Beziehung der Patientinnen zum männlichen Partner entspricht ihre oft noch problematische Einstellung zur eigenen Geschlechtsrolle.

Sie kommt z. B. in der Ablehnung von möglichen eigenen Kindern, rationalisiert durch befürchtete schädliche Auswirkungen der Magersuchtskrankheit, zum Ausdruck oder in der konstanten Vermeidung von Dauerbeziehungen. Eine jetzt 40jährige Patientin mit einem Kind hat es erreicht, ihre Ehe nach kirchlichem Recht zu annullieren. Eine Patientin betonte, gerne Frau sein zu wollen, fühlte sich jedoch in ihrer Geschlechtsrolle unsicher und befürwortete ihre mehr knabenhafte Figur. Eine andere unserer Patientinnen wurde 9 Jahre nach ihrem klinischen Aufenthalt als Kindsmörderin begutachtet.

Demgegenüber überraschen die Angaben (aller) A.n.-Patientinnen Theanders über ihre Einstellung zur eigenen Geschlechtsrolle, die weder in der Kindheit noch in der Adoleszenz, noch zum Zeitpunkt der Katamnese besonders problematisch war; nur von 5% wurde sie — mehr oder minder heftig — abgelehnt.

In psychischer Hinsicht finden sich bei einem Viertel der Untersuchten (leichte) *depressive* Beeinträchtigungen; vereinzelt liegen zwanghafte Züge oder

auch phobische Reaktionsweisen verstärkt vor, so wie z. B. in einem Fall mit einer exzessiven Phobie vor toten Vögeln.

Die *Suicidalität* ist mit 6 Patienten, die in der Katamnesezeit Suicidversuche durchführten, erheblich größer als in der Zeit vor der Erstuntersuchung; damals waren es 3 Patienten.

Krankheitsverlauf. Der *akute* Krankheitsverlauf, dadurch gekennzeichnet, daß innerhalb weniger Monate das stark ausgeprägte Krankheitsbild wieder völlig verschwindet, kommt allerdings selten, bei einer Patientin, vor. Der (*einfach-*) *chronische* Verlauf mit mehrjähriger Krankheitsdauer findet sich am häufigsten, so bei 20 unserer Patienten. Danach ist das Krankheitsbild — mehr oder minder — abgeklungen.

Bei dem *chronisch-rezidivierenden* oder intermittierenden Verlauf kommt es während vieler Jahre zu erneuten Exazerbationen der Magersuchtssymptomatik, so bei 5 unserer Patienten. Eine relativ gleiche Häufigkeit fand sich bei 11 der 62 Pubertätsmagersuchtskranken Theanders. Es ist naheliegend, daß zu kurzfristige Katamnesen [z. B. 2] hierzu nichts auszusagen vermögen.

Das folgende Beispiel veranschaulicht einen derartig rezidivierenden Verlauf mit großen Intervallen.

Nach Einsetzen der Erkrankung im 18. Lebensjahr und erstmaliger klinischer Behandlung mit guter Remission wurde 1 Jahr später erneute klinische Behandlung notwendig. 13 Jahre danach — die Patientin hatte inzwischen geheiratet, ein Kind geboren und sich wieder scheiden lassen — folgte ein neues Rezidiv mit Abmagerung auf 35 kg. Durch die (3.) klinische Behandlung mit anschließend ambulanter Psychotherapie, die die Patientin nach 120 Stunden abbrach, wurde ein befriedigender Zustand erzielt. Mehrere Jahre später erneute (4.) stationäre Behandlung in einer inneren Klinik wegen „Durchblutungsstörungen, gehäufte Ohnmachtsanfälle und Kachexie“ bei einem Körpergewicht von 34 kg. $\frac{1}{2}$ Jahr danach deutliche Besserung, regelmäßige Menstruation, Körpergewicht 47 kg. Doch ist die Patientin berentet.

Hier ist noch auf den Wechsel in (langfristige) *hyperorektische Phasen*, die mit den vorausgegangenen anorektischen ein bipolares (dysorektisches) Krankheitsbild mit entsprechenden Änderungen des Körpergewichts ausmachen, hinzuweisen, das sich bei 4 unserer Patienten fand. Z. Z. der Katamnese hatte nur eine Patientin ein Übergewicht (von 14 kg).

Solche (bulimischen) Tendenzen werden relativ häufig erwähnt, so von Theander bei einem Drittel seines Gesamtpatientengutes; die in 12% ausgeprägte Bulimie führte z. T. zu einem beachtlichen Übergewicht.

Über die Abgrenzung der — der Anorexia nervosa entgegengesetzten — unipolaren Erscheinungsform als *Hyperorexia nervosa* berichteten wir an anderer Stelle [10, 12].

Bei dem *chronisch-persistierenden* Verlauf ist die Symptomatik unverändert bzw. sogar verstärkt; von unseren Patienten sind 2 hierzu zu rechnen. Von Theanders 62 Pubertätsmagersüchtigen sind es 6 (mit einem entsprechenden Körpergewicht zwischen 33 und 41 kg). Unter den 20 Patientinnen J. E. Meyers haben 7 solche persistierenden (ungeheilte) Verläufe. 5 der 12 Patientinnen von Cremerius hatten ein z. Z. der ersten Untersuchung gleiches psychosomatisches Zustandsbild mit bei einigen allerdings „wesentlich gemildertem Schweregrad“.

Modifikationen der erwähnten Krankheitsverläufe sind: Auftreten *psychotischer* (zumeist schizophrener) Krankheitszeichen; dabei kann die Magersucht

unverändert fortbestehen. Von den 62 Pubertätsmagersuchtpatientinnen Theanders zählen 2 dazu, von den 20 Kranken J. E. Meyers sogar 3, von Cremerius' (12) Patientinnen eine. Von unseren Kranken betrifft dies — abgesehen von 2 weiteren mit starkem Verdacht auf eine psychotische Erkrankung — gleichfalls nur eine. Sie weist zudem — als einzige — einen letalen Krankheitsausgang auf.

Dieser *letale* Krankheitsausgang findet sich in unterschiedlicher Häufigkeit; unter Theanders 62 Patientinnen sind es 4; 2 weitere suizidierten sich. Von Cremerius' 12 Kranken ist katamnestisch eine verstorben; von J. E. Meyers 20 Patienten sind es 3.

Unsere psychotisch gewordene Patientin, bei der die Magersuchtsymptomatik im 17. Lebensjahr aufgetreten war, kam 21jährig erstmals in klinische Behandlung; 14 weitere nervenklinische Aufenthalte folgten. Während ihres (chronisch persistierenden) Krankheitsverlaufs traten depressive Verstimmungen, Suizidität, Vergiftungs- sowie Verfolgungsideen hervor. Sie verstarb 28jährig, hochgradig kachektisch (Körpergewicht 24 kg) in einer anderen Nervenklinik.

Hier ist anzumerken, daß die einstmals sogar ätiologisch, dann zwar noch differentialdiagnostisch für wichtig gehaltene hypophysäre Kachexie (Simmonds) inzwischen nur noch legendäre Bedeutung hat. Als belangvolle pathologische Prozesse, die mit dem Krankheitsbild der Magersucht einhergehen oder mit ihm koinzidieren, ließen sich (spezifische wie unspezifische) intestinale Affektionen sowie cerebrale (tumoröse) Veränderungen ausmachen [vgl. 4].

Behandlung. Bei 6 unserer Patienten, die nur ganz kurzfristig (1 bis 2 Tage) klinisch oder nur ambulant untersucht worden waren, hat keinerlei Therapie (in 5) bzw. nur ambulante (1) stattgefunden. Dagegen erfolgte klinische — zumeist psychiatrische bzw. psychotherapeutische, aber auch internistische — Behandlung von jeweils mehrmonatiger Dauer bei 22 Patienten, insgesamt 61mal. (Davon waren bei 8 Patienten bereits vor der Erstuntersuchung bei uns (11mal) eine klinische Behandlung vorausgegangen; während der Katamnesenzeit kam es bei 11 Patienten 31mal zu einer solchen, wovon allerdings 2 Patienten zusammen 18 klinische Aufenthalte hatten.)

Auch bei Cremerius' Patienten waren Behandlungsaufwand und -frequenz ähnlich groß, da alle mehrmals über Wochen und Monate (insgesamt 31mal) klinisch behandelt wurden, zumeist internistisch und psychiatrisch. Sie waren aber „psychotherapeutisch unbehandelt“.

Das gilt auch implizite für Theanders Patientinnen, deren klinische Behandlungsverfahren vorwiegend somatisch bzw. medikamentös ausgerichtet waren. Nur 1 Patientin wurde psychoanalytisch, 3 wurden „intensiv psychotherapeutisch“ behandelt. Bei einem Drittel der Patientinnen erfolgte zusätzlich „unterstützende Psychotherapie“.

Die Art unserer klinischen Behandlung war psychotherapeutisch; doch wurde den Umständen entsprechend variiert und zuweilen zusätzlich Löffelfütterung oder Sondenernährung vorgenommen oder Psychopharmaka verabfolgt.

Hinsichtlich Therapie und Ergebnis zeigt sich bei unserem Patientengut folgendes:

(1) Nur in *klinischer* Behandlung waren 8 Patienten; bei 6 von ihnen sind günstige Veränderungen (5mal Behebung der Symptomatik, 1mal Besserung) festzustellen. Bei einer Patientin ist die Symptomatik unverändert, bei einer weiteren besteht ein hyperorektischer Symptomwandel.

(2) Die *ambulante* Psychotherapie erfolgte — im Anschluß an die klinische Behandlung — bei 14 Patienten; bei 5 von ihnen kam es zwischenzeitlich zu

erneuter klinischer Aufnahme. Ein signifikanter Unterschied der katamnestischen Befunde in Abhängigkeit von Durchführung oder Abbruch der ambulanten Psychotherapie zeigt sich jedoch nicht:

a) Von den 6 Patienten, die diese Therapie — nach durchschnittlich 65 Behandlungsstunden — *abbrachen*, ist die Symptomatik bei 3 behoben, und bei 3 ist der Zustand als gebessert anzusehen.

Beispielsweise gab eine Patientin schon nach wenigen Stunden, eine andere nach $\frac{1}{2}$ Jahr die Therapie auf, um es „nun alleine schaffen zu wollen“. Eine Patientin hörte mit der psychoanalytischen Behandlung nach 120 Stunden als wesentlich gebessert auf; 11 Jahre später war sie beim gleichen Therapeuten in analytischer Gruppentherapie mit über 200 Behandlungsstunden. Eine Magersuchtssymptomatik lag nicht mehr vor. Ihre neurotische Grundstörung äußerte sich auch jetzt — außer in ihren erheblichen Studienschwierigkeiten — in hochgradigen Kontaktbeeinträchtigungen.

b) Von den übrigen 8 Patienten ist bei 6, die diese Therapie mit durchschnittlich 300 Stunden *zu Ende führten*, die Symptomatik bei 5 behoben, bei einer gebessert.

Die erfolgreiche ambulante Psychotherapie im Anschluß an die klinisch-stationäre des männlichen Patienten stellten wir an anderer Stelle dar [11].

Bei den 2 restlichen Patientinnen, die abgesehen von zusammen 18 klinischen Aufenthalten auch ambulante Behandlung hatten, ist der Krankheitsverlauf bei der einen nicht (Psychose und Ex. letalis), bei der anderen wohl hinsichtlich der Magersuchtssymptomatik i. e. S., nicht aber hinsichtlich der psychoseverdächtigen Grundstörung beeinflußt worden.

Das folgende Beispiel zeigt nicht nur die aufwendige und langdauernde Behandlung, sondern auch die erheblichen prämorbid auffälligen sowie die lange Krankheitsdauer mit einem günstigen Verlauf. Die als 2. von 3 Mädchen aufgewachsene Patientin war schon als Kind durch Affektkrämpfe, Einnässen, verzögerte Sprachentwicklung, Stottern und Pavor nocturnus auffällig. Der Vater starb in ihrem 5. Lebensjahr. Weinkrämpfe und Ohnmachtsanfälle führten bei der 12jährigen zu kurzfristiger psychagogischer Behandlung. Die im 14. Lebensjahr eingesetzte Magersucht führte mit einem Körpergewicht von 28 kg zur ersten klinischen Aufnahme. Nach 16wöchiger Behandlung wieder normalgewichtig; wenige Monate später konnte die erneute erhebliche Abmagerung durch klinische Behandlung wiederum behoben werden. Kurz danach von neuem Eßstörungen mit Gewichtsabnahme, so daß 2jährige Behandlung in einem psychagogisch geleiteten Kinderheim erfolgte; weitgehende Besserung. Nach der Rückkehr nach Hause wiederum Rezidiv mit weiteren $1\frac{1}{2}$ Jahren psychagogischer Heimbehandlung; anschließend langjährige ambulante Psychotherapie. Mit 27 Jahren Heirat; seitdem kontinuierliche Besserung mit Normalgewichtigkeit (54 kg). Nur noch angedeutete Störungen im Eßverhalten. Mit 28 Jahren Menarche; vollberuflich als Angestellte tätig, keine Behandlung mehr.

(3) *Nur ambulante Psychotherapie* wurde bei einer einzigen Patientin durchgeführt; katamnestisch war die Symptomatik behoben.

(4) *Ohne jegliche Behandlung* waren 5 Patientinnen; bei 2 von ihnen ist die Magersuchtssymptomatik behoben, bei 3 gebessert.

Nach diesem katamnestischen Ergebnis ist bei der überwiegenden Mehrzahl unserer Patienten die Magersuchtssymptomatik i. e. S. behoben. Dies gilt sicher für 17 Patienten; 8 weitere sind als „wesentlich gebessert“ anzusehen. Lediglich 3 Patienten sind davon auszunehmen, da bei ihnen (somatischer) Symptomenwandel (Übergewichtigkeit) bzw. chronisch-persistierender Verlauf vorliegen, wovon eine außer psychotischer Symptomatik auch letalen Ausgang aufweist. Dabei ist das katamnestische Ergebnis weitgehend unabhängig davon, ob und wie Behandlung erfolgte oder nicht.

Tabelle 1. Katamnestische Ergebnisse von Patienten mit Pubertätsmagersucht verschiedener Autoren

Autor	Katamnesezeit (Jahre)	n	Magersuchts-Symptomatik					Psychose	letaler Ausgang
			beobachtet ohne gut geheilt	noch leicht gebessert mittel	unverändert chronisch persistierender Verlauf schlecht				
Thomä (1961)	3 (1/2—7)	15	3	12	—		—		—
Meyer, J. E. (1961)	10	20	7	—	7		3		3
Cremerius (1965)	15—18	13 bzw. 12 ^a	5 ^b	—	5		1		1
Theander (1970)	6—25	62	48		6		2		6 ^c
Morgan u. Russell (1975)	4—10	41 ^d	16	12	11		(3) ^e		2
Ziolko (1978)	10 (5—20)	28	17	9 ^f	2		(1) ^g		(1)

^a 1 Patient konnte katamnestisch nicht ermittelt werden
^b Jedoch: „nur Wandel der Symptomatologie bei fortbestehender neurotischer Grundstörung“
^c Davon 2 Suicidfälle
^d Davon sind 4 Patienten mit späterem Erkrankungsalter keine „Pubertätsmagersuchts“-Kranke
^e 3 Patienten mit psychotischen Episoden hatten jeweils „gute“ Verläufe
^f 1 Patient mit chronischem Verlauf hatte sowohl eine schizophrene Psychose als auch einen letalen Ausgang
^g Davon 1 Patient mit Symptomenwandel (Hyperorexie)

Katamnestiche Untersuchungen an Patienten mit Pubertätsmagersucht liegen explizite nur ganz vereinzelt vor bzw. lassen sich den kasuistischen Angaben von A. n.-Patienten entnehmen. Sie wurden oben z. T. bei der Darstellung unserer Untersuchungsergebnisse miterwähnt. Hier sei ergänzend vermerkt, daß von 15 Patientinnen mit Pubertätsmagersucht Thomäs nach durchschnittlich 3 ($\frac{1}{2}$ bis 7) Jahren 3 Patientinnen geheilt bzw. 12 gebessert waren. Von den 20 Kranken mit Pubertätsmagersucht J. E. Meyers waren — nach durchschnittlich 10jähriger Katamnesenzeit — 7 geheilt; 5 der 12 Patientinnen Cremerius' hatten — nach 15- bis 18jähriger Katamnesenzeit — die Magersuchtssymptomatik zwar verloren, doch wurden psychosomatischer Symptomwandel bzw. Verstärkung oder andere Formierung des ursprünglichen psychoneurotischen Bildes festgestellt. Von Theanders 62 Pubertätsmagersuchtskranken verbleiben 48 Patienten für die Kategorien „ohne“ bzw. noch „leichte“ Magersuchtssymptome. Schließlich gelten von Morgan und Russells 41 A. n.-Patientinnen, von denen 4 allerdings einen späteren Krankheitsbeginn (jenseits des 19. Lebensjahres) haben, nach 4- bis 10jähriger Katamnesenzeit 66% als „gut“ bzw. „mittel“; zu ihnen werden auch 3 Patientinnen mit psychotischen Episoden gezählt. Das übrige Drittel bietet einen „schlechten“ Verlauf bzw. letalen Ausgang (vgl. Tabelle 1).

Bereits bei diesen wenigen zitierten katamnestiche Untersuchungen ist die große Varianz der Ergebnisse auffällig, ohne daß Zusammenhänge zwischen ihnen und den Variablen Patientenzahl, Katamnesezeit, Behandlungsart und -dauer, Beurteilungskriterien etc. zu erkennen sind.

In den relativ häufig hervortretenden psychoneurotischen (depressiven, zwang- und angsthaften u. a.) Symptomen, deren Berücksichtigung die günstigen katamnestiche Ergebnisse hinsichtlich der Magersuchtssymptomatik i. e. S. einschränken, wird ebenfalls die neurotische Grundstörung deutlich. Ihre Unspezifität bekundet sich in der fehlenden Differenz zwischen Patienten mit A. n. und anderen Neurotikern bei Rorschach-Testbefunden [3].

Durchaus kann von Heilungen der Pubertätsmagersucht gesprochen werden; auch besteht der — zwar nicht unwidersprochene — Eindruck, daß die Prognose der Pubertätsmagersucht günstiger ist als bei Patienten mit späterem Erkrankungsalter [z. B. 6—8]. Doch kommen andererseits nachteilige Auswirkungen der neurotischen Grundstörung — auch nach Abklingen der Magersuchtssymptomatik — vor. Entsprechend befand schon Séglas: *Après l'anorexie reste l'état mentale qui en a été l'origine.*

Die Anzeichen schwerer psychischer Dauerveränderungen im späteren Krankheitsbild, auch als neurotische Endzustände oder chronische Charakterneurose umschrieben, haben für Zutt Ähnlichkeit mit denen der Zwangskrankheit [13].

Als Beispiel dafür sei eine Patientin erwähnt, die 16jährig nur für einen Tag in unsere Klinik kam und den Weiterverbleib ablehnte. Das in der Zwischenzeit begonnene Studium hatte sie abgebrochen; seitdem lebt sie — in ambivalenter Verklammerung mit ihrer Mutter — beschäftigungslos von Sozialunterstützung, nimmt hin und wieder den Sozialpsychiatrischen Dienst in Anspruch. Bei der 30jährigen war, wie wir uns beim Hausbesuch überzeugen konnten, die Magersuchtssymptomatik zwar behoben, abgesehen von leichten Auffälligkeiten bezüglich des Nahrungsverhaltens, so z. B. auch vermehrter Verbrauch an Essig, doch imponierte die psychische Beeinträchtigung i. S. eines neurotischen (wenn nicht sogar psychotischen?) Defektzustandes.

Literatur

1. Cremerius, J.: Zur Prognose der Anorexia nervosa (13 fünfzehn- bis achtzehnjährige Katamnesen psychotherapeutisch unbehandelter Fälle). Arch. Psychiat. **207**, 378 (1965)
2. Crisp, A. H.: Clinical and therapeutic aspects of Anorexia nervosa — a study of 30 cases. J. psychosom. Res. **9**, 67 (1965)
3. Dahl, G., Ziolkow, H. U.: Rorschach-Test-Untersuchungen bei Anorexia nervosa. Arch. Psychiat. **211**, 266 (1968)
4. Hollatz, F., Ziolkow, H. U.: Zur Differentialdiagnose der Anorexia nervosa (Koinzidenz von somatischen Erkrankungen und psychogener Magersucht). Münch. med. Wschr. **118**, 263 (1976)
5. Meyer, J. E.: Das Syndrom der Anorexia nervosa. Katamnestische Untersuchungen. Arch. Psychiat. **202**, 130 (1961)
6. Morgan, H. G., Russell, G. F. M.: Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: four-year follow-up study of 41 patients. Psychol. Med. **5**, 355 (1975)
7. Muhlack, S.: Anorexia nervosa. Untersuchungsergebnisse einer Katamnese. Med. Diss. Berlin 1973
8. Theander, St.: Anorexia nervosa. A psychiatric investigation of 94 female patients. Acta psychiat. Scand. Suppl. **214**, 5 (1970)
9. Thomä, H.: Anorexia nervosa. Bern u. Stuttgart: 1961
10. Ziolkow, H. U.: Hyperphagie-Anorexie. Nervenarzt **37**, 400 (1966)
11. Ziolkow, H. U.: Zur Psychotherapie eines männlichen Jugendlichen mit Anorexia nervosa. Z. Psych. klin. Psychother. **19**, 28 (1971)
12. Ziolkow, H. U.: Hyperorexia nervosa. Psychother. Med. Psychol. **26**, 10 (1976)
13. Zutt, J.: Das psychiatrische Krankheitsbild der Pubertätsmagersucht. Arch. Psychiat. **180**, 776 (1948)

Eingegangen am 3. Juli 1976 / 28. November 1977