

Ein verhaltenstherapeutisch-kommunikationstheoretisches Konzept zur stationären Behandlung der Anorexia nervosa

Erste Ergebnisse

J. Brand und P. Gensicke

Psychiatrische Klinik der Universität Göttingen, D-3400 Göttingen, Bundesrepublik Deutschland

Behavior Therapy and Communication Theory as Treatment for Inpatients with Anorexia Nervosa

Summary. A staged program for inpatient treatment of *anorexia nervosa* is presented. This program integrates behaviour-therapeutic and interactional models. Results show that five of seven patients completed the program successfully and maintained their stable condition after an average catamnestic period of 16 months. The necessity of integrating both models and the practical difficulties in a clinical setting are discussed.

Key words: Anorexia nervosa – Behavior therapy – Interaction theory – Inpatient treatment.

Zusammenfassung. Es wird über ein gestuftes stationäres Behandlungskonzept der Anorexia nervosa berichtet, das verhaltenstherapeutische und kommunikationstheoretische Ansätze integriert. Die Ergebnisse zeigen, daß 5 von 7 Patientinnen das Therapieprogramm erfolgreich abschlossen und auch nach einem Katamnesezeitraum von durchschnittlich 16 Monaten den Therapieerfolg beibehielten. Auf die Notwendigkeit der Integration, aber auch auf die Schwierigkeiten der Durchführbarkeit eines verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzeptes im Rahmen stationärer Krankenhausversorgung wird hingewiesen.

Schlüsselwörter: Anorexia nervosa – Verhaltenstherapie – Kommunikationstheorie – stationäre Behandlung.

Einleitung

Das Krankheitsbild der Anorexia nervosa wird heute unter biologischen, psychodynamischen und lerntheoretischen Ansätzen untersucht. Entsprechend den

Sonderdruckanforderungen an: J. Brand, Dipl.-Psych., v.-Siebold-Str. 5, D-3400 Göttingen, Bundesrepublik Deutschland

unterschiedlichen methodischen Überlegungen besteht bei der Symptomvielfalt innerhalb des anorektischen Kollektivs bis heute noch kein einheitlich definiertes Krankheitsbild der Anorexia nervosa (Meyer 1972). Es läßt sich jedoch eine relativ homogene Kerngruppe von Magersüchtigen abgrenzen, die bei voller Manifestation der Krankheit folgende typische Befunde zeigt: deutliche Gewichtsabnahme, Regelstörungen, zumeist in Form einer sekundären Amenorrhoe, Obstipation, Laxantienabusus, Erbrechen, Hyperaktivität, abweichende Einstellung zur Nahrungsaufnahme, eine ablehnende Haltung gegenüber dem Körper bzw. der Sexualität, eine betonte Leistungshaltung und insbesondere familiäre Belastungsmomente.

Gleichermaßen heterogen wie die unterschiedlichen Theorien zur Pathogenese der Anorexia nervosa sind die zu ihrer Behandlung entwickelten Therapiekonzepte. Neben den symptomatischen Behandlungsversuchen (Frahm 1965, 1973) war die psychoanalytisch fundierte Einzelpsychotherapie (Thomä 1961; Bruch 1973) bislang in der Therapie der Anorexia nervosa bestimmd. In neuerer Zeit sind nun von der Verhaltenstherapie (Leitenberg et al. 1968; Blinder et al. 1970; Garfinkel et al. 1973; Schaefer und Schwarz 1974) und der Familientherapie (Selvini 1974; Minuchin 1974, 1979; Sperling und Massing 1970, 1972) Behandlungskonzepte entwickelt worden. Wir wollen im folgenden ein Therapiekonzept zur stationären Behandlung der Anorexia nervosa vorstellen, das grundlegende Prinzipien dieser beiden neueren Ansätze zu integrieren versucht.

Modellvorstellungen zur Genese und Therapie der Anorexia nervosa

Die neuere Verhaltenstherapie versteht die Anorexia nervosa als ein komplexes Gefüge verschiedener, sich gegenseitig bedingender Verhaltensweisen, deren auffälligste die Gewichtsreduktion der Patientinnen ist. Zur Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung anorektischen Verhaltens können drei lerntheoretische Modelle herangezogen werden:

Nicht-essen und Schlanksein bedingt eine Aufmerksamkeitszuwendung von anderen Personen und bietet so gleichzeitig eine Möglichkeit zur instrumentellen Verhaltenskontrolle über andere, insbesondere die Familienmitglieder. Anorektisches Verhalten wird so durch *operante Bekräftigung* (C^+) aufrechterhalten (Allyon et al. 1964).

Ein zweites Modell formuliert die Anorexia nervosa als *Vermeidungsverhalten* (C^-). Dieses Konzept deckt sich weitgehend mit der Vorstellung des Nicht-essens als Gewichtsphobie vor dem Dicksein. Durch das Nicht-essen und dadurch Schlanksein bewahren sich die Patientinnen auch vor dem Aufkommen neuer sozialer Interaktionen, u.a. auch sexueller Kontakte (Leitenberg et al. 1968).

Ein drittes Konzept betont den Einfluß von *Modellernenprozessen*. Hier dürfte insbesondere kognitives Modellernen i.S. gesellschaftlicher Schönheitskonzepte und Modevorstellungen eine Rolle spielen (Hautzinger 1978).

Abbildung 1 faßt diese drei lerntheoretischen Prinzipien im Sinne eines verhaltensanalytischen Modells der Anorexia nervosa zusammen.

Entsprechend den lerntheoretischen Überlegungen setzen wir folgende Therapieprinzipien in einem multimodalen Vorgehen ein:

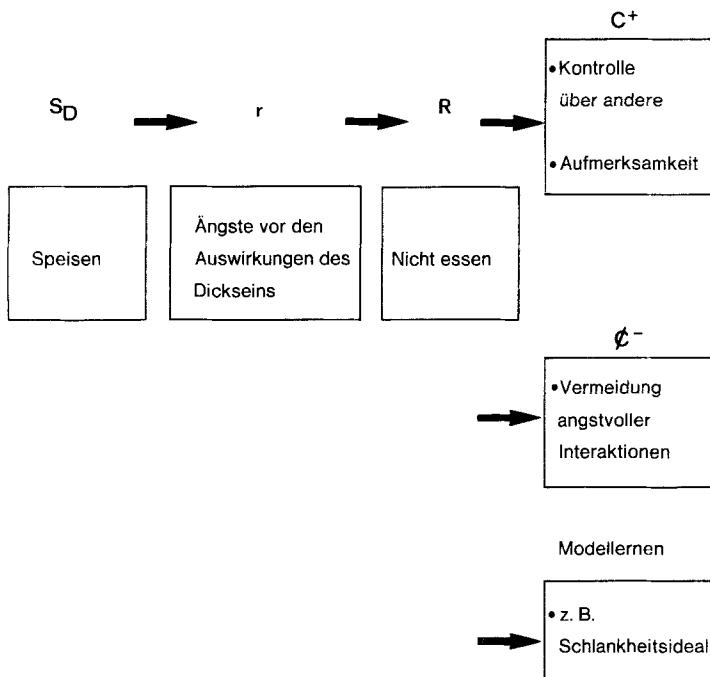


Abb. 1. Verhaltensanalytisches Modell der Anorexia nervosa

1. *Positive Bekräftigung/Verstärkung des erwünschten Nahrungsverhaltens.* Gefordert wird hier eine möglichst kontingente und systematische Koppelung von positivem Verhalten – Kalorienaufnahme und Gewichtszunahme – mit Verstärkern. Die Wirksamkeit verstärkender Reize muß in der Verhaltensanalyse geprüft werden. In der Regel sind es Radiohören, Fernsehen, Rauchen, Kaffeetrinken, auch ins Kino gehen, Wochenendausflüge machen usw. Zwischen gezeigtem Verhalten und Verstärkern wird ein Punktesystem gesetzt, das für bestimmte Verhaltensfortschritte bestimmte Verstärker vorsieht. Nach unserer Erfahrung sind die wirksamsten Verstärker positive Zuwendung und Lob von seiten der Schwestern.

2. *Negative Verstärkung des erwünschten Nahrungsverhaltens.* Die Patientinnen werden aufgefordert, mit Therapiebeginn im Bett zu liegen. Dies ist für anorektische Patientinnen gerade im Hinblick auf ihre typische Hyperaktivität ein unangenehmer Zustand. In Abhängigkeit von Verhaltensfortschritten im Essen und im Zunehmen können die Patientinnen dann für bestimmte Zeiträume das Bett verlassen.

3. *Lösung des Kontrollverhaltens über andere durch Aufmerksamkeitserzeugung.* Auftretende Gewichtsverluste oder fehlende Kalorienaufnahmen werden konsequent nicht beachtet. Weder der abgemagerte Zustand der Patientinnen noch intermittierende Gewichtsverluste während der Therapie dürfen zu besorgten Zuwendungsreaktionen, aufmunternden Appellen oder zu ärgerlich-enttäuschten

Ablehnungsreaktionen von seiten der Therapeuten und Schwestern führen. Gespräche über das „leidige Gewichtsproblem“ oder über das Essen werden ebenfalls vermieden.

4. Respondente Löschung der Angst vor dem Essen. Durch folgende Anordnung versuchen wir, das Vermeidungsverhalten der Patientinnen vor dem Essen zu verhindern: Die Patientinnen werden in aufsteigend gestuften Quantitäten mit dem Essen konfrontiert, wobei eine besondere Zubereitung des Essens nicht stattfindet. Das Essen wird den Patientinnen vor der Mahlzeit hingestellt und nach Ablauf der normalen Essenszeit wieder weggetragen. Hierbei werden die Patientinnen für tatsächlich gegessene Nahrungsmengen massiv bekräftigt.

5. Informationsfeedback. Ein Informationsfeedback erreichen wir damit, daß wir die Patientinnen täglich wiegen und ihnen eine private Aufzeichnung der Gewichte freistellen.

6. Gespräche. Während die Gespräche sich anfangs nur um Gewicht, Essen und Therapie drehen, beinhalten sie sehr bald Probleme und Schwierigkeiten i.S. von Identitätssuche, Selbstwertgefühl und Familieninteraktionen. Je nach Aktualität können auch Sitzungen mit Familienangehörigen anberaumt werden, in denen Ehe- oder Familienkonflikte erarbeitet werden.

Unter systemtheoretischen Kriterien läßt sich die Familie als ein komplexes, offenes, aber von der Umwelt abgrenzbares soziales System begreifen, in dem die Systemmitglieder zueinander in interdependenten Beziehungen stehen (Watzlawick 1974; Ashby 1974; Minuchin 1974, 1979; Selvini 1977). Ein fehlangepaßtes Verhalten eines Familienmitgliedes wird nicht mehr losgelöst von dem Verhalten seiner Familienangehörigen gesehen, sondern im unterschiedlichen Ausmaß als interpersonales Phänomen definiert. Für die Therapie von Magersüchtigen bedeutet dies praktisch: In dem Streit über Essen und Gewicht kommt der unüberblickbaren, emotional gefärbten Frage nach Ursache, Schuld und Strafe keine Bedeutung mehr zu. Die Patientin selbst wird nicht mehr unmittelbar mit ihrer Krankheit identifiziert; die Eltern nicht mit ihrer Empfindung einer mißlungenen Erziehung konfrontiert. Auch Schuldzuschreibungen bzw. Harmoniebezeugungen, die fast immer von Familien Magersüchtiger demonstriert werden, stehen nicht mehr im Brennpunkt anfänglicher Therapie (Sperling et al. 1970, 1972; Selvini 1974; Gensicke 1979). Statt dessen kann über die Verdeutlichung und Verstärkung bestimmter Beziehungsmuster Einfluß auf die familiäre Interaktion genommen werden. Nach unseren Erfahrungen bestimmten Art und Muster der familiären Interaktionsprozesse im wesentlichen die Motivation der Patientinnen und damit den Fortschritt innerhalb der Therapie.

Um kommunikations- und verhaltenstheoretisch arbeiten zu können, sind folgende Voraussetzungen zu beachten: Zu Beginn der Therapie werden keine absoluten Forderungen erhoben, sondern Vereinbarungen getroffen, die im Verlauf entsprechend den Bedürfnissen der Interaktionspartner flexibel gehabt werden. Dabei werden die Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit der Patientinnen betont. Das Behandlungskonzept ist durch möglichst umfassende Information transparent und nach Abwendung der vitalen Bedrohung der Patientin umweltoffen.

Verhaltenstherapeutisch-kommunikationstheoretisches Programm zur stationären Behandlung der Anorexia nervosa

Etwa eine Woche vor der geplanten stationären Therapie wird mit der Patientin, deren Familie und Begleitpersonen, den Therapeuten und einer Schwester ein *Erstgespräch* geführt. Die Patientin und ihre Angehörigen werden aufgefordert, über ihre Sorgen und Wünsche zu berichten. Anschließend schildern wir die stationäre Situation und unser therapeutisches Angebot. Erst wenn ein für alle Beteiligten befriedigender Behandlungsvertrag zustande kommt, wird ein Zeitpunkt zur stationären Therapie festgelegt. Unsere Erfahrungen zeigen, daß Art und Inhalt des Erstkontaktes entscheidend den weiteren Verlauf der Behandlung und die therapeutischen Beziehungen regeln.

Die erste stationäre Woche beinhaltet eine *Baselinephase*, in der ohne gezielte therapeutische Interventionen eine möglichst umfassende Diagnostik sowohl medizinischer als auch psychologischer und verhaltenstherapeutischer Art durchgeführt wird.

Mit dem Therapiebeginn erhalten die Patientinnen, die Therapeuten und die Schwestern ein einheitliches schriftliches Therapieprogramm. Bei der Besprechung der Therapie wie auch während der laufenden Therapie wird die Eigenaktivität und Mitverantwortung der Patientin betont und gefördert. Die begleitende Kontrolle und Protokollierung liegt bei der Patientin selbst.

Im *ersten Therapieabschnitt* steht die Abwendung der vitalen Bedrohung und das Wiedererlernen der Aufnahme von Nahrungsmengen im Vordergrund. Extreme Gewichtsverluste, die eine akute vitale Gefährdung darstellen, werden auf einer internistischen Station abgefangen. Für diese befristete Intervention wird das therapeutische Programm unterbrochen. Außerhalb des akuten Gefährdungsbereiches lernen die Patientinnen eine angemessene Nahrungsaufnahme, indem sie über gestufte Zunahmen von Kalorienmengen mit Hilfe eines Punktesystems verstärkt werden. Weiterhin spielen in dieser Phase die respondente Löschung sowie die operante Löschung der Aufmerksamkeitserzeugung eine wichtige Rolle. Am Ende von Abschnitt 1 nehmen die Patientinnen täglich zwischen 2000 und 2200 Kalorien zu sich.

Im *zweiten Abschnitt* geht es hauptsächlich um die kontingente und konsequente Verstärkung von Gewichtszunahmen und die ebenso konsequente Nichtbeachtung von Gewichtsverlusten. In diesem Abschnitt kommt der sozialen Verstärkung durch die unmittelbare Umwelt und der Verarbeitung der durch die veränderte Figur gemachten neuen Erfahrungen zentrale Bedeutung zu. Im späteren Teil des zweiten Abschnittes kommt verstärkt die Einbeziehung interaktioneller familiodynamischer Parameter ins Spiel.

Abschnitt drei hat die selbständige Stabilisierung des Sollgewichtes innerhalb einer vorgegebenen Bandbreite zum Ziel. In diesem Abschnitt werden die verhaltenstherapeutischen Bekräftigungskontingenzen ausschleichend weggenommen und Nahrungsaufnahme und Gewicht in die Eigenkontrolle der Patientin überführt. Dagegen werden jetzt weitere Problembereiche, wie beispielsweise Kontakt- und Berufsprobleme und insbesondere familiäre Konflikte, mit mehr oder weniger spezifischen Interventionen angegangen.

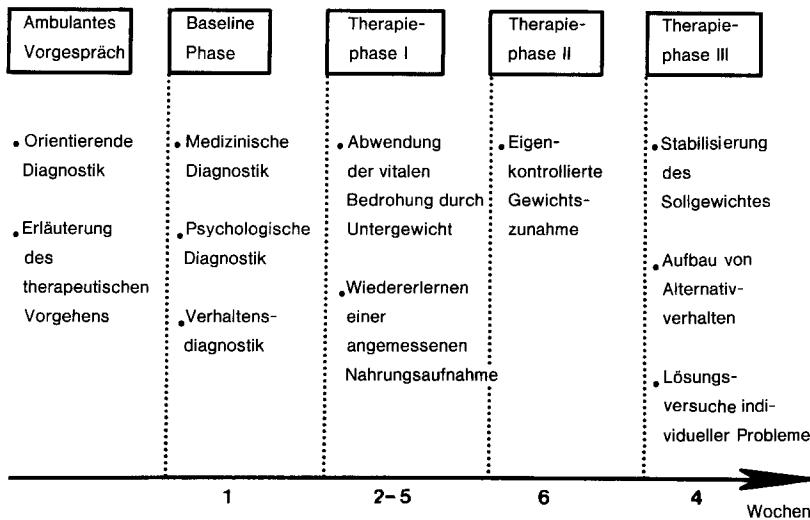


Abb. 2. Stationäre Verhaltenstherapie der Anorexia nervosa

Die Entlassung der Patientinnen erfolgt nach einer *Stabilisierungsphase* von ca. 4 Wochen. Eine ambulante Nachbetreuung erscheint uns unumgänglich.

Kasuistiken

Patientin U.B.

Die Erkrankung der 23jährigen Studentin der Musik reicht bis in das 15. Lebensjahr zurück. Damals beschloß sie, wegen einer „verkorksten Figur“ und charakterlicher Mängel an Gewicht abzunehmen. Mit 17 Jahren stellte sich eine Amenorrhoe ein, die 1 Jahr später trotz Gabe von Ovarialhormonen anhielt. Weiterhin berichtet die Patientin von Obstipation, Laxantienabusus, Erbrechen, Hyperaktivität und späterem Heißhunger mit anschließenden depressiven Verstimmungen. Bei der hiesigen Aufnahme wog die Patientin 36,5 kg, bei einer Körpergröße von 163 cm. Sie war subdepressiv verstimmt und zeigte keinerlei Krankheitseinsicht. Eine Einwilligung zur Therapie gab sie nur auf die Drohung der Eltern hin, sich entweder behandeln zu lassen oder aus dem Familienverband ausgestoßen zu werden.

Das soziale Umfeld der Patientin entspricht dem eines gehobenen Mittelstandsmilieus mit traditionalistischen Einstellungen. Die Ehe der Eltern — beide frei praktizierende Ärzte — ist gespannt und unterkühlt. Nach außen wird eine Scheinharmonie, insbesondere von der Mutter, demonstriert. Neben ihrem Beruf und der Versorgung ihrer 6 Kinder sind beide Eltern auch stark gesellschaftlich engagiert.

Die programmierte Therapie der Patientin verlief zunächst unbefriedigend: Innerhalb von 4 Wochen stieg ihr Gewicht aufgrund des unverminderten Laxantienabusus und Erbrechens nur um 4 kg. In den begleitenden Gesprächen fiel immer wieder die unsichere Einstellung zu ihrer Familie auf. Während das Verhältnis zum Vater durch eine emotionale Unsicherheit geprägt wurde, schwankte die Beziehung der Patientin zur Mutter zwischen der Suche nach Schutz und Zuwendung sowie dem Streben nach Eigenständigkeit. Weder der Vater noch die Mutter waren aufgrund ihrer familiären Verpflichtungen in der Lage, den existentiellen Belangen der Tochter nachzukommen. Innerhalb zweier Familiensitzungen mit der Patientin und den Eltern gelang es, die Patientin in ihren Identitätsbestrebungen zu stärken und die Eltern in ihrem weitreichenden Engagement positiv zu entlasten. Danach erreichte die Patientin mit großer Zielstrebigkeit ihr errechnetes Sollgewicht von 50,4 kg.

Die Katamnese nach 1½ Jahren zeigt, daß die Patientin keine akuten Rückfälle mehr erlebt hat und ohne Therapie zwischen einem Gewicht von 46–49 kg schwankt.

Patientin I.A.

Mit 14½ Jahren konnte bei der zwangsnervösen Patientin eine schleichende Magersuchts-symptomatik mit Gewichtsabnahme, primärer Amenorrhoe, Laxantienabusus, Erbrechen und Hyperaktivität beobachtet werden. Ein halbes Jahr später wurde sie mit einem Gewicht von 33,7 kg bei einer Größe von 160 cm internistisch stationär erfolglos behandelt.

Bei der hierigen Aufnahme wog die 15½jährige Patientin 35,8 kg. Die überdurchschnittlich begabte Patientin verhielt sich selbst außerordentlich gefügig, angepaßt und interessiert. Trotzdem gelang es nicht, das programmierte therapeutische Ziel zu erreichen. Nach 3 Monaten wurde die Patientin gegen unseren Rat und auf Drängen des Vaters mit einem Gewicht von 41 kg entlassen.

Die stationäre Therapie in unserer psychiatrischen Klinik erfolgte gegen die Vorbehalte der Eltern, insbesondere des Vaters, der sich den Gewichtsverlust nur schwer als psychische Erkrankung vorstellen konnte. Die in 14tägigen Abständen arrangierten Familiengespräche legten eine Fülle familiärer Konflikte offen. In ihrer Erkrankung sicherte sich die Patientin einen dominierenden Einfluß innerhalb der Familie und ersparte gleichzeitig jedem Familienangehörigen alternative intrafamiliäre Auseinandersetzungen. Familientherapeutische Interventionen wurden anfangs nur unzureichend eingesetzt und blieben erfolglos. Nach einer Intensivierung der Familiengespräche brach der Vater auf Wunsch seiner Tochter die stationäre Behandlung ab.

Anhand der katamnestischen Erhebungen sank nach der Entlassung das Gewicht langsam wieder auf 37 kg ab. Nach Abschluß der Realschule und Beginn einer Banklehre hatte die Patientin nach 1½ Jahren unter ambulanter psychotherapeutischer Betreuung ein Gewicht von 40,0 kg erreicht.

Patientin K.B.

Bei der 27jährigen Patientin war es im Verlauf ehelicher Auseinandersetzungen, die später schließlich zur Scheidung vom alkoholabhängigen Ehemann führten, zu einer bedrohlichen Gewichtsreduktion von 35,4 kg gekommen. Die Patientin beschreibt die elterliche Familie als sehr harmonisch, den Vater als eher ruhigen Typ, die Mutter als lebhaft; sie kümmere sich um alles. Ihre Eheprobleme habe sie jedoch allein lösen müssen. Hier hätten sich die Eltern herausgehalten.

Obwohl es schon in der Kindheit vereinzelt Schwierigkeiten mit dem Essen gegeben habe, sei es erst ab dem 25. Lebensjahr zu einer deutlichen Abmagerung gekommen. Sie konnte nur winzige Mengen herunterbekommen, achtete dabei jedoch immer auf eine ästhetische Zubereitung und Anordnung der Speisen. Die Patientin betrieb einen ausgeprägten Laxantienabusus, auch Erbrechen sei gelegentlich aufgetreten. Weiterhin bestand seit 1½ Jahren eine Amenorrhoe, ebenso eine deutliche Lanugobehaarung.

In einem Persönlichkeitsfragebogen (Freiburger Persönlichkeits-Inventar, Fahrenberg 1973) schilderte sich die Patientin als psychosomatisch gestört, deutlich depressiv, mißgestimmt, als ausgesprochen ungesellig und gehemmt. Es bestand eine erheblich niedergestimmte Befindlichkeit und depressive Symptomatik (Bf-S, PR = 99,9; D-S, PR = 99; v. Zerssen 1976).

Abbildung 3 gibt den Gewichtsverlauf über den Gesamtzeitraum der Therapie wieder. Deutlich wird, daß bis auf ein Plateau vor Beginn der Therapiephase 2 sich ein gradliniger Kurvenverlauf darstellt. Bei der Entlassung wog die Patientin 45,0 kg.

In den psychologischen Testverfahren ergaben sich auffällige Unterschiede zur Vormessung. Die vorher deutliche depressive Symptomatik bestand nicht mehr (Bf-S', PR = 31,8; D-S', PR = 66,0). Im FPI fühlte sie sich jetzt als psychosomatisch nicht gestört, als stimmungsmäßig ausgeglichen, als durchschnittlich gesellig und ungezwungen. Sämtliche Veränderungen sind statistisch signifikant. Eine katamnestische Kontrolle 14 Monate nach der Entlassung ergab ein Gewicht von 45,2 kg, die Amenorrhoe bestand weiterhin.

Bei der Patientin bestand von Anfang an eine klare Absicht, an Gewicht zuzunehmen. Darüber hinaus hatte die Patientin den Wunsch, nach der Entlassung eigenständig und

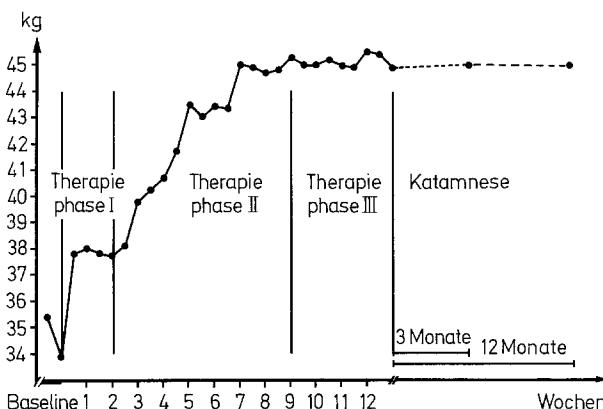


Abb. 3. Gewichtskurve, Pat. K.B., Anorexia nervosa

unabhängig ihre persönliche berufliche Situation zu verändern, und sie entwickelte hierzu realistische Pläne. Entscheidend scheint uns zu sein, daß wir den Einfluß des familiären Umfeldes in Absprache mit der Patientin auf ein Minimum begrenzen und somit familiäre Interventionen für den Zeitraum der stationären Therapie weitgehend ausschalten konnten.

Therapieergebnisse

Tabelle 1 gibt einen Überblick über wesentliche Variablen zur Beschreibung der ersten sieben behandelten Patientinnen. Die Patientinnen kamen auf den üblichen Wegen (Hausarzteinweisung, Einweisung durch die Poliklinik, privater Entschluß) zur stationären Aufnahme. Im weiter oben schon dargestellten Vorgespräch fiel dann die Entscheidung zur Therapie ausschließlich von seiten der Patientin.

Zur Festsetzung des Untergewichts benutzten wir die Brocasche Formel, die sich nach Größe (in cm) – 100 berechnet. Dieser Index ist als grobe Einschätzungs- und Quantifizierungsmöglichkeit des allgemeinen Sollgewichts anzusehen. Unter Heranziehung eines so errechneten allgemeinen Sollgewichts ergibt sich für unsere Patientinnen ein durchschnittliches Untergewicht von ca. 40%. Alle Patientinnen zeigten bei der Aufnahme eine typisch anorektische Symptomatik, die sich neben der Gewichtsreduktion durch Regelstörungen, Erbrechen, Obstipation und Laxantienabusus auszeichnete (Meyer 1961). Ebenfalls war allen Patientinnen die typische anorektische Hyperaktivität eigen. Bei Patientin M.M. wurde das Krankheitsbild durch einen Lorazepamabusus und bei Patientin S.S. durch eine unklare Hepathopathie kompliziert.

In Tabelle 2 sind die bisherigen Ergebnisse des bei den 7 Patientinnen durchgeföhrten Therapieprogrammes aufgeführt. Auf prüfstatistische Berechnungen wurde wegen der geringen Fallzahl und der beträchtlichen Varianz in den einzelnen Variablen verzichtet.

Das für jede einzelne Patientin individuell festgelegte therapeutische Sollgewicht errechneten wir nach der Brocaschen Formel abzüglich 20%. Dieser Wert entspricht nach unseren Erfahrungen etwa dem derzeit geltenden Modegewicht. Dieses Modegewicht soll Rücksicht nehmen auf die z. Z. geltenden Schlankheits-

Tabelle 1. Beschreibungsvariablen der Anorexia nervosa-Patienten

Patientin	Alter bei Aufnahme (J.)	Erkrankungsalter (in J.)	Krankheitsdauer (in J.)	Gewicht bei Aufnahme (kg)	Größe bei Aufnahme (cm)	Untergewicht n. Broca (in %)	Begleiterkrankung
I.A.	15,5	14,5	1,0	35,5	160	41	—
K.B.	27,5	22,0	5,5	33,9	156	39	—
U.B.	23,5	14,5	9,0	36,5	163	42	—
E.F.	20,5	19,0	1,5	39,9	170	43	—
S.G.	20,5	19,0	1,5	45,1	162	27	—
M.M.	23,0	18,0	5,0	50,6	176	33	Lorazepamabusus
S.S.	27,5	17,0	10,5	40,0	168	41	Hepatopathie

Tabelle 2. Ergebnisse des stationären Therapieprogramms zur Behandlung von Anorexia nervosa-Patienten. Stichtagskatamnese 1.1.1980

Patientin	Sollgewicht (in kg) ^a	Ge- wichts- defizit (in kg)	Entlas- sungs- gewicht (in kg)	Ge- wichts- zu- nahme (in kg)	Sollge- wicht erreicht	Kata- mnese- gewicht (in kg)	Kata- mnese- dauer (Mon.)	Gewichts- ver- änderung (> 1,0 kg)
I.A.	48,0	12,5	41,0	5,5	nein	40,0	18	—
K.B.	44,8	10,9	45,1	11,2	ja	45,2	15	—
U.B.	50,4	14,0	50,5	14,5	ja	49,0	20	Abnahme
E.F.	56,0	16,1	41,6	1,7	nein	48,0	13	Zunahme
S.G.	49,6	4,5	51,0	5,9	ja	50,0	14	—
M.M.	60,8	10,2	60,9	10,3	ja	60,0	17	—
S.S.	50,0 ^b	10,0	50,7	10,7	ja	54,0	25	Zunahme

^a nach Broca-20%^b Wegen der Hepatopathie wurde auf ein höheres Gewicht verzichtet

vorstellungen und auf die jeweils altersabhängigen Bezugsgrößen für Körpergewicht. Das Gewichtsdefizit variiert von 4,5–16,1 kg; der Median beträgt 10,9 kg.

Das Entlassungsgewicht ist das am letzten Tag der stationären Aufnahme ermittelte Körpergewicht, d.h. am Ende der Therapiephase 3. Dies bedingt, daß auch bei erfolgreich therapierten Fällen das Entlassungsgewicht nicht mit dem Sollgewicht identisch ist. Die Gewichtszunahme errechnet sich als Differenz zum Aufnahmegericht. Mittelt man die durchschnittlichen Gewichtszunahmen über alle Patientinnen, so ergibt sich ein durchschnittlicher täglicher Gewichtszuwachs von ca. 127 g.

Zwei der 7 Patientinnen erreichten ihr Sollgewicht nicht. Beide brachen die Therapie ab. Auf die Bedeutung von Therapieabbrüchen im Rahmen unseres Behandlungskonzeptes wird noch einzugehen sein.

Wir führten am 1.1.1980 eine Stichtagskatamnese durch. Die über die jeweiligen Hausärzte und zusätzlich über die Patientinnen selbst ermittelten Gewichte gibt der rechte Teil von Tabelle 2 wieder. Die durchschnittliche Katamnesedauer beträgt vom Stichtag 16 Monate. Eine Gewichtsveränderung wurde angegeben, wenn das Katamnesegewicht mehr als 1,0 kg vom Entlassungsgewicht abweicht.

Diskussion

Die ersten Publikationen zur Verhaltenstherapie der Anorexia nervosa datieren aus dem Jahre 1965. Bei diesen Publikationen handelt es sich fast ausschließlich um Kasuistiken und Fallberichte mit selten mehr als 5 Patientinnen (Leitenberg et al. 1968; Blinder et al. 1970; Garfinkel et al. 1973; Liebmann et al. 1974). Im deutschsprachigen Raum berichteten zuerst Kehrer (1972) und Schaefer und Schwarz (1974) über verhaltenstherapeutisches Vorgehen in der Behandlung der Anorexia nervosa.

Vergleichende Therapieergebnis-Studien sind uns nicht bekannt. Es mangelt an einer klaren und einheitlichen Diagnosestellung sowie einer ausreichenden klinischen Kontrolle der Behandlungsergebnisse. Die in den verschiedenen Arbeiten eingesetzten verhaltenstherapeutischen Techniken reichen von operanter Verstärkung (Bachrach et al. 1965) und systematischer Desensibilisierung (Schnurrer et al. 1973) über Informationsfeedback (Elkin et al. 1973) bis hin zu Elterentraining und Familientherapie (Liebmann et al. 1974; Kehrer 1975). Eine experimentelle Klärung der differentiellen Wertigkeit dieser unterschiedlichen therapeutischen Techniken existiert bislang nicht. Einen ersten Beitrag hierzu lieferten Agras et al. (1974), die aufgrund von Einzelfallexperimenten die differentielle therapeutische Wirksamkeit von positiver und negativer Verstärkung sowie Informationsfeedback nachweisen konnten.

Schließlich fehlt bislang eine geschlossene Verhaltenstheorie der Anorexia nervosa; die in der Literatur herangezogenen Modellvorstellungen zur Entstehung und Aufrechterhaltung anorektischen Verhaltens bestehen zumeist in einzelnen grundlegenden Lernprinzipien, die der Komplexität der Störung nicht ausreichend gerecht werden können (vgl. Literaturübersicht von Meermann 1979). Erst in letzterer Zeit wurden differenziertere Modelle entwickelt (Hautzinger 1978; Garfinkel et al. 1977).

Trotz der unzureichenden Klärung der Wirksamkeit einzelner Therapietechniken und der unvollständigen Krankheitstheorie sind in der klinischen Praxis Behandlungsmodelle entwickelt worden, die eine Vielzahl unterschiedliche, verhaltenstherapeutische, familientherapeutische, auch allgemein pädagogisch-pragmatische Variablen integrieren. Diese integrierten Behandlungsmodelle basieren auf operanten Verstärkungstechniken, beziehen jedoch eine Fülle spezifischer Einzelinterventionen (assertives Training, Desensibilisierung von Ängsten, Aufbau sozialer Fertigkeiten und sozialer Kompetenz) im Sinne

eines multidimensionalen und multifokalen Vorgehens (Lazarus 1978) mit ein. Auch die Gliederung der Therapie in voneinander getrennte Behandlungsstufen (Vorgespräch, Diagnostikphase, Gewichtszunahme, spezifische Interventionen, Nachbetreuung) ist ein übereinstimmendes Merkmal neuerer Behandlungsmodelle.

Über die Integration verhaltenstherapeutischer Verstärkungstechniken und struktureller Familiengespräche berichteten zuerst Liebmann et al. (1974). Agras (1977) stellt ein klinisches Behandlungsprogramm vor, in dem das Vorgespräch und die Baselinephase für eine angemessene Zielgewichtsbestimmung und für die Herstellung eines kooperativen Arbeitsbündnisses mit der Patientin wichtig ist. Kennzeichnend ist auch hier die Kombination unterschiedlicher therapeutischer Interventionen auf der Basis eines operanten Verstärkungsprogramms. Im deutschen Sprachraum haben jüngst Fichter und Wüschnér-Stockheim (1979) über ein Behandlungsprogramm der Anorexia nervosa berichtet, das, nach einer einwöchigen Diagnostikphase mit Verhaltensanalyse, Therapiezielbestimmung und Therapievertrag, ein operantes Verstärkungsprogramm beinhaltet, das in späteren Phasen von spezifischen Einzelinterventionen ergänzt wird. Auch diese Autoren betonen die Wichtigkeit der Einbeziehung familientherapeutischer Sitzungen in das Behandlungsprogramm. Allgemeine Überlegungen zur Integration von Familientherapie und Verhaltenstherapie im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie haben Meitinger und Heil (1979) vorgelegt.

Bei der stationären Therapie wird die magersüchtige Patientin aus ihrem alten sozialen Milieu herausgelöst. Unter verhaltenstherapeutischen Aspekten werden zunächst die Verhaltensweisen der Patientin analysiert und entsprechend den Ergebnissen ein kontingentes Milieu aufgebaut, in dem die Patientin das gewünschte Verhalten erlernt. Je nach Alter der Patientin, Vollständigkeit der Familie und Chronizität der Krankheit, wird eine Einbeziehung bzw. Abgrenzung zur Familie intendiert. In dem methodischen Vorgehen bietet sich das strukturalistische Familienkonzept an, das u. a. auch lerntheoretische Faktoren berücksichtigt und nicht zwischen bewußten und unbewußten Konflikten innerhalb der Familie differenziert. Die frühe Berücksichtigung interpersoneller Konflikte kann nach unseren Erfahrungen die therapeutische Motivation der Patientin erheblich beeinflussen.

Das verhaltenstherapeutische Setting bedarf eines einheitlichen kontingenten Verhaltens auf der Station. Diese Forderung ist bei der herkömmlichen unterschiedlichen Ausbildung und Erfahrung der verschiedenen stationären Mitarbeiter — Arzt, Psychologe, Schwester — schwer zu verwirklichen und bedarf längeren Trainings. Insbesondere für die Schwestern, die am häufigsten mit der Patientin umgehen, stellt die Umstellung von rein pflegerischen Tätigkeiten auf verhaltenstherapeutisch orientiertes Handeln einen schwierigen Lernprozeß dar. Während sie sich früher einem Patienten insbesondere dann widmeten, wenn sein Allgemeinbefinden herabgesetzt war, sollen sie nun sein krankhaft bedingtes Verhalten nicht mehr beachten. Andererseits sind sie aufgefordert, stetig und im Übermaß Lob zu zollen, wenn ein erwünschtes Verhalten verstärkt werden muß.

Im Verlauf der Therapie traten häufig zusätzliche Schwierigkeiten auf, die eine Fortsetzung der Behandlung gefährdeten: Angst, übergewichtig zu werden, unangemessene Hoffnungen täglicher Gewichtszunahme, irreale Gewichtszu-

nahmen durch Wasseraufnahme, unerwartete Gewichtsabfälle, intermittierende Ausbildungen physiologischer Gewichtsplateaus, depressive oder euphorische Einstellungen nach Besuchen, Langeweile.

Bei der Einleitung einer Familientherapie erwiesen sich die Erstgespräche als besonders diffizil: im Vorfeld der stationären Therapie droht die Gefahr eines Kommunikationsabbruches von seiten der Eltern und der Patientin. Die Vermeidung exklusiver Koalitionen und die positive Symptombewertung (Selvini 1977) zeigten einen konsolidierenden Effekt in der Weiterbehandlung. Im Brennpunkt familientherapeutischer Bemühungen standen die Ehekonflikte der Eltern, die meist ungünstigen elterlichen Erziehungshaltungen, die mangelnde Fähigkeit von Familienangehörigen zu diskrepanten Verhaltensweisen und der Einfluß der anorektischen Patientin auf die Familie (vgl. Minuchin 1979; Gensicke 1976; Selvini 1974). Zu Ende der Therapie müssen die Patientinnen und ihre Angehörigen auf die Zeit nach der Entlassung vorbereitet werden.

Die bisherige Zahl von 7 Patientinnen, die in das Therapieprogramm aufgenommen wurden, erlaubt noch keine eindeutige Aussage über die generelle Effektivität unseres verhaltenstherapeutisch-kommunikationstheoretischen Behandlungsprogrammes. Wir können somit nur recht globale Aussagen über die Effizienz des vorgestellten Therapieprogrammes machen: 5 von 7 Patientinnen, die das Therapieprogramm bis zum Ende durchführten, hielten nach durchschnittlich 16 Monaten ihr Gewicht bei. Darüber hinaus ergaben unsere katomnestischen Untersuchungen, daß es bei diesen 5 erfolgreichen Fällen auch in anderen Bereichen zu positiven Veränderungen (Aufnahme von Berufstätigkeit, Entbindung) gekommen war. Bei den 2 Patientinnen, die das Sollgewicht nicht erreichten, und auch in der Katamnesezeit nicht erlangten, handelt es sich um Therapieabbrecher. Der Frage des Therapieabbruches kommt innerhalb des Therapieprogrammes eine besondere Bedeutung zu. In der Kasuistik der Patientin I.A. wurde darauf schon eingegangen. Eine entscheidende Variable dürfte hierbei das Ausmaß der Eigenmotivation zur Therapie sein. Schon im Vorgespräch muß diese Frage Gegenstand der Diskussion und Entscheidungsfindung sein, aber auch im Verlauf der Therapie kommt es bei vielen Patientinnen immer wieder zu Überlegungen, die Therapie abzubrechen und somit „aus dem System auszusteigen“. An dieser Stelle kamen insbesondere die dargestellten kommunikationstheoretischen Therapieprinzipien zum Tragen.

In der Behandlung der Anorexia nervosa ergänzen sich auf der stationären Behandlungsebene verhaltenstherapeutische und familientherapeutische Intentionen. Beiden Verfahren ist die Prämisse zu eigen, daß Lernprozesse immer innerhalb von bestimmten kommunikationslogischen Systemen erfolgen (Watzlawick et al. 1974). Die Verhaltenstherapie steht in den Fällen im Vordergrund, in denen aufgrund der Biographie der Patientin, des unvollständigen sozialen Umfeldes und der Chronizität der Krankheit eine Trennung von der Familie intendiert wird. Es gilt hier in besonderem Maße, die defizitäre Ausgangslage der Magersüchtigen im individuellen und sozialen Handlungsbereich aufzuarbeiten. Diesbezügliche Verhaltensänderungen erfolgen über Lernprozesse, wie sie von der Verhaltenstherapie entwickelt worden sind. Die klassische Verhaltenstherapie stößt an Grenzen in den Fällen, in denen die Patientin noch stark im Familien geschehen involviert und damit die Krankheit im familiären Prozeß funktional

eingebunden ist. Stationär eingeleitete Lernprozesse werden durch Rückkopplungen aus der Familie immer wieder unterbrochen. Durch therapeutische Interventionen im Familiensystem lassen sich hier stabile Verhaltensänderungen sowohl der Patientin als auch ihrer Familienangehörigen erzielen. Im Rahmen der stationären Therapie bietet ein integriertes verhaltens- und familientherapeutisches Instrumentarium so die Möglichkeit, entsprechend der pathogenetischen Definition der Anorexia nervosa als sozialbedingtes Krankheitsgeschehen, Lernprozesse über einzelne Lernschritte in jeweils abgestuften kommunikationstheoretischen Systemen zu steuern.

Literatur

- Agras WS, Barlow DN, Chapin HN (1974) Behavior modification of anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 30:279–286
- Agras St, Werne J (1977) Behavior modification in anorexia nervosa: Research foundations. In: Vigersky RA (ed) *Anorexia nervosa*. Raven Press, New York
- Allyton T, Haughton E, Osmond HO (1964) Chronic anorexia: A behavior problem. *Can Psychiatr Ass J* 9:147–154
- Ashby WR (1974) Einführung in die Kybernetik. Suhrkamp, Frankfurt
- Bachrach AJ, Erwin WJ, Mohr PJ (1965) The control of eating behavior in an anorexic by operant conditioning techniques. In: Ullmann LP, Krasner L (eds) *Case studies in behavior modification*. Holt, New York, pp 153–163
- Blinder BJ, Freemann CM, Stunkard AJ (1970) Behavior therapy of anorexia nervosa: Effectiveness of activity as reinforcer of weight gain. *Am J Psychiatry* 126:1093–1098
- Bruch H (1973) *Eating disorders*. Basic Books, New York
- Elkin TE, Hersen M, Eislar RM, Williams JG (1973) Modification of caloric intake in anorexia nervosa: An experimental analysis. *Psychol Rep* 32:75–78
- Fahrenberg J, Selg H, Hampel R (1973) *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI)*. Hogrefe, Göttingen
- Fichter MM, Wüschner-Stockheim M (1979) Die Pubertätsmagersucht: Symptomatik, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten. *Päd Praxis* 22:411–422
- Frahm H (1965) Ergebnisse einer systematisch durchgeführten somatisch orientierten Behandlungsform bei Kranken mit Anorexia nervosa: In: Meyer JE, Feldmann H (Hrsg) *Anorexia nervosa*. Thieme, Stuttgart
- Frahm H (1973) Anorexia nervosa. In: Hornbostel H et al (Hrsg) *Innere Medizin in Praxis und Klinik IV*. Thieme, Stuttgart, pp 13–19
- Garfinkel PE, Moldofsky H, Garner DM (1977) The outcome of anorexia nervosa: Significance of clinical features, body image and behavior modification. *Can Med Ass J* 117:1041–1045
- Gensicke P (1976) Zur Klinik, Psychopathologie und Familienstruktur der Anorexia nervosa. *Med Diss*, Göttingen
- Gensicke P (1979) Anorexia nervosa — ein familiales Sozialisationsdefizit? *Z Psychosom Med* 25:201–215
- Hautzinger M (1978) Anorexia nervosa. *Psycho* 4:414–419
- Kehrer HE (1972) Behandlung der Pubertätsmagersucht mit Verhaltenstherapie. *Nervenarzt* 43:129–136
- Kehrer HE (1975) Behandlung der Anorexia nervosa mit Verhaltenstherapie. *Med Klinik* 70: 427–432
- Lazarus AA (1978) Multimodale Verhaltenstherapie. Fachbuchhandlung für Psychologie, Frankfurt
- Leitenberg H, Agras WS, Thomson LE (1968) A sequential analysis of the effect of selective positive reinforcement in modifying anorexia nervosa. *Behav Res Ther* 6:21–218
- Liebmann R, Minuchin S, Baker L (1974) An integrated treatment program for anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 131:432–436

- Meermann R (1979) Verhaltenstherapie bei Anorexia nervosa: Eine Literaturübersicht. *Psychother Med Psychol* 29:184–195
- Meitinger H, Heil M (1979) Familientherapie in der Verhaltenstherapie. *Z Kinder-Jugend-psychiatr* 7:353–361
- Meyer JE (1961) Das Syndrom der Anorexia nervosa: Katamnestische Untersuchungen. *Arch Psychiat Nervenkr* 202:31–59
- Meyer JE (1972) Psychopathologie und Klinik des Jugendalters, Pubertät und Adoleszenz. In: Kisker KP et al (Hrsg) *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd 2. Springer, New York
- Meyer JE, Feldmann H (Hrsg) (1965) *Anorexia nervosa*. Thieme, Stuttgart
- Minuchin S (1974) Families and family therapy. Harvard Univ Press, Cambridge Mass u London
- Minuchin S, Rosman BL, Baker L (1979) *Psychosomatic families. Anorexia nervosa in context*. Harvard Univ Press, Cambridge Mass u London
- Schaefer K, Schwarz D (1974) Verhaltenstherapeutische Ansätze für die Anorexia nervosa. *Z Klin Psychol Psychother* 22:267–284
- Schnurer AT, Rubin RR, Roy A (1973) Systematic desensitization of anorexia nervosa seen as a weight phobia. *J Behav Ther Exp Psychiat* 4:149–153
- Selvini Palazzoli M, Boscolo L, Chechin G, Prata G (1977) Paradoxon und Gegenparadoxon. Klett, Stuttgart
- Selvini Palazzoli M (1974) Self-starvation. Chaucer, London
- Sperling E, Massing A (1970) Der familiäre Hintergrund der Anorexia nervosa und die sich daraus ergebenden therapeutischen Schwierigkeiten. *Z Psychosom Med* 16:130–141
- Sperling E, Massing A (1972) Besonderheiten in der Behandlung der Magersuchtfamilie. *Psyche* 26:357–369
- Thomä H (1961) *Anorexia nervosa*. Huber, Bern
- Vigersky RA (ed) (1977) *Anorexia nervosa*. Raven Press, New York
- Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD (1974) Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien. Huber, Bern
- Zerssen D v (1976) Klinische Selbstbeurteilungs-Skalen (KSb-S) aus dem Münchener Psychiatrischen Informations-System (Psychis, München). Beltz, Weinheim

Eingegangen am 27. Mai 1980