

M. Leila L. Butschko:

**Katamnestiche Untersuchung an jugendlichen Patienten mit
Bulimia nervosa und anorexia nervosa vom bulimischen Typ:
Krankheitsverlauf, Intervention und soziale Bewährung.**

medizinische Dissertation, Tübingen 2004

Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	4
1 Einleitung	5
1.1 Bulimia nervosa.....	7
1.1.1 Definition und Diagnose	7
1.1.2 Epidemiologie	10
1.1.3 Klinisches Bild	11
1.1.4 Ätiologie.....	13
1.1.5 Therapie	16
1.2 Fragestellung.....	19
1.3 Stand der Verlaufsforschung	20
2 Patienten und Methoden	24
2.1 Therapie der Bulimia nervosa in der Filderklinik.....	24
2.2 Das Behandlungskonzept.....	24
2.2.1 Der stationäre Alltag	27
2.2.2 Medikamentöse Therapie	28
2.2.3 Äußere Anwendungen.....	29
2.2.4 Künstlerische Therapien.....	29
2.2.5 Psychotherapie.....	33
2.2.6 Therapeutische Konferenz	34

2.3	Beschreibung der Patienten (Ausgangsstichprobe).....	34
2.3.1	Identifizierung der Zielgruppe	34
2.3.2	Anamnestische und klinische Daten.....	36
2.3.3	Behandlung vor Aufnahme in die Filderklinik.....	39
2.3.4	Behandlung in der Filderklinik.....	39
2.3.5	Nachsorge	41
2.4	Katamnestische Untersuchung.....	41
2.4.1	Auswertung der Krankenakten	41
2.4.2	Kontaktaufnahme	41
2.4.3	Untersuchungsinstrumente.....	42
2.4.4	Gewichtskriterien	47
2.4.5	Ausführung der Untersuchung und Auswertung	48
3	Ergebnisse der katamnestischen Studie.....	49
3.1	Beschreibung der Katamnesestichprobe.....	49
3.1.1	Teilnahme an der Katamneseuntersuchung.....	49
3.1.2	Behandlung im Katamneseintervall	50
3.1.3	Katamnesedauer und Alter der Patienten bei Katamnese.....	51
3.1.4	Bei Katamnese erhobene zusätzliche anamnestische Daten.....	52
3.2	Bestehen einer Eßstörung zum Katamnesezeitpunkt.....	52
3.3	Global-Outcome-Klassen des SIAB nach Fichter und Quadflieg.....	53
3.4	Kernsymptomatik.....	56
3.4.1	Freßattacken	57
3.4.2	Gewichtsgegensteuernde Maßnahmen.....	58
3.4.3	Gedankliche Zentriertheit auf Essen und Gewicht.....	59
3.4.4	Bulimische Symptome zusammengefaßt	60
3.4.5	Körperschema und Schlankheitsideal	61
3.4.6	Aktuelles Körpergewicht	62
3.4.7	Menstruation.....	63
3.5	Weitere psychische Befunde	63
3.5.1	Psychiatrische Diagnosen in der Katamnesezeit.....	64
3.5.2	Weitere psychopathologische Symptome im Einzelnen	64
3.5.3	Psychosoziale und berufliche Anpassung	68

3.5.4	Auswertung der Ergebnisse des SIAB mittels der Subskalen I-VI71	
3.6	Mögliche Einflußfaktoren auf das Verlaufsergebnis.....	72
3.7	Ausprägung von Persönlichkeitsdimensionen	74
3.8	Subjektive Sicht der Probandinnen auf die therapeutische Intervention in der Filderklinik	77
4	Diskussion.....	88
4.1	Diskussion der Methode	88
4.1.1	Retrospektive Untersuchung	88
4.1.2	Diagnosekriterien.....	88
4.1.3	Meßinstrumente und Verläßlichkeit der Angaben.....	90
4.2	Diskussion der Ergebnisse und Vergleich mit anderen Studien	93
4.2.1	Praktische Bedeutung:	100
5	Zusammenfassung	102
6	Literaturverzeichnis.....	107
7	Anhang	116

Abstract

Fragestellung: Wie ergeht es Patientinnen, die wegen einer bulimischen Eßstörung als Jugendliche stationär behandelt wurden, im weiteren Leben. Wie haben sie selbst ihren stationären Aufenthalt rückblickend erlebt, was hat ihnen besonders geholfen. Diesen bisher bei Jugendlichen noch nicht explizit bearbeiteten Fragen wurde mit einer katamnestischen Untersuchung nachgegangen.

Methode: Von 84 Patientinnen, die in der psychosomatischen Jugendstation der Filderklinik wegen einer Bulimia oder Anorexia nervosa vom Binge/Purge-Typ (nach DSM-IV) behandelt wurden sowie bei Aufnahme das 21. Lebensjahr nicht vollendet und die Therapie nicht abgebrochen hatten, wurden 58 Patientinnen nach einer Katamnesedauer von 1-16 Jahren nachuntersucht. Mittels eines strukturierten Interviews (SIAB-EX), ergänzenden offenen Fragen und eines Fragebogens zu Persönlichkeitseigenschaften (FPI-R) wurde die Stichprobe hinsichtlich eßstörungsspezifischer Symptomatik, weiterer psychopathologischer Merkmale, beruflicher und sozialer Integration und auffälligen Persönlichkeitseigenschaften untersucht, sowie die subjektive Beurteilung des Aufenthaltes in der Filderklinik hinsichtlich der Wirkung auf den Krankheitsverlauf dokumentiert. Zusammenhänge zwischen Verlaufsergebnis und 1) Bestehen der Diagnose Bulimia oder Anorexia nervosa vom Binge/Purge-Typ bei Aufnahme, 2) Anorektischer Episode vor Beginn bulimischer Symptomatik, 3) Katamnesedauer, 4) Auffälligkeiten im FPI wurden untersucht.

Ergebnisse: Zum Katamnesezeitpunkt wiesen 79,3% der ehemaligen Patientinnen keine Eßstörung nach DSM-IV auf, 13,8% erfüllten die Kriterien der Bulimie, 6,9% die des EDNOS 2 bzw 3, keine erfüllte die Kriterien der Anorexie. Basierend auf einem Global Outcome Score, der eßstörungsspezifische und weitere Psychopathologien zusammenfaßt, hatten 77,6% der Probandinnen ein gutes, 17,2% ein mittleres und 5,2% ein schlechtes Outcome. Grundsätzlich zeigten die Ergebnisse der einzelnen eßstörungsspezifischen sowie unspezifischen Symptomenkomplexe keine Symptomverschiebung, sondern vielmehr eine Besserung weiterer psychopathologischer Auffälligkeiten parallel zur Besserung der Eßstörung. Bezüglich Schulabschluß, Berufsausbildung und beruflicher Situation gab es keine auffälligen Einschränkungen.

Weder die Diagnose bei Aufnahme, noch eine anorektische Episode in der Vorgeschichte der Bulimie, noch die Katamnesedauer, noch Auffälligkeiten im Freiburger Persönlichkeitsinventar hatten einen nennenswerten Einfluß auf das Outcome der Stichprobe.

Auf die Frage nach dem Einfluß des Aufenthaltes in der Filderklinik auf ihren Krankheitsverlauf, antworteten 86,4% zusammenfassend mit „verbessert“, 10,2% mit „kein Einfluß“ und 3,4% mit „verschlechtert“. In der differenzierten Beurteilung einzelner Faktoren des Therapiekonzeptes wurden spontan vor allem die schützende Atmosphäre, die menschlichen Begegnungen, die Einzelgespräche sowie die äußeren Anwendungen als besonders hilfreich hervorgehoben.

FICHTER et al. verfaßten die einzige in der Literatur existierende Studie, die explizit den Krankheitsverlauf bei bulimischen Jugendlichen untersucht. Der Vergleich mit den Ergebnissen jener Studie fällt für das vorliegende Kollektiv sehr günstig aus, wobei die Stichprobe von FICHTER einen wesentlich höheren Rücklauf, sowie eine längere Krankheitsdauer vor der stationären Behandlung hatte, darüber hinaus bestehen weitere methodische Unterschiede zwischen den beiden Stichproben, welche einen direkten Vergleich nicht erlauben.

Schlußfolgerung: Ob die relativ guten Ergebnisse der vorliegenden Studie auf das jugendliche Alter, die kurze Krankheitsdauer, die Selektion z.B. durch die geforderte Therapiemotivation oder auf den ganzheitlichen Ansatz des Konzeptes zurückzuführen ist, bleibt ungeklärt. Zur Klärung dieser Frage bedarf es zukünftiger prospektiver Forschung mit einheitlichen Erfolgskriterien.

1 Einleitung

Die typische Patientin mit Bulimie gibt nicht nur ihrer alltäglichen Umwelt sondern auch den hinzugezogenen Fachleuten Rätsel auf. Sie verblüfft durch das Fehlen besorgniserregender Krankheitszeichen. Sie erscheint einfach „normal“. Sie ist weder besonders dick noch abnorm dünn, sie ist weder auffällig chic, noch vernachlässigt, die Mimik verrät nichts von ihrem Geheimnis. Die Patientinnen fallen weder durch ihr Eßverhalten in der Öffentlichkeit, noch durch die Folgen unangemessenen Eßverhaltens wie Abmagerung oder Übergewicht auf. Sie kommen mit ihrem äußerlich unauffälligem bis perfektem Erscheinungsbild zum Arzt oder Therapeuten und gestatten diesem dann hinter verschlossener Türe einen kurzen Einblick in ihr so ausgesprochen unappetitliches Eßverhalten. Oftmals hinterlassen sie dann einen über diese Diskrepanz immer aufs Neue verwunderten Arzt.

Auch lange Jahre mit dem Fach vertraute Therapeuten stehen nach einer Erstanamnese immer wieder vor derselben Frage, ob zum Beispiel eine hübsche, schlanke, begabte Gymnasiastin nur mit den aus Jugendzeitschriften abgelesenen Symptomen kokettiert und mit dem Strom der „Eßstörungsmode“ mitschwimmt, sich Probleme macht, die sie gar nicht hat, oder ob sie wirklich unter einer Krankheit leidet. Kann und sollte ihr überhaupt aus dieser Symptomatik geholfen werden, und wenn ja, wie soll dies möglich sein? Was wenn das bulimische Verhalten eine Abwehrstrategie wäre, die noch schlimmere psychische Erkrankungen verhindern hülfe. Besteht also die Gefahr, daß sich nach erfolgreich therapierter Bulimie eine Depression oder Angststörung manifestieren könnte, die Krankheit also nur auf einen anderen Symptomenkomplex verschoben würde?

Mit diesen Fragen konfrontiert, lernte die Verfasserin während ihrer Mitarbeit in der Kinderabteilung der Filderklinik die therapeutische Herangehensweise der dortigen Psychosomatischen Jugendstation kennen.

Parallel zu dem seit 20 Jahren steigenden Behandlungsbedarf für Eßstörungen entwickelte die Psychosomatische Jugendstation in der Filderklinik nach ihrer Eröffnung 1983 schnell ihren therapeutischen Schwerpunkt für diesen Erkrankungsbereich. Bald darauf erfolgten erste Überprüfungen des Therapieansatzes für die Anorexia nervosa durch S.SCHMITZ (1989)[84] und M.SCHÄFER (1997)[83]. Letztgenannte Studie zeigte im internationalen Vergleich gute Behandlungserfolge der Filderklinik auf.

Die Behandlungsergebnisse der Bulimia nervosa wurden, da sie wegen ihrer hohen Komplexität schwer zu beurteilen sind, bislang noch nicht näher untersucht. Auch international sind Outcomestudien an bulimischen Jugendlichen bislang äußerst selten unternommen worden [85].

Bei Betroffenen und Behandlern (und hinsichtlich der gesundheitspolitischen Situation auch bei den Krankenkassen) steht überdies die Frage im Raum, wie notwendig eine stationäre Therapie ist und, wenn für nötig befunden, in welcher Einrichtung sie am ehesten Erfolg verspricht. Auch dieser Frage will sich die vorliegende Arbeit im Sinne einer Pilotstudie zuwenden. Es soll der Versuch unternommen werden, die Therapieerfolge der psychosomatischen Jugendstation der Filderklinik darzustellen und Mittel zur verbesserten Nachuntersuchung vorzuschlagen.

Die einleitenden Fragen und die Notwendigkeit der Verlaufsforschung über Bulimia nervosa im Jugendalter veranlaßten die Verfasserin zu der vorliegenden Studie.

1.1 Bulimia nervosa

1.1.1 Definition und Diagnose

Lange wurde die Bulimie als eine besondere Form der Anorexie verstanden, bis Russel 1979 [81] erstmalig die Kriterien beschrieb, die 1980 die Grundlage bildeten für die Aufnahme der eigenständigen Diagnose „Bulimia nervosa“ in das DSM-III [4].

Bulimia nervosa (Synonym hier Bulimia n., Bn und Bulimie) ist eine schwerwiegende psychosomatische Erkrankung, die v.a. am Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter auftritt. Klinisch im Vordergrund stehen die Eßattacken, in denen enorme Mengen (bis zu 10.000 kcal.) meist hochkalorischer Nahrung verschlungen werden. Aus Angst vor Gewichtszunahme werden im Anschluß an die Eßattacke, in manchen Fällen auch nach einer normalen Mahlzeit, Maßnahmen zur Gewichtsreduzierung unternommen, wobei das Erbrechen die üblichste ist. Das Körpergewicht der Betroffenen kann stark schwankend, zu niedrig oder erhöht sein, meist ist die Bulimikerin normgewichtig, wobei jüngere Jugendliche eher zu niedrig-normalem bis Untergewicht neigen. Der hohe Leidensdruck entsteht v.a. durch das zwanghafte Fokussieren des Verhaltens und der Gedanken auf Gewicht, Figur und Essen.

Zur Klassifikation der Bulimia nervosa sind derzeit die Kriterien des DSM-IV-TR [82] (s. Tabelle 1) international üblicher als die des ICD-10 [14] (s. Tabelle 2), welche in Deutschland dafür gebräuchlicher sind. Beide Klassifikationssysteme ähneln sich zwar in den leitenden klinischen Symptomen, unterscheiden sich jedoch wesentlich bei der Einteilung von Fällen mit gleichzeitig bulimischer und anorektischer Symptomatik. Somit ergeben sich Fälle, bei denen nach DSM-IV wegen eines zu niedrigen Gewichtes und bestehender sekundärer Amenorrhoe bei deutlich bulimischem Verhalten die Diagnose Anorexie vom Binge-Eating/Purging-Typus (s. Tabelle 3) gestellt werden muß, während nach ICD-10 die Diagnose Bulimie gilt und die Diagnose Anorexie aufgrund des Kriteriums 5

für Anorexie (welche Abwesenheit von Freßattacken und Gier fordert) nicht gestellt werden darf.

In der vorliegenden Studie wurde die Entscheidung, zu welcher Diagnose eine Patientin gehört, nach DSM-IV gefällt.

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien für Bulimia Nervosa nach DSM-IV (307.51)
<p>A. Wiederholte Episoden von „Freßattacken“. Eine „Freßattacken“-Episode ist gekennzeichnet durch beide der folgenden Merkmale:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum (z.B. innerhalb von 2 Stunden), wobei diese Nahrungsmenge erheblich größer ist, als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum unter vergleichbaren Bedingungen essen würden. 2. Das Gefühl, während der Episode die Kontrolle über das Eßverhalten zu verlieren (z.B. das Gefühl, weder mit dem Essen aufhören zu können, noch Kontrolle über Art und Menge der Nahrung zu haben).
<p>B. Wiederholte Anwendung von unangemessenen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen, wie z.B. selbstinduziertes Erbrechen, Mißbrauch von Laxantien, Diuretika, Klistieren oder anderen Arzneimitteln, Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung.</p>
<p>C. Die „Freßattacken“ und das unangemessene Kompensationsverhalten kommen drei Monate lang im Durchschnitt mindestens zweimal pro Woche vor.</p>
<p>D. Figur und Körpergewicht haben einen übermäßigen Einfluß auf die Selbstbewertung.</p>
<p>E. Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer Anorexia nervosa auf.</p>
<p><i>Zu unterscheiden sind folgende Subtypen:</i></p> <p>„Purging“-Typus: Die Person induziert während der aktuellen Episode der Bulimia Nervosa regelmäßig Erbrechen oder mißbraucht Laxantien, Diuretika oder Klistiere.</p> <p>„Nicht-Purging“-Typus: Die Person hat während der aktuellen Episode der Bulimia Nervosa andere unangemessene, einer Gewichtszunahme gegensteuernde Maßnahmen zeigt, wie beispielsweise Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung, hat aber nicht regelmäßig Erbrechen induziert oder Laxantien, Diuretika oder Klistiere mißbraucht.</p>

Tabelle 2: Diagnostische Kriterien für Bulimia Nervosa nach ICD-10 (F50.2)
1. Häufige Episoden von Freßattacken (in einem Zeitraum von drei Monaten mindestens zweimal pro Woche), bei denen große Mengen an Nahrung in sehr kurzer Zeit konsumiert werden.
2. Andauernde Beschäftigung mit dem Essen, eine unwiderstehliche Gier oder Zwang zu essen.
3. Die Patienten versuchen, der Gewichtszunahme durch die Nahrung mit einer oder mehreren der folgenden Verhaltensweisen entgegenzusteuern: <ol style="list-style-type: none"> 1. selbstinduziertes Erbrechen 2. Mißbrauch von Abführmitteln 3. Zeitweilige Hungerperioden 4. Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenhormonen oder Diuretika, ggf. Vernachlässigung der Insulintherapie
4. Selbstwahrnehmung als zu „fett“, mit einer sich aufdrängenden Furcht, zu dick zu werden (was meist zu Untergewicht führt)

Tabelle 3: Diagnostische Kriterien für Anorexia Nervosa nach DSM-IV (307.1)
A. Weigerung, das Minimum des für Alter und Körpergröße normalen Körpergewichtes zu halten (z.B. der Gewichtsverlust führt dauerhaft zu einem Gewicht von weniger als 85% des zu erwartenden Gewichtes)
B. Ausgeprägte Angst vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, trotz bestehenden Untergewichts.)
C. Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichtes, übertriebener Einfluß des Körpergewichtes oder der Figur auf die Selbstbewertung, oder Leugnen des Schweregrades des gegenwärtigen geringen Körpergewichtes.
D. Bei postmenarchalen Frauen das Vorliegen einer Amenorrhoe (...).
<i>Zu unterscheiden sind folgende zwei Typen:</i>
Restriktiver Typus: Während der aktuellen Episode der Anorexia n. hat die Person keine regelmäßigen Freßanfälle gehabt oder hat kein purging-Verhalten (d.h. selbstinduziertes Erbrechen oder Mißbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt.

Binge-Eating /Purging- Typus¹: Während der aktuellen Episode der Anorexia n. hat die Person regelmäßig Freßanfälle gehabt und hat Purging-Verhalten gezeigt.¹

DSM-IV beschreibt unter „**EDNOS**“ **307.50** (Eating Disorder Not Otherwise Specified) eine Kategorie von 6 Eßstörungen, die die Kriterien für eine spezifische Eßstörung nicht erfüllen. Davon relevant sind in dieser Studie nur EDNOS 2 (Sämtliche Kriterien der Anorexia nervosa sind erfüllt, nur liegt das Körpergewicht trotz erheblichen Gewichtsverlustes noch im Normalbereich) und EDNOS 3 (Sämtliche Kriterien der Bulimia nervosa sind erfüllt, jedoch sind die „Freßattacken“² und das unangemessene Kompensationsverhalten weniger häufig als zweimal pro Woche für eine Dauer von weniger als drei Monaten).

1.1.2 Epidemiologie

Umfangreiche Studien verschiedener Länder haben gezeigt, daß bis zu 15% der Jugendlichen angeben, Freßattacken oder „purging“- Verhalten zu haben [13,31,52,53]. Allgemein wird geschätzt, daß 1-2% der weiblichen und 0,3% der männlichen Jugendlichen der Industrienationen die vollen Kriterien für Bulimie nach DSM-IV erfüllen, somit ist die Prävalenz der Bulimie unter Jugendlichen höher als die der Anorexie mit 1% bei weiblichen und 0,2% bei männlichen Jugendlichen. Die Prävalenz der Bulimie unter jungen Frauen liegt über der des Diabetes mellitus in dieser Population [86]. Daten aus Übersichtsarbeiten ergeben, daß die Bulimie nach Asthma und Adipositas an dritter Stelle der Häufigkeiten chronischer Erkrankungen im Jugendalter beim weiblichen Geschlecht steht [73,78]. In bestimmten Risikogruppen (Balettschülerinnen,

¹ Im Weiteren wird Anorexia nervosa vom Binge-Eating/Purging-Typus mit Anorexia B/P abgekürzt.

² In der Literatur werden die Begriffe „Freßattacke“ sowie „Eßattacke“ gleichermaßen verwendet. Das DSM IV verwendet „Fressen“ als Übersetzung des englischen „binge“= Sauferei, Gelage. In der vorliegenden Arbeit werden beide Begriffe benutzt.

Models, Turnerinnen) finden sich Prävalenzraten bis 8% [64]. Der Erkrankungsgipfel liegt mit 18 Jahren etwas höher als bei der Anorexie, allerdings gibt es Hinweise, daß das Erkrankungsalter sinkt und mehr junge Jugendliche an Bulimie leiden, als angenommen wurde. Eine finnische Studie berichtet von einer Prävalenz von 1,8% bei Mädchen und 0,3% bei Knaben im Alter von 14-16 Jahren [54].

Auch wenn das Krankheitsbild erst vor 23 Jahren in die Klassifikationssysteme aufgenommen wurde und somit verlässliche Angaben über einen Anstieg der Inzidenz kaum machbar sind, wird dennoch angenommen, daß diese steigt [64, 74,86].

1.1.3 Klinisches Bild

Während die bulimische Person die panische Angst vor Gewichtszunahme, das an Gewicht und Figur gekoppelte Selbstbewußtsein und die kreisenden Gedanken um Figur und Essen mit der anorektischen Person gemeinsam hat, besteht der große Unterschied zur allgemein bekannteren Klinik der Anorexie in dem Auftreten der für die Bulimie pathognomischen heimlichen Eßattacken („Freißanfälle“), welche die Bemühungen des restriktiven Essens regelmäßig durchbrechen. Hierbei werden in einem kurzen Zeitraum von ca. zwei Stunden Unmengen der sonst so streng gemiedenen meist hochkalorischen, ansonsten minderwertigen Nahrung gegessen. Dabei wird ein völliger Kontrollverlust über Art und Menge der Nahrung empfunden, gleichzeitig wird oft der Anfall an sich als spannungslösend erlebt. Direkt im Anschluß fühlt sich die betroffene Person von Schuld- Versagens- und Schamgefühlen überflutet. Meist wird anschließend heimlich erbrochen, zusätzlich oder statt dessen wird auch abgeführt und/oder Diuretika, Laxantien, Appetitzügler etc. eingenommen („purging-Verhalten“). In manchen Fällen wird der Gewichtszunahme auch mit

tagelanger Nulldiät und/oder exzessiver Bewegung begegnet („non-purging-Verhalten“). Die Kombination von restriktivem- und Überessen macht, daß das Körpergewicht selten zum Leitsymptom wird, was einen weiteren wesentlichen Unterschied zur Anorexie ausmacht. Somit werden bulimische Patienten nicht, wie typischerweise die Anorektiker, wegen des geringen Körpergewichts von Angehörigen in die Therapie geführt. Vielmehr läuft die Bulimie meist unbemerkt im Verborgenen ab und bleibt wegen der großen Schamgefühle oft lange unbehandelt, bis der Betroffene wegen des hohen Leidensdrucks evtl. doch Hilfe sucht, dann aber typischerweise aus eigenem Antrieb.

Die beschriebenen spezifischen Psychopathologien können zum einen zu einigen der unten dargestellten Komplikationen führen, zum anderen können sie begleitet sein von weiteren psychischen Symptomen, wie sozialer Kompetenzbeeinträchtigung, Impulsivität, depressiver Symptomatik, Selbstwert-Problemen und Ängsten. Oft ziehen sich die Betroffenen außerhalb von Schule oder Beruf, wo sie oft erstaunlich unauffällig bis perfekt sind, sozial zurück u.a. weil ihr gesamter Tagesablauf eingenommen wird von Nahrung beschaffen, konsumieren und wieder loswerden. In besonders gravierenden Fällen ist der betroffenen Person auch der Schulbesuch bzw. das Arbeiten nicht mehr möglich.

Die somatischen Komplikationen variieren erheblich, je nachdem was und wie heftig gegessen wird und welche kompensatorischen Maßnahmen zur Gewichtskontrolle unternommen werden. Einen Überblick über mögliche Komplikationen soll Tabelle 4 in Anlehnung an SCHNEIDER [85] und FEIEREIS [19] geben.

1. <i>Allgemein:</i> Untergewicht Ödeme Hypo-/Hypertonus Osteoporose Wachstumsstillstand Hirnatrophie Haarausfall Störungen des Menstruationszyklus Polyzystisches Ovar [71]	2. <i>Durch Erbrechen:</i> Elektrolytverschiebungen metabolische Alkalose Dehydratation Parotisschwellung dorsale Fingerschwielen Zahnschmelzdefekte akute Pankreatitis Magen/Ösophagusblutung Magen/Ösophagusreizung Aspiration(-spneumonie)
3. <i>Durch Freßattacke:</i> Akute Magen/Ösophagusruptur bzw- Verletzung	4. <i>Durch Gebrauch von Ipecachuana:</i> Kardiomyopathie /Myopathie Periphere Neuropathie
5. <i>Durch Laxantien:</i> Diarrhoe Obstipation Darmblutungen	6. <i>Durch Appetitzügler:</i> Nierenversagen Tachykardie Neurologische Defizite

Bei eßgestörtem Verhalten, das zu Untergewicht führt, bedingt die körperliche Unreife von Jugendlichen besondere Risiken wie möglicherweise irreversibler Wachstumsstillstand, Störungen der Entwicklung der Reproduktionsorgane oder persistierende Hirnatrophie [78]. Bemerkenswert ist die in 64% bestehende hormonelle Regulationsstörung, die bei 45% bis zur Amenorrhoe geht [19]

1.1.4 Ätiologie

Die Genese der Bulimie wird übereinstimmend als unspezifisch und multifaktoriell beschrieben. [19,46,64,89]. Hinweise dafür, daß das Entstehen der Bulimie teilweise genetisch determiniert ist, stammen aus der Zwillingsforschung [64]. Biologische Faktoren scheinen ebenfalls eine Rolle zu

spielen; So werden heute Störungen des serotonergen Neurotransmitter-Systems an der Entstehung von Depression und Eßstörungen mitverantwortlich gemacht [37]. GERACIOTI (1988), wies in diesem Zusammenhang bei Bulimikern einen postprandial signifikant erniedrigten Plasma-Cholezystokininspiegel nach, der unter Medikation mit Tricyclika anstieg [35].

Zwar wurde die kausale Bedeutung der Familienstruktur für die Genese der Erkrankung in letzter Zeit z.T. relativiert, daß familiäre Faktoren dennoch einen Einfluß haben, legen empirische Studien nahe, die ergeben, daß Familien aus denen Bulimikerinnen hervorgehen einen vernachlässigenderen Erziehungsstil hätten als Familien gesunder oder anorektischer Jugendlicher [47,85]. Auch der Erkrankungsgipfel im Alter der Loslösung von der Primärfamilie legt einen Zusammenhang zur Familienstruktur nahe. Im Hinblick darauf beschreibt FEIEREIS (1996), daß 19% der von ihm untersuchten bulimischen Patienten aus geschiedenen Ehen stammten und bei weiteren 17% ein Elternteil verstorben war [19]. Somit sind ca. 36% der Bulimikerinnen mit nur einem Elternteil aufgewachsen. Solche Bedingungen begünstigen Strukturen, in der die Erkrankte eine wichtige, die Familie zusammenhaltende Funktion übernimmt und eine altersentsprechende Loslösung von der Familie nicht in gesunder, freilassender Weise vorstatten gehen kann.

Von den meisten Autoren wird die ätiopatogenetische Wirkung soziokultureller Faktoren hervorgehoben [17,19,28,46,64]. Dafür spricht die hohe Prävalenz der Bulimie in den Großstädten der Industrienationen und unter Sportlerinnen, Tänzerinnen und Models sowie in der Mittel und Oberschicht. Dabei spielt das westliche Schönheitsideal eine große Rolle, welches durch die Medien vermittelt wird von Models, die größtenteils die Körperfettmasse einer normalgewichtigen Frau weit unterschreiten [46]. Diesem Schlankheitsideal zu entsprechen, ist bei vielen Mädchen und jungen Frauen eng mit dem Selbstwertgefühl verknüpft. Hinzu kommt die Tatsache, daß sich der Anteil der Kinder mit Adipositas in den letzten 20 Jahren vervierfacht hat [72] und Bulimikerinnen in ihrer Kindheit häufig übergewichtig waren. Um schlank, d.h. in ihren Augen attraktiv gefunden zu werden wird oft eine Diät begonnen, die der

Auslöser bulimischen Verhaltens werden kann. Als ein ätiopatogenetischer Faktor für die steigende Prävalenz im jüngeren Jugendalter läßt sich die deutliche Akzelleration der körperlichen Entwicklung mit früherer Pubertät und den in dieser Phase beginnenden Figuridealen vermuten. Eine Studie von KALTIALA-HEINO et al. belegt in diesem Zusammenhang, daß Bulimie mit frühem Pubertätseintritt und frühen sexuellen Erfahrungen assoziiert ist [54].

Als individuelle Faktoren für die Entstehung einer Bulimie können alle persönlichen Konflikte von Bedeutung sein, die das seelische Gleichgewicht der Person stark gefährden. Es scheint keine spezifischen Auslöser zu geben, wenngleich das für sexuellen Mißbrauch in der Kindheit diskutiert wurde [88].

Als prämorbidie Persönlichkeitsmerkmale werden bei der Bulimie depressive und autoaggressive Tendenzen sowie mangelnde Kontrollfähigkeit und Impulsivität diskutiert [42,19]. Häufig ist mit einer Bulimie eine Borderline Persönlichkeitsstörung assoziiert [64].

Mit Ausnahme des zur Entstehung der Bulimie nötigen Diätverhaltens ist keine der beschriebenen Faktoren alleine notwendige und hinreichende Bedingung zugleich. Vielmehr lassen verschiedene prädisponierende Faktoren den Kreislauf von Fasten, Essen und Erbrechen entstehen, der die Aufrechterhaltung und immer weitere Verstärkung der Bulimie bewirkt. Zusammenfassend läßt sich über die Ätiologie der Bulimie sagen, daß immer fundamentale psychische Probleme zugrunde liegen, die zu den verschiedensten mehr oder weniger pathologischen Bewältigungsstrategien führen, je nach Mode und Möglichkeit auch zu einer Bulimie.

1.1.5 Therapie

a) Entscheidung für eine ambulante oder stationäre Therapie

Zwar ist die Scham über das unappetitliche Eßverhalten groß und führt in ungeklärt vielen Fällen dazu, daß es die betroffene Person niemals wagt, ihr Problem anzusprechen und um therapeutische Hilfe zu bitten. Der Leidensdruck ist aber in vielen Fällen so groß, daß die Scham überwunden und eine Therapiemöglichkeit gesucht wird. Krankheitseinsicht und Leidensdruck lassen die Betroffenen oft selber den Wunsch nach der Entlastung durch eine stationäre Therapie äußern. In anderen Fällen muß gemeinsam mit Patientin und Eltern entschieden werden, ob die Behandlung ambulant oder stationär erfolgen soll, wobei häufig mehrere ambulante Termine nötig sind, um sie und ihre Eltern von der Notwendigkeit einer stationären Therapie zu überzeugen. Wann diese in der Regel nötig wird, zeigt Tabelle 5 [37,105 ,61,19].

Tabelle 5: Kriterien für die stationäre Therapie von Patienten mit Bulimie
<p>1. Medizinische Kriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elektrolytentgleisungen - sehr häufige Eßattacken - schwerwiegende Autoaggressionen - kritisches Untergewicht - Synkopen
<p>2. Psychosoziale Kriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> - festgefahrene familiäre Interaktion - Entlastung - extreme soziale Isolation - sehr häufige Eßattacken mit wirtschaftlichen Folgen - Krankheitsdependente Kriminalität
<p>3. Psychotherapeutische/ Psychiatrische Kriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suizidgefahr - weitere schwere Störungen der Impulskontrolle - erfolglose ambulante Therapie

Bei der Therapie jugendlicher Patienten sowie bei Verläufen von über zwei Jahren Dauer ohne Therapie sollte die stationäre Therapie bevorzugt werden, da es meist nur auf diesem Wege gelingt, die Gewohnheitsbildung zügig zu unterbrechen [64,19].

b) Behandlungsmethoden

Die meisten Autoren sind sich darüber einig, daß die multifaktorielle Genese einen multimethodalen Ansatz erfordert [64,46]. Neben der besonders im Akutstadium nötigen Behandlung medizinischer Komplikationen und ggf. auch des Untergewichts, sollte die Therapie Anteile enthalten, die den Patienten zum einen das Zurückkehren zu normalem Eßverhalten lernen lassen, als auch Anteile zur Bearbeitung des individuellen psychodynamischen Konfliktgeschehens und des psychosozialen und familiären Umfeldes.

Die wesentlichen psychotherapeutischen Ansätze bei der Behandlung der Bulimie werden im Folgenden zusammenfassend erwähnt.

1. Innerhalb der verhaltenstherapeutischen Konzepte steht die **kognitive Verhaltenstherapie** im Vordergrund [2,27,38,42,56] und sogar als die Therapie der ersten Wahl angesehen [17,67]. Bei diesem Verfahren werden das Beobachten des Eßverhaltens und das Erkennen von Auslösern für einen Eßanfall geübt. Außerdem werden die mit der Bulimie einhergehenden dichotomen Denkmuster analysiert und im nächsten Schritt die dysfunktionalen Überzeugungen bezüglich Gewicht, Figur, und Selbstwert korrigiert. Dabei wird an der Verbesserung von Problemlösefertigkeiten sowie des Ausbaus sozialer Fähigkeiten gearbeitet [67].

2. Ursprünglich aus der Depressionsbehandlung stammt die **interpersonelle Psychotherapie**, die ihren Schwerpunkt auf die Verbesserung zwischenmenschlicher Beziehungen legt, ohne auf die verzerrte Einstellung zur Nahrung und auf das Eßverhalten einzugehen [64].

3. Bei Jugendlichen sollte stets die Familie in den therapeutischen Prozeß mit einbezogen werden, da die familiäre Interaktion wesentliche Bedeutung für den Krankheitsverlauf hat [37]. Die verschiedenen **familientherapeutischen Strömungen** haben gemeinsam, daß sie die Familie als Behandlungseinheit ansehen, die Veränderung aller anderen bei Veränderung eines Mitglieds betonen und mit der der Familie innewohnenden Kompetenz arbeiten.

4. **Psychoanalytische Therapieansätze** haben als Hauptziel das Überwinden von Traumata und Kränkungen sowie die Konsolidierung des Selbstwertgefühls. Die analytische Arbeit ist von der Introspektionsfähigkeit des Klienten abhängig und erst nach Überwinden des Suchtverhaltens sinnvoll [19].

Zusätzlich ist eine **Ernährungsberatung** sinnvoll, da Bulimiker sich zwar häufig mit dem Kaloriengehalt der Mahlzeiten beschäftigen, oft jedoch fehlerhafte Ansichten bezüglich einer gesunden, ausgewogenen Ernährung haben [42,46,19,8].

Als weitere wichtige therapeutische Zugangsmöglichkeit werden **körperorientierte Verfahren** wie Tanz- Ergo-, Kunst- Entspannungs-, Musik- und Kunsttherapie angesehen [19,46].

Bei der **medikamentösen Behandlung** der Bulimie spielten zunächst Trizyklische Antidepressiva, in letzter Zeit zunehmend selektive Serotonin Wiederaufnahmehemmer eine Rolle. Nachgewiesenermaßen haben Antidepressiva einen antibulimischen Effekt [5,37], der jedoch oftmals nicht anhält [3,17]. Über die Wirkung von psychopharmakologischer Behandlung bei Jugendlichen und Kindern mit Bulimie gibt es keine systematischen kontrollierten Studien. Diese Tatsache ist ein weiterer Grund zu sehr zurückhaltendem Einsatz von Psychopharmaka bei Bulimie-Patientinnen dieser Altersgruppe [63]. Der Vergleich kontrollierter Psycho- und Pharmakotherapiestudien bestätigte die Überlegenheit psychologischer gegenüber Psychopharmakologischer Behandlungsansätze bei Bulimie [50].

1.2 Fragestellung

In der vorliegenden Studie galt es mittels einer persönlichen Nachuntersuchung den Gesundheitszustand aller Patientinnen, die von 1986 bis 2001 mit der Diagnose Bulimia nervosa oder Anorexia nervosa Binge-Eating/Purging Typus auf der Kinder- und Jugendpsychosomatik der Filderklinik stationär behandelt wurden, zu untersuchen. Insbesondere interessierte uns:

1. Wie stark ist die Ausprägung der eßstörungsspezifischen Symptomatik zum Katamnesezeitpunkt?
2. Besteht bei Probandinnen, deren Eßstörung zum Katamnesezeitpunkt ausgeheilt war, eine erhöhte Prävalenz anderer Psychopathologien?
3. Wo stehen die untersuchten Probandinnen jetzt hinsichtlich beruflicher und sozialer Integration?

Zusätzlich werden folgende Fragen untersucht:

1. Gibt es einen Unterschied im Verlaufsergebnis zwischen der Gruppe der Patienten die mit einer Bulimie und denen, die mit Anorexie Binge-Eating/Purging-Typ aufgenommen wurden?
2. Unterscheidet sich das Verlaufsergebnis der Patientinnen, die vor Beginn der bulimischen Symptomatik eine Anorexie hatten von denen, die primär an Bulimie erkrankten?
3. Hat die Katamnesezeitdauer der genannten Patientengruppe einen nennenswerten Einfluß auf das Verlaufsergebnis?
4. Gibt es Auffälligkeiten im Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI) in der untersuchten Stichprobe? Gibt es Zusammenhänge zwischen Verlaufsergebnis und bestimmten Eigenschaften im FPI?
5. Wie schätzen die ehemaligen Patientinnen die therapeutische Intervention an der Filderklinik im Gesamten und im Einzelnen bezüglich ihrer Wirkung auf ihren Krankheitsverlauf subjektiv ein?

1.3 Stand der Verlaufsforschung

Die Ergebnisse der Verlaufsforschung sind wegen ihrer uneinheitlichen Kriterien zur Diagnostik und Definition von Heilung, Remission, Erfolg, Rückfall etc. sehr unübersichtlich und untereinander kaum vergleichbar. Darüberhinaus gibt es kaum Studien zur Bulimie in der Adoleszenz.

Übersichtsartikel über Eßstörungen im Jugendalter [30,85,78,90] beschreiben nur den Verlauf der Anorexie oder eines gemischten Kollektivs aus Anorexie- und Bulimie-Patienten, oder sie verweisen, aus Mangel an weiteren Verlaufsstudien der Bulimie im Jugendalter, auf eine Studie von FICHTER und QUADFLIEG 1996 [23]. Dieselben Autoren sind in einer Übersichtsarbeit der Frage nachgegangen, ob das Alter bei Erkrankungsbeginn für den Verlauf eine Rolle spielt [22]. Die Ergebnisse beider Arbeiten sollen hier vorgestellt werden. In Kapitel 4.2 wird die einzige Studie zum Verlauf der Bulimie bei Jugendlichen [23] zum Zwecke des Vergleichs näher beschrieben.

Die Studie von FICHTER und QUADFLIEG (1996) beschreibt den Krankheitsverlauf von 32 jugendlichen Bulimie-Patientinnen (abgesondert von dem Verlauf von 23 anorektischen Patientinnen) im Alter von 16-20 Jahren bei Aufnahme. Die Stichprobe ist der jugendliche Teil einer großen Patientengruppe, die konsekutiv zu einer intensiven Breitspektrum-Therapie stationär aufgenommen wurde und zum Zeitpunkt der Aufnahme, bei Entlassung und nach 2 Jahren untersucht wurde.

Tabelle 6 zeigt wie viele der wegen einer Bulimie therapierten Jugendlichen nach 2 Jahren die DSM-III-R-Kriterien einer Eßstörung erfüllten:

Tabelle 6: Eßstörungsdiagnosen zum Katamnesezeitpunkt		
Bulimia nervosa	Anorexia nervosa	Keine manifeste Eßstörung
50%	3,1%	46,9%

Die Probanden, die keine Eßstörungsdiagnose erfüllten, wurden gemäß den Ausprägungsstufen der „Rating Skala bezüglich des psychiatrischen Status der Bulimia nervosa“ (PSRSB) von HERZOG [43] beurteilt, die Ergebnisse zeigt Tabelle 7:

Tabelle 7: Ausprägung der Eßstörungs-Symptome zum Katamnesezeitpunkt in der Gruppe ohne manifeste Eßstörung (ES)			
deutliche ES-Symptome	Partialremission	Residualsymptomatik	„gewohntes Selbst“
26,7%	26,7%	13,3%	33,3%

Die Übersichtsarbeit von FICHTER und QUADFLIEG (1995) zum Einfluß des Erkrankungsalters auf den Verlauf von Eßstörungen, enthält ebenfalls hauptsächlich Aussagen aus Studien zur Anorexie. Die vorgestellten Studien, welche Verlaufsdaten zur Bulimie gesondert enthalten, untersuchen wiederum hauptsächlich Patienten jenseits des Jugendalters. Zusätzlich zur Übersicht der Daten anderer Studien, werden in der Arbeit Daten einer eigenen Studie aus dem Kollektiv der „German Anorexia and Bulimia Nervosa Study“ (GABS) vorgestellt, dessen jugendlicher Anteil auch in der Arbeit der Autoren von 1996 (s.o. und Kapitel 4.2) untersucht wird. Es handelt sich um eine prospektive Longitudinalstudie über insgesamt 635 konsekutiv aufgenommene Patientinnen, welche stationär im Krankenhaus für Verhaltenstherapie in Prien behandelt wurden. In dieser Arbeit wird das Kollektiv willkürlich bei der Altersgrenze von 16 Jahren (Median des Erkrankungsalters in diesem Kollektiv) in zwei Altersgruppen getrennt (früher Krankheitsbeginn <16 J, später Krankheitsbeginn >16 Jahre). Alle Patientinnen dieses Kollektivs wurden allerdings erst im Alter von 16 Jahren oder älter behandelt. Die bulimische Stichprobe setzt sich aus 96 Prb. mit frühem und 100 Prb. mit spätem Krankheitsbeginn zusammen. Die Diagnose wurde nach DSM-IV gestellt. Was die Eßstörungs-Symptomatik betrifft, wurde der Verlauf nach 2 Jahren mittels der PSRSB (s.o.) beurteilt und in „gute“, „mittelmäßige“ und „schlechte“ Verläufe eingeteilt (s. Tabelle 8). Todesfälle gab es keine.

Tabelle 8: Verlaufsergebnisse der Bulimiepatientinnen der Studie GABS, beurteilt mit PSRSB							
Erkrankungs-Beginn	Anzahl Pat.	Verlauf „gut“	%	Verlauf „mittelmäßig“	%	Verlauf „schlecht“	%
<16 Lj	96	21	22,3	36	38,3	37	39,4
>16 Lj	98	26	27,7	28	29,8	40	42,6

Zusätzlich wurde untersucht, wie viele psychiatrische Diagnosen nach DSM-IV zum Katamnesezeitpunkt in dem Kollektiv diagnostiziert wurden (s. Tabelle 9). Mehrfachdiagnosen waren möglich.

Tabelle 9: Psychiatrische Diagnosen zum Katamnesezeitpunkt				
Erkrankungs-Beginn	Affektive Störungen in %	Angst-Erkrankungen in %	Substanzabusus in %	Borderline Persönlichkeitsstörung in %
<16 Lj	37,0	10,9	26,1	5,4
>16 Lj	22,8	15,2	21,7	5,4

Ihre Übersichtsarbeit fassen sie bezüglich der Frage, ob Alter bei Erkrankungsbeginn den Verlauf der Bulimie beeinflusst mit dem Ergebnis zusammen, daß angesichts der widersprüchlichen Ergebnisse der verschiedenen Studien (jüngeres Alter hat positiven Einfluß [1], hat keinen Einfluß [18,69]) keine definitive Aussage gemacht werden kann. Aus den Ergebnissen des GABS geht hervor, daß jüngeres Alter, was weitere psychiatrische Erkrankungen betrifft, einen negativen Einfluß hat (s. Tabelle 9). Was die Eßstörungssymptomatik betrifft konnte wiederum kein Zusammenhang zwischen Alter und Verlauf gefunden werden (s. Tabelle 8). Über ähnliche Ergebnisse berichtet HERPERTZ-DAHZLMANN [41], demnach leiden von der Bulimie geheilte Jugendliche im Verlauf gehäuft an Angsterkrankungen und Depression.

Mangels Untersuchungen zum Spontanverlauf bei Jugendlichen Bulimikern, sollen hier Ergebnisse aus Studien mit Erwachsenen oder altersgemischten Stichproben dargestellt werden. FAIRBURN et al. [16] untersuchte über 5 Jahre alle 15 Monate eine Gruppe von Bulimikern (Alter 16-35J), von denen nur wenige eine Therapie in Anspruch nahmen. Nach 5 Jahren erfüllten 15% noch

die DSM-IV Kriterien für Bulimie, weitere 44% erfüllten die Kriterien einer anderen Eßstörung, somit waren 59% noch manifest eßgestört. Die Kriterien einer Depression erfüllten nach 5 Jahren 41% der Patientinnen, ca. die Hälfte hatte gleichzeitig eine Eßstörung. 15% erfüllten die Kriterien einer Angsterkrankung.

Ein ähnliches Ergebnis ergibt eine Studie von GRILO et al. [36] zum Spontanverlauf von 92 Bulimikern (mittleres Alter 30,6 J.); während einer Nachbeobachtungszeit von 2 Jahren waren 40% in Remission.

KELLER et al. [59] fanden dagegen bei einer Untersuchung von 30 Bulimikerinnen im Alter von 15-54 Jahren, daß nach 3 Jahren 30% weiter in der bulimischen Episode blieben. Die Stichprobe wurde zu 90% in irgendeiner Form ambulant, 15% auch stationär, 7% gar nicht behandelt.

Untersuchungen an jugendlichen Bulimikern zu der Frage, welche Aspekte der Therapie ihrer eigenen Meinung nach den Verlauf der Krankheit beeinflussen, gibt es in der Literatur noch nicht.

2 Patienten und Methoden

2.1 Therapie der Bulimia nervosa in der Filderklinik

Da alle Probandinnen in, vor und nach ihrer Krankheitszeit den unterschiedlichsten Einflüssen unterlagen, soll hier zunächst die einzige Gemeinsamkeit kurz beleuchtet werden: die Therapieintervention an der Filderklinik. Auch wird so besser deutlich, welcher Art die Vorselektion der untersuchten Stichprobe ist.

Das integrative Therapiekonzept der Filderklinik beinhaltet, neben der bei stationärer Therapie von Eßstörungen bewährten Kombination von somatischer Therapie und individuell-biographischen sowie systemisch-familientherapeutischen Herangehensweise, auch therapeutische Maßnahmen, die sich aus Gesichtspunkten der anthroposophischen Medizin und Heilpädagogik ergeben. Diese therapeutische Herangehensweise soll in diesem Kapitel zunächst etwas näher erläutert werden.

2.2 Das Behandlungskonzept

Die Filderklinik wurde 1975 in der Nähe von Stuttgart von anthroposophischer Trägerschaft gegründet. Dort werden anthroposophische Heilmethoden angewendet und weiterentwickelt, deren anthroposophische Grundlagen in Werken des Begründers der Anthroposophie, R.Steiner (1861-1925) dargelegt sind [95,91,96,97,92]. In Vorträgen [93,94,98] und einem grundlegendem Buch [99] sind von STEINER und WEGMANN medizinische Fragen erörtert worden.

Die Klinik hat neben einer Inneren, Chirurgischen und Gynäkologischen Abteilung eine Kinderabteilung mit 33 Betten in die eine psychosomatische Jugendstation (9 Betten) integriert ist, in die die Mehrzahl der behandelten Patienten wegen einer Eßstörung Aufnahme suchen.

Alle seit Bestehen der Station behandelten Patienten wurden von demselben, die Station leitenden Jugendpsychiater und dem Familientherapeuten behandelt, inklusive der Vor- und Nachstationären Behandlung. Während des stationären Teils werden die Patienten von ärztlicher Seite von einem Assistenzarzt, der sich innerhalb der Kinderabteilung im Ausbildungsturnus befindet, mit betreut. Des weiteren gehören Krankenschwestern, Kunsttherapeuten und Physiotherapeuten zum Stationsteam.

Anfragen wegen einer stationären Aufnahme von eßgestörten jugendlichen Patienten erfolgen meist telefonisch durch niedergelassene Ärzte oder Eltern der Patienten. Es werden als erstes ein bis zwei ambulante Vorgespräche mit dem Patienten und seinen Eltern vereinbart. Diese haben zum Ziel, zu einer ersten diagnostischen Einschätzung zu kommen und die Therapiemotivation zu konsolidieren sowie das Behandlungskonzept mit den einzuhaltenden Regeln zu erläutern. Nach diesen Regeln ist es nicht erlaubt körperliche Übungen zum Zwecke der Gewichtsreduktion zu machen, sich aus demselben Grund zu leicht zu kleiden, die Station ohne Absprache zu verlassen sowie zu erbrechen, ohne vorher den Versuch zu unternehmen sich rechtzeitig Hilfe zu holen, um dem Drang zu widerstehen. Gleichzeitig wird klargestellt, daß ein dreimaliger Verstoß gegen die Regeln nach wiederholten Gesprächen zum Abbruch der Therapie führt. Aufnahmebedingung ist, daß der Patient sich aktiv und frei für die erläuterten Bedingungen entscheidet. Kommt eine Einigung hinsichtlich der stationären Behandlung zustande, so wird der Patient in die bestehende Warteliste aufgenommen. Die Wartezeiten liegen zwischen zwei bis zwölf Wochen. Die Nachbehandlung erfolgt anschließend an die stationäre Behandlung durch dieselbe Bezugsperson. Sollte dies bei Patienten, die von weither kommen nicht möglich sein, so wird noch während der stationären Behandlung eine psychotherapeutische Anbindung vor Ort organisiert.

Patienten, die schon vor Aufnahme eine psychotherapeutische Beziehung aufgebaut hatten, kehren meist in diese zurück.

Ziel der stationären Behandlung ist die Entwöhnung von pathologischen Eßgewohnheiten (Entwöhnungsphase), Aufbau und Festigung der erlernten gesünderen Bewältigungsstrategien und das Erreichen einer gewissen Belastbarkeit ohne Zurückfallen in alte Muster (Belastungsphase). Geübt wird dies in Schulversuchen und Wochenendbeurlaubungen in die häusliche Umgebung. Entlassen wird in der Regel nach sechs Wochen, wenn Aussicht besteht, daß das Erlernte gehalten werden kann und die neurosetypische Erkenntnisarbeit in der Einzel- und/oder der Familientherapie begonnen hat und eine Therapieeinsicht besteht für die nachstationäre Psychotherapie. Bei Patienten mit Untergewicht muß zur Entlassung die dritte altersbezogene Gewichtsperzentile erreicht sein. Als Faustregel für die Dauer der nachstationären Behandlung gilt, daß so lange Zeit behandelt wird, wie die Krankheit schon bestand bis zur stationären Aufnahme. Nach Entlassung findet zunächst eine Sitzung pro Woche statt, im Verlauf wird die Frequenz reduziert (Bewährungsphase).

RUCKGABER [80] formuliert als Ziele der gesamten Behandlungszeit:

1. Veränderung der pathologischen Eßgewohnheiten
2. Herstellung eines gesunden Körperbildes
3. Stärkung und Beweglichkeit der Lebens- bzw. Formkräfte
4. Aufbau von Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz
5. Aufgreifen und Wecken von Interessen und Ideen
6. Bearbeiten von Konflikten
7. Entwickeln von Perspektiven und Bewährung

2.2.1 Der stationäre Alltag

Den haltgebenden Rahmen des therapeutischen Konzeptes bildet ein nach heilpädagogischen Gesichtspunkten gegliederter Tagesablauf. Dem Suchtgeschehen, das der Eß- Brechsucht zugrunde liegt, werden Strukturen entgegengesetzt, die mit neuen, gesundenden Gewohnheiten die eingeschliffenen Gewohnheiten der Sucht durchbrechen helfen sollen. Fixpunkte im Tagesablauf sind morgendliche und abendliche therapeutisch geleitete Treffen, die das Interesse für die Welt wecken sollen, gemeinsame Mahlzeiten und ein halbstündiger Spaziergang am Nachmittag. In einem individuellen Stundenplan werden die Therapien und einzelne Schulstunden in der Schule für Kranke festgehalten. Besuche von Angehörigen und Freunden beschränken sich auf die Wochenenden. Telefonkontakte können die Patienten an einem von ihnen gewählten Wochentag haben. Suchtartige Betätigungen wie Computerspiele, Fernsehen oder Musikberieselung werden nicht erlaubt.

Innerhalb der therapeutischen Gemeinschaft wird besonderen Wert gelegt auf eine bewußte Pflege des sozialen Klimas. Persönliche vertrauensvolle Beziehungen zu den Patienten werden angestrebt, somit wird ein gesundes Selbstvertrauen als Voraussetzung für den Aufbau eigener tragfähiger Beziehungen gefördert.

Die Früh- und Mittagsmahlzeiten werden gemeinsam in Anwesenheit von pädagogischen Begleitern in gemüthlicher Atmosphäre ohne jede Essensmengenvorgabe eingenommen. Das Abendbrot nimmt die Gruppe ohne Betreuung ein, was im stationären Rahmen eine dosierte Belastungssituation darstellt. Eßverhalten und Gewicht stehen nicht im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Sie sollen sich viel mehr normalisieren als Folge aller therapeutischen Bemühungen nach dem Wiedererlangen von gesundem Hunger, Appetit und Sättigungsgefühlen. Folglich entfallen Bestafungs- und Belohnungssysteme. Stattdessen wird das Erreichen eines gesunden Augenmaßes, Freude am Essen sowie ein stabiles Gewichtplateau durch eigenständiges Essen angestrebt. Nur in den ersten 10-14 Tagen, der

„Entzugsphase“, erhalten die Bulimikerinnen die krankenhausbliche Diabetesdiät mit 1400kcal pro Tag.

Liegt bei Aufnahme Untergewicht vor, wird zu Beginn der stationären Behandlung gemeinsam mit der Patientin eine untere Interventionsgrenze festgelegt, bei deren Unterschreiten eine Sondenernährung erfolgt. Ziel der Sondierung ist dabei die Lebenserhaltung, nicht der Gewichtszuwachs da dieser durch eigenständiges Essen stabiler ist und besser von der Betroffenen angenommen wird. Das Körpergewicht wird lediglich einmal in der Woche kontrolliert.

Alle zur stationären Therapie aufgenommenen Schüler erhalten, sofern es ihre Verfassung zulässt, von Beginn an Unterricht in der Krankenhausschule, jeweils einzeln oder in Kleingruppen. Hierdurch bleibt eine Verbindung zur „Alltagsrealität“ erhalten. Zudem können so die Schüler auch nach längeren stationären Aufenthalten zumeist wieder in ihre Schulklasse zurückkehren.

2.2.2 Medikamentöse Therapie

Die meisten Patienten erhalten während ihres stationären Aufenthaltes Medikamente aus der anthroposophischen Medizin. Hierbei handelt es sich um Heilmittel aus dem Mineral-, Pflanzen- und Tierreich, die z.T. auch in der Homöopathie in ähnlicher pharmazeutischer Zubereitung verwendet werden. Die jeweilige Indikation ergibt sich jedoch aus Gesichtspunkten der anthroposophischen Menschenkunde (s. dazu z.B. [99,49]).

Antidepressiva und Neuroleptika werden zurückhaltend und möglichst auf den Anfang der stationären Therapie beschränkt eingesetzt. Indikationen sind ausgeprägte depressive Zustände und therapierefraktäre Zwänge. Hormone werden nicht verordnet.

2.2.3 Äußere Anwendungen

Die äußeren Anwendungen nach Gesichtspunkten der anthroposophischen Medizin haben sich in der Behandlung der Eßstörungen besonders bewährt zur Wiedererlangung eines gesunden Körperempfindens. Beruhigende und stoffwechsellanregende Wickel nach dem Mittagessen mit heißem Schafgarbentee oder Kleesäureessenz verhelfen zu körperlichem Wohlbefinden und angenehmer Entspanntheit. Durchwärmende Lavendel- oder Rosmarinbäder beruhigen in angespannten Zuständen bzw. beleben bei träger Verfassung. Die „Rhythmischen Einreibungen“ bei denen Heilmittel in Öl- oder Salbenform in sanften massageähnlichen rhythmischen Streichbewegungen auf einzelne Körperbereiche aufgetragen werden, zielen auf Entspannung, Bewußtwerdung und Annahme der eigenen Körperlichkeit. Die ebenso sanften Organeinreibungen regen, nach Gesichtspunkten der anthroposophischen Medizin, die Funktion des jeweiligen Organs an. Neben der direkten Heilwirkung dienen die äußeren Anwendungen auch der Kontaktaufnahme. Die vorsichtigen Berührungen lösen die oft vorhandene Scheu dem Körper gutes antun zu lassen und schaffen so eine zunehmende Vertrautheit zum eigenen Körper, sowie zu der Pflegekraft, die die Behandlung vornimmt. Nach häufig anfänglichem Erschrecken über diese Therapie, bei der der Körper den Therapeutenhänden anvertraut werden soll, werden die äußeren Anwendungen anschließend sehr geschätzt und genossen.

2.2.4 Künstlerische Therapien

Ziel einer jeden Therapie der anthroposophischen Medizin, v.a. bei psychosomatischen Erkrankungen, ist es für Therapeut und Patient die Krankheit zu verabschieden und sich mit dem Gesunden zu verbinden. Das ist nur möglich, wenn die gesunden Anteile des Patienten angesprochen und gefördert werden. Eine große Hilfe sind dabei die künstlerischen Therapien, die

seit der Begründung der anthroposophischen Medizin wesentlicher Bestandteil ihres therapeutischen Spektrums sind. Sie bilden einen Schwerpunkt bei der Behandlung der Bulimia nervosa in der Filderklinik. Auf der Ebene des fühlenden Menschen helfen die Kunsttherapien bei der Wiedererlangung der durch die Krankheit gestörten Einheit von Leib, Seele und Geist. Nach TREICHLER [103] wird der kranke Mensch durch aktives künstlerisches Tun aus dem Eingeschlossen sein in sich selbst und aus seinem eingeeengten Seelenempfinden zu einer Erweiterung seines Wahrnehmungs- und Empfindungshorizontes geführt wie auch zum Erleben eines neuen kreativen Handlungsraumes. Dabei kommt es beim künstlerisch-therapeutischen Tun nicht auf den Ausdruck von Gefühlen an, sondern auf das Einüben bestimmter therapeutischer Prozesse. Sie geben dem Patienten durch Ausgleichen der leiblichen oder seelischen Einseitigkeiten, die zur Erkrankung geführt haben, die Möglichkeit durch Eigenaktivität jene Einseitigkeiten zu überwinden. Die verschiedenen künstlerischen Therapien sind modifizierte Künste mit unterschiedlichen Indikationen und differenzierten Wirksamkeiten. In jeder einzelnen künstlerischen Therapie wird stets für jeden Patienten ein individueller Weg gefunden. Über die speziellen Ziele der künstlerischen Therapien hinaus sollen sie Freude und Begeisterung auslösen und neues Interesse an der Welt wecken.

Die verschiedenen Kunsttherapien werden im Folgenden kurz erläutert.

a) Bothmer - Gymnastik

Die Bothmer - Gymnastik wurde ursprünglich von BOTHMER [10] für die Waldorfschulen als Bewegungstherapie aus den Grundlagen der anthroposophischen Menschenkunde entwickelt. Durch gezielte Eingliederung der gymnastischen Übungen in die drei Raumesrichtungen wird in der Bothmer-Gymnastik geübt wieder eine gesunde Beziehung zu seinem Körper herzustellen. Weitere Wirkungen der Bothmer-Gymnastik sind nach RUCKGABER [79] eine Steigerung der Belastbarkeit und Durchhaltekraft, eine

Aktivierung der Eigenwärme, eine gesteigerte Tatfreudigkeit sowie eine Festigung des Selbstbewußtseins. Die Jugendlichen der Station nehmen als Gruppe an dieser Therapie teil. Dadurch werden auch Aspekte des sozialen Empfindens geschult, z.B. wird bei Wurfübungen erlebbar, daß etwas bei dem anderen so „ankommt“, wie es gegeben wird.

b) Therapeutische Sprachgestaltung

Bei dieser Behandlungsform werden mit den Jugendlichen dramatische, lyrische und epische Texte in künstlerischer Form erarbeitet. Durch diese neue Ausdrucks- und Entfaltungsmöglichkeit soll eine Stärkung der Willenskräfte und des Selbstbewußtseins erzielt werden. Bei der therapeutischen Sprachgestaltung geht es nach MAINTIER [66] jedoch nicht nur um den Ausdruck des gesprochenen Inhaltes, sondern nach Gesichtspunkten der Anthroposophie auch um die Wirkung des Lautbildens an sich beim Sprechen auf den gesamten Organismus.

c) Heileurythmie

Diese Bewegungstherapie, wurde von R. Steiner 1921 in enger Zusammenarbeit mit Ärzten aus der von ihm 1912 geschaffenen Bewegungskunst Eurythmie entwickelt. In den darauffolgenden Jahrzehnten fand eine weitere Differenzierung und Entwicklung der Heileurythmischen Übungen statt, was zu einer Ausweitung ihrer Anwendungsbereiche führte. Die Übungen werden nach ärztlicher Anordnung von diplomierten Heileurythmisten ausgeführt. Aus der anthroposophischen Menschenkunde ergeben sich Zusammenhänge zwischen äußeren Bewegungsabläufen in den Übungen und Organfunktionen. Neu und regelmäßig erübte Bewegungsabläufe, die eine Verwandtschaft mit Sprachelementen zeigen, sollen auf die Organfunktionen gesundend wirken. BRÄUNER-GÜLOW, Heileurythmistin der Psychosomatischen Jugendstation der Filderklinik, gibt zusammenfassend die Anregung des Stoffwechsels und der Atmung sowie die Förderung der

Eigenwahrnehmung und der seelischen Schwingungsfähigkeit als therapeutische Ziele ihrer Arbeit mit den Eßgestörten Jugendlichen an.

d) Maltherapie und Therapeutisches Plastizieren

In diesen gestalterischen Therapien werden Fähigkeiten erübt, die durch die Krankheit unterdrückt wurden oder sich noch nicht entwickeln konnten. Hierbei kommt den Farben, beim Plastizieren den Formqualitäten, eine wesentliche Bedeutung zu. Auch hier kommt es darauf an Einseitigkeiten aufzulösen und durch Entwicklungsschritte in mehreren Bildern oder Skulpturen in eine gesundende, harmonische Richtung zu lenken. Dabei werden innere Farb- bzw. Formempfindungen zu neuem Leben erweckt, was mittelbar das Empfindungsleben differenziert, bereichert und somit gesunden hilft. Das Malen und Plastizieren findet für die Patienten viermal wöchentlich statt, jeweils in Kleingruppen mit bis zu 4 Teilnehmern.

e) Musiktherapie

Kaum eine andere Kunst berührt das seelische Leben des Menschen so unmittelbar wie die Musik. Nach REINHOLD, (Musiktherapeutin in der Filderklini) und HUSEMANN [48] erkennt die anthroposophische Menschenkunde eine enge Verwandtschaft der Musik mit der seelischen und leiblichen Entwicklung des Menschen und bildet differenzierte Vorstellungen darüber aus, wie einzelne Töne und auch verschiedene Instrumente auf den Menschen wirken. Hieraus ergeben sich die Indikationen und Ziele bei der Behandlung der Bulimia nervosa. Die Musiktherapie soll Hülle und Halt bieten und durch Interesse und Freude am Spiel seelisch erwärmen und die Schwingungsfähigkeit stärken.

Wie bei allen künstlerischen Therapien muß auch im Umgang mit der Musik bei jedem Patienten ein individueller Weg gefunden werden. Ist es gelungen, das Interesse für die Musik zu wecken, so kommt im weiteren der Freude am Spiel eine wesentliche therapeutische Bedeutung zu auf dem Weg, die eigene Lebensfreude wieder zu erlangen. So werden spielerisch verschiedene musikalische Qualitäten erübt und zu freiem Ausdruck gebracht. Die in der Therapie erarbeiteten Musikstücke werden gegen Ende des stationären Aufenthaltes vor den Mitpatienten aufgeführt. Dies fördert das Selbstbewußtsein und die Fähigkeit, Begonnenes zu einem Abschluß zu bringen.

2.2.5 Psychotherapie

Ein- bis zweimal wöchentlich finden psychotherapeutische Einzelgespräche mit dem ärztlichen Therapeuten statt, zusätzlich erfolgt 14-tägig eine systemisch-Familientherapeutische Sitzung, zu denen die Eltern und Geschwister der Patienten eingeladen werden. Die Einzelgespräche stützen sich methodisch auf die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie nach ROGERS [76] und die Fokalthherapie nach BALINT [6]. Darüber hinaus fließen Gesichtspunkte der anthroposophischen Menschenkunde, wie sie beispielsweise TREICHLER [104] in seinem Buch „Die Entwicklung der Seele im Lebenslauf“ dargestellt hat, in die Therapie mit ein. Eine eigenständige anthroposophische Psychotherapie existiert bisher nicht. Geleitet von dem Familien- und Psychotherapeuten finden einmal in der Woche Gruppengespräche statt, für die jede Patientin eine Frage bereithalten soll. So werden von den Patientinnen selbst gewählte Themen besprochen zur Bewältigung der nächsten Zukunft, wie Verhalten in Belastungssituationen, Prognose der Krankheit, allgemeine Aufklärung über Eßstörungen etc.

2.2.6 Therapeutische Konferenz

Die „Therapeutische Konferenz“ ist ein wesentlicher Bestandteil des Therapiekonzeptes. Hier wird wöchentlich jeder Patient in zusammengefaßter Form bezüglich des aktuellen Stands seiner Fortschritte in Anwesenheit aller an der Behandlung beteiligten Ärzte und Therapeuten besprochen. Zusätzlich erfolgen ausführliche Vorstellungen eines jeden Patienten 2-3 Mal im Laufe seiner stationären Behandlung. Dies geschieht in der Eingangs- und Endphase und ggf. auch im mittleren Behandlungsdrittel, wenn besondere therapeutische Fragen auftreten. In der Konferenz stellen alle Teilnehmer ihre bisherigen Erfahrungen mit dem Patienten dar. So entsteht ein lebendiges vielschichtiges Bild des vorliegenden Genesungsprozesses aus der Krankheit. Im anschließenden Gespräch können regelmäßig neue therapeutische Ideen und Entscheidungen gefaßt werden. In ihrem übenden Charakter dient die therapeutische Konferenz auch der gemeinsamen Weiterbildung.

2.3 Beschreibung der Patienten (Ausgangsstichprobe)

2.3.1 Identifizierung der Zielgruppe

Patienten mit folgenden Eingangskriterien wurden aufgenommen:

1. Patienten die in dem Zeitraum von 1986 bis 2001 auf der psychosomatischen Jugendstation der Filderklinik wegen einer Bulimia nervosa oder Anorexia nervosa vom bulimischen Typ stationär behandelt wurden und rückblickend die Kriterien der Bulimia nervosa bzw. Anorexia nervosa vom Binge-Eating/Purging Typus des DSM IV erfüllen.

2. Das 21.Lebensjahr war bei Aufnahme noch nicht abgeschlossen.
3. Die Therapie wurde nicht frühzeitig abgebrochen.

In den konsekutiv gesammelten Akten und Arztbriefen aller seit bestehen der psychosomatischen Jugendstation der Filderklinik wegen einer Eßstörung behandelten Patienten fanden sich 97 Patientinnen und 1 Patient ³ in der genannten Altersgruppe mit der Diagnose Bulimia nervosa bzw. Bulimarexie⁴. Bei diesen Patientinnen wurde retrospektiv die Gültigkeit der früher gestellten Diagnose anhand der diagnostischen Kriterien nach DSM-IV und ICD-10 überprüft. (Diese Kriterien bestehen in dieser Form erst seit 1994.) Dazu wurden aus Ambulanzakte, stationärer Akte und Arztbrief die Daten extrahiert, die zur Verifizierung der Diagnose nötig sind. Fehlende Daten wurden in extra zu diesem Zweck geführten retrospektiven Gesprächen über die einzelne Patientin mit dem Leiter der Station, der ausnahmslos alle zu untersuchenden Patientinnen betreut hat, ergänzt. Daten, die auch auf diesem Weg nicht zu rekonstruieren waren, wurden bei der Nachuntersuchung durch ergänzende Fragen bezüglich des Bestehens der Diagnosekriterien zum Aufnahmezeitpunkt von der Patientin retrospektiv erhoben.

Bei 4 Patientinnen konnte nach Sichtung der Krankenakten, bei weiteren 4 Patientinnen nach dem Interview, die Diagnose nicht bestätigt werden, da sie nicht das Kriterium der regelmäßigen Eßattacken erfüllten.

Von den verbliebenen 90 Patientinnen konnte bei 73 Patientinnen die Diagnose Bulimia nervosa bestätigt werden, auf weitere 17 Patientinnen traf die Diagnose Anorexia nervosa vom Binge- Eating/Purging- Typus ⁵ zu.

³ Da nur ein männlicher Patient an der Studie teilnahm, wird im Weiteren zur Vereinfachung unabhängig vom Geschlecht der Begriff „Patientin“ bzw. „Probandin“ (Abkürzung Prb.) verwendet.

⁴ Eine Bezeichnung aus der Zeit des DSM-III-R, in der Betroffene, die die Kriterien für An und Bn erfüllten beide Diagnosen zugleich galten.

⁵ Da die Patientinnen zum Großteil bei Aufnahme amenorrhöisch waren, war oft das Gewicht für die Diagnosestellung ausschlaggebend. Die vom DSM-IV gezogene Grenze zum Untergewicht bei weniger als 85% des zu erwartenden Gewichts wurde bei den Heranwachsenden durch den im Algorithmus des SIAB angewendeten altersbezogenen BMI ersetzt.

Eine Patientin wurde nur zwei Wochen im Sinne einer Krisenintervention nach Suizidversuch stationär betreut, B.n. war hier nur eine Nebendiagnose, die zu behandeln von vornherein nicht Auftrag der Therapeuten war.

5 Patientinnen wurden wegen frühzeitigen Abbruchs der stationären Behandlung aus der Studie ausgeschlossen.

Es erfüllten also 84 Patientinnen die Eingangskriterien der Studie.

An dieser Stelle ist zu erwähnen, daß eine gewisse Vorselektion der Patientinnen schon entstanden ist durch die Aufnahmebedingungen der Psychosomatischen Jugendstation der Filderklinik zur stationären Behandlung. So können auf dieser Station keine Patienten, die akut psychotisch oder suizidal sind, behandelt werden. Patienten, die in den ambulanten Vorgesprächen nicht zu einer stationären Therapie zu motivieren waren, werden nicht gegen ihren Willen aufgenommen. Somit fallen bei den auf dieser Station therapierten Patienten Suizidalität, Motivationslosigkeit und Psychosen als die Behandlung erschwerende Faktoren von vornherein weg.

2.3.2 Anamnestische und klinische Daten

a) Prämorbide Auffälligkeiten

Vor Auftreten der bulimischen Verhaltensweisen haben 30 der untersuchten 58 Prb. eine anorektische Episode durchgemacht. Außerdem wurden in jeweils zwei Fällen Depression, Enuresis bis zur Pubertät, Adipositas bzw. Kleptomanie als prämorbid auffälligkeit dokumentiert, in jeweils einem Fall wurden Schlafstörungen, Battered-Child-Syndrom bzw. Hypomanie beschrieben. Insgesamt wurden bei 37 von 58 Prb. prämorbid auffälligkeiten dokumentiert.

b) Psychiatrische Erkrankungen in der Primärfamilie

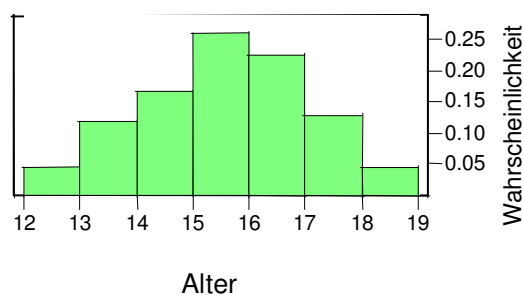
Wegen des therapeutischen Schwerpunktes auf der Familientherapie, sollen hier die aus den Patientenakten entnommenen Daten zu psychiatrischen Erkrankungen in der Herkunftsfamilie aufgelistet werden.

Tabelle 10: Häufigkeit psychiatrischer Erkrankungen in der Primärfamilie (n=84)	
Depression/ Zykllothymie (Elternteil)	11
Depression (Tante/Großelternanteil)	5
Depression (mehrere Familienmitglieder)	4
Alkoholkrank (Elternteil)	4
Alkoholkrank (Großelternanteil/Onkel)	4
Eßstörung (Elternteil/Cousine)	4
Schizophrenie (Elternteil)	2
Schizophrenie (Onkel)	1
Spielsucht (Vater)	1

c) Alter bei Erkrankungsbeginn

Das durchschnittliche Alter (der gesamten Stichprobe n=84) bei Beginn der Bulimie lag bei 15 Jahren und 6 Monaten. Die Jüngste war 12 Jahre und 2 Monate, die Älteste 18 Jahre und 4 Monate bei Erkrankungsbeginn.

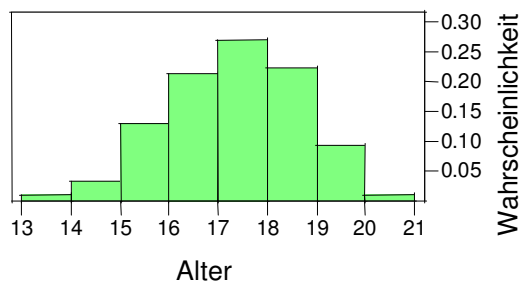
Abbildung 1: Altersverteilung bei Erkrankungsbeginn



d) Alter bei Aufnahme in die Filderklinik

Die jüngste zur Behandlung einer Bulimie aufgenommene Patientin war bei Aufnahme 13 10/12 Jahre, die älteste 20 Jahre alt. (Durchschnittliches Alter bei Aufnahme 17 3/12 Jahre).

Abbildung 2: Altersverteilung bei Aufnahme in die Filderklinik



Von Erkrankungsbeginn bis Aufnahme in die Filderklinik sind im Durchschnitt der Gesamtstichprobe (n=84) 21 Monate vergangen (Median 16 Monate, mindestens 3, höchstens 60 Monate).

e) BMI bei Aufnahme

Bei Aufnahme betrug der BMI im Mittel 19,15 kg/m² (Median 18,8 kg/m²). Der geringste BMI betrug 12,5 kg/m², der (mit Abstand) höchste 26,7 kg/m². (Daten der Gesamtstichprobe n=84)

2.3.3 Behandlung vor Aufnahme in die Filderklinik

a) Ambulante Vorbehandlung

Die durchschnittliche Zeit vom Erkrankungsbeginn bis zum Beginn einer ersten Behandlung betrug 14 Monate (Median 12 Monate, mindestens 2 Wochen, höchstens 5Jahre). Tabelle 11 zeigt wie häufig welche ambulanten Therapien vor der Aufnahme in die Filderklinik in Anspruch genommen wurden.

weder ambulante noch stationäre Vorbehandlung	34
Psychotherapie	31
Hausärztliche/ Psychiatrische Behandlung	4
ärztliche Behandlung und Psychotherapie	2
städtische Beratungsstelle	9
Heilpraktiker / Heilpädagogik / Autogenes Training / Selbsthilfegruppe	4 (je1x)

b) Stationäre Vorbehandlung

Von allen 84 Patientinnen wurden 10 vor Aufnahme in der Filderklinik stationär behandelt, zwei von ihnen je zweimal.

2.3.4 Behandlung in der Filderklinik

a) Medikamentöse Therapie

Alle Patientinnen erhielten Medikamente nach anthroposophischen Gesichtspunkten, wobei die Indikation von der jeweiligen aktuellen Symptomatik und der individuellen Konstitution abhängig ist.

Psychopharmaka wurden in der Regel auf die Eingangsphase begrenzt. Insgesamt erhielten 18 von allen 84 Patientinnen während des ersten Stationären Aufenthaltes Psychopharmaka. Tabelle 12 zeigt, wie oft die einzelnen Präparate einzeln oder in Kombination gegeben wurden.

Präparat	Anzahl der Verordnungen
Perazin (Taxilan)	6
Amitryptilin (Saroten)	6
Fluspirilen (Imap)	5
Maprotilin (Ludiomil)	3
Imipramin (Tofranil)	1
Clomipramin (Anafranil)	1
Lithium (Quilonum)	1

b) Psychotherapie, Künstlerische Therapien, Heileurythmie und Äußere Anwendungen

Im weiteren wurden alle Patientinnen mit den in Kapitel 2.2 erläuterten besonderen Therapieformen und psychotherapeutisch behandelt, wobei nicht jeder Patientin alle Kunsttherapien verordnet wurden, sondern zumeist eine Kombination aus zwei bis drei verschiedenen Therapien. In Kapitel 3.8 wird näher auf die subjektive Beurteilung der einzelnen Therapien durch die Probandinnen eingegangen.

c) Behandlungsdauer des (ersten) Aufenthaltes in der Filderklinik und Wiederaufnahmen

Die Behandlungsdauer in der Filderklinik betrug im Mittel 62,5 Tage (Median 57 Tage) mit einer Streubreite von 16 bis 131 Tagen (n=84). 13 Patientinnen wurden noch ein weiteres mal, eine Patientin weitere zwei und eine Patientin weitere drei mal wegen der Eßstörung in die Filderklinik aufgenommen.

2.3.5 Nachsorge

Zur Festigung des Therapieerfolges wurde den Patientinnen bei Entlassung fast ausnahmslos eine ambulante Therapiefortsetzung empfohlen. Oft bestand für eine Weile noch die Anbindung an den behandelnden Therapeuten in Form von Psychotherapie- und Familientherapiesitzungen oder weiterer Kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung. Vier Patientinnen wurde empfohlen, anschließend in eine Rehabilitationseinrichtung zu gehen. (Eine solche befindet sich unweit der Filderklinik und wird von demselben Kinder- und Jugendpsychiater geführt, wie die Station in der Filderklinik und arbeitet wie diese nach anthroposophischen Gesichtspunkten.)

2.4 Katamnestische Untersuchung

2.4.1 Auswertung der Krankenakten

Seit Bestehen der Station wurden konsekutiv alle Arztbriefe der wegen einer bulimischen Eßstörung behandelten Patientinnen für eine zukünftige Auswertung gesammelt. Diese, sowie die dazugehörigen Akten wurden sorgfältig bezüglich der Anamnese und des Ausgangsbefundes gesichtet und die nötigen Daten zur Verifizierung der Diagnose nach DSM-IV und ICD-10 extrahiert.

2.4.2 Kontaktaufnahme

Alle ehemaligen Patientinnen erhielten eine schriftliche Einladung zu einer persönlichen Nachuntersuchung in der Filderklinik an die Adresse, die die

Eltern oder der Arzt, an den der Entlassungsbrief ging, auf telefonische Anfrage angegeben haben oder die über die Telekom ermittelt werden konnte.

Um eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erreichen, wurde in dem Anschreiben Anonymität zugesichert, über die Ziele der Studie informiert und auf die Notwendigkeit einer möglichst vollständigen Teilnahme als Voraussetzung für die Verwertbarkeit der Nachuntersuchung hingewiesen. Zudem orientierte sich die Gestaltung des Anschreibens an Ergebnissen aus einer Studie von FRIEDERICHS [32] über „Formale Aspekte zur Erhöhung der Rücklaufquote“, wonach bei Berücksichtigung scheinbarer Nebensachen, wie z.B. farbige, mit Hand beschriftete Briefumschläge, persönliche Anrede usw. eine Rücklaufsteigerung um 55 Prozentpunkte erreicht werden konnte.

Nach zwei Monaten wurde ein Erinnerungsschreiben an alle Probandinnen verschickt, die sich bis dahin noch nicht gemeldet hatten. Sofern binnen drei Wochen keine Rückmeldung vorlag, erfolgte telefonisch nochmals die Schilderung des Anliegens mit der Bitte um Teilnahme. Viele Probandinnen meldeten zunächst ihre Teilnahme an, sagten dann jedoch ihren Termin ab oder kamen nicht zur ausgemachten Zeit. In solchen Fällen wurde häufiger telefonisch und schriftlich in persönlicheren Anschreiben erinnert und auf die individuelle Situation eingegangen.

2.4.3 Untersuchungsinstrumente

a) Das Strukturierte Inventar für Anorektische und Bulimische Eßstörungen (SIAB)

Als Untersuchungsinstrument für die Fragestellung bezüglich der Symptome gestörten Eßverhaltens und weiterer Psychopathologien (wie Angst, Depression) sowie der Bereiche „soziale Integration und Sexualität“ wurde das „Strukturierte Inventar für Anorektische und Bulimische Eßstörungen“ (SIAB) als Experteninterview gewählt [21]. Das SIAB liegt in deutscher (und englischer)

Sprache und auch als Fassung für Jugendliche (ab 12 Jahre) sowie als Selbstbeurteilungsverfahren in Fragebogenform vor. Für die vorliegende Arbeit wurde das Experteninterview verwendet. Dieses enthält 87 Fragen, die ausgehend von den aktuellen Diagnose-Systemen DSM-IV und ICD-10 alle relevanten Symptome gestörten Eßverhaltens sowie weitere psychopathologische Symptome deskriptiv erfassen (Beispielfragen s. Anhang). Mit Ausnahme der Items, die ausschließlich differentialdiagnostischen Zwecken dienen, werden alle Fragen auf einer Schweregradskala von Score 0 (Symptom nicht vorhanden) bis Score 4 (Symptom sehr stark/sehr häufig vorhanden) beantwortet. Dazu liegt ein ausführliches Manual mit Hinweisen und Beispielen für den Untersucher vor. Die Symptomausprägungen werden zum einen für die letzten drei Monate vor dem Interview („jetzt“) erfragt. Zum anderen kann erfragt werden, wie stark das jeweilige Symptom vor den letzten drei Monaten in seiner stärksten Ausprägung bestand („früher“). Letzteres wurde in der vorliegenden Arbeit aufgrund der methodischen Ungenauigkeit, die in einem Vergleich von Symptomen innerhalb eines langen mit einem kurzen Zeitraum liegt nicht ausgewertet.

Faktorenanalysen der Items ergaben folgende sechs Subskalen, zu denen Summenwerte zur Auswertung gebildet werden [26] und aus denen zusätzlich ein Gesamt-Summenwert gebildet werden kann:

- I. Körperschema und Schlankheitsideal
- II. Allgemeine Psychopathologie
- III. Sexualität und soziale Integration
- IV. Bulimische Symptome
- V. Gegensteuernde Maßnahmen, Substanzmißbrauch und Autoaggression
- VI. Atypische Eßanfälle

Die Autoren des SIAB, FICHTER und QUADFLIEG, wendeten in einer Katamnesestudie [20] eine weitere von ihnen entworfene Auswertungsmöglichkeit an, den sog. „Categorical Outcome“. Dieser besteht aus folgenden zehn „Outcomescales“:

1. Zentriertheit auf Essen und Gewicht
2. Freßattacken
3. Gegensteuernde Maßnahmen
4. Körpergewicht (s. Abschnitt 2.4.4)
5. Depression
6. Zwänge
7. Ängste
8. Substanzabusus
9. Sexuelle Probleme
10. Probleme im Sozialverhalten

Ein Outcomescale ist definiert als der jeweils höchste Score (ebenfalls zwischen 0 und 4) innerhalb einer Gruppe speziell ausgesuchter 3-6 Fragen. Z.B. ist der Outcomescore „Freßattacke“ definiert als der höchste von der Patientin angegebene Score (z.B. 3) von einem der drei Items „objektive Freßattacke“, „durchschnittliche Häufigkeit der Freßattacken“ und „Kontrollverlust beim Essen“. Aus den gerundeten Mittelwerten der zehn Outcomescales kann zudem ein sog. „**Global Outcome**“ berechnet werden, der das Ergebnis in die Kategorien „gut“, „mittel“ und „schlecht“ einteilen läßt. Diese Auswertungsmöglichkeit wurde für diese Arbeit ebenfalls übernommen.

Eine Untergruppe von Fragen des SIAB kann benutzt werden, um eine Eßstörungsdiagnose nach DMS-IV und/oder ICD-10 zu stellen. Diese Fragen wurden im Interview zusätzlich auf den Zeitpunkt der stationären Aufnahme bezogen, um retrospektiv die Diagnose zum Aufnahmezeitpunkt zu verifizieren.

(Da es unmöglich erscheint, sich an alle 87 einzelnen Symptomausprägungen zu einem bestimmten Zeitpunkt vor mehreren Jahren erinnern zu können (Aufnahmezeitpunkte), wurde sich auf die zur Verifizierung der Diagnose bei Aufnahme notwendigen Fragen beschränkt. Somit ist nur ein Vergleich des jetzigen mit dem jeweils schlechtesten Zustand möglich.)

Die Auswertung des SIAB ergibt also

1. Die nach der Handanweisung des SIAB angegebene Kodierung der o.g. sechs Faktoren auf einer Schweregradskala von 0 (Symptom nicht vorhanden) bis 4 (Symptom sehr stark vorhanden). Hier lassen sich Mittelwerte der sechs Faktoren darstellen
2. 10 Outcomescales mit daraus errechenbarem „Global Outcome“ und Möglichkeit der Einteilung des Verlaufsergebnisses in „gut, mittel, schlecht“
3. Die Diagnose einer Eßstörung nach DSM IV oder ICD 10 (bzw. deren Ausschluß).

Da sich die einzelnen, der im Manual vorgeschlagenen sechs Subskalen zum Teil mit den zehn Outcomescales in ihrer Aussage überschneiden und nur der „Global Outcome“ eine Auswertungsmöglichkeit des Verlaufes in „gut, mittel, schlecht“ anbietet, wurde in der Vorliegenden Arbeit die Auswertung mit den zehn Outcomescales bevorzugt und nur ergänzend die Subskalen I. und IV. dargestellt.

b) Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R)

Bei der Frage nach auffälligen Persönlichkeitsmerkmalen in der untersuchten Stichprobe wurde „Das Freiburger Persönlichkeitsinventar“ (FPI) als Untersuchungsinstrument verwendet [15]. Der Fragebogen des FPI wurde schon mit der ersten Einladung zur Nachuntersuchung verschickt mit der Bitte, den Bogen ausgefüllt zur Untersuchung mitzubringen.

Mit dem FPI läßt sich die Ausprägung von 12 relativ überdauernden Persönlichkeitsmerkmalen quantitativ einordnen. Dazu beantworten die Probandinnen 138 Aussagen über das eigene Denken, Fühlen und Handeln mit „stimmt“ oder „stimmt nicht“. Diese 138 Items sind 12 Skalen zugeordnet:

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| 1. Lebenszufriedenheit | 7. Beanspruchung |
| 2. Soziale Orientierung | 8. Körperliche Beschwerden |
| 3. Leistungsorientierung | 9. Gesundheitssorgen |
| 4. Gehemmtheit | 10. Offenheit |
| 5. Erregbarkeit | 11. Extraversion |
| 6. Aggressivität | 12. Emotionalität |

Jede dieser Skalen wird jeweils in seiner Ausprägung über Standardwerte (Stanine) von 0 (geringe Ausprägung) bis 9 (starke Ausprägung) beurteilt, wobei sich 54% der für Deutschland als repräsentativ befundenen Bevölkerung jeweils zwischen den Werten 4–6 bewegen.

Bei der Frage, ob ein gutes oder schlechtes Outcome mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen korreliert, wurden die einzelnen Skalen des FPI in Bezug zum „Global Outcome“ des SIAB gesetzt und mittels Fisher's exaktem Test auf Zusammenhänge überprüft.

c) Der General Outcome Score

Die Probandinnen, die in ihrer Krankengeschichte die Kriterien der Anorexia nervosa gleich welchen Typs und zu welchem Zeitpunkt einmal erfüllt haben, wurden zusätzlich noch mit dem General Outcome Score nach MORGAN und RUSSEL [70] hinsichtlich ihrer anorektischen Symptomatik zum Katamnesezeitpunkt wie folgt beurteilt:

Gut	wenn das Körpergewicht 85-115% des Idealgewichtes beträgt ⁶ <u>und</u> eine regelmäßige Menstruation vorliegt
mittelmäßig	wenn das Körpergewicht 85-115% des Idealgewichtes beträgt <u>oder</u> eine regelmäßige Menstruation vorliegt
schlecht	wenn das Körpergewicht außerhalb von 85-115% des Idealgewichtes liegt <u>und</u> die Menstruation fehlt.

⁶ Bezüglich der Richtlinien zum Idealgewicht (s. 2.4.4)

d) Ergänzender Fragebogen

Ein Extrafragebogen wurde erstellt zur Erhebung von ergänzenden Daten zur Anamnese, Zwischenanamnese (Fragen über die Weiterbehandlung nach Entlassung sowie zu Schulabschluß und beruflicher Situation) und zur subjektiven Beurteilung der einzelnen Komponenten des Therapiekonzeptes der Station. (s. Anhang)

2.4.4 Gewichtskriterien

Wie schon in Kapitel 1.1.1 bei der Ausführung der aktuellen Diagnosekriterien deutlich wird, entscheidet oft das Gewicht darüber, ob nach DSM-IV die Diagnose Anorexia nervosa B/P oder Bulimia nervosa gestellt wird. Zur Definition, wann Untergewicht vorliegt, müssen Alter und Geschlecht berücksichtigt werden. Dafür wurden in der vorliegenden Arbeit folgende Grenzwerte aus dem Algorithmus des SIAB jeweils als Minimum des für Alter und Körpergröße normalen Körpergewichts definiert. Diese Werte wurden auf der Grundlage der Perzentil-Normen von HEBEBRAND et al. [39,40] festgelegt.

Alter in Jahren	BMI Frauen (kg/m²)	BMI Männer (kg/m²)
10-12	≤14,9	≤15,0
13-14	≤16,0	≤16,3
15-16	≤16,8	≤17,2
ab 17	≤17,6	≤18,6

2.4.5 Ausführung der Untersuchung und Auswertung

Die Untersuchungen fanden in der Filderklinik statt und gliederten sich in drei Abschnitte. Ein einleitendes Gespräch diente dem persönlichen Kontakt, in dem das Anliegen der Studie und der Verlauf der Untersuchung besprochen wurden. Es folgte das ca. 1½ - 2 stündige Interview mittels des SIAB und der ergänzenden Fragen. Dabei waren wesentliche Beobachtungen zum psychiatrischen Status möglich. Befund und Interview wurden schriftlich fixiert. Anschließend wurde die Probandin (in leichter Hauskleidung, ohne Schuhe) gewogen und gemessen. Zuletzt konnte die Probandin, wenn der Wunsch bestand, „ihre“ ehemalige Station besuchen und ein Gespräch mit ihrer damaligen Bezugsperson führen, was zumeist gerne wahrgenommen wurde.

Zur Auswertung der mit dem SIAB erhobenen Daten wurde anschließend, auf Grundlage des zum SIAB gehörenden Auswertblattes, des Algorithmus nach DSM-IV und der Angaben aus der Katamneseuntersuchung von FICHTER und QUADFLIEG 1997 [20], ein Tabellenkalkulationsprogramm entwickelt.

3 Ergebnisse der katamnesticen Studie

3.1 Beschreibung der Katamnese Stichprobe

3.1.1 Teilnahme an der Katamneseuntersuchung

Der Rücklauf aller angeschriebenen Probandinnen, die bei Aufnahme die Diagnosekriterien entweder der Bulimie oder der Anorexie B/P erfüllten wird in Tabelle 13 dargestellt:

Tabelle 13: Rücklauf und Gründe für Nichtteilnahme an der Katamneseuntersuchung	
Untersuchung erfolgt	58 (69%)
unbekannt verzogen	3 (3,6%)
keine Antwort	11 (13,1%)
telefonische Zusage, dann aber nicht erschienen	8 (9,5%)
Elternteil wehrte ab	2 (2,4%)
Ausführlicher Brief über Verlauf, hielt es für „nicht nötig zu kommen“, bzw. Mitteilung, daß sie „keine Zeit“ habe	2 (2,4%)
Insgesamt	84 (100%)

Von den 58 untersuchten Probandinnen hatten 46 bei Aufnahme in die Filderklinik eine Bulimia nervosa und 12 Probandinnen eine Anorexia nervosa Binge-Eating/Purging Typ.

Von insgesamt 26 Probandinnen waren keine oder nur ungenügende Informationen zu erhalten. Von 11 Probandinnen, die sich nicht gemeldet haben, konnte bei 3 Prb. von der Mutter in Erfahrung gebracht werden, daß es der Tochter gut ginge, sie aber wenig Zeit hätte. Eine weitere Mutter berichtete, daß die Tochter noch zwei mal wöchentlich psychotherapeutisch behandelt würde, aus den Akten einer weiteren der 11 Probandinnen ging hervor, daß

diese nachstationär wegen einer Persönlichkeitsstörung vom ängstlich abhängigen Typ weiterbehandelt wurde. Zwei der acht Probandinnen, die zunächst zusagten, dann aber nicht erschienen, haben jedoch den FPI ausgefüllt zurückgeschickt. Eine der Mütter, die die Anfrage nach einer Nachuntersuchung abwies sagte, es ginge der Tochter gut, sie habe ein Kind, eine weitere Untersuchung sei unnötig. Die Patientin, die mitteilte nicht kommen zu wollen, schrieb, daß es ihr sehr gut ginge und sie voll im Berufsleben stünde.

3.1.2 Behandlung im Katamneseintervall

Bei der Angabe der erfolgten Weiterbehandlung waren Mehrfachnennungen möglich. Welche ambulanten Therapien nach Entlassung aus der Filderklinik in Anspruch genommen wurden, zeigt Tabelle 14:

Psychotherapie	46
(Kinder- und Jugend)Psychiater	11
Familientherapie	5
Hausarzt	5
Kunsttherapie	5
Behandlung in Beratungsstelle/ Selbsthilfegruppe	3
Rhythmische Massage	2

Tabelle 15 zeigt wie viele der untersuchten Probandinnen in der Katamnesezeit wegen einer Eßstörung stationär behandelt wurden und wie häufig:

Tabelle 15: Stationäre Behandlung im Katamneseintervall (n=58)			
Anzahl der stationären Behandlungen	1	2	3
Anzahl der Patientinnen	10	6	1
davon in der Filderklinik	4	5 je ein Mal	2

Im Anschluß an den stationären Aufenthalt in der Filderklinik waren 7 Patientinnen in einer Rehabilitationseinrichtung für psychische Erkrankungen im Jugendalter untergebracht.

Bei 5 der 58 untersuchten Probandinnen erfolgte weder eine ambulante, noch eine stationäre Weiterbehandlung. (Drei von ihnen wurde bei Entlassung dementsprechend nur „bei Bedarf“ eine Weiterbehandlung empfohlen.)

3.1.3 Katamnesezeitdauer und Alter der Patienten bei Katamnese

Die angegebene Katamnesezeitdauer errechnet sich aus dem Intervall vom Tag der Aufnahme zur ersten stationären Behandlung in der Filderklinik bis zum Tag des Interviews. Die Katamnesezeit reichte von 11 Monaten bis 16 Jahren und 3 Monaten, der Median lag bei 4 Jahren und 5 Monaten.

Das durchschnittliche Alter zum Zeitpunkt der Katamnese betrug 23 Jahre (von 16 bis 32Jahre, Median 21 4/12 Jahre).

3.1.4 Bei Katamnese erhobene zusätzliche anamnestische Daten

Drei weitere, eher für eine ätiologische Fragestellung wichtige Daten wurden im Katamnesegespräch mit den Probandinnen erhoben, die vor allem in der Familientherapie von Interesse sind. So wurde danach gefragt, ob a) die Probandin als Kind gestillt wurde, b) ob Vater oder Mutter über- oder untergewichtig ist und ob c) ein Familienmitglied die Figur der Probandin vor Beginn der Erkrankung in kränkender Weise als „zu dick“ kommentiert hat.

- a) Von 60 Prob. wurden 43 gestillt, fünf davon nur kurze Zeit, 12 wurden nicht gestillt, fünf konnten keine Angabe dazu machen.
- b) In 10 von 58 Fällen ist die Mutter über-, in 4 Fällen untergewichtig. Fünf Probandinnen haben einen übergewichtigen Vater, bei sechs Prb. sind beide Eltern übergewichtig.
- c) Je acht Mal habe die Mutter bzw. der Vater die Figur ihrer Tochter in für sie kränkender Weise kommentiert, in sechs weiteren Fällen beide Elternteile. In vier Fällen habe der Bruder, in 3 Fällen Onkel oder Tante die Figur in dieser Art kommentiert.

3.2 Bestehen einer Eßstörung zum Katamnesezeitpunkt

Zum Zeitpunkt ihrer Nachuntersuchung hatten 12 Probandinnen (20,7%) noch bzw. wieder die Kriterien einer Eßstörung nach DSM-IV erfüllt, wobei die Diagnosen EDNOS 2 und EDNOS 3 hier auch als Teilremission der Anorexie bzw. Bulimie verstanden werden können.

keine Eßstörung	46 (79,3%)
Bulimia nervosa	8 (13,8%)
Anorexia nervosa	0 (0%)
EDNOS 2	1 (1,7%)
EDNOS 3	3 (5,2%)
EDNOS 1 oder 4	0 (0%)

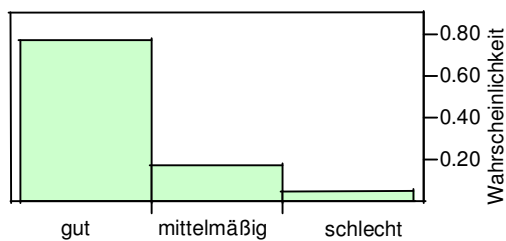
Zusätzlich wurden die Probandinnen, die bei Aufnahme die Kriterien der Anorexie vom Binge-Eating/Purging Typ erfüllten und nach DSM-IV zum Katamnesezeitpunkt keine Eßstörung hatten, nach dem General Outcome Score von Morgan und Russel zur Verlaufsbeurteilung der Anorexie beurteilt. Hier hatten drei Probandinnen ein mittleres und eine Probandin ein schlechtes Outcome. Diese 4 Probandinnen sind in Tabelle 16 unter der Sparte „keine Eßstörung“ subsummiert, da diese Formen der nicht ganz ausgeheilten Anorexie nicht als eigentliche Eßstörung im DSM-IV gewertet werden. In den folgenden Gegenüberstellungen von ausgeheilter Eßstörung im Vergleich zu noch/wieder bestehender Eßstörung werden jedoch die 4 Probandinnen mit schlechtem/ mittelmäßigem Outcome im General Outcome Score den noch Eßgestörten zugeordnet. Somit stehen 42 Probandinnen ohne Eßstörung (79%) gegenüber 16 eßgestörten Probandinnen.

3.3 Global-Outcome-Klassen des SIAB nach Fichter und Quadflieg

Der Mittelwert der in Kapitel 2.4.3 dargestellten 10 Outcomescales bildet den Global-Outcome als Grundlage für eine Einteilung des Verlaufsergebnisses nicht nur der eßstörungsspezifischen, sondern zudem auch weiterer psychopathologischer Symptome. Ein gutes Ergebnis wurde definiert als

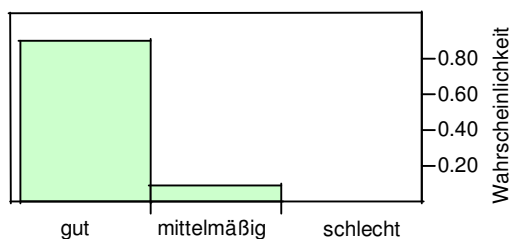
Mittelwert 0-1 (gerundet), ein mittelmäßiges Ergebnis wurde mit einem gerundeten Mittelwert von 2, ein schlechtes Ergebnis mit 3-4 definiert. Nach dieser Definition hatten von den 58 untersuchten Prb. 45 (77,6%) ein gutes Verlaufsergebnis, 10 (17,2%) ein mittelmäßiges und 3 (5,2%) ein schlechtes Verlaufsergebnis. Die prozentuale Aufteilung dieser Outcome-Klassen zeigt Abbildung 3.

Abbildung 3: Verteilung aller untersuchten Probandinnen auf die Global-Outcome-Klassen (n=58)



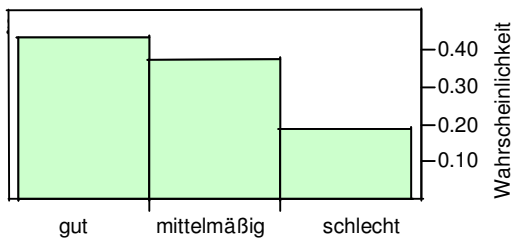
Die folgenden drei Grafiken stellen den Zusammenhang zwischen bestehender Eßstörung und Outcome-Klasse dar.

Abbildung 4: Verteilung der Outcome-Klassen in der Gruppe der nicht mehr eßgestörten Probandinnen (=42)



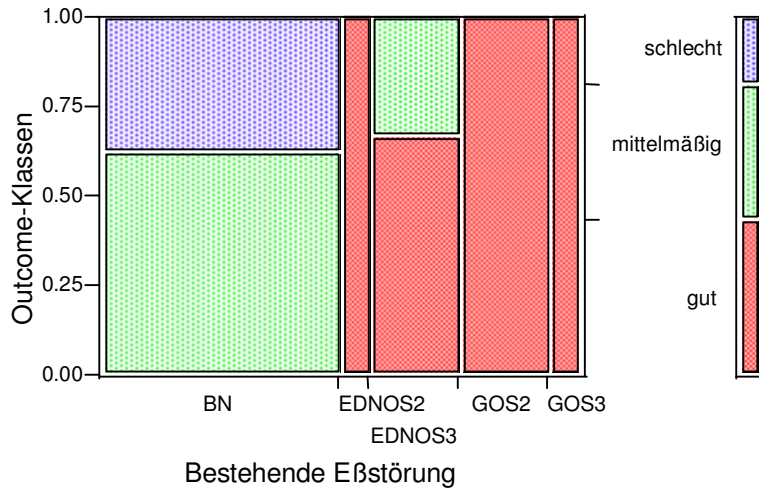
In der Gruppe der Probandinnen, deren Eßstörung ausgeheilt ist, überwog erwartungsgemäß ein guter Gesamtverlauf (38 von 42 Probandinnen). 4 Prb. hatten einen mittelmäßigen und keine einen schlechten Verlauf.

Abbildung 5: Verteilung der Outcome-Klassen in der Gruppe der weiter/wieder eßgestörten Probandinnen (n=16)



In der Gruppe der weiter/wieder eßgestörten Probandinnen (n=16) überwog ebenfalls ein gutes Verlaufsergebnis (7 Prb.). Ein mittleres Ergebnis hatten 6, ein schlechtes 3 Probandinnen.

Abbildung 6: Verteilung der Outcome-Klassen bezogen auf bestehende Eßstörungen⁷



Dieser Mosaikplot zeigt, daß unter jenen 8 Prb., die zum Katamnesezeitpunkt die Kriterien einer Bulimia nervosa erfüllten keine in der guten Outcome- Klasse

⁷ Bei der Darstellung als Mosaikplot ist die Breite proportional zur Gruppengröße, die Höhe eines Plots zeigt die relative Häufigkeit des Vorkommens einer Outcome-Klasse an.

lag, 5 (62%) einen mittelmäßigen Gesamtverlauf hatten und 3 (37,5%) einen schlechten Gesamtverlauf zeigten. Von den 3 Probandinnen, die die Kriterien für EDNOS 3 erfüllten, hatte eine einen mittelmäßigen und zwei einen guten Gesamtverlauf. Die Probandinnen, die einen mittelmäßigen oder schlechten Verlauf nach dem General Outcome Score (Abk. GOS 2 bzw. GOS 3) zur Beurteilung der Anorexie hatten bzw. die Kriterien des EDNOS 2 erfüllten (insgesamt 5 Prb.) hatten einen guten Gesamtverlauf nach dem Global Outcome.

Insgesamt war die Anzahl der Probandinnen mit einem schlechten oder mittleren Verlauf im Global Outcome geringer (n=13) als die Anzahl derer, die noch eßgestört waren (n=16). Von den 10 Prb., die einen mittelmäßigen Verlauf aufwiesen waren 6 noch eßgestört, diejenigen mit einem schlechten Verlauf im Global Outcome (n=3) erfüllten die Kriterien einer Bulimia nervosa.

Diese Ergebnisse weisen darauf hin, daß mit der Ausheilung der Eßstörung keine Symptomverschiebung in eine andere Psychopathologie zu erfolgen schien.

3.4 Kernsymptomatik

Die Untersuchung mittels des SIAB erfolgte nur zum Zeitpunkt der Katamneseuntersuchung, es liegen keine Vergleichswerte vom Zeitpunkt des Behandlungsbeginns vor. Zwar wurde zusätzlich zur Ausprägung des jeweiligen Symptoms „jetzt“ (letzte 3 Mon. vor Katamneseuntersuchung) noch nach der schlimmsten Ausprägung des jeweiligen Symptoms jemals („früher“) gefragt. Da aber somit die schlimmste Zeit eines sehr langen mit einem kurzen Zeitraum verglichen wird, ist eine direkte Gegenüberstellung der Outcomescales „früher“ und „jetzt“ nicht sinnvoll. Was die unten beschriebenen Kernsymptome (Symptome zur Diagnoseverifizierung zum Aufnahmezeitpunkt, s. Kapitel 1.1.1

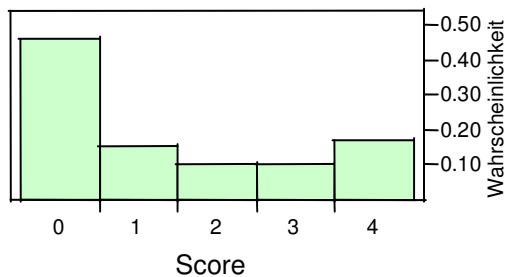
und 2.4.3) betrifft, läßt sich dennoch die Aussage machen, daß sich fast alle Probandinnen in ihrer Symptomatik verbessert haben, d.h. auch diejenigen, die der Gruppe der weiter/wieder Eßgestörten zugeordnet wurden. Bei diesen liegen die Symptome zum Katamnesezeitpunkt in abgemilderter Form vor, wenn auch weiter noch im diagnoserelevanten pathologischen Bereich. Ausnahmen bilden 4 Probandinnen, von denen eine zur Katamnesezeit stärkere Eßstörungssymptome hatte denn je. Die restlichen 3 Prb. haben bei 3 von 4 Eßstörungs-spezifischen Outcomescales die gleich starke Ausprägung, wie zur schlimmsten Zeit (alle 4 erfüllten zum Katamnesezeitpunkt die Kriterien der Bulimie).

Im Folgenden sollen die Kernsymptome der Eßstörungen einzeln in ihrer Ausprägung dargestellt werden. Dazu dienen die Outcomescales, die Fragen zu den einzelnen Symptomen zusammenfassen und in Schweregrade von Score 0-4 einteilen (s. Kapitel 2.4.3).

3.4.1 Freßattacken

Outcomescale 2 „Freßattacken“ ist definiert als der höchste Score von einer der drei SIAB-Fragen „objektive Freßattacke“, „durchschnittliche Häufigkeit der Freßattacken“ und „Kontrollverlust beim Essen“. Abbildung 7 zeigt die Verteilung der 5 Ausprägungsstufen 0-4 auf alle untersuchten Probandinnen (n=58) zum Katamnesezeitpunkt.

Abbildung 7: Verteilung der Scores 0-4 der Skala „Freßanfälle“ auf alle untersuchten Prb. zum Katamnesezeitpunkt.

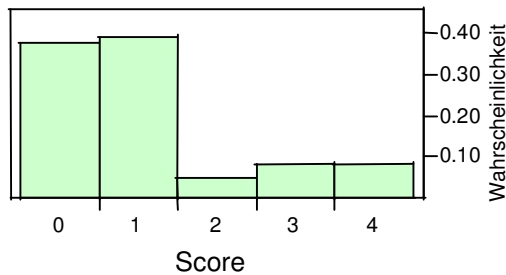


Es befinden sich 36 von 58 Prb. bezüglich dieser Symptome im gesunden Bereich (d.h. Score 0-1).

3.4.2 Gewichtsgegensteuernde Maßnahmen

Die Outcomescale 3 „Counterregulatory measures“ des „Categorical Outcome“ beschreibt das Ausmaß des Symptoms der unangemessenen Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen. Sie ist definiert als der höchste Score einer der sechs SIAB-Fragen „Häufigkeit von Erbrechen“, „Häufigkeit von Laxantienabusus“, „Häufigkeit von Diuretika-Abusus“, „Häufigkeit von Appetitzügler-Abusus“, „Dauer und Häufigkeit von Fastenzeiten sowie „Häufigkeit von exzessiver körperlicher Bewegung“. Die Ausprägung dieses Symptoms bei den untersuchten 58 Prb. zeigt Abbildung 8.

Abbildung 8: Verteilung der 5 Ausprägungsstufen der Skala „Gewichtsgegensteuernde Maßnahmen“ auf alle untersuchten Prb. zum Katamnesezeitpunkt.

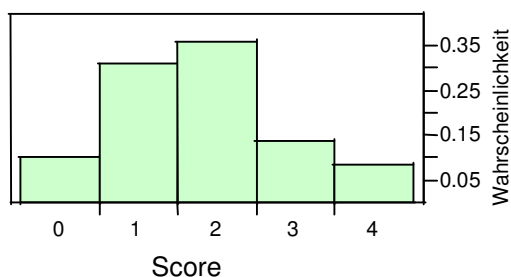


Es befinden sich 45 von 58 Prb. bezüglich dieser Symptome im gesunden Bereich (Score 0-1).

3.4.3 Gedankliche Zentriertheit auf Essen und Gewicht

Ein bei der Bulimie zentrales, für die Betroffenen sehr qualvolles und einschränkendes Symptom ist das der gedanklichen Zentriertheit auf Themen wie Essen, Figur/Bauchumfang und Angst vor Gewichtszunahme. Drei Fragen aus dem SIAB zu diesem Symptom definieren die Outcomescale „Gedankliche Zentriertheit auf Essen und Gewicht“, deren Ausprägung zur Katamnesezeit Abbildung 9 zeigt.

Abbildung 9: Verteilung der 5 Ausprägungsstufen der Skala „Gedankliche Zentriertheit auf Essen“ auf alle untersuchten Prb. zum Katamnesezeitpunkt.

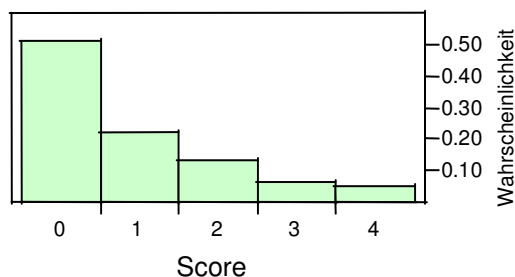


Es befinden sich 24 von 58 Prb. bezüglich dieser Symptome im gesunden Bereich, d.h. Score 0-1. Das gedankliche Beschäftigen mit Nahrung und Figur scheint somit das hartnäckigste Symptom zu sein.

3.4.4 Bulimische Symptome zusammengefaßt

Der Summenscore IV des SIAB faßt die Ausprägung von 8 bulimischen Symptomen zusammen (Objektive Eßanfälle [EA], Häufigkeit von EA in 3 Mon., Subjektive Einschätzung der EA, Kontrollverlust beim Essen, Gefühl des Leidens im Zusammenhang mit den EA, Erbrechen, Zwang/Gier zu essen, Zeitlicher Verlauf der EA). Abbildung 10 stellt die Ausprägung dieses Symptoms wie gehabt dar.

Abbildung 10: Verteilung der 5 Ausprägungsstufen der Skala „Bulimische Verhaltensweisen“ auf alle untersuchten Prb. zum Katamnesezeitpunkt.

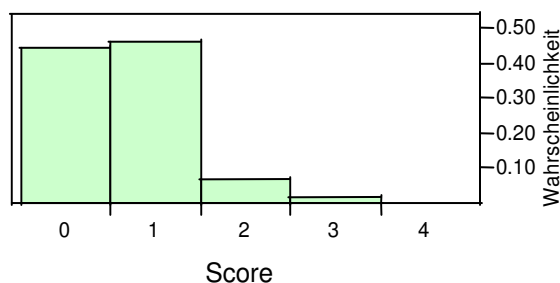


43 von 58 Prb. liegen zur Katamnesezeit bezüglich dieser Symptome im gesunden Bereich (Score 0-1)

3.4.5 Körperschema und Schlankheitsideal

Im Summenscore I des SIAB werden die Ausprägungen der Antworten auf 16 SIAB-Fragen zusammengefaßt (Körperschemastörungen, Angst vor Gewichtszunahme, gedankliche Zentriertheit auf Figur/Schlankheit, gedankliche Zentriertheit auf Essen, Untergewicht (modifiziert), Qualitative Nahrungseinschränkung, zwangsartige Handlungen bzgl. Essen, exzessive Bewegung, Ausspucken von gekauter Nahrung, innere Leistungsorientierung, Abhängigkeit des Selbstbewußtseins von Figur und Gewicht, Kaloriengrenzen, Amenorrhoe (modifiziert), Verstopfung, Wiederkäuen, Verleugnung der Bedrohlichkeit von Untergewicht) Die Verteilung des Schweregrades des Komplexes „Körperschema und Schlankheitsideal“ zeigt Abbildung 11.

Abbildung 11 zeigt die Verteilung der 5 Ausprägungsstufen der Skala „Körperschema und Schlankheitsideal“ auf alle untersuchten Prb. zum Katamnesezeitpunkt.



Fast alle (53) der untersuchten Prb.(58) haben sich von einem stark überzogenen Schlankheitsideal, welches zum Aufnahmezeitpunkt dokumentiert wurde und damit zusammenhängenden Symptomen distanzieren können (d.h. Score 0+1.). Dies ist bemerkenswert, da bis auf drei Ausnahmen alle Prb. in der Zeit ihrer bulimischen Erkrankung Körperschemastörungen in der sonst für Anorexie typischen Ausprägung hatten (Score 2-4).

3.4.6 Aktuelles Körpergewicht

Da die Studie auch Patientinnen umfaßt, die nach DSM-IV der Anorexie vom Binge/Purge-Typ zugehören, sollen hier auch die beiden Kernsymptome der Anorexie, Körpergewicht und Menstruation, der Patientinnen beurteilt werden. Es wurde zur Beurteilung der verschiedenen Abweichungen vom Normgewicht die Definition aus der Verlaufsstudie von FICHTER und QUADFLIEG [20] übernommen.

Tabelle 17: Körpergewicht zum Katamnesezeitpunkt		
Gewicht	Aufn. Diagnose An B/P (n=12)	n=58
übergewichtig	0	0
0= normalgewichtig (BMI 21,1-26,0)	3	23
1= leichte Gewichtsprobleme (BMI 19,1-21,0)	4	18
2= deutliche Gewichtsprobleme (BMI 17,51-19,0)	4	13
3= schwere Gewichtsprobleme (BMI 16,0-17,5)	1	4
4= sehr schwere Gewichtsprobleme (BMI <16,0)	0	0

Von den Prb., die zum Aufnahmezeitpunkt die Kriterien der Anorexie B/P erfüllten, haben über die Hälfte noch deutlich bis schwere Probleme ihr Gewicht im Normbereich zu halten. Ausnahmslos konnten jedoch alle Betroffenen dieses Problem erkennen.

3.4.7 Menstruation

Tabelle 18: Menstruation zum Katamnesezeitpunkt	n=58
0 =normal und regelmäßig ohne Hormoneinnahme	32
1 =spontane Menstruation, jedoch Oligomenorrhoe	6
2 =so gut wie sicher, daß Menstruation nur durch Hormoneinnahme, bei Absetzen: Amenorrhoe	3
3 =Amenorrhoe für mind. 3 Mon.	0
4 =Amenorrhoe für mind. 6 Mon.	1
5 =Primäre Amenorrhoe	0
6 =Schwangerschaft	1
7 =Einnahme der Pille, unbekannt, ob bei Absetzen Amenorrhoe bestünde	14
8 =Männl. Geschlecht	1

Mit Ausnahme von 5 Prob. hatten alle in ihrer Krankengeschichte Phasen mit zumindest leichten Menstruationsstörungen, oder sie nahmen die „Pille“, welche dieses Symptom verschleiert. (Da Menstruationsstörungen in der Stichprobe so verbreitet waren, erscheint eine Extraspalte für die ehemaligen Anorexie B/P Patientinnen nicht sinnvoll.)

3.5 Weitere psychische Befunde

Was die eßstörungsspezifischen Symptome betrifft, ist das Outcome als relativ gut zu beurteilen. Eine wichtige Frage, die zum ausführlichen untersuchen anderer möglicher psychopathologischer Befunde führte, war, ob den Patientinnen mit der Therapie der Eßstörung eine Abwehrstrategie genommen wird und somit andere, vielleicht leidensintensivere Psychopathologien entstehen, die Krankheit also nur auf einen anderen Symptomenkomplex verschoben wird.

Im Folgenden soll dargestellt werden, daß sich entgegen dieser Befürchtung die verschiedenen Psychopathologien ausgeprägter bei der Gruppe der weiter eßgestörten Prb. zeigen.

3.5.1 Psychiatrische Diagnosen in der Katamnesezeit

31 der 58 untersuchten Probandinnen wurde in der Katamnesezeit durch einen Arzt oder Psychologen eine psychiatrische Diagnose gestellt. Tabelle 19 zeigt separat auch die Anzahl derjenigen von den 31 Prb., die zum Katamnesezeitpunkt weiter/wieder eßgestört sind.

Tabelle 19: Psychiatrische Diagnosen in der Katamnesezeit		
Psychiatrische Diagnosen	Alle untersuchten Prb. (n=58)	Weiter/wieder eßgestörte Gruppe (n=12)
keine psychiatrische Diagnose	27	3
Depression	20	6
Angststörung/Phobie	6	1
narzißtische/schizoide Persönlichkeitsstörung	4	2
Drogenabusus	1	0

3.5.2 Weitere psychopathologische Symptome im Einzelnen

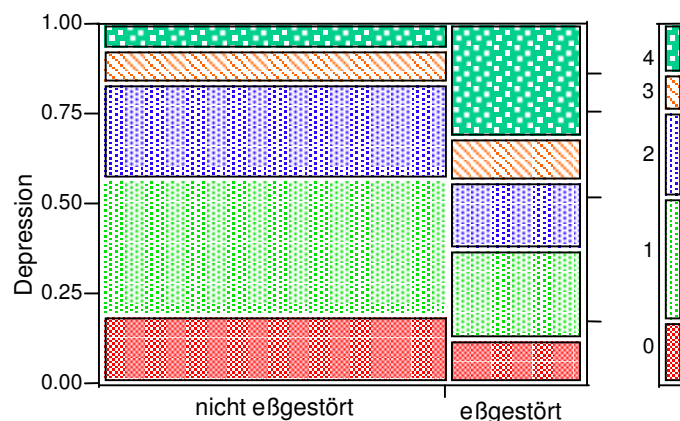
Die folgenden Abbildungen stellen die Verteilung der 5 verschiedenen Ausprägungsstufen der Psychopathologien Depression, Ängste, Zwänge und Substanzabusus dar. Bezüglich der Ausprägung dieser 4 Outcomescales zum Katamnesezeitpunkt wird jeweils die Gruppe der nicht eßgestörten (Gruppe 0)

der weiter eßgestörten (Gruppe in ihrer jeweiligen bei der Gruppe 1) gegenübergestellt.

a) Depression

Outcomescale 5 „Depression“ ist definiert als der höchste Score von einer der sechs SIAB-Fragen „Gefühl eigener Insuffizienz und Hilflosigkeit“, „Depressive Gedanken“ und „Depressive Stimmung“, „Suizidgedanken“, „Vermindertes Vertrauen in eigene Fähigkeiten“ und „Verminderung des Selbstwertgefühls“. Abbildung 12 zeigt die Verteilung der 5 Ausprägungsstufen 0-4 aufgeteilt auf die Gruppen mit und ohne Eßstörung zum Katamnesezeitpunkt.

Abbildung 12: Verteilung der Schweregrad-Einteilung des Symptoms Depression auf die nicht und weiter eßgestörten Probandinnen



Es befinden sich in der nicht eßgestörten Gruppe 24 von 42 und in der weiter eßgestörten Gruppe nur 6 von 16 Probandinnen. bezüglich dieser Symptome im gesunden Bereich (d.h. Score 0-1).Zusätzlich ist mit 5 von 16 Prb. der Anteil der sehr stark ausgeprägten depressiven Symptome (Score 4) in der weiter eßgestörten Gruppe besonders hoch, im Vergleich zur nicht eßgestörten Gruppe mit 3 von 42 Prb. Depression war die am häufigsten vorkommende Psychopathologie in beiden Gruppen. Dennoch gibt es auch hier keinen Hinweis auf ein vermehrtes Auftreten von Depressiven Symptomen nach

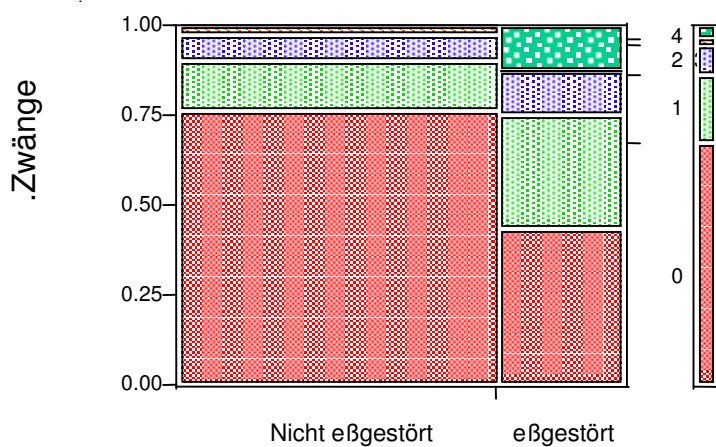
Behandlung der Eßstörung, im Gegenteil, die häufig in den Aufnahmebefunden erwähnte depressive Stimmung scheint sich mit Ausheilen der Eßstörung ebenfalls zu bessern.

b) Zwänge

Der höchste Score folgender drei SIAB-Fragen definieren die Outcomescale 6 „Zwänge“: „Kontroll/Wiederholungszwang“, „Sauberkeitszwänge“ und „Zwangsgedanken“.

Abbildung 13 zeigt die Verteilung der 5 Ausprägungsstufen 0-4 von Zwangssymptomen, aufgeteilt auf die Gruppen mit und ohne Eßstörung zum Katamnesezeitpunkt.

Abbildung 13: Verteilung der Schweregrad-Einteilung des Symptoms Zwang auf die nicht und weiter eßgestörten Probandinnen



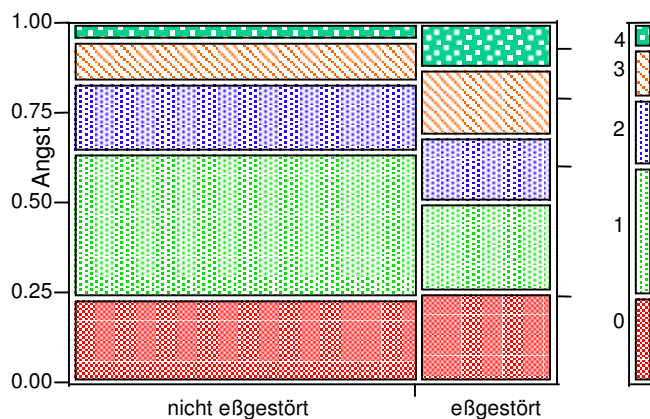
Weder in Gruppe 0 noch 1 waren Zwänge stark verbreitet. 38 von 42 bzw. 12 von 16 Probandinnen befanden sich diesbezüglich im gesunden Bereich (Score 0-1).

c) Angst

Der höchste Score einer der zwei SIAB-Fragen „Ängste“ und „Phobien“ definiert die Outcomescale 7 „Angst“.

Abbildung 14 zeigt die Verteilung der 5 Ausprägungsstufen 0-4 von Angstsymptomen, aufgeteilt auf die Gruppen mit und ohne Eßstörung zum Katamnesezeitpunkt.

Abbildung 14: Verteilung der Schweregrad-Einteilung der Psychopathologie „Angst“ auf die nicht und weiter eßgestörten Probandinnen

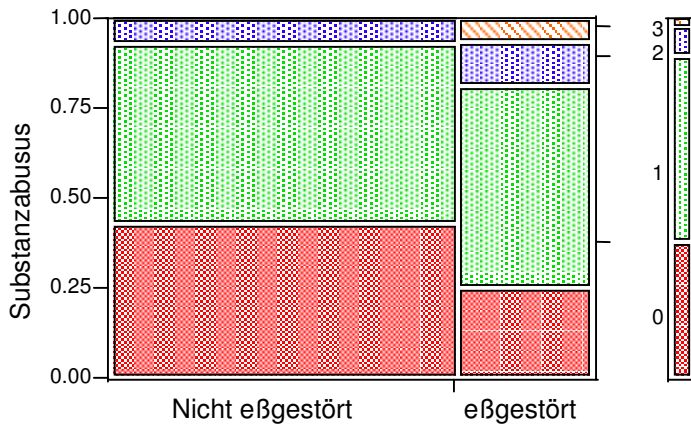


Von den weiterhin eßgestörten Probandinnen hatte die Hälfte deutliche bis starke Angstsymptome zum Katamnesezeitpunkt. In der Gruppe der nicht mehr Eßgestörten waren knapp ein Drittel von Angstsymptomen betroffen (15 von 42).

d) Substanzabusus

Der höchste Score einer der folgenden zwei SIAB-Fragen „Alkoholabusus“ und „Beruhigungsmittel-Abusus“ definiert die Outcomescale 8 „Substanzabusus“. Abbildung 15 zeigt die Verteilung der 5 Ausprägungsstufen 0-4, aufgeteilt auf die Gruppen mit und ohne Eßstörung zum Katamnesezeitpunkt.

Abbildung 15: Verteilung der Schweregrad-Einteilung der Psychopathologie „Substanzabusus“ auf die nicht und weiter eßgestörten Probandinnen



Substanzmißbrauch war in der untersuchten Stichprobe ein geringes Problem. Unter den nicht eßgestörten Prb. gab es in den letzten 3 Monaten vor der Nachuntersuchung 3 Probandinnen, die deutlichen (Alkohol oder Hasch) Substanzmißbrauch betrieben, starker oder sehr starker Mißbrauch (Alkoholismus oder Einnehmen von harten Drogen) kam in dieser Gruppe nicht vor. In Gruppe der weiterhin Eßgestörten gab es einen Fall von starkem und einen von deutlichem Substanzmißbrauch.

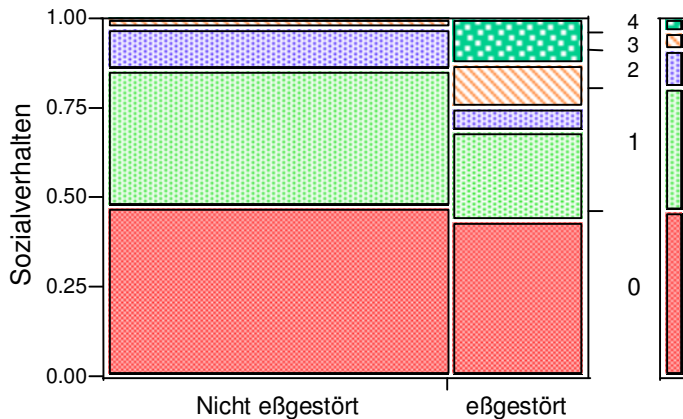
3.5.3 Psychosoziale und berufliche Anpassung

a) Soziale Kontakte

Die Fragen des SIAB zum Sozialverhalten werden im Outcomescale 10 zusammengefaßt. Diese ist definiert als der höchste Score einer der vier Fragen, „Mangel an aktiver Freizeitaktivitäten“, „Qualität sozialer Kontakte“, „Vermindertes Ausmaß sozialer Kontakte außerhalb von Familie und Partnerschaft“ und „Kontaktvermeidung“. Abbildung 16 zeigt die Verteilung der

5 Ausprägungsstufen 0-4 sozialer Störungen, aufgeteilt auf die Gruppen mit und ohne Eßstörung zum Katamnesezeitpunkt.

Abbildung 16: Verteilung der Schweregrad-Einteilung der Störungen im Sozialverhalten auf die nicht und weiter eßgestörten Probandinnen



b) Partnerschaft und Sexualität

Angesichts des niedrigen Alters (Median bei 21 Jahren) der Probandinnen bei Katamneseerhebung wird hier kein vermehrter Wert gelegt auf die Auswertung der Interview Items zur Sexualität und Partnerschaft. Diesem Alter der sexuellen und partnerschaftlichen Orientierung kann in der Beurteilung von pathologischer Bindungsunfähigkeit und sexuellen Ängsten in Abgrenzung zu gesundem Suchen des eigenen Weges nicht gerecht werden. Aus diesen Gründen wird im Handbuch des SIAB darauf hingewiesen, daß u.U. bei Jugendlichen die Bewertung der Frage „Stabilität der Partnerschaft“ entfällt.

Um diesen wichtigen Bereich nicht gänzlich auszuklammern, gehen in den „Global Outcome“ dennoch Fragen aus dem SIAB zur Sexualität und Partnerschaft ein.

c) Ausbildung und Beruf

Bei der Nachuntersuchung wurde nach dem höchsten Schulabschluß gefragt. Das Ergebnis zeigt Tabelle 20. Bemerkenswert ist mit 49,2% der hohe Anteil der Abiturienten.

Tabelle 20: Schulabschluß	Anzahl (n=59)	Prozent
Abitur	29	49,2%
Realschulabschluß	19	32,2%
Schülerin	9	15,3%
Hauptschulabschluß	2	3,3%

Tabelle 21 gibt die Auskünfte über die aktuelle berufliche Situation und die Berufsausbildung der gesamten Stichprobe (n=84) wieder. Von den 60 Prb. über deren berufliche Situation Information vorlag, ist der Anteil derer, die weder berufstätig (mit Ausbildung/Studium) sind, noch sich in einer Ausbildung/freiwilliges soziales Jahr befinden sehr gering (3 Prb., 3,6%).

Tabelle 21: Berufsstatus	Anzahl (n=84)	Prozent
Keine Angabe	24	28,6
Angestellte	19	22,6
Studentin	11	13,0
Schülerin (oder grade Abitur gemacht)	12	14,3
in Ausbildung/Lehre	9	10,7
Selbstständige	4	4,8
FSJ	2	2,4
Mutter u. Hausfrau	2	2,4
weder Ausbildung noch Beruf	1	1,2

Orientierend läßt sich, wie die Diagramme und Tabellen zeigen, sagen, daß es nach der Behandlung der Eßstörung in der Filderklinik nicht zu wesentlichen

Symptomenshifts kam. Die meisten gaben im Gespräch an, daß der psychische Gesamtzustand am schlechtesten war während der stärksten Ausprägung der Eßstörung, namentlich die soziale Rückzugstendenz und die depressive Stimmungslage. Diese Zeit lag meist unmittelbar vor der Aufnahme in die Filderklinik.

3.5.4 Auswertung der Ergebnisse des SIAB mittels der Subskalen I-VI

Da die Auswertung des SIAB mittels des „Categorical Outcome“ für die gegebene Fragestellung in ihrer Aufteilung sinnvoller erscheint und nur diese eine Einteilung in ein „gutes“, „mittleres“ und „schlechtes“ Verlaufsergebnis vorsieht, wurde diese Auswertung der mit den Subskalen I-VI vorgezogen. Zum Zwecke der Vergleichbarkeit in Kapitel 4.2 soll an dieser Stelle Tabelle 22 die Mittelwerte der sechs Subskalen zum Katamnesezeitpunkt darstellen.

Subskala	Mittelwert	Standardabweichung
I. Körperschema und Schlankheitsideal	0,68	0,48
II. Allgemeine Psychopathologie und soziale Integration	0,53	0,52
III. Sexualität	0,29	0,45
IV. Bulimische Symptome	0,99	1,16
V. Gegensteuernde Maßnahmen und Substanzmißbrauch	0,22	0,23
VI. Atypische Eßanfälle	0,42	0,58
Gesamtsummenwert	0,52	0,27

3.6 Mögliche Einflußfaktoren auf das Verlaufsergebnis

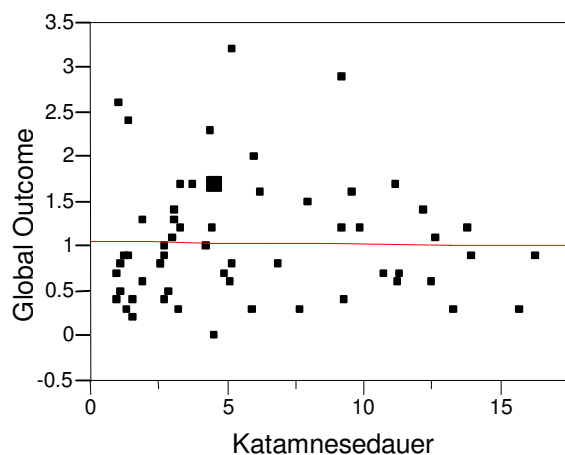
Es wurden folgende Faktoren untersucht bezüglich eines möglichen Einflusses auf das Verlaufsergebnis:

- 1) Katamnesedauer
- 2) Diagnose bei Aufnahme (Bulimie oder Anorexia B/P)
- 3) Anorektische Episode vor Auftreten bulimischer Symptome in der Anamnese
- 4) Auffälligkeiten im FPI zum Katamnesezeitpunkt.

Zu 1)

Ein Zusammenhang zwischen Katamnesedauer und Verlaufsergebnis konnte nicht gefunden werden (s. Abbildung 17)

Abbildung 17 zeigt den Global Outcome in Abhängigkeit von der Katamnesedauer



Der geringe Einfluß der Katamnesedauer auf das Ergebnis läßt sich auch dadurch bestätigen, daß die weiterhin eßgestörten Patienten keine wesentlich

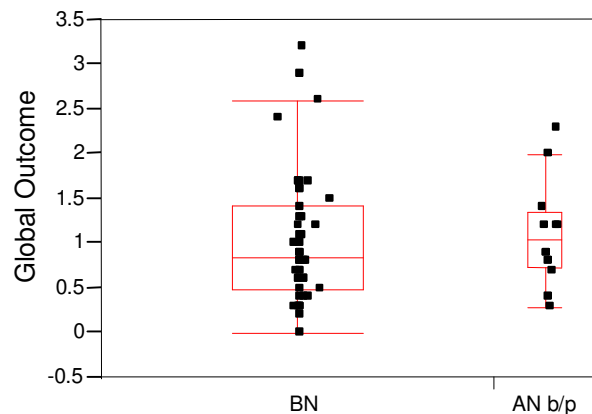
vom Durchschnitt abweichende Katamnesedauer aufweisen, welche in dieser Gruppe zwischen 1 und 11 Jahren lag.

Zu 2)

Ebenso konnte kein Zusammenhang zwischen den beiden Aufnahmediagnosen und dem Verlaufsergebnis nachgewiesen werden.

Die Linie durch die Mitte der Box in Abbildung 18 zeigt den Median an, welcher bei beiden Gruppen fast auf der gleichen Perzentile liegt. In der Gruppe der Bulimiker lag der Median des Global Outcome bei 0,85, bei den Anorektikern Typ B/P bei 1,05.

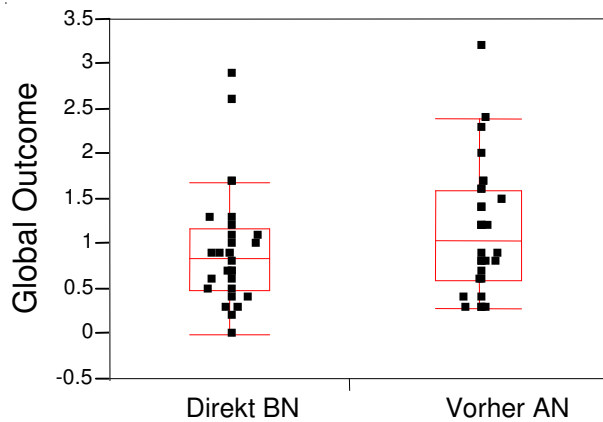
Abbildung 18: Zusammenhang zwischen Global Outcome und Aufnahmediagnose



Zu 3)

Unerwartet war die Tatsache, daß auch kein Zusammenhang von anorektischer Episode in der Anamnese und Verlaufsergebnis gezeigt werden konnte. Auch hierbei waren (s. Abbildung 19) die Mediane annähernd gleiche Werte (1,05 bei denen mit und 0,85 bei denen ohne An in der Vorgeschichte).

Abbildung 19: Zusammenhang zwischen Global Outcome und Anorexie in der Anamnese



3.7 Ausprägung von Persönlichkeitsdimensionen

Teil der Katamneseuntersuchung war das Freiburger Persönlichkeitsinventar, um relativ überdauernde Persönlichkeitseigenschaften einzuschätzen.

Die uneinheitlichen Ergebnisse ergaben dabei keine grundlegenden Persönlichkeitseigenschaften der Stichprobe. Auffällig waren jedoch die Ergebnisse zu den Eigenschaften „Erregbarkeit“, „Aggressivität“ und Emotionalität“ (s.u.). Im Folgenden sollen die Ergebnisse der 12 Skalen kurz dargestellt werden. Mit dem FPI wurden 57 Probandinnen untersucht, wobei von zwei Prb. der FPI aber kein SIAB vorlag und 3 Prb. interviewt wurden von denen kein FPI vorlag.

FPI 1 „Lebenszufriedenheit“: 45,7% der Probandinnen lagen im Bereich der Ausprägungs-Stanine 4 bis 6, in dem 54% der für Deutschland repräsentativ befundenen Stichprobe liegen. Die Tendenz ging zur geringeren Lebenszufriedenheit (Ausprägung 1-3: 42%). Dieses Ergebnis ist bei einer Stichprobe, die 16 aktuell Eßgestörte enthält, nicht unerwartet.

FPI 2 „Soziale Orientierung“: 52,6% der Prb. lagen im „unauffälligen“ Normbereich. Die soziale Orientierung und Hilfsbereitschaft war dabei etwas stärker als in der Vergleichsstichprobe ausgeprägt. (Ausprägung 7-9: 42,1%)

FPI 3 „Leistungsorientierung“: 50,9% der Prb. lagen im Normbereich. Die andere Hälfte verteilte sich gleichmäßig auf die Ausprägungen 1-3 und 7-9.

FPI 4 „Gehemmtheit“: 70,2% der Prb. lagen im Normbereich, wobei die Tendenz zu höherer Gehemmtheit und Kontaktscheu bestand.

FPI 5 „Erregbarkeit“: 45,6% der Prb. lagen im Normbereich. Auffällig war hier die Tatsache, daß 42,1% stärker erregbar und unbeherrschter eingestuft wurden (Stanine 7-9). Unbeherrschtheit ist dabei eine Eigenschaft, die bei Bulimikern im klinischen Alltag ebenfalls auffällt. Es wurde diesbezüglich der Zusammenhang zwischen dieser Eigenschaft und dem Verlaufsergebnis untersucht (s. Ende dieses Kapitels).

FPI 6 „Aggressivität“: 50,6% der Prb. lagen im Normbereich. Bemerkenswerte 38,6% lagen unter diesem Bereich. Auch diese Tatsache wurde auf seinen Zusammenhang auf das Verlaufsergebnis überprüft (s.u.)

FPI 7 „Beanspruchung“: 54,3% der Prb. lagen im Normbereich. Häufiger/stärker „gestreßt“, überfordert, angespannt fühlten sich 31,2%.

FPI 8 „Körperliche Beschwerden“: 56,1% der Prb. lagen im Normbereich. 38,6% hatten mehr körperliche Beschwerden und psychosomatische Störungen.

FPI 9 „Gesundheitssorgen“: 52,6% der Prb. lagen im Normbereich. Auffällig war, daß nur 7% stärker ausgeprägte Furcht vor Erkrankungen hatten

und das Bedürfnis hatten sich mehr zu schonen, wohingegen 40,4% diese Eigenschaften weniger ausgeprägt hatten.

FPI 10 „Offenheit“: 43,9% der Prb. lagen im Normbereich. Bei dieser Eigenschaft war das Ergebnis zweigipflig, wobei der eine Peak im Normbereich (bei Stanin 5) lag und der zweite bei Stanin 7. Insgesamt bestand in der Stichprobe eine hohe Bereitschaft offen kleine Schwächen zuzugeben. (Über dem Normbereich lagen 33,3%). 13 Probandinnen (22,8%) lagen unter dem Normbereich. Bei diesen Prb. wurde die Offenheit bei der Beantwortung der Katamnesefragen besonders beachtet und sie wurden ausführlich mit dem ehemals behandelnden Jugendpsychiater besprochen. Weder in der Interview-Situation, noch bei den jeweiligen Verlaufsergebnissen, noch nach Ansicht des Jugendpsychiaters gab es Hinweise auf Verschleiern der Krankheitssymptomatik.

FPI 11 „Extraversion, Impulsiv“: 71,9% der Prb. lagen im Normbereich. Da immer wieder im Umgang mit Bulimikern deren Impulsivität auffällt, wurde dieses Ergebnis so nicht erwartet (während 17,5% unter dem Normbereich lagen, waren es nur 10,5% darüber).

FPI 12 „Emotionalität, Labilität“: 40,4% der Prb. lagen im Normbereich. Da 52,6% darüber lagen, wurde auch diese Eigenschaft bezüglich eines Zusammenhangs mit dem Verlaufsergebnis untersucht (s.u.).

Mit Fisher's exaktem Test wurde jeweils die Unabhängigkeit des Global Outcome von den Ergebnissen „Erregbarkeit“, „Aggressivität“ und „Emotionalität“ des FPI getestet, diese konnte jeweils nicht abgelehnt werden. Diese auffälligen Ergebnisse des FPI scheinen somit keine Verlaufsrelevanz zu haben.

3.8 Subjektive Sicht der Probandinnen auf die therapeutische Intervention in der Filderklinik

Als ein wesentlicher Teil der Therapie-Evaluation wurde die subjektive Sicht der ehemaligen Patientin auf die therapeutische Intervention in der Filderklinik gesehen. So wurden alle Probandinnen nach Abschluß der Untersuchung mittels des SIAB zunächst gebeten in eigenen Worten zu formulieren, welche Anteile des Therapiekonzeptes ihrer Meinung nach einen günstigen bzw. hinderlichen Einfluß auf ihren Krankheitsverlauf hatte. Nach der eigenen Formulierung sollten sie sich zu einer Gesamtbeurteilung äußern. Bei der Frage, in wie weit der Aufenthalt in der Filderklinik ihren Krankheitsverlauf beeinflusst habe, antworteten die 59⁸ befragten Patientinnen wie folgt (s. Tabelle 23)

Antwort:	n=59	%
„verbessert“	51	86,4%
„weder noch“	6	10,2%
„verschlechtert“	2	3,4%

Selbst wenn man im ungünstigsten Falle davon ausginge, daß die verbleibenden 25 Patientinnen, die sich nicht gemeldet haben alle angeben würden ihr Krankheitsverlauf habe sich durch die Intervention an der Filderklinik verschlechtert, käme man auf 33% „verschlechtert“ gegenüber 60% „verbessert“.

Bei der Beurteilung in eigenen Worten erwähnten die Probandinnen in besonderem Maße unspezifische Faktoren.

⁸ Eine nicht interviewte Probandin konnte diese Frage am Telefon beantworten, zu mehr war sie allerdings nicht bereit

Stellvertretend sollen hier einige Formulierungen und Stichworte von Probandinnen zitiert werden, dahinter die Anzahl derer, die in eigenen Worten ähnliches sagten.

Als hilfreich wurde genannt:

- *„Nicht Einzelheiten, sondern die ausgewogene Kombination hat zur Genesung beigetragen“*, *„Die Ganzheitlichkeit hat gemacht, daß alles von mir mal angesprochen wurde“* (13 Probandinnen).
- *„Heile Welt, in der ich die Kindheit nachholen konnte“*, *Sicherheit, Geborgenheit, wohltuende Atmosphäre*, *„Es war wichtig sich leiten lassen, ich war zu geschwächt um selber dran zu arbeiten.“* *„Ich durfte "9 Jahre alt und rein" sein und es genießen.“*, *„Ruhe, Zeit, Vertrauen, keine Medien-sehr förderlich!“* (16 Prb.)
- *„Die Schwestern waren so lieb“* *„Weibliche Pflegerinnen wichtig als "Mutterersatz““* (6Prb.)
- *„Hier hab ich den Willen entwickelt, selber aufhören zu wollen.“* (5Prb.)
- *„Die persönliche/ menschliche/ vertrauensvolle Anbindung bis in die Nachbetreuung“* (5Prb.)
- *„Die Gemeinschaft, daß ich nicht allein bin“* (5Prb.)
- *„Ich wurde endlich als Person ernst genommen“*, *„Ich wurde verstanden, habe Anerkennung bekommen“* *„Der Aufenthalt hat dem Selbstbewußtsein geholfen“* (5Prb)
- *„Kreatives Arbeiten war wichtig“*, *„Gut, daß es nicht nur über den Kopf ging, erst in den Kunsttherapien hab ich meine Hürden erkannt“* *„Die Einreibungen!“*(4Prb.)
- *„Kontrolle war wichtig“*, *„Die Strenge Leitung, auch die Sonde, beim ersten, die Selbstverantwortung beim zweiten Aufenthalt war gut“*, *„Die Bewegungseinschränkung tat gut“*(4Prb.)
- *„Jederzeit Hilfe holen können“*, *„Die Gespräche mit den Schwestern und Therapeuten“*, *„In Schwestern und Pädagogin konnte ich gesunde Vorbilder sehen“* (3Prb)
- *„Die Zeit hier hat mich auf den Weg gebracht“* (3Prb)
- *„Habe gemerkt: essen ist nichts böses, es gibt auch Genuß!“* , *„Gewicht ist nicht das Wichtigste auf der Welt“* , *„Neue Sicht auf das Leben gelernt“* (3Prb.)

- *„Das ganze Leben wurde bis heute durch die hier kennengelernte ganzheitliche Herangehensweise geprägt, bis in meinen Beruf und die Erziehung meines Kindes, ich bin noch immer sehr begeistert!“ (1-3Prb.)*
- *„Eigene Grenzen kennenzulernen“, „Habe mich hier selber kennengelernt“ (2Prb.)*
- *„Daß es keine Medien gab war sehr wichtig, dadurch gab es viel Zeit über sich nachzudenken“, „Noch heute mach ich “medienfreie“ Tage“ (2Prb.)*
- *„Der heilsame Ort, an den ich in Tagträumen noch heute zurückkehre“, „Der Garten und die Landschaft in der die Klinik steht“ (2Prb.)*
- *„Die Länge der Zeit stationär war sehr wichtig als Auszeit mit geregelter Tageslauf“ „Stationärer Aufenthalt hier war hilfreich, um die Gewohnheit schnell zu durchbrechen“ (2Prb.)*
- *„Familiäre Entlastung“ (2Prb.)*
- *„Wieder Hoffnung zu bekommen“ (2Prb.)*
- *„Die Telefonier-Einschränkung war erst schlimm, aber sehr hilfreich für den “Entzug““. (1Prb.)*
- *„Es hat einen Seelenraum geschaffen“ (1Prb.)*
- *„Ich habe gelernt, daß es ist, wie beim Klettern: man findet keinen Griff, wenn man nur den anderen zuschaut“ (1Prb.)*

Als hinderlich wurde empfunden, bzw. negative Aussagen:

- *„Es wurde nicht über die Gründe der Erkrankung gesprochen“, „Über die Gründe der Krankheit herrschte die Einstellung “Deine Eltern sind schuld, basta!“ (3Prb.)*
- *„Zu wenig Gespräche“ (3Prb.)*
- *„Ich hab noch sehr an den Eltern gehangen, daher war die Kontakteinschränkung zu streng“, „Telefon-Einschränkung zu stark“ (3Prb.)*
- *„Zu viele Anorektiker auf einmal hat zu Konkurrenz mit Eigendynamik geführt“, „Tricks von den anderen gelernt“ (2Prb.)*
- *„Zu wenig an der frischen Luft, die brauch ich zum leben“, „Wäre gern auch mal allein in den Park gegangen“⁹ (2Prb.)*
- *„Nachbetreuung zu kurz, zu schnell losgelassen“ (1Prb.)*
- *„Schwestern hatten Lieblingskinder, dadurch gab es viel Streit“ (1Prb.)*

⁹ Die stationären Patientinnen dürfen nur in Begleitung das Haus verlassen, um den Bewegungsdrang zu kontrollieren und der Aufsichtspflicht zu genügen.

- *„Die vielen Verbote und Zwänge – es war ein Trauma!“ (1Prb.)*
- *„Ich war verwirrt , über was man sprechen durfte und was nicht. Es galt “Wir wissen, was gut für dich ist““ (1Prb.)*
- *„In die Klinik setz ich keinen Fuß mehr!“ (1Prb.)*
- *„Ich wäre gern mehr an die Hand genommen worden“ (1Prb.)*
- *„Nach außen war ich die Musterpatientin, aber aus Angst geleitet zu werden, hab ich nichts preis gegeben und viel getrickst“ (1Prb.)*
- *„Es wurde zu viel Bedeutung auf die Gewichtskontrolle gelegt, das hat bei mir das Rechnen ausgelöst. Besser wäre es, es würde einem nur die Tendenz mitgeteilt“ (1Prb.)*
- *„Ich bin hier geistig nicht weitergekommen, erst in der Reha auf dem Bauernhof hab ich durch die Arbeit die heilsame Erfahrung gemacht nicht zufällig zu sein, sondern ein sinnvoller Teil der Schöpfung“ (1-2Prb.)*

Im Weiteren sollen in der gleichen Weide subjektive Beurteilungen der Probandinnen über die einzelnen Anteile des Therapiekonzeptes, deren besondere Therapieformen in Kapitel 2.2 erläutert wurden, folgen:

a) Heilpädagogischer Tagesablauf

Dazu positive Äußerungen:

- *„Die vorgegebene Struktur war sehr wichtig, das lehrt sich selbst Struktur zu geben.“, „Regelmäßiger Tagesablauf tut gut, Rituale und Regeln sind außerordentlich wichtig“. (9Prb.)*
- *„Das Basteln und Gestalten war gut, man kam auf andere Ideen“ „Die Ausflüge waren auch wichtig“ (5Prb.)*
- *„Es gab Zeit und Raum für menschliche Beziehungen“ (2Prb.)*
- *Die Einschränkung der Bewegung war gut aber mühsam.“*

Kritische Beurteilung:

- „Ablenkung ist eine Gefahr gewesen“.(1Prb.)
- „Zu Beginn war zu viel Zeit zum Grübeln.“ (1Prb.)
- „Ich bin naturverbunden, hier war ich eingeschlossen wie im Gefängnis, nicht mal rausgehen anfangs“, „Etwas freier wäre gut, mal zu zweit wo hingehen“, „Zu streng, eingeengt“ (4Prb.)

b) Essensvorgaben

Positive Wirkung:

- „Wichtig, denn das nahm die Angst vor Eßanfällen“, „Entlastung und Orientierung, man konnte so das normale Maß wieder lernen.“ „Sehr wichtig“, „Im Nachhinein weiß ich daß es hilfreich war“, „Beruhigend“ (30Prb.!)
- „Gut, auch gut, daß nicht über Essen geredet wird“ (2Prb.)
- „Gemeinsames Essen und Kontrolle waren sehr hilfreich“ (2Prb.)
- Die Vorgaben waren egal, aber das Essen war lecker!“ (2Prb.)

Negative Wirkung:

- „Fühlte mich überrumpelt , so schnell voll essen zu sollen, hätt gern kleiner angefangen“ (1Prb.)
- „Dadurch, daß nicht über das Essen gesprochen werden durfte, fiel die Umstellung später schwer“ (1Prb.)
- „Hab die Entlastung genossen aber nicht frei essen gelernt“ (2Prb.)
- „Hinderlich, zu viel Gedanken über die Menge“(1Prb.)
- „Panik, weil ich Teller leer essen mußte, nicht abspüren gelernt“ (1Prb.)
- „Schade, daß nicht über essen geredet werden durfte, es war so gutes Essen!“ (2Prb.)
- „Von der vorgegebenen Menge extra weniger gegessen, hat An-Tendenz verstärkt“(2Prb.)

c) Äußere Anwendungen

Positive Äußerungen:

- „Super“, „wichtig!“, „sehr hilfreich“, „sehr angenehm“, „mich drauf gefreut“, „waren das Wichtigste überhaupt!“, „sehr viel gebracht“, „“ (28Prb.!)
- „Hilfreich für Entspannung und um Körperkontakt zulassen zu lernen“, „Wohlsein“ „alle Sinne haben genossen“, verwöhnend, „Nahm Angst vor Berührung“ (11Prb.)
- „Ich konnte mich im Leib wohler fühlen“, „toll für die Körperwahrnehmung“, „Stärkung des Körpergefühls“ (9Prb.)
- „Die Leibwickel waren hilfreich für eine bessere Verdauung“, „Half gegen die Panik nach dem Mittagessen“, „Mittagsschlaf mit dem Wickel tat gut“, (5Prb.)
- „war o.k.“, „Beiwerk“ (2Prb.)
- „Erst schlimm, dann o.k.“ (1Prb.)
- „Hat Eigeninitiative angeregt!“ (1Prb.)
- „Das hat Psyche und Körper zusammengebracht. Die Einreibungen sind das Schönste was ich je erlebt hab!“ (1Prb.)
- „Die Wärme tat so gut“ (2Prb.)
- „Mein eigener Umgang mit meinem Körper wurde dadurch liebevoller“ (1Prb.)
- „Einreibung der Milz war beruhigend“ (1Prb.)

Negative Äußerungen

- „Unangenehm! Vielleicht, weil ein Mann die Anwendungen gemacht hat?“ (1Prb.)
- „Ich konnte nicht loslassen“ (1Prb.)
- „Zu selten“ (1Prb.)
- „Das hat nichts gebracht“ (1Prb.)

d) Einzelgespräche

Positive Äußerungen:

- „Der Therapeut war gnadenlos hart aber gut, hat die Angst genommen“, „Die Arbeit mit dem Therapeuten war total wichtig“, „Die Gespräche waren sehr wichtig, um die Wochenenden zu Hause gut vor- und nachzubereiten“, „Der Therapeut war schrecklich aber das beste was mir passieren konnte !“, „Aufwachsätze waren hart aber gut“, „Der Therapeut war mir als Mensch wichtig“, „Die Gespräche mit dem

Arzt waren sehr hilfreich“, *„Ich hätte sie am liebsten gewürgt aber die Ehrlichkeit war gut“* (24Prb.)

- *„Sehr sinnvoll und hilfreich“*(9Prb.)
- *„Sehr wichtig aber zu kurz“*, *„zu selten“* (5Prb.)
- *„Notwendig, teilweise unangenehm aber aufbauend“*, *„Hat sehr viel gebracht, Hab kämpfen und Einsicht gelernt.“* (4Prb.)
- *„Wichtigster Teil der Therapie! Da traute ich mich, mich zu öffnen“* (1Prb.)
- *„Es hat im Nachhinein geholfen“* (1Prb.)
- *„Gut, war aber noch zu jung (13J) und habe nichts kapiert“* (1Prb.)
- *„Jemand hilft mir in mein Inneres zu hören und zu merken was los ist“*, *„Hab mich verstanden gefühlt“*.(2Prb.)

Negative Beurteilungen

- *„Ich hatte Angst vor dem Therapeuten“*, *„Der Therapeut war sehr einschüchternd, das war kontraproduktiv“*, *„Ich hatte Angst vor dem Therapeuten, daher hab ich mich nicht geöffnet“*, *„Ich hab den Therapeuten gehaßt, es hat nichts geholfen!“* (Prb.5)
- *„Verwirrend“*, *„unnötig“*, *„Ich wollte nicht reden“* (3Prb.)
- *„Der Therapeut hat mich nicht verstanden und mich nicht ernst genommen.“* (2Prb.)
- *„Schlecht, daß die Vergangenheit ausgeklammert wurde“* (1Prb.)

e) Familientherapie

Positive Äußerungen:

- *„Sehr hilfreich“*, *Der Therapeut war gut!“*, *“Es war gut und wirkt immer noch“*, *„Teilweise unangenehm aber hilfreich“*, *„Ich hatte Angst vor der Familientherapie, aber habe viel verstanden“* (22Prb.)
- *„Die Eltern haben einen Einblick bekommen, ich stand nicht allein da.“* (5Prb.)

Negative Beurteilung:

- „Es war furchtbar und hat nichts gebracht“, „Ich hatte Probleme mit dem Therapeuten, deswegen war es wenig sinnvoll“, „Ich hab`s gehaßt und es waren immer bloß die Eltern Schuld“, „Sinnlos: Mutter war immer eingeschnappt und wegen der Brüder kam ich nicht zu Wort.“ (6)
- „Eltern haben nichts kapiert“, „Es hat nichts gebracht, ich bin dann ausgezogen von zu Hause“ (3Prb.)
- „Zu selten, nicht intensiv genug“, „Es ging nie um die Ursachen und das hat mir gefehlt.“ (4Prb.)

f) Gruppengespräche

- „Gut zu sehen, daß man nicht die einzige ist“, „Zu sehen: andere schaffen es auch“ (12Prb.)
- „Ein gutes Forum, wo man Störendes von den Mitpatientinnen aussprechen konnte.“ (1Prb.)
- „Unangenehm aber hilfreich“ (1Prb.)

Negative Äußerungen:

- „Nervig“, „unnötig“, „langweilig“, „Hat nicht so viel gebracht“, „verwirrend“, (5Prb.)
- „Wenig hilfreich, da ich mich nicht öffnen konnte“ (1Prb.)

Die Tabelle 24 zeigt, wie häufig die folgenden über die Wirkung auf den Krankheitsverlauf subjektiv beurteilten Kunsttherapien verordnet wurden:

Bothmer - Gymnastik	43
Therapeutische Sprachgestaltung	38
Maltherapie	32
Musiktherapie	19
Heileurythmie	19
Therapeutisches Plastizieren	18

g) Bothmer-Gymnastik

- *„Bothmer-Gymnastik hat mich glücklich gemacht!“, „Es war sehr gut für mich und ich hab es noch lange selber weitergemacht“, „Besonders gut und hilfreich“, „Super zum Abreagieren“ (17Prb)*
- *„Angenehme Körperwahrnehmung, „Wesentlich für Leibempfindung“ (4Prb.)*
- *„Damit war ein anderer Ausdruck möglich und das war wichtig“ (1Prb.)*
- *„Vielleicht hat´s geholfen, aber der Typ war seltsam“, „Hat keinen Spaß gemacht, hat aber was gebracht!“*

Die Bothmer-Gymnastik wurde von keiner Probandin als für ihren Heilungsverlauf hinderlich empfunden.

h) Therapeutische Sprachgestaltung

- *„Super“, „Hat sehr geholfen und mich glücklich gemacht“, „Das war die schönste Therapie, ich habe da Kräfte in mir entdeckt“, Die Therapeutin ist individuell auf mich eingegangen, das war sehr wichtig“. (17Prb.)*
- *„ Es hat mich gekräftigt“, „Speerwerfen beim sprechen tat gut.“ (2Prb.)*
- *„Freude an Schauspiel“, „So ist ein anderer Ausdruck möglich“ (2Prb.)*

- *„Hat mir nicht gefallen, war aber hilfreich“, „Teilweise anstrengend, aber es gab mir Sicherheit“ (2Prb.)*

Zur therapeutischen Sprachgestaltung wurde nur einmal die Diskontinuität beklagt, einer Prb. war die Therapie gleichgültig.

i) Maltherapie

Positive Äußerungen

- *„Ich habe das Malen als schönes Mittel, mich auszudrücken, wiederentdeckt“, „Ich habe eine Begabung bei mir gefunden“, „Die Kreativität zu fördern, ist hilfreich“, „Es war sehr gut, ich hab noch selber weitergemacht“, „Das Malen hier hat mich bis in den Beruf geprägt“ (5Prb.)*
- *„Freude bereitet“, „voll wichtig“, „Sehr förderlich“ (14Prb.)*

Negative Bemerkungen:

- *„Ich konnte mit der Therapeutin menschlich nicht so, da hats wohl auch nicht geholfen“, „Ich hab´s gehaßt! Und auch noch vor dem Essen!“, „Sinnlos für mich.“ (3Prb.)*

j) Heileurythmie

- *„Heileurythmie hat mich neugierig gemacht“, „Sehr wichtig“, „Der neue Ausdruck, der dadurch möglich war hat geholfen“, „Toll, mach ich noch zu Hause!“ „Ich konnte in der Heileurythmie aus mir raus gehen, unbekanntes ausprobieren“ (8Prb.)*
- *„Die Heileurythmie hat meine schwere Obstipation geheilt“*
- *Die Übungen haben mir mein Körpergefühl gegeben, da hab ich meine Grenze gespürt, und gemerkt, daß ich ein Erdenwesen bin!“ (2Prb.)*

Eine Prb. hatte Schwierigkeiten mit dem Therapeuten, eine Jugendliche fand es schlicht „scheiße“ und eine weitere beklagt die Diskontinuität.

k) Musiktherapie

Als positiv bewertet:

- *„Die Musiktherapie hat sogar meinen Beruf beeinflusst“, „Da konnte ich Neues ausprobieren und meine Gedanken laufen lassen“, „Musik war hilfreich“ (4Prb.)*
Zwei Probandinnen fanden die Musiktherapie „doof“ bzw. „unnütz“ .

l) Therapeutisches Plastizieren

- *„Durch das Plastizieren hab ich Kraft bekommen.“, „Hat viel gebracht und Spaß gemacht“, „Sehr hilfreich, länger wäre besser gewesen“ (9Prb.)*
 - *Da hab ich meine eigene Kreativität schätzen gelernt (2Prb.)*

Nur eine Probandin empfand das Plastizieren als sinnlos.

Zusammenfassend ist bemerkenswert, daß 44 von 58 (76%) der befragten Patientinnen die äußeren Anwendungen (meist Oxalis Bauchwickel und Ganzkörpereinreibungen mit Lavendelöl oder Solum oluginosum) als dem Heilungsverlauf besonders zuträglich empfanden. und viele es als besonders hilfreich beschrieben „time Out zu haben, Kind sein können, usw; dies ist nur in stationärem. Rahmen möglich.

4 Diskussion

4.1 Diskussion der Methode

4.1.1 Retrospektive Untersuchung

Die größte Beschränkung der vorliegenden Arbeit besteht darin, daß es sich um eine teilweise retrospektive Studie handelt mit allen daraus resultierenden Nachteilen; Unter anderem ist somit die Katamnesedauer uneinheitlich, bei Aufnahme der Patientinnen wurden nicht alle heute die Diagnose definierenden Daten erhoben, es wurden bei Behandlungsbeginn keine einheitlichen Erfolgskriterien definiert und es wurde bei Aufnahme kein standardisiertes Interview ausgeführt oder Fragebogen ausgefüllt zur besseren Vergleichbarkeit des Aufnahmebefundes mit dem Befund bei Katamnese. Mittels einer gründlichen Sichtung der Krankenakten und einer ausführlichen multidimensionalen Nachuntersuchung wurde versucht aus den Verläufen dieser vergleichsweise großen Stichprobe an jugendlichen Eßgestörten den größtmöglichen wissenschaftlichen Gewinn zu erzielen und somit die spärliche Literatur zum Verlauf von jugendlichen Bulimikern um eine möglichst aussagekräftige Studie zu erweitern.

4.1.2 Diagnosekriterien

Häufig fehlte die Dokumentation der Stärke der Eßanfälle (eine primär anorektische Patientin kann einen Apfel und ein halbes Knäckebrot bei der Anamnese mit „Freßanfall“ gemeint haben) und die Angabe der Häufigkeit der

Eßanfälle und gegensteuernden Maßnahmen. Die uneinheitliche Dokumentation könnte zum einen durch die wechselnden Diagnosekriterien in den ersten Jahren seit Definition der Krankheit begründet sein, zum anderen durch die mangelnde Relevanz im therapeutischen Alltag.

Um dennoch bei den Patientinnen, bei denen die o.g. Kriterien nicht dokumentiert sind, retrospektiv zu einer klaren Diagnose zu kommen, wurde bei der Nachuntersuchung nach Vorhandensein dieser Kriterien zum Zeitpunkt der Aufnahme gefragt.

Durch die Differenzen in den Kriterien bei DSM und ICD ergeben sich Fälle, die nach DSM-IV der Diagnose Anorexie vom Binge-Eating/Purging-Typus zugeteilt werden, während nach ICD die Diagnose Bulimie gilt und die Diagnose Anorexie aufgrund des Kriteriums 5 nicht gestellt werden darf (s. Kapitel 1.1.1). Da die Stichprobe zunächst nach den ICD-10-Kriterien zusammengestellt wurde - danach wäre die Stichprobe eine rein bulimische - kam es zu dem nach DSM-IV uneinheitlichen Kollektiv. Untersucht wurde also eine Stichprobe mit bulimischer Symptomatik, auf die nach ICD-10 die Diagnose Bulimia nervosa zutrifft und nach DSM-IV ebendiese oder Anorexie vom B/P-Typ.

Die vielen Untersuchungen im Zusammenhang mit dieser Arbeit und das Erleben der Patientinnen in der Abteilung hinterließ bei der Verfasserin den Eindruck, daß anorektische Patientinnen mit bulimischer Symptomatik in ihrem Leiden an den eigenen Impulsdurchbrüchen mehr mit den Bulimikern gemeinsam haben, als mit den restriktiven Anorektikerinnen, auch erleben die Patientinnen das vielfach selbst so. Dies würde zwar für die Einteilung nach ICD-10 sprechen, in der vorliegenden Arbeit wurde dennoch das DSM-IV zur Diagnosestellung zugrunde gelegt, da nur dieses international Verwendung findet.

Erwähnt werden soll in diesem Zusammenhang, daß unter den Forschern vielfach Unzufriedenheit herrscht bezüglich der heute geltenden Diagnosekriterien, besonders wenn es sich um eßgestörte Jugendliche handelt (ROSEN et al.2003 [78]). So wird von BEUMONT et al. u.a. ein Staging analog

zu Neoplasien gefordert [9]. Somit ist mit weiteren Veränderungen der Diagnosekriterien zu rechnen. Darauf ist durch das weite Spektrum der Befragung in der vorliegenden Studie Rücksicht genommen worden, um die erhobenen Daten für eventuelle spätere Forschungsvorhaben unter neuen Diagnosekriterien verwertbar zu machen.

4.1.3 Meßinstrumente und Verlässlichkeit der Angaben

Jede Beurteilung von psychischen Symptomen birgt in sich das Objektivierungs-Dilemma. Selbst wenn die Beurteilungskriterien deutlich definiert sind, besteht noch die Unschärfe, die aus der Art resultiert wie gefragt, und wie von den Probanden geantwortet wird, ob realistisch oder im Sinne der sozialen Erwünschtheit oder, wie häufig im Jugendalter, überzeichnend. Gegenüber Selbstbeurteilungs-Fragebögen und Telefon-Interviews gilt diesbezüglich als verlässlichste Untersuchungsart das standardisierte Interview durch einen unabhängigen geschulten Rater, idealerweise ergänzt durch die Untersuchung durch einen ehemaligen Therapeuten (HERZOG, W et al.1994 [45]). Von CARTER et al. [11] Und FICHTER et al. [24] wurde bestätigt, daß einige Kernsymptome der Eßstörungen mittels Experteninterview exakter erhoben werden als mit Fragebögen zur Selbsteinschätzung.

SIAB:

Zwar hat der wesentlich ältere (1987) Eating Disorder Examination (EDE) [12] eine weitere Verbreitung in der Verlaufsliteratur, dennoch wurde für die Erhebung der Daten zum Befinden der Probandinnen und deren Auswertung das strukturierte Inventar für Anorektische und Bulimische Eßstörungen aus folgenden Gründen gewählt:

1. Das SIAB ist das einzig erhältliche deutsche Experten-Interview für Eßstörungen. Ein deutsches Instrument zu wählen schien auch unter dem Gesichtspunkt der zugrundeliegenden Normwerte sinnvoll: Kordy et al. [62] weisen nach, daß das Vernachlässigen der Unterschiede von nationalen Normen bei der Diagnosestellung von Eßstörungen und deren Verlaufsbeurteilung einen essentiellen Einfluß auf die Ergebnisse hat.
2. Das SIAB ist ein reliables, valides Instrument zur deskriptiven Erfassung von Eßstörungen und häufig begleitender weiterer Pathologien [26]. Es wurde an 377 wegen Eßstörungen behandelten Patienten einer psychosomatischen Klinik auf die Testgütekriterien überprüft. Durch die Standardisierung ist die Durchführungs-, Auswertungs-, und Interpretations- Objektivität sichergestellt. Die Reliabilität ist statistisch geprüft. Bezüglich der Validität ist besonders erwähnenswert, daß ein Vergleich der Skalen des SIAB hohe Korrelationen mit allen Skalen des sehr verbreiteten englischen „Eating Disorder Examination“ ergab [25].
3. Das SIAB schien das beste erhältliche Instrument zu sein, um von dem subjektiven Empfinden bezüglich der seelisch-geistigen Gesundheit der Probandin zu einer objektivierbaren Symptomenbeschreibung mit Graduierung der Ausprägung zu kommen, und von dieser zu einer Beurteilung in „guten / mittelmäßigen / und schlechten Verlauf“. Dabei berücksichtigt dieses Instrument für die Verlaufsbeurteilung nicht nur eßstörungsspezifische, sondern auch ein weites Spektrum anderer psychopathologischer Symptome.
4. Das SIAB bildet eine solide Datenbasis und einen Auswertungsalgorithmus zur exakten diagnostischen Einschätzung der Eßstörungsdiagnosen mit Untergruppen nach ICD-10 und DSM-IV.
5. Im Gegensatz zu anderen Experteninterviews zur Erfassung von Eßstörungen ist ein ausführliches Handbuch für das SIAB-EX verfügbar, welches durch Fallbeispiele und spezielle Hinweise für das Interview mit

Jugendlichen zu jedem einzelnen Item die Qualität der Untersuchung hebt.

6. Das SIAB bietet eine solide Grundlage für möglicherweise weitere Forschungsvorhaben der psychosomatischen Jugendstation. So kann eine Kurzfassung bei Vorstellung der Patientin zur Diagnosestellung und das gesamte Interview als Struktur für das Erstgespräch vor der Therapie verwendet werden, womit dann zugleich der Ausgangsbefund für eine spätere Verlaufsuntersuchung vorläge.

FPI:

Die Zielsetzung dieses weit verbreiteten Instrumentes ist es relativ überdauernde Persönlichkeitseigenschaften zu bestimmen. Mittels des FPI kann eine Personengruppe im Hinblick auf Auffälligkeiten in den 12 Skalen untersucht werden. Es wurde in der vorliegenden Arbeit von der Möglichkeit gebrauch gemacht grundlegende Persönlichkeitseigenschaften der Stichprobe standardisiert zu erfassen und mit bevölkerungsrepräsentativ gewonnenen Normwerten zu vergleichen. Das FPI wurde bereits im Zusammenhang mit Verlaufsstudien zu Eßstörungen verwendet [101,107].

Laut Manual des FPI hat das Instrument eine hohe Durchführungs- und Auswertungs- Objektivität. Die Reliabilität ist befriedigend, die Validität ausreichend.

Ergänzende eigene Fragen:

JARMAN et. al [51] bemängelt in ihrem Review der Verlaufsliteratur die seltene Untersuchung der Sicht der Patienten selbst auf ihre Heilung. Studien die sich dieser Frage widmeten von Vandereycken [105] sowie Rorty [77] beschrieben, ähnlich wie in der vorliegenden Arbeit, die Wichtigkeit vornehmlich von unspezifischen Faktoren, wie „ Mir wurde zugehört und ich wurde akzeptiert wie

ich bin“, „Endlich konnte mir Hoffnung vermittelt werden“, „Die Unterstützung der Gruppe half mir daran zu glauben, daß man sich verändern kann“.

Bei dem Teil des Interviews, in dem die Probandinnen mit eigenen Worten das Therapiekonzept beurteilen sollten ist hinsichtlich der Verlässlichkeit der Angaben hervorzuheben, daß die Untersucherin den Probandinnen nicht aus der Zeit des stationären Aufenthaltes bekannt war und somit eine neutrale Person darstellte. Die entsprechenden Fragen wurden zum Ende der Untersuchung gestellt, nach lockeren Gesprächen und strukturierten Fragen. Somit wurde das Risiko im Sinne der sozialen Erwünschtheit zu antworten möglichst gering gehalten, die Antworten erschienen allesamt ehrlich.

4.2 Diskussion der Ergebnisse und Vergleich mit anderen Studien

Die vorliegende Arbeit untersucht das Wohlergehen von Patientinnen, die sich vor 1-16 Jahren wegen einer bulimischen Eßstörung im Jugendalter in stationäre Therapie begaben.

Da man sich über den Einfluß des Erkrankungsalters auf den Verlauf uneinig ist (siehe Kapitel 1.3), soll das Ergebnis der vorliegenden Arbeit vor allem mit einer Stichproben der gleichen Altersgruppe verglichen werden. Untersuchungen zum Krankheitsverlauf der Bulimie im Jugendalter sind jedoch äußerst spärlich, was vielerorts beklagt wird [30,78,22,90]. Genau genommen wurde bisher nur in einer Studie explizit dem Verlauf der Bulimie bei Jugendlichen nachgegangen, ohne die Diagnosegruppen und/oder Altersgruppen zu mischen: Einige Ergebnisse dieser Studie von FICHTER und QUADFLIEG [23] wurden schon in Kapitel 1.3 aufgezeigt. Sie soll im folgenden kurz dargestellt und die Ergebnisse mit denen der vorliegenden Arbeit verglichen werden.

Die Autoren untersuchten prospektiv 169 Bulimie-Patientinnen, die konsekutiv in der Klinik Roseneck in Prien intensiv verhaltenstherapeutisch behandelt wurden. Aus dieser Gesamtstichprobe wurden die 32 jugendlichen Bulimie-Patientinnen, die bei Aufnahme unter 20 Jahre alt waren, nach 2 Jahren gesondert untersucht. Die Untersuchung wurde u.a. mit dem SIAB durchgeführt, das wegen der damals noch gültigen Kriterien des DSM-III-R eine etwas andere Faktoreneinteilung hatte, als die in der vorliegenden Arbeit verwendete. Tabelle 25 stellt Daten dieser Patientengruppe denen des in der vorliegenden Arbeit untersuchten Kollektivs gegenüber. (Alle Mittelwerte in Jahren, in Klammern die Standardabweichung).

Tabelle 25: Soziodemographische Daten der zu vergleichenden Gruppen					
	Alter bei Beginn der Erkrankung	Dauer der Erkrankung bis Aufnahme	Alter bei Aufnahme	Katamnese-Dauer	Alter bei Katamnese
Fichter (1996)	14,9 (1,6)	3,7 (1,5)	18,6 (0,8)	2,0 (0,6)	20,9 (0,9)
vorliegende Studie	15,5 (1,5)	1,7 (1,2)	17,2 (1,3)	5,8 (4,0)	23,0 (4,5)

Tabelle 26 zeigt die Gegenüberstellung der diagnostizierten Eßstörungen in den beiden Gruppen bei Katamnese, wobei die Stichprobe von FICHTER nach DSM-III-R beurteilt wurde, die noch keine Kriterien für EDNOS beinhaltete.

Tabelle 26 diagnostizierte Eßstörungen bei Katamnese				
	Bulimia nervosa	Anorexia nervosa	EDNOS	Keine manifeste Eßstörung
FICHTER (1996)	50%	3,1%		46,9%
vorliegende Studie	13,8%	0%	6,9%	79,3%

Die deutlich besseren Ergebnisse der vorliegenden Arbeit werden etwas relativiert durch die Tatsache, daß bei FICHTER nur 2 von 32 (6,25%) der Probandinnen an der Nachuntersuchung nicht teilnahmen. Bei der vorliegenden Studie waren dies 26 (31%) Probandinnen. Nimmt man den ungünstigsten Fall an, daß jene, die nicht nachuntersucht wurden, weiterhin eßgestört sind, stünden 51,7% eßgestörte gegenüber 48,3% genesenen Probandinnen. Ein weiterer Grund für den Unterschied der Ergebnisse könnte die uneinheitliche Katamnesedauer sein oder die Tatsache, daß in der Stichprobe von FICHTER et al. die Therapieabbrecher nicht ausgeschlossen wurden. Über die Therapiemotivation bei Aufnahme, die in der Filderklinik Aufnahmebedingung ist, gibt es bei FICHTER keine Angaben.

In Tabelle 27 sollen die Mittelwerte (Standardabweichung in Klammern) der Subskalen des SIAB verglichen werden, wobei die fünf Ausprägungsstufen von 0 (Symptom nicht vorhanden) bis 4 (Symptom sehr stark/häufig auftretend) reichen. Zum Zwecke der Vergleichbarkeit werden die Faktoren der alten SIAB-Version modifiziert und zusammengefaßt.

Tabelle 27: Mittelwerte der SIAB-Subskalen bei Katamnese					
	Körperschema und Schlankheits-Ideal	Allgemeine Psychopathologie soziale Integration und Sexualität	Bulimische Symptome	Gegensteuernde Maßnahmen/ Substanz-Abusus	Gesamt-Summen-Wert
FICHTER (1996)	1,6 (0,5)	1,5 (0,7)	1,9 (0,8)	0,4 (0,8)	1,6 (0,5)
vorliegende Studie	0,7 (0,5)	0,4 (0,5)	1,0 (1,2)	0,2 (0,2)	0,5 (0,3)

Die folgende Tabelle zeigt die psychiatrischen Diagnosen, die in der vorliegenden Studie innerhalb der Katamnesedauer und in der Vergleichsstudie „lifetime“ sowie zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung diagnostiziert wurden.

	Affektive Störung	Angst/Zwangsstörung	Persönlichkeitsstörung	Drogen-Abusus	Keine Störung
FICHTER (1996) lifetime	36,7%	16,7%	6,7%	16,7%	23,2%
FICHTER (1996) Nachuntersuchung	33,3%	13,3%	3,3%	10,0%	40,1%
vorliegende Studie	34,5%	10,3%	6,9%	1,7%	46,6%

Die einzige Studie, mit der ein Vergleich der globalen Ergebnisse möglich ist, ist die Arbeit von FICHTER und QUADFLIEG 1997 [20], aus der die in der vorliegenden Arbeit verwendete Outcomescale mit dem Global Outcome stammt. Bei der in dieser Studie untersuchten Stichprobe handelt es sich um die schon oben erwähnten 196 Bulimikerinnen (nach DSM-IV) gemischten Alters, die 6 Jahre nach Entlassung nachuntersucht wurden.

Die Stichprobe unterscheidet sich in folgenden Daten erheblich von der Stichprobe der vorliegenden Arbeit:

	Alter bei Beginn der Erkrankung	Dauer der Erkrankung bis Aufnahme	Alter bei Aufnahme	Katamnese-Dauer
Fichter (1997)	17,6 (4,8)	8,1 (4,5) !	25,6 (6,7)!	6,2 (0,9)!
vorliegende Studie	15,5 (1,5)	1,7 (1,2)	17,2 (1,3)	5,8 (4,0)

Die in Kapitel 2.4.3 dargestellten Outcomescales und deren Mittelwert, der Global Outcomescale, werden in Tabelle 30 mit den Ergebnissen der Studie an der oben vorgestellten Stichprobe verglichen. Ergebnisse des Outcomescale „Sexuelle Probleme“ tauchen zwar indirekt im Global Outcome auf, nicht aber in der direkten Gegenüberstellung, da Fragen zur Partnerschaft bei den Jugendlichen z.T. nicht für einen Vergleich auswertbar waren.

	gut		mittelmäßig		schlecht	
	FICHTER	Vorl. Stud.	FICHTER	Vorl. Stud.	FICHTER	Vorl. Stud.
Zentriertheit auf Essen u. Gewicht	25,5	41,4	36,4	36,2	38,1	22,4
Freßattacken	58,8	62,0	9,7	10,4	31,5	27,6
Gegensteuernde Maßnahmen	44,8	77,6	20,6	5,2	34,6	17,2
Körpergewicht	73,9	93,1	17,0	6,9	9,1	0
Depression	58,8	51,8	26,1	24,1	15,1	24,1
Zwänge	72,6	86,2	22,6	8,6	4,8	5,2
Ängste	71,5	60,3	23,0	19,0	5,5	20,7
Substanzabusus	83,0	89,7	10,9	8,6	6,1	1,7
Probleme im Sozialverhalten	52,1	81,0	22,4	10,4	25,5	8,6
Global Outcome	59,9%	77,3%	29,4	17,2%	9,6%	5,2%

Die Ergebnisse beider Kollektive ähnelten sich bezüglich des Symptoms „Freßattacken“ sowie der mittelmäßigen Ergebnisse bei „Zentriertheit auf Essen“, „Depression“, „Ängste“ und „Substanzabusus“. Mit Ausnahme des Symptoms „Depression“ hatten die Probandinnen der vorliegenden Arbeit insgesamt etwas günstigere Verläufe. Die Mortalität lag bei FICHTER bei 1,1 %, in der vorliegenden Stichprobe gab es unter den 73 (86,9%), über die Information vorlag, keinen Todesfall.

Wünschenswert wäre nun an dieser Stelle eine übersichtliche Tabelle mit den globalen Ergebnissen anderer Studien. Zwar gibt es zunehmend mehr Literatur zu Verläufen bei Erwachsenen. Das Studium dieser Literatur zeigt jedoch mehr methodische Probleme als klare, untereinander vergleichbare Ergebnisse auf. Einen objektiven und simplen Score, der weite Verbreitung findet, wie den

General Outcome Score von MORGAN und RUSSEL [70] zur Beurteilung der Magersucht über Menstruationsstatus und Gewicht, gibt es für den Verlauf der Bulimie nicht. Ebenso wenig gibt es Methoden zur Beurteilung des psychosozialen Status, die sich einheitlich durchgesetzt hätten. Diese methodischen Probleme, begründet in dem schwer meßbaren Wesen der Erkrankung, begleiten die Forschung zur Bulimie seit ihren Anfängen (HERZOG et al. [44]). Dies führt dazu, daß in den verschiedenen Studien nicht nur verschiedene Diagnose- und Verlaufskriterien zugrunde gelegt, sondern auch unterschiedliche Meßinstrumente für die Beurteilung weiterer Psychopathologien verwendet werden, welches die Vergleichbarkeit zusätzlich erschwert. Im Folgenden sollen einzelne Faktoren methodischer Unterschiede zwischen den Studien aufgezählt werden.

- a) Meßinstrumente:** Zumeist wird mit unterschiedlichen Selfrating-Fragebögen untersucht, z.B. mit dem „Eating Attitude Test“ (EAT) [33] oder „Eating Disorder Inventory“ (EDI) [34]. An Experteninterviews werden u.a. verwendet: „Eating Disorder Examination“ (EDE) [12], „Longitudinal Interval Follow-up Evaluation“ (LIFE) [60], „Branched Eating Disorders Test“ (BET) [87] oder eigens für die jeweilige Studie entworfene Instrumente (z.B. „Flinders Symptom Score“ [7])
- b) Diagnosekriterien (DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, ICD-10)**
- c) Erfolgskriterien:** Definitionen von Remission reichen von völliger Abstinenz jeglicher Eßstörungssymptome für mindestens 6 Monate [58] bis Abwesenheit von Eßattacken und gegensteuernder Maßnahmen für nur mindestens 1 Monat [29,65]. KELLER et al. [59] definieren Heilung mit 8 Wochen ohne oder mit minimalen Symptomen, sowie Rückfall mit dem Erfüllen der DSM-III-Kriterien in einer Periode von 2 Wochen. FIELD et al.[29] betonen in ihrer Studie die Differenzierung zwischen Remission (asymptomatische Episode kürzer als ein Jahr) und Heilung. Einige Verlaufsstudien verzichten gänzlich auf eine Definition von Heilung, wie die Übersichtsarbeit von HERZOG [44] zeigt oder benutzen für den Vergleich zwischen den Studien den „Psychiatric rating scale for bulimia nervosa“ von HERZOG [43], vergleichen in der Gegenüberstellung der

Studien aber mit der Einteilung „gut“, „mittel“ und „schlecht“ statt den definierten 6 Schweregraden ohne weitere Beschreibung der Methode (FICHTER 1995)[22]. KEEL et al. [57] beschäftigen sich explizit mit dem signifikanten Einfluß, den unterschiedliche Outcomekriterien auf die Ergebnisse haben.

- d) gemischte Diagnosegruppen: Manche Studien trennen in der Erfolgsbeurteilung nicht zwischen Anorexie und Bulimie, wie die Studien von STEINHAUSEN et al. zum Outcome von Eßstörungen bei Jugendlichen [100,102,101].
- e) weitere Einflußfaktoren: gemischte Altersgruppen, gemischte Katamnesedauer, Selektion der Patienten etc.

Stellvertretend für die Ergebnisse zur Heilungsrate der Bulimie aus verschiedenen Studien und Übersichtsartikeln sollen hier die Ergebnisse des vielfach zitierten Reviews von KEEL et al. [55] stehen: Nach einer Katamnesedauer von 5-10J waren 50% geheilt, 20% unverändert bulimisch und 30% subklinisch eßgestört mit Rückfällen in bulimisches Verhalten.

Aufgrund ihrer besonderen Bedeutung sollen folgende Arbeiten aus der Verlaufsforschung an dieser Stelle erwähnt werden:

- QUADFLIEG und FICHTER (2003) [75]:aktuellste und umfassendste Übersichtsarbeit.
- MITCHELL et al. (1986+1988) [68,69] älteste und in allen Übersichtsstudien zitierte Verlaufsstudien an Bulimie mit 2-5J Katamnesedauer: 66% guter Verlauf, 9% verbessert, 25% Therapieversager.
- KEEL et al.(1999) [58]:Untersuchung mit der längsten Katamnesezeit (mindestens 10Jahre): 69,9% volle oder Teilremission, 11% volle BN, 0,6% volle AN, 18,5% EDNOS.

Was die Ergebnisse auf die eingangs gestellten Zusatzfragen betrifft (s. Kapitel 1.2), fanden auch FICHTER et al [22]. keinen Einfluß einer Anorexie-Episode vor Beginn der Bulimie auf den Verlauf.

WALITZA et al [106] berichten, daß die Patientengruppe mit Anorexie Binge/Purge-Typ die schlechteste Prognose aller Eßstörungen hätte. Auch für die vorliegende Stichprobe wurde ein solches Ergebnis erwartet, da die betroffenen Patientinnen einer besonderen Unsicherheit konfrontiert sind bezüglich des gesunden Mittelmaßes von zu wenig und zu viel essen, somit war das Ergebnis, das keinen Unterschied im Verlauf im Vergleich zu den Bulimikern zeigte, bemerkenswert.

Was die vorliegenden Ergebnisse des FPI betreffen, erstaunt vor allem die Unauffälligkeit des Persönlichkeitsmerkmals „Extraversion/Impulsivität“, da in der Literatur häufig Impulskontrollstörungen als Komorbidität genannt werden [37,106], was im Alltag mit Bulimischen Patientinnen durchaus erlebbar wird.

4.2.1 Praktische Bedeutung:

Das gute Ergebnis dieser Studie hat viele mögliche Ursachen: Das jugendliche Alter der Patientinnen, die kurze Krankheitsdauer, die Selektion durch die vor Aufnahme geforderte Therapiemotivation und möglicherweise auch der ganzheitliche Ansatz des Therapiekonzeptes. Um bei der (im Gegensatz zur Anorexie) schwer in Maß und Zahl zu fassenden Bulimie einer Antwort näher zu kommen bedarf es zukünftig mehr Forschung mit einheitlichen Diagnose- und Erfolgskriterien, die nicht nur die eßstörungsspezifische Symptomatik, sondern auch das gesamte Wohlergehen der Probanden berücksichtigen.

Mit dem SIAB wurde der psychosomatischen Jugendstation ein Werkzeug gegeben, mit dem sie in Zukunft eine prospektive Studie durchzuführen kann, die den oben beschriebenen methodischen Anforderungen genügt.

Interessante Ergebnisse erbrachten die Aussagen der Probandinnen darüber, welche Aspekte des Therapiekonzeptes sie für ihren Krankheitsverlauf als hilfreich bzw. als hinderlich empfanden. So wurden, übereinstimmend mit VANDERLINDEN et al. [105], unspezifische Faktoren als besonders hilfreich hervorgehoben, wie das Erleben von Verständnis, die menschlichen Begegnungen sowie die Einzelgespräche. Ein stationärer Aufenthalt erschien, vielen Probandinnen nötig, um einen stützenden Rahmen zu haben in dem „Ausnahmestand“ der Entwöhnung oder vielmehr Umgewöhnung in effektivere, gesündere Wege der Problemlösung.

In der differenzierten Beurteilung einzelner Faktoren des Therapiekonzeptes wurde spontan die Kombination der schützenden Atmosphäre und die zuwendungsintensiven äußeren Anwendungen auf der einen Seite mit den provozierenden Anregungen zur Arbeit an sich selbst auf der anderen Seite als sehr hilfreich hervorgehoben.

Die Meinung der Bulimiker selbst zur Wirkung der Therapien im Allgemeinen und Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes im Besonderen wurde bisher wenig untersucht und der Mangel solcher Untersuchungen wenig beachtet, wobei JARMAN et al. die Wichtigkeit solcher Untersuchungen hervorhebt [51].

5 Zusammenfassung

Fragestellung:

Wenig ist bisher bekannt über den Krankheitsverlauf der Bulimie bei Jugendlichen. Eine ebenfalls bei Jugendlichen wenig untersuchte, bei Betroffenen und Therapeuten aber immer wieder dringende Frage, ist, wie nötig und wie hilfreich eine stationäre Behandlung ist. Auch sind bisher keine Studien veröffentlicht, in der die Sicht der jugendlichen bulimischen Patientinnen selbst beschrieben wird bezüglich der Frage welche Therapieansätze den Heilungsprozeß förderten oder störten. Diesen bislang wenig untersuchten Fragen wurde mittels einer katamnestischen Untersuchung nachgegangen.

Patienten und Methode:

Alle 84 ehemaligen Patientinnen, die in der offenen psychosomatischen Jugendstation der Filderklinik stationär wegen einer Bulimia nervosa oder Anorexia nervosa Binge-Eating/Purging-Typus behandelt wurden und bei Aufnahme das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet sowie die Therapie nicht frühzeitig abgebrochen hatten, wurden berücksichtigt. Es handelt sich um eine Stichprobe mit frühem Krankheitsbeginn (durchschnittlich 15 6/12 Jahre) und relativ kurzer Krankheitsdauer bis zur stationären Aufnahme in der Filderklinik (Krankheitsdauer bis zur Aufnahme im Mittel 21 Monate) Alle Patientinnen wurden nach einem einheitlichen integrativen Konzept behandelt, das auf Gesichtspunkten der anthroposophischen Medizin basiert.

58 von 84 Probandinnen (69%) waren bereit, sich 1-16 Jahre nach Entlassung durch die Autorin hinsichtlich eßstörungsspezifischer Symptomatik, weiteren

psychopathologischen Symptomen sowie beruflicher und sozialer Integration mittels eines strukturierten Interviews (SIAB) und erweiternden offenen Fragen persönlich nachuntersuchen zu lassen. Zusätzlich wurde von 57 Probandinnen der Fragebogen des Freiburger Persönlichkeitssinventars (FPI) ausgefüllt.

Außerdem wurde untersucht, ob folgende Faktoren einen Einfluß auf das Outcome haben: 1) Bestehen der Diagnose Bulimia nervosa im Vergleich zu Anorexia nervosa Binge/Purge-Typ bei Aufnahme, 2) Anorexie in der Anamnese vor Auftreten der bulimischen Symptome, 3) Katamnesedauer, 4) Auffälligkeiten im Freiburger Persönlichkeitsinventar.

Zusätzlich wurde der Frage nachgegangen, wie die ehemaligen Patientinnen subjektiv den Aufenthalt in der Filderklinik hinsichtlich der Wirkung auf ihren Krankheitsverlauf beurteilen.

Ergebnisse und Diskussion:

Zum Katamnesezeitpunkt hatten 46 der 58 untersuchten Probandinnen (79,3%) keine Eßstörung nach DSM-IV. Es litten 8 (13,8%) Probandinnen noch/wieder unter dem Vollbild der Bulimia nervosa, keine erfüllte das Vollbild der Anorexia nervosa. Die Kriterien des EDNOS 2 nach DSM IV erfüllte eine Probandin, die des EDNOS 3 erfüllten drei Probandinnen (zusammen 6,9%).

Nach dem Global Outcome (errechnet aus Ergebnissen der SIAB-Skalen) haben 45 (77,6%) Probandinnen ein gutes, 10 (17,2%) ein mittleres und 3 (5,2%) ein schlechtes Outcome. Diese Zahlen korrelieren gut mit denen der bestehenden Eßstörungs-Diagnosen.

Um die Ausprägungsverteilung von nicht eßstörungsspezifischen psychischen Symptomen zum Katamnesezeitpunkt zu beurteilen, wurden die Summenscores „Depression“, „Zwänge“, „Angst“, „Substanzmißbrauch“ und „soziale Integration“ des SIAB einzeln untersucht, wobei jeweils die nicht mehr

eßgestörte Gruppe mit der noch eßgestörten Gruppe verglichen wurde. Grundsätzlich zeigte sich keine Symptomverschiebung, sondern auch diesbezüglich eine Symptomverbesserung parallel zur Ausheilung der Eßstörung

Keine der diesbezüglich untersuchten Probandinnen (n=59) blieb ohne Schulabschluß. Die Hälfte machte das Abitur, ein Drittel erlangte den Realschulabschluß, die verbleibenden waren noch Schülerinnen oder hatten den Hauptschulabschluß erreicht. Auch bezüglich der beruflichen Situation gab es keine auffälligen Einschränkungen. Von der diesbezüglich untersuchten Stichprobe (n=60) waren 19 Prb. Angestellte, 34 Prb waren Schülerinnen/Studentinnen/in Ausbildung/FSJ, 6 Prb. waren selbstständig oder Mütter von Kleinkindern, nur eine Probandin hatte weder Beruf noch Ausbildung.

Weder die Tatsache, ob eine Probandin bei Aufnahme nach DSM-IV der Diagnose Bulimia nervosa oder Anorexia nervosa vom Binge/Purge-Typ zugeteilt wurde, noch ob eine Phase von Anorexie vor Auftreten der bulimischen Symptome bestand, noch die Katamnese-dauer, noch bestimmte Auffälligkeiten im FPI hatten einen Einfluß auf das Outcome in dieser Stichprobe.

Von 59 Probandinnen, die gebeten wurden subjektiv den Einfluß des Aufenthaltes in der Filderklinik auf ihren Krankheitsverlauf zu beurteilen, antworteten 51 (86,4%) zusammenfassend mit „verbessert“, 6 (10,2%) mit „kein Einfluß“ und 2 (3,4%) gaben „verschlechtert“ an. Würde man, den ungünstigsten Fall annehmend, die 25 nicht untersuchten Probandinnen der Gesamtstichprobe der unzufriedenen Gruppe zurechnen, würde die positive Beurteilung immerhin noch fast zwei Drittel einnehmen. Zusätzlich zu dieser Gesamtbeurteilung haben die Probandinnen spontan vor allem die Faktoren als herausragend hilfreich benannt, die den Mitarbeitern besonders viel Einzelengagement und Zeit abverlangen, wie Einzelgespräche und Ganzkörperreibungen.

Da es sich bei der vorliegenden Arbeit um eine teilweise retrospektive Studie mit nur einem Nachuntersuchungszeitpunkt handelt, ist der Therapieerfolg nicht abschließend methodisch korrekt zu sichern und ein Symptomenshift nicht mit letzter Sicherheit auszuschließen.

Der Vergleich mit der einzigen erhältlichen Studie zum Verlauf der Bulimie im Jugendalter von FICHTER et al. fiel für das Kollektiv der vorliegenden Arbeit sehr günstig aus, wobei neben einer Reihe anderer Unterschiede vor allem ins Gewicht fällt, daß der Rücklauf bei FICHTER mit 93,8% im Vergleich zu 69% wesentlich höher war.

Ein Vergleich mit den Ergebnissen anderer Studien (an erwachsenen Patienten) ist wegen der Uneinheitlichkeit der den Verlaufstudien zugrundeliegenden Diagnose- und Erfolgskriterien und wegen der unterschiedlichen Evaluationsmethodik ausgesprochen unübersichtlich und in diesem Rahmen wenig sinnvoll.

Praktische Bedeutung:

Ob die relativ günstigen Ergebnisse dieser Studie auf das jugendliche Alter der Patientinnen, die kurze Krankheitsdauer, Selektionseffekte z.B. durch die vor Aufnahme geforderte Therapiemotivation oder auf den ganzheitlichen Ansatz des Therapiekonzeptes zurückzuführen ist, bleibt ungeklärt. Um hier näheren Aufschluß zu erhalten, bedarf es zukünftig mehr Forschung mit einheitlichen Diagnose- und Erfolgskriterien mit validen und reliablen Meßinstrumenten, die nicht nur die eßstörungsspezifische Symptomatik, sondern auch das gesamte Wohlergehen des Probanden erfassen können.

Mit dem SIAB wurde der psychosomatischen Jugendstation eine Methode an die Hand gegeben, in Zukunft eine prospektive Studie durchzuführen, die den oben beschriebenen methodischen Anforderungen genügt.

Trotz der methodischen Einschränkungen kann als Ergebnis dieser Studie festgehalten werden, daß die psychosomatische Jugendstation in der Therapie der Bulimie auf einem guten Weg ist. Besonders die personal- und zeitintensiven Schwerpunkte des Konzeptes scheinen erfolgversprechend.

6 Literaturverzeichnis

1. Abraham SF, Mira M, Llewellyn-Jones D;(1983): "Bulimia:A study of outcome". Int J Eat Disord 2: 175-180
2. Agras WS, Walsh T, Fairburn CG, Wilson GT, Kraemer HC, (2000): „A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapie for bulimia nervosa“. Arch Gen Psychiatry 57(5):459-66
3. Agras WS;(1997): "Pharmacotherapy of bulimia nervosa and binge eating disorder: longer-term outcomes". Psychopharmacol Bull; 33 (3): 433-436
4. American Psychiatric Association;(1980): „Diagnostic and statistical manual of mental disorders“ 3rd edn. American Psychiatric Association.
5. Bacaltchuk J, Hay P, Trefiglio R; (2001): "Antidepressants versus psychological treatments and their combination for bulimia nervosa (Cochrane Review)". The Cochrane Library 4,2001.Oxford
6. Balint M, Ornstein PH, Balint E;(1973): „Fokalthherapie“. Suhrkamp, Frankfurt
7. Ben-Tovim DI, Walker K, Gilchrist P, Freeman R, Kalucy R, Esterman A; (2001): "Outcome in patients with eating disorders: a 5-year study". The Lancet 357: 1254-1257
8. Beumont PJ, O'Connor m, Lennerts W, Touyz SW; „Ernährungsberatung in der Behandlung der Bulimia“ in: Fichter M;(1989) „Bulimia nervosa-Grundlagen und Behandlung“. Ferdinand Enke Verlag Stuttgart
9. Beumont PJ, Touyz SW; (2003): "What kind of illness is anorexia nervosa?". European Child&Adolescent Psychiatry 12 [1] i20-i24
- 10.Bothmer F von (1981): „Gymnastische Erziehung“. 2.Aufl., Freies Geistesleben, Stuttgart
- 11.Carter JC, Aime AA, Mills JS; (2001): "Assessment of bulimia nervosa: a comparison of interview and self-report questionnaire methods". Int J Eat Disord 30(2): 187-92
- 12.Cooper Z, Fairburn C; (1987): "The Eating Disorder Examination: A Semistructured Interview for the Assessment of the Specific Psychopathology of Eating Disorders". Int J Eat Dis 6 [1] 1-8
- 13.Devaud C, Jeannin A, Narring F, Ferron C, Michaud PA;(1998): „Eating disorders among female adolescents in Switzerland: prevalence and

- associations with mental and behavioral disorders“. *Int J Eat Disord* 24(2):207-216
14. Dilling H, Dilling K, Dittmann V, Freyberger H.J., Schulte-Markwort E (Hrsg); Huber,(1994) *Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10)*
 15. Fahrenberg J, Hampel R Selg H,(2001) „Das Freiburger Persönlichkeitsinventar“ (FPI-R) Hogrefe- Verlag
 16. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Norman P, O´Connor M; (2000): “The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young woman”. *Arch Gen Psychiatry* 57: 659-665
 17. Fairburn CG, Harrison J;(2003): „ Eating Disorders“. *The Lancet* 361:407-16
 18. Fairburn, CG, Kirk J, O´Connor M, Anastasiades P, Cooper PJ;(1987): „Prognostic factors in bulimia nervosa“. *British Journal of Clinical Psychology* 26: 223-224 in: Fichter M, Quadflieg N; (1995): „Comparative Studies on the Course of Eating Disorders in Adolescents and Adults. Is Age at Onset a Predictor of Outcome?“. aus “Eating Disorders in Adolescence” Edited by HC Steinhausenn. Walter de Gruyter, Berlin-New York: 301-337
 19. Feiereis H;(1996) „Bulimia nervosa“;616-636 in Adler R H, Herrmann K, Köhle K, Schonecke O W, Uexküll Th von, Wesiack W (Hrsg) „Psychosomatische Medizin“, 5.Aufl. Urban&Schwarzenberg
 20. Fichter M, Quadflieg N (1997): „Six-Year Course of Bulimia Nervosa“. *Int J Eat Disord* 22: 361-384
 21. Fichter M, Quadflieg N (1999): *Strukturiertes Inventar für Anorektische und Bulimische Eßstörungen (SIAB)*. Hogrefe Verlag,
 22. Fichter M, Quadflieg N; (1995): „Comparative Studies on the Course of Eating Disorders in Adolescents and Adults. Is Age at Onset a Predictor of Outcome?“. aus “Eating Disorders in Adolescence” Edited by HC Steinhausenn. Walter de Gruyter, Berlin-New York: 301-337
 23. Fichter M, Quadflieg N; (1996): „Course and Two-Year Outcome in Anorexic and Bulimic Adolescents“. *Journal of Youth and Adolescence*, 25 (4): 545-562
 24. Fichter M, Quadflieg N;(2000): “Comparing self- and expert rating: a self-report screening version (SIAB-S) of the Structured Interview for Anorexic and Bulimic syndroms for DSM-IV and ICD-10 (SIAB-EX)”. *Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2000; 250(4): 175-85
 25. Fichter M, Quadflieg N;(2001): „The structured Interview for Anorexic and Bulimic Disorders for DSM-IV and ICD-10 (SIAB-EX). Reliability and Validity“. *European Psychiatry* 16, 38-48.

26. Fichter M, Quadflieg N;(2002): „SIAB-S, Strukturiertes Inventar für Anorektische und Bulimische Eßstörungen“ in: Brähler E, Schumacher J, Strauß B: „Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie“ Hogrefe, Göttingen 2002, 316-320
27. Fichter M;(1989) „Bulimia nervosa - Grundlagen und Behandlung“. Ferdinand Enke Verlag Stuttgart
28. Fichter M;(2000): „Anorektische und Bulimische Eßstörungen“ in „Psychiatrie und Psychotherapie“ Berger M (Hrsg).Urban&Fischer München Jena
29. Field AE, Herzog DB, Keller MB, West J, Nußbaum K, Colditz GA; (1997): „Distinguishing recovery from remission in a cohort of bulimic women: how should asymptomatic periods be described?“. J Clin Epidemiol 50(12): 1339-1345
30. Fisher M (2003): „The Course and Outcome of Eating Disorders in Adults and in Adolescents: A Review“ Adolescent Medicine:State of the Art Reviews 14;1:149-158
31. French SA, Leffert N, Storty M, Neumark-Sztainer D, Hannan P, Benson PL;(2001): „Adolescent Binge/Purge and Weight Loss Behaviors: Associations With Developmental Assets“. Journal of Adolescent Health 28:211-221
32. Friedrichs J(1984); „Formale Aspekte zur Erhöhung der Rücklaufquote“ in „Methoden empirischer Sozialforschung“, Opladen 1984
33. Garner DM, Olmstedt MP, Polivy J;(1983): „Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia“. Intern J Eat Dis ; 2 (2): 15-33 in: Vanderlinden J, Norre M, Vandereycken MD Meermann R;(1992): „Die Behandlung der Bulimia nervosa- Eine praktische Anleitung“. Schattauer-VerlagSuttgart,
34. Garner, DM;(1991): „Eating Disorder Inventory-2 professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
35. Geraciotti TD, Rodger AL;(1988): „Impared Cholecystokinin Secretion in Bulimia Nervosa“. N Engl J Med319:683-8
36. Grilo CM, Sanislow CA, Shea MT, Skodol AE, Stout RL, Pagano ME, Yen S, McGlashan TH; (2003): “The Natural Course of Bulimia Nervosa and Eating Disorder not Otherwise Specified is not Influenced by Personality Disorders”. Int J Eat Disord 34: 319-330
37. Hahn F, Holtkamp K, Herpertz-Dahlmann B (2002): „Moderne Behandlungsstrategien bei Anorexie und Bulimie“. NeuroTransmitter12:60-66

38. Hay PJ, Bacaltchuk J;(2001): „Psychotherapie for bulimia nervosa and binging (Cochrane Review)“.The Cochrane Library 4,2001.Oxford
39. Hebebrand J, Himmelmann G, Hesecker H, Schäfer H, Remschmidt H; (1994): „Percentiles for the Body Mass Index based on data of the German National Nutrition Survey and a review of the relevant factors with an influence on bodyweight“. Aktuelle Ernährungsmedizin 15: 247-252
40. Hebebrand J, Himmelmann G, Hesecker H, Schäfer H, Remschmidt H; (1996): „Use of percentiles for the Body Mass Index in Anorexia nervosa: Diagnostic, Epidemiological and therapeutic Considerations“. Int J Eat Disord 19 (4): 359-369
41. Hepertz-Dahlmann B (2000) „Eßstörungen“ aus Remschmidt H,(2000); „Kinder und Jugendpsychiatrie - eine Praktische Einführung“ 3.Aufl, Thieme:244-251
42. Herpertz-Dahlmann B, Remschmidt H;(1994):„Anorexia und Bulimia nervosa im Jugendalter“. Deutsches Ärzteblatt 91(17):1210-1218
43. Herzog DB, Keller MB, Lavori PW, Bradburn IS, Ott IL; (1989): „Ergebnisse zum Krankheitsverlauf der Bulimia nervosa“ aus "Bulimia nervosa" Fichter M, Enke Stuttgart. 99-112
44. Herzog DB, Keller MB, Lavori PW; (1988): „Outcome in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. A Review of the Literature“. The Journal of Nervous and Mental Diseases 176 (3): 131-143
45. Herzog W, Deter H-C; (1994): "Langzeitkatamnesen: Methodische Gesichtspunkte bei der Interpretation von Verlaufsergebnissen". Zsch psychosom Med 40: 117-127
46. Holtkamp K , Herpertz-Dahlmann B;(2002) „Anorexia und Bulimia nervosa im Kindes und Jugendalter“. Monatsschr Kinderheilkd150:164-171
47. Humphrey L;(1988) „Relationships within subtypes of anorexic, bulimic and normal families“.Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry27:544-551, zitiert nach Herpertz-Dahlmann B, Remschmidt H;(1994):„Anorexia und Bulimia nervosa im Jugendalter“. Deutsches Ärzteblatt 91(17):1210-1218
48. Husemann AJ;(1993): „Der musikalische Bau des Menschen“. 3.Aufl.Freies Geistesleben, Stuttgart
49. Husemann F, Wolff O;(1986): „Das Bild des Menschen als Grundlage der Heilkunst“. 4.Aufl. Freies Geistesleben, Stuttgart
50. Jacobi C, Dahme B, Rustenbach S;(1997): „Vergleich kontrollierter Psycho- und Pharmakotherapiestudien bei Bulimia und Anorexia nervosa“. Psychother Psychosom med Psychol 47:346-364

51. Jarman M, Walsh S (1999); „Evaluating Recovery from Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Integrating Lessons learned from Research and Clinical Practice“ *Clinical Psychology Review* 19(7):773-788
52. Jones MJ, Bennett S, Olmsted MP, Lawson ML, Rodin G;(2001): “Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: a school-based study”. *JAMC* 165(5): 547-551
53. Kaltiala-Heino R, Rimpela M, Rissanen A , Rantanen P;(2001): „Early puberty and early sexual activity are associated With bulimic-type eating Pathology in middle Adolescence“. *J of Adolescent Health* 28:346-352
54. Kaltiala-Heino R, Rissanen A, Rimpela M, Rantanen P;(1999): „Bulimia and bulimic behavior in middle adolescence: more common than thought?“. *Acta Psychiatr Scand* 100:33-39
55. Keel P K, Mitchell J E; (1997) „Outcome in Bulimia Nervosa“ *Am J Psychiatry* 154.3:313-321
56. Keel P K, Mitchell J E; (2002): “Long-term impact of treatment in women diagnosed with bulimia nervosa”. *Int J Eat Dis* 31(2):151-158
57. Keel PK, Mitchell JM, Davis TL, Fieselman S, Crow SJ; (2000) “Impact of definitions on the description and prediction of bulimia nervosa outcome”. *Int J Eat Disord* 28: 377-386
58. Keel PK, Mitchell JM, Miller KB, Davis TL, Crow SJ; (1999): “Long-term outcome of bulimia nervosa”. *Arch Gen Psychiatry* 56: 63-69
59. Keller MB, Herzog DB, Lavori PW, Bradburn IS, Mahoney EM; (1992): “The naturalistic history of bulimia nervosa: extraordinarily high rates of chronicity, relapse, recurrence, and psychosocial morbidity”. *Int J Eat Disord* 12(1): 1-9
60. Keller MB, Lavori PW, Friedman B, Nielsen E, Endicott J, Mc Donald-Scott PA; (1987): “The Longitudinal Interval Follow-up Evaluation: a comprehensive method for assessing outcome in prospective longitudinal studies”. *Arch Gen Psychiatry* 44: 540-548
61. Köpp W, Wegschneider K, (2000), „Stationäre Behandlung von Eßstörungen“, Asanger Verlag GmbH Heidelberg und Kröning
62. Kordy H, Percevic R, Martinovic Z;(2000): „Norms, Normality, and Clinical Signifikant Change: Implications for the Evaluation of Treatment Outcomes for Eating Disorders“. *Int J Eat Disord* 30:176-186
63. Kotler LA, Walsh BT;(2000): „Eating Disorders in children and adolescents: pharmacological therapies“. *European Child&Adolescent Psychiatry* 9:1/108-1/116

64. Kühl R, Schütze G „Eßstörungen in der Pubertät und Adoleszenz.1. Bulimia nervosa;(1999/2000);Pädiat Praxis 57:385-392. Hans Marseille Verlag GmbH München
65. Maddocks SE, Kaplan AS, Woodside DB, Langdon L, Piran N; (1992): “Two year follow-up of bulimia nervosa: the importance of abstinence as the criterion of outcome”. Int J Eat Disord 12 (2): 133-141
66. Maintier S; (2000): Eigene Notizen aus Vorträgen von Maintier zur Therapeutischen Sprachgestaltung im Anthroposophischen Ärzteseminar 1999/2000
67. McGilley BM, Pryor TL,(1998): „Assesment and Treatment of Bulimia Nervosa“. American Academy of Family Physicians(6)1998:11-21
68. Mitchell JE, Davis L, Goff G, Pyle RL; (1986):”A follow-up study of patients with bulimia”. Int J Eat Disord 5 (3): 441-450
69. Mitchell JE, Pyle RL, Hatsukami D, Goff G, Glotter D, Harper J;(1988): “A 2-5 year follow-up study of patients treated for bulimia”. Int J Eat Disord 8 (2): 157-165
70. Morgan HG, Russel GFM (1975):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, 355-37
71. Morgan JF, McCluskey SE, Brunton JN, Hubert LJ;(2002): “Polycystic ovarian morphologie and Bulimia nervosa: a 9-year follow-up study“Fertil Steril 77:928-31
72. Müller MJ, Mast M, Langnäse K, Spethmann C, Danielzik S;(2002):“ Prävalenz der Adipositas bei Kindern“. Kinderkrankenschwester 21(6)238-241
73. Patton GC, Coffey C, Sawyer SM;(2003): „The Outcome of adolescent eating disorders: findings from thr Victorian Adolescent Healthn Cohort Study“. European Child&Adolescent Psychiatry I 12:25-29
74. Petersson BH;(2001): „Bulimia nervosa“. Ugeskr Laeger 18;163(25):3465-8
75. Quadflieg N, Fichter M;(2003): „The course and outcome of bulimia nervosa“. European Child&Adolescent Psychiatry [Suppl 1] 12:99-109
76. Rogers CR;(1972): „Die klientenbezogene Gesprächstherapie“. Kindler, München
77. Rorty M, Yager J, Rossotto E; (1993): “Why and how women recover from bulimia nervosa? The subjective appraisals of forty women recovered for a year or more”. Int J Eat Dis 14 (3):249-60

78. Rosen D.S.,M.D.,M.P.H.,(2003)“Eating Disorders in Children and Young Adolescents: Etiologie, Classification, Clinical Features and Treatment“ Adolescent Medicine:State of the Art Reviews 14;1:49-59
79. Ruckgaber KH (1986): „Bericht über die klinische Anwendung der Bothmer-Gymnastik“. Beitr Erw Heilk 39: 65-67
80. Ruckgaber KH; (2000): „Ideal- und Gewohnheitsbildung bei Anorexia und Bulimia nervosa im Jugendalter“. Korrespondenzblätter für Ärzte 149: 59-70
81. Russel GFM (1979): “Bulimia nervosa: A ominous variant of anorexia nervosa“; Psychol Med9:429-448
82. Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M, Houben I (2003): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen-Textrevision-DSM-IV-TR, Hogrefe-Verlag
83. Schäfer PM (1997): „Katamnestische Untersuchungen an Patienten mit Anorexia nervosa: Behandlungserfolg und soziale Bewährung“. Inauguraldissertation der medizinischen Fakultät Tübingen.
84. Schmitz S (1989): Der anthroposophische Ansatz zur Therapie der Magersucht – Eine alternative Behandlungsmethode und ihre Erfolge. Psych. Diplomarbeit, Universität Hamburg
85. Schneider M;(2003):“Bulimia Nervosa and Binge-Eating Disorder in Adolescents“ Adolescent Medicine:State of the Art Reviews 14;1:119-131
86. Schulte M, Böhme-Bloem C;(1990): „Bulimie-Entwicklungsgeschichte und Therapie aus psychoanalytischer Sicht“.Stuttgart;New York:Thieme(1991)
87. Selzer R, Hamill C, Bowes G, Patton G; (1996): „The branched Eating Disorders Test: validity in a non-clinical population“. Int J Eat Disord 20:57-64
88. Smolak L, Murnen S;(2002):“A Meta-Analytic Examination of the Relationship Between Child Abuse and Eating Disorders“.Int J Eat Disord31:136-150
89. Steiner H, Kwan W, Shaffer TG, Shetarra W, Miller S, Sagar A, Lock J;(2003): “Risk and protective factors for juvenile eating disorders“. European Child&Adolescent Psychiatry 12 [1]: i38-i46
90. Steiner H, Lock J; (1998): “Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa in Children and Adolescents: A Review of the Past 10 Years“. J Am Child Adolesc Psychiatry 37(4): 352-359
91. Steiner R (1949):“Grundlinien einer Erkenntnistheorie der Goethschen Weltanschauung, mit besonderer Rücksicht auf Schiller“.7.Aufl.,Novalis, Freiburg i Br

92. Steiner R (1982): „Wie erlangt man Erkenntnisse der höheren Welten?“. 23.Aufl., Rudolf Steiner, Dornach
93. Steiner R (1984): „Geisteswissenschaftliche Gesichtspunkte zur Therapie“. 4.Aufl., Rudolf Steiner, Dornach
94. Steiner R (1985): „Geisteswissenschaft und Medizin“. 6.Aufl., Rudolf Steiner, Dornach
95. Steiner R (1987a): „Die Philosophie der Freiheit“ 15.Aufl., Rudolf Steiner, Dornach
96. Steiner R (1987b): „Theosophie. Einführung in übersinnliche Welterkenntnis und Menschenbestimmung“. 31.Aufl., Rudolf Steiner, Dornach
97. Steiner R (1989): „Die Geheimwissenschaft im Umriss“. 30.Aufl., Rudolf Steiner, Dornach
98. Steiner R (1994): „Anthroposophische Menschenerkenntnis und Medizin“ 3.Aufl., Rudolf Steiner, Dornach
99. Steiner R, Wegman I (1991): „Grundlegendes für eine Erweiterung der Heilkunst“. 7.Aufl., Rudolf Steiner, Dornach
100. Steinhausen HC, Boyadjieva S, Grigoriu-Serbanescu M, Seidel R, Winkler Metzke C; (2000): “A transcultural outcome study of adolescent eating disorders”. Acta Psychiatr Scand 101: 60-66
101. Steinhausen HC, Seidel R, Vollrath M; (1993): “Die Berliner Verlaufsstudie der Eßstörungen im Jugendalter“. Nervenarzt 64: 45-52
102. Steinhausen HC, Seidel R, Winkler Metzke C; (2000): “Evaluation of treatment and intermediate and longterm outcome of adolescent eating disorders”. Psychological Medicine 30:1089-1098
103. Treichler M;(1993): „Die anthroposophischen Kunsttherapien“ in: Glöckler M, Schürholz J, Walker M: „Anthroposophische Medizin“. Freies Geistesleben:83-92
104. Treichler R;(1982) „Die Entwicklung der Seele im Lebenslauf“ Freies Geistesleben, Stuttgart
105. Vanderlinden J, Norre M, Vandereycken MD Meermann R;(1992): „Die Behandlung der Bulimia nervosa- Eine praktische Anleitung“. Schattauer-VerlagStuttgart, New YorkTherapie
106. Walitz S, Schulze U, Warnke A; (2001): „Unterschiede zwischen Jugendlichen Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa im Hinblick auf psychologische und psychosoziale Merkmale“. Z. Kinder-Jugendpsychiatr. 29 (2): 117-125

107. Wietersheim, v. J, Malewski P, Jäger B, Köpp W, Gitzinger I, Köhler P, Grabhorn R; (2001): "Der Einfluß von stationärer psychodynamischer Psychotherapie auf Persönlichkeitsmerkmale von Patientinnen mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa – Ergebnisse der multizentrischen Eßstörungsstudie". Z psychosom Med 47: 366-379

7 Anhang

Fragenbeispiele aus den 87 Fragen des SIAB:

- Hatten Sie in den letzten 3 Monaten Eßattacken (EA)?
 0= objektiv keine EA
 1= objektiv leichte EA
 2= objektiv deutliche EA (1000-3000kcal)
 3= objektiv deutliche EA (3000-5000kcal)
 4= objektiv sehr schwere EA (>5000kcal)

- Wie oft hatten Sie deutliche Eßattacken in den letzten 3 Monaten?
 0=keine deutliche EA
 1=selten oder zumindest 2x pro Woche, aber kürzer als 3 Monate
 2=gelegentlich (durchschnittlich mindestens 2x pro Woche)
 3=häufig (bis 1x täglich)
 4=sehr häufig (mehrmals täglich)

- Wie war Ihre Stimmung in den letzten 3 Monaten? Hatten Sie Zeiten, in denen Sie sich traurig und unglücklich fühlten? (...) Konnten Sie von dieser Stimmung loskommen? (...) Beeinträchtigte sie Ihr tägliches Leben? (...) Waren Sie je wegen einer Depression in Behandlung?
 0=nein
 1=selten/ leicht
 2=deutlich
 3=stark
 4=sehr stark

(Zur genauen Codierung bietet das Manual ausführliche Hinweise für den Untersucher.)

Zusätzliche Fragen:

Im Anschluß an die 87 Fragen des SIAB wurden zusätzlich folgende Fragen zur (Zwischen)anamnese gestellt, wenn die Daten nicht aus der Akte zu extrahieren waren:

- 88.** Zeitraum zwischen Erkrankungsbeginn und
 a) erster Behandlung: _____/_____ Jahre / Monate
 b) hiesiger Aufnahme _____/_____ Jahre / Monate

- 89.** Gab es eine ambulante Vorbehandlung vor der Aufnahme in unsere Klinik?
 Nein
 Ja wo? _____

90. Gab es eine stationäre Vorbehandlung vor der Aufnahme in unsere Klinik?

Nein

- Ja a) von _____ bis _____
 b) von _____ bis _____
 c) von _____ bis _____
 d) von _____ bis _____

91. Erfolgte die Entlassung aus unserer Behandlung

- a) nach Hause Ja Nein Keine Angabe
 b) in Rehabilitation Ja Nein Keine Angabe
 c) geg. ärztlichen Rat Ja Nein Keine Angabe

92. Welche Nachbehandlung / erneute Behandlung war nach der letzten Entlassung aus unserer Klinik erfolgt?

- Weder ambulante noch stationäre Behandlung nach Entlassung bis heute
- ambulante Behandlung wg. Bulimie / bulimischer Anorexie?
- keine
- wie lange? _____ Monate
- in welcher Form? _____

stationäre Behandlung wg. Bulimie / bulimischer Anorexie?

- keine
- wie oft?
- Gesamtdauer: _____ Monate
- wo, wann etc.: _____

93. Welche Institutionen waren an Ihrer Nachbehandlung beteiligt?

- | stationär: | ambulant: |
|---------------------------|--------------------------|
| a) Ki-Jugend- Psychiatri | a) Ki-Jugend- Psychiater |
| b) Kinderklinik | b) Psychiater |
| c) Erwachsenenpsychiatrie | c) Allgemeinarzt |
| d) Innere Medizin | d) Psychologe |
| e) Tagesklinik | e) öffentliche Stellen |
| f) Rehabilitation | f) Heilpraktiker |
| g) Psychosomatik | g) andere |

94. Um welche Form der Nachbehandlung handelte es sich?

- a) körperlich (Gewichtskontrollen, Medik., Infusionen, Diätvorschriften)
 b) Verhaltenstherapie
 c) Einzelpsychotherapie
 d) Gruppenpsychotherapie
 e) Familientherapie
 f) Kunsttherapien (welche? _____)
 g) andere

95. Litten Sie unter einer anderen seelischen Erkrankung in dem Zeitraum von Entlassung bis heute (z.B. Depressionen oder Ängste)?

keine

Ja (welche? _____)

ambulant behandelt: _____

stationär behandelt: (wo, wieviel Monate) _____

96. Litten Sie unter anderen ernsthaften körperlichen Erkrankungen in dem Zeitraum von Entlassung bis heute ?

Keine

Ja (welche? _____)
 ambulant behandelt: _____
 stationär behandelt: (wo, wieviel Monate) _____

97. Ist einer Ihrer Elternteile über- oder untergewichtig?

- Keiner
 Vater
 Mutter

98. Hat vor Beginn der Erkrankung oder während dessen einmal jemand aus Ihrer Familie Ihre Figur unangenehm kommentiert?

- Nein
 Ja, Vater/Stiefvater
 Ja, Mutter/Stiefmutter
 Ja, Bruder/Schwester

99. und jetzt noch was ganz anderes: sind Sie als Kind gestillt worden?

- Ja
 Nein
 Weiß nicht

Ganz besonders wichtig ist uns die Beantwortung der folgenden Frage:

100. Was hat Ihrer Meinung nach die Behandlung an der Filderklinik (mit eventueller vor- und nachstationärer Betreuung) für Ihren Krankheitsverlauf gebracht?

- verbessert
 verschlechtert
 weder noch/ weiß ich nicht

Gerne wüßten wir näheres dazu.:(Aufzählung der verschiedenen Anteile des Therapie-
 konzeptes, wenn als Erinnerungshilfe nötig)

Danke

Diese Studie mit relativ komplexer Fragestellung nun in hoffentlich brauchbarer Form vorlegen zu können, verdanke ich der Unterstützung vieler hilfreicher Menschen.

Ich danke Herrn Professor Dr. R. du Bois für die Überlassung des Themas und für die große Hilfe, die mir seine zügige Korrektur der Arbeit war.

Herrn Dr. K.-H. Ruckgaber danke ich für die Anregung zu dieser Studie und das kontinuierliche, motivierende Interesse, mit der er die Fertigstellung begleitete.

Der Hauschka-Stiftung gebührt mein Dank für ihre finanzielle Unterstützung dieses Forschungsvorhabens.

Frau Tina Herberts, vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung der Universität Tübingen, bin ich sehr dankbar für ihre freundliche, hilfsbereite und unkomplizierte Zusammenarbeit bei der umso komplizierteren statistischen Auswertung der Ergebnisse und deren grafischer Darstellung.

Herzlich danke ich Herrn Dr. Till Reckert für die Unterstützung bei der Einarbeitung wissenschaftlichen Arbeitens. Besonders dankbar bin ich für das interessierte inhaltliche Begleiten der Fragestellungen von der ersten Stunde an bis zur Korrektur der abgeschlossenen Arbeit.

Für die geduldige und zeitintensive Hilfe bei der Erstellung des Tabellenkalkulationsprogramms zur Auswertung der Interviews sei Herrn Dr. Jürgen Drechsler herzlichst gedankt.

Beinahe zu jeder Tageszeit war mir Herr Gunnar Beck eine große Hilfe bei den großen und kleinen Katastrophen, die das Arbeiten mit einem Computer mit sich bringt. Ihm gilt mein besonderer Dank.

Nicht zuletzt möchte ich den ehemaligen Patientinnen, die in der Nachuntersuchung bereitwillig über ihren Zustand sprachen ebenso herzlich danken, wie den Mitarbeitern der Kinder- und Jugendpsychosomatischen Station der Filderklinik. Möge die Studie jetzt wiederum der Station und den an Bulimie Erkrankten ermutigend im Kampf gegen die Krankheit sein.

Lebenslauf

Maja Leila Louise Butschko

geboren am 12. September 1972 in Berlin

Eltern: Ingrid Butschko, gest. 13.11.1990

Abdelaziz Eid, Dolmetscher und Übersetzer

Schulbildung

1978 – 1979	Grundschule in Berlin
1979 – 1983	Grundschule in Västerås, Schweden
1983 – 1988	Emil-Molt-Schule in Berlin
1988 – 1991	Rudolf-Steiner-Schule in Berlin
1991	Abitur

Studium

10/1991	Beginn des Studiums der Humanmedizin, Freie Universität Berlin
1993	Physikum
1994	1. Staatsexamen
1997	2. Staatsexamen
12/1998	3. Staatsexamen

Weiterbildung

10/1999 – 6/2000	Anthroposophisches Ärzteseminar an der Filderklinik
------------------	-----------------------------------------------------

Berufliche Tätigkeit

10/2000	Ärztin im Praktikum im Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, Berlin
10/2001–6/2003 und ab 12/2003	Assistenzärztin in der Kinderabteilung der Filderklinik, Filderstadt