



**Angewandte
Psychologie**

www.psychologie.zhaw.ch

Bachelorarbeit

Anorexia nervosa

Datenanalyse von Jugendlichen in stationärer
Behandlung im Stadtspital Triemli, Zürich.

Astrid La Sala

Klinische Psychologie

Referent: Dr. phil. Hugo Grünwald Dozent ZHAW-P

Co-Referentin: Dr. phil. Andrea Schedle Psychologin im Stadtspital Triemli

Zürich, Mai 2009

Diese Arbeit wurde im Rahmen des Bachelorstudienganges am Departement P der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich.

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung	- 3 -
1. Ausgangslage	- 3 -
1.1 Fragestellung und Hypothesen.....	- 3 -
1.2 Methodisches Vorgehen	- 3 -
1.3 Abgrenzung	- 4 -
II. Theoretische Grundlagen	- 5 -
2. Anorexia nervosa (AN)	- 5 -
2.1 Beschreibung des Störungsbildes.....	- 5 -
2.2 Geschichte.....	- 6 -
2.3 Begriffsdefinition und Klassifikation nach ICD-10 und DSM-IV	- 7 -
2.4 Klinische Beschreibung der Leitsymptome.....	- 7 -
2.5 Epidemiologische Daten	- 8 -
2.6 Verlauf, Prognose und Mortalität.....	- 9 -
2.7 Diagnostik und Indikation zur stationären Behandlung.....	- 10 -
2.8 Differentialdiagnose.....	- 10 -
2.9 Komorbidität	- 11 -
3. Ursachen und Aufrechterhaltende Faktoren bei AN	- 12 -
3.1 Verschiedene Störungstheorien und Modelle	- 12 -
3.2 Risikofaktoren	- 14 -
3.2.1 Psychosoziale Faktoren (Jacobi et al., 2004)	- 15 -
3.2.2 Biologische Faktoren (Jacobi et al., 2004)	- 17 -
3.3 Die Dynamik der AN: Entstehungs- und aufrechterhaltende Bedingungen	- 17 -
III. Empirischer Teil	- 20 -
4. Methode	- 20 -
4.1 Vorgehen	- 20 -
5. Therapeutisches Setting in der Kinder- und Jugendklinik des Stadtspital Triemli -	20 -
5.1 Erfassung des Krankheitsbildes beim Eintritt ins stationäre Programm.....	- 20 -
6. Festlegung der Kriterien	- 21 -
6.1 Kriterien der Untersuchung:.....	- 21 -
6.2 Psychische Komorbiditäten, Symptome und ihre Ankerbeispiele	- 22 -
6.3 Soziale Faktoren und Ankerbeispiele (soziale Perspektiven)	- 25 -
6.4 Somatische Faktoren und Ankerbeispiele	- 27 -
6.5 Andere Häufigkeiten (Belastungserfahrungen) und Ankerbeispiele.....	- 29 -
7. Ergebnisse	- 30 -
7.1 Beschreibung der Stichprobe.....	- 30 -
7.2 Psychische Störungen und Symptome	- 32 -
7.3 Psychologisches: Intrapersonelle Ressourcen und Defizite	- 34 -
7.4 Psychologisches: Interpersonelle Ressourcen und Defizite	- 36 -
7.5 Soziales: Ausbildung und berufliche Orientierung	- 37 -
7.6 Soziales: Interpersonelle Ressourcen und Defizite	- 39 -
7.7 Soziales: Familiäre Ressourcen und Defizite.....	- 40 -
7.8 Somatische Häufigkeiten	- 42 -
7.9 Andere Häufigkeiten (Belastungserfahrungen)	- 45 -
IV. Schlussbetrachtungen	- 48 -
8. Diskussion	- 48 -
8.1 Die Stichprobe.....	- 48 -
8.2 Psychische Störungen und Symptome	- 49 -
8.3 Psychologisches: Intrapersonelle Ressourcen und Defizite (Selbstkonzept)	- 51 -
8.4 Psychologisches: Interpersonelle Ressourcen und Defizite (soziale Interaktion)	- 52 -
8.5 Soziales: Familie, Peers, Ausbildung, etc.....	- 54 -
8.6 Somatisches: Phänomene des Körpers	- 56 -
8.7 Andere Häufigkeiten (Belastungserfahrungen)	- 58 -
8.8 Fazit und Ausblick	- 59 -
8.9 Weiterführende Hypothesen für Masterarbeit: Ausblick	- 60 -
8.10 Reflexion zur Arbeit und Validität der Daten	- 60 -
9. Abstract	- 61 -
10. Literaturverzeichnis	- 62 -
11. Tabellenverzeichnis	- 66 -
12. Anhang	- 67 -
12.1 Diagnosekriterien für AN nach ICD-10 und DSM-IV (2004, Jacobi et al., S.4)	- 67 -
12.2 Anamnese im Stadtspital Triemli.....	- 68 -
12.3 Medizinische Abklärung zu Beginn und während der Hospitalisation:	- 68 -
12.4 Body Mass Index (BMI) 3-21 Jahre Mädchen	- 70 -

Vorwort

Mein bevorstehendes Praktikum am Stadtspital Triemli brachte mich auf die Idee, meine Bachelorarbeit auf dem Gebiet der Anorexia nervosa zu schreiben, in welchem ich tätig sein würde. Das Spital betreibt eine Station für anorektische Jugendliche, welche im Durchschnitt sechs Monate stationär behandelt werden. Ursprünglich sollte es eine Nachbefragung der ehemaligen stationären Patientinnen geben. Beim Abstecken der Ziele für diese Arbeit wurde ersichtlich, dass in der Vergangenheit noch keine Daten erhoben wurden. Ich entschied mich somit, die Bachelorarbeit auf eine Daten-Inhaltsanalyse zu reduzieren und in der bevorstehenden Masterarbeit eine Katamnese durchzuführen.

Ein grosses Dankeschön geht an das Team des Stadtspitals Triemli, die mich während meiner Praktikumszeit nicht nur bei meiner Bachelorarbeit, sondern auch in den Auseinandersetzungen mit den mehrdimensionalen Aufgaben in der Tätigkeit unterstützt haben. Insbesondere danke ich Dr. phil. Andrea Schedle, die mich seit der ersten Kontaktaufnahme herzlich und ebenbürtig behandelt hat. Ebenfalls danke ich dem Chefarzt der Pädiatrie Dr. med. Ueli Bühlmann, der meine Arbeit seitens Triemli bewilligt und mir das Praktikum ermöglicht hat.

Für die Kriterienbildung und der Validierung meiner Daten danke ich dem Expertenteam: Die Psychologen Andrea Schedle und Egon Garstik sowie den Pflegefachfrauen Ursula Zatti und Claudia Zumbühl. Allen weiteren Mitarbeitern im Triemli danke ich für die Geduld und unermüdlichen Auskünfte, die sie mir bei meinen vielen Nachfrage beantwortet haben.

Ein besonderer Dank geht auch an Dr. phil. Hugo Grünwald, der mein Referent bei dieser Bachelorarbeit ist und mich mit seinen wertvollen Inputs auf den richtigen Kurs gebracht und unterstützt hat.

Annekäthi van den Broek und Markus Heyer danke ich für ihre Unterstützung betreffend SPSS sowie für das Lektorieren der Arbeit.

Und nicht zu letzt danke ich meinem Partner, meiner Familie und meinen Freunden für die Unterstützung und Geduld während dieser aufreibenden Zeit.

I. Einleitung

1. Ausgangslage

Die vorliegende empirische Arbeit ist der erste Teil einer weiterführenden Studie, die sich mit der Thematik der Anorexia nervosa beschäftigt. Es handelt sich um die Untersuchung einer Stichprobe von 39 adolescenten Patientinnen, die im Stadtspital Triemli stationär behandelt wurden. Im gegenwärtigen Teil soll die in der Literatur besprochene Theorie mit dem Fundus aus der Untersuchung verglichen werden. Das Resultat dieses Vergleiches soll zu einem späteren Zeitpunkt der Datensatz für eine Katamnese bilden (Masterarbeit 2011) und stellt somit ein zweistufiges Verfahren dar.

Im Folgenden werden die Fragestellung und Hypothesen, das methodische Vorgehen und die Abgrenzung zur Anorexia nervosa stationärer adolescenter Patientinnen im Stadtspital Triemli vorgestellt.

1.1 Fragestellung und Hypothesen

Im Stadtspital Triemli wird in der Kinder- und Jugendklinik eine Behandlung für Jugendliche angeboten, die unter Anorexia nervosa leiden. In der vorliegenden empirischen Arbeit wird deshalb folgender Frage nachgegangen:

- Zeigen sich psychologische, soziale und somatische Faktoren im Vergleich zur Literatur in der Realität der stationären Patientinnen?

Der Fundus gilt als Grundlage für die geplante Masterarbeit der Autorin, welche darauf abzielen wird, einen typischen Entwicklungsverlauf nach einem stationären Aufenthalt im Triemli beschreiben zu können. Dies wird durch eine Katamnese der Patientinnen stattfinden, welche die Daten für die vorliegende Arbeit liefern.

Unter diesen Voraussetzungen, werden folgende Hypothesen aufgestellt:

- Die Diagnosekriterien für Anorexia nervosa sind auf den psychologischen, sozialen und somatischen Ebenen der untersuchten Stichprobe ersichtlich
- Es werden sich Besonderheiten zeigen, die in der Literatur nicht beschrieben werden

1.2 Methodisches Vorgehen

- Die Stichprobe beinhaltet 39 stationäre Patientinnen, die zwischen 2003 und 2008 eine Diagnose Anorexia nervosa vom restriktiven Typus erhalten haben und im Durchschnitt 6 Monate stationär behandelt wurden.

- Das methodische Vorgehen beruht auf einer Inhaltsanalyse aus den erhobenen Daten, die aus den Krankengeschichten und Verlaufsnotizen der therapeutischen Sitzungen dieser Anorexie-Patientinnen stammen. Diese werden nach psychologischen, sozialen und somatischen Kriterien untersucht.
- Der Stichprobenfundus wird mit der Ätiologie, das heisst den auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen und den Diagnosekriterien aus der Literatur verglichen.
- Es soll dabei aus den vorliegenden Berichten und Einschätzungen des Behandlungsteams eine quantitative Veranschaulichung entstehen, die darauf abzielt, Häufigkeiten der Symptome zu erkennen und hervorzuheben. Ebenfalls sollen in der Literatur nicht beschriebene Besonderheiten oder Auffälligkeiten erfasst werden.
- Das Resultat soll die Basis für eine Katamnese werden, die durch weitere Hypothesenbildungen eine Masterarbeit generieren können.

1.3 Abgrenzung

- Die vorliegende Arbeit beschränkt sich auf Anorexia nervosa, wobei allfälligen Parallelen zu anderen Essstörungen wie z.B. Bulimia nervosa auftreten können, aber nicht näher darauf eingegangen wird. Komorbiditäten wie Persönlichkeitsstörungen, Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen werden nicht näher erklärt.
- Eben so wenig wird auf somatische Erscheinungen näher eingegangen und medizinische Bezeichnungen erklärt. Der Fokus liegt auf den psychologischen und sozialen Erhebungen.
- Hinsichtlich des Genderaspekts wird hauptsächlich die feminine Sprachform angewendet, da bei diesem Krankheitsbild vorwiegend Frauen betroffen sind.
- Auf das Behandlungskonzept des Krankheitsbildes und die genaue Beschreibung des Setting im Stadtspital Triemli wird in dieser Arbeit aus Platzgründen verzichtet.
- Um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu sprengen, werden verschiedene Ansätze aus den psychoanalytischen, systemischen und humanistischen Schulen nur angedeutet und nicht näher darauf eingegangen. Es wird vorwiegend verhaltens-therapeutisch argumentiert.
- Aus erweiterten Datenschutzgründen wird davon abgesehen, die zusammengefassten Krankengeschichten im Anhang beizufügen. Diese können jedoch während zehn Jahren nach Publikation bei der Autorin eingesehen werden.

II. Theoretische Grundlagen

2. Anorexia nervosa (AN)

In diesem Kapitel wird die Theorie zur AN beleuchtet. Dabei geht es um den geschichtlichen Hintergrund und die Begriffsdefinition nach den gängigen Klassifikationssystemen. Darauf folgen Angaben zur Ätiologie, klinische Beschreibungen der Leitsymptome, Differentialdiagnosen und Komorbiditäten, sowie die Beschreibung des Verlaufs, Prognose und Mortalität.

2.1 Beschreibung des Störungsbildes

Kaum eine andere psychische Störung wird so häufig in der Presse erwähnt wie die Magersucht. Laut van Hoeken, Seidell & Hoek (2003; zit. n. Vocks & Legenbauer, 2005, S.3) ist in den letzten Jahren in den westlichen Kulturen eine Erhöhung der Inzidenzraten von AN (Magersucht) und Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht) zu verzeichnen. Der Grund für dieses verstärkte Aufkommen der Essstörungen wird oft mit einer zunehmenden Diskrepanz zwischen dem steigenden tatsächlichen Gewicht in der Bevölkerung und dem sich immer mehr in Richtung extremer Schlankheit wandelnden Schönheitsidealen in Zusammenhang gebracht (Wiseman et al., 1992; zit. n. Vocks & Legenbauer, 2005, S. 3). In der Nachkriegszeit galt es als erstrebenswert, etwas „fülliger zu sein“ und damit ein Zeichen von Wohlstand und Gesundheit zu vermitteln. In unserer heutigen Überflussgesellschaft, aber wird jedes Gramm zu viel als „Sünde“ wahrgenommen. Viele Menschen, insbesondere Frauen, greifen daher zu gesundheitsgefährdenden Massnahmen zur Kontrolle ihres Gewichtes und verlieren die Kontrolle darüber. Hierbei handelt es sich um Crash-Diäten, exzessivem Sport oder Anwendung von Abführmitteln und Appetitzüglern. Meistens sind solche Massnahmen hinsichtlich einer Gewichtsreduktion erfolglos und sie können das Auftreten von AN begünstigen.

Auffälligkeiten oder Störungen des Essverhaltens sind Phänomene, die bei jungen Frauen in der Pubertät relativ häufig beobachtet werden können. Unzufriedenheit mit der Figur und dem Gewicht, der Wunsch, dünner zu sein oder das Durchführen konkreter gewichtsreduzierender Massnahmen werden zu einem hohen Prozentsatz von jungen Frauen in dieser Altersgruppe bejaht. Dennoch entwickeln sich in den wenigsten Fällen daraus klinisch manifeste Störungen. Andererseits können wiederholte Diäten und Gewichtsverluste sowie die übermässige Beschäftigung mit der Figur und dem Gewicht Risikofaktoren für oder sogar Vorläufer von späteren klinischen Störungen sein. An welcher Stelle die Grenze zu ziehen ist, bzw. ab welchem Ausmass von Auffälligkeit die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Essstörungssyndromen deutlich ansteigt, ist derzeit noch weitgehend ungeklärt und Gegenstand mehrerer Untersuchungen (Jacobi et al., 2004, S.1).

2.2 Geschichte

Stahr et al. (1995, S. 23) zitieren bei der Entstehungsgeschichte des anorektischen Krankheitsbildes Bruch (1992 a; zit. n. Stahr et al.) und Feiereis (1989; zit. n. Stahr et al.). Diese beschrieben das erstmalige Auftreten von AN, welche im 19. Jahrhundert relativ gleichzeitig in den Werken von Laseque in Frankreich und Gull in England vorkamen. Gull prägte für dieses, auf psychische Ursachen zurückgeführte Krankheitsbild, den Begriff „Anorexia nervosa“ (Stahr et al. 2007, S. 23). Etymologisch bedeutet der Begriff „Anorexie“ fehlendes Verlangen, d.h. Appetitverlust oder -verminderung – eine irreführende Bezeichnung, da bei der Magersucht nicht der Appetit, sondern in erster Linie das Essverhalten gestört ist. Trotzdem setzte sich die Bezeichnung durch, auch wenn diese eigentlich nicht korrekt ist.

Die Autoren um Stahr heben hervor, dass eine übereinstimmende Klassifikation des psychosomatischen Krankheitsbildes nicht aus der Forschungsliteratur hervor geht. Untersuchungen zu Anorexia nervosa sind daher nicht immer vergleichbar. In der Praxis werden zur Diagnostik häufig die von Feighner et al. (1972) erarbeiteten Gesichtspunkte sowie DSM-III Kriterien angewendet. Dass die Diskussion über eindeutige diagnostische Kriterien nicht beendet ist, zeigt die Revision der DSM-III-Kriterien, die 1987 vorgenommen wurde. Damit sind jedoch die Auseinandersetzungen über die Eindeutigkeit der psychiatrischen Klassifikationen beendet. Dies hängt insbesondere damit zusammen, dass die Ursachen und Entstehungsmechanismen der Anorexia letztlich nicht geklärt sind bzw. unterschiedliche, sich z. T. widersprechende Deutungsmuster herangezogen werden.

AN nach Feighner et al. (1972; zit. n. Stahr et al. 1995, S. 23) verlangt einen Krankheitsbeginn unter 25 Jahren, ein Gewichtsverlust von mindestens 25% des ursprünglichen Körpergewichts, eine verzerrte und unnachgiebige Einstellung gegenüber essen, der Nahrung oder dem Gewicht, die sich über Hunger, Ermahnungen, Versprechungen und Drohungen hinwegsetzt, z.B.: - Verleugnung der Krankheit und Unvermögen, Ernährungsgewohnheiten zu erkennen - offensichtliches Gefallen am Abnehmen mit der Demonstration, dass die Verweigerung des Essens ein angenehmes Erlebnis ist; - ein erwünschtes Körperbild von extremer Dünnheit mit offensichtlichen Belegen, dass es für den Patienten lohnend ist, diesen Zustand zu erreichen und zu halten; - ungewöhnliches Horten von oder Hantieren mit Nahrungsmitteln. Des Weiteren dürfen keine bekannten medizinischen Erkrankungen, die die Anorexie und den Gewichtsverlust erklären könnten vorhanden sein. Insbesondere keine primäre affektive Erkrankung, Schizophrenie, Zwangneurose oder phobische Neurose. Nicht zuletzt müssen nach Feighner (1972) mindestens zwei der folgenden Manifestationen stattfinden: - Amenorrhoe (Ausbleiben der Regelblutung), - Lanugo (fötale Körperbehaarung), - Bradykardie (tiefe Pulsfrequenz), - Perioden der Überaktivität, - Episoden der Bulimie (Ess-Brechsucht), - Erbrechen (möglicherweise selbst induziert).

2.3 Begriffsdefinition und Klassifikation nach ICD-10 und DSM-IV

Im ICD-10 (Dilling et al., 1991) sind Essstörungen im Kapitel F5 „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ aufgeführt. AN (F50.0) wird neben der Bulimia nervosa als wichtigstes Syndrom beschrieben. Daneben existiert als weniger spezifische Störung jeweils eine Form einer atypischen AN, die Kategorie „Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen“, „Erbrechen bei sonstigen psychischen Störungen“ sowie die Kategorien „sonstige Essstörungen“ und „Nicht näher bezeichnete Essstörungen“. In der vierten Revision des amerikanischen Klassifikationssystems DSM-IV (APA, 1994) sind die Essstörungen erstmals in einem eigenen Kapitel eingeordnet. Neben dem Störungsbild der AN (307.1) gibt es noch eine weitere Kategorie, die „Nicht näher bezeichnete Essstörung“ (307.50). Als ein Beispiel dieser Kategorie gilt die so genannte „Binge-Eating-Störung“. Die endgültige Aufnahme dieser Störung befindet sich derzeit noch in der Diskussion, entsprechende Forschungskriterien als Grundlage für weitere Studien sind im Anhang des DSM-IV formuliert. Die sich jeweils entsprechenden diagnostischen Kategorien des ICD-10 und DSM-IV sind in einer Tabelle gegenübergestellt, welche im Anhang wiedergegeben ist.

2.4 Klinische Beschreibung der Leitsymptome

Jacobi et al. (2004, S.3) postulieren, dass AN aktuell in erster Linie diagnostiziert wird, wenn die Patientin sich weigert, ein minimales normales Körpergewicht während der Adoleszenz zu halten oder zu erreichen. Weiter besteht hierbei eine ausgeprägte Angst vor einer Gewichtszunahme trotz bestehendem Untergewicht, eine Wahrnehmungsstörung bezogen auf Figur und Gewicht und eine übermässige Bedeutsamkeit davon im Selbstkonzept der Patientin. Ebenfalls verlangt die Diagnose eine Amenorrhoe. Das ICD-10 definiert Untergewicht über einen Body Mass Index ($BMI = \text{Gewicht [kg]} / \text{Grösse [m]}^2$) von kleiner oder gleich 17.5, während die DSM-IV Kriterien davon ausgehen, dass das Körpergewicht weniger als 85% des gemäss Alter und Grösse erwarteten Gewichts der Person entspricht. Letzteres wird in der Regel anhand der „Metropolitan Life Insurance“ Tabellen oder der pädiatrischen Wachstumskurven ermittelt. Da die jeweiligen Werte abhängig von Alter, Grösse und Geschlecht der Person schwanken, gelten sie als ungefähre Richtwerte. Das Gewichtskriterium kann mit Hilfe von BMI-Perzentilen geprüft werden. Es findet seine Entsprechung zwischen dem 5. und 10. BMI-Perzentil. Das im ICD-10 alternativ angebotene Gewichtskriterium ($BMI \leq 17,5 \text{ kg/m}^2$) sollte zur Diagnose einer Anorexia nervosa bei Jugendlichen nicht herangezogen werden, da in Abhängigkeit von der jeweiligen Altersstufe deutlich unterschiedliche Anteile der Jugendlichen unterhalb dieses BMI-Wertes liegen. Grundsätzlich sind die BMI-Perzentile als ein diagnostisches Hilfsmittel zu verstehen. Individuelle Aspekte (Muskelmasse, Entwicklungsstand) müssen bei Gewichtsbeurteilung berücksichtigt werden (Hebebrand et al., 1994). Überwiegend wird der Gewichtsverlust über eine Reduktion von hochkalorischen Nahrungsmitteln erreicht. Daraus scheint sich oft ein streng ritualisiertes Essverhalten zu entwickeln. Weitere Massnahmen der Gewichtsreduktion können selbstinduziertes Erbrechen,

Laxantien- oder Diuretikamissbrauch sowie exzessive körperliche Aktivität sein. Das DSM-IV und ähnlich auch das ICD-10 unterscheiden zwischen einem „restriktivem Typ“ und einem sogenannten „Binge-Eating/Purging Typ“ (d.h. Ess- /Brechsucht mit Heisshungeranfällen) bzw. bulimischem Typ der Anorexia nervosa in Abhängigkeit davon, ob Heisshungeranfälle oder „Purging-Verhalten“ (d.h. selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien und Diuretika) regelmässig auftreten. Die Diagnose einer Bulimia nervosa darf nach DSM-IV bei gleichzeitig bestehendem Untergewicht nicht mehr gestellt werden (Jacobi et al., 2004, S.3).

2.5 Epidemiologische Daten

Eine Veränderung in der Forschung wurde nach Jacobi et al. (2004, S.10) festgehalten, nachdem die Diagnose der Bulimia nervosa in das DSM-III (American Psychiatric Association [APA] 1980) aufgenommen wurde. Damals wurde die Formulierung der Störung erstmals unabhängig von AN eingeführt. Erste epidemiologische Studien hielten darauf hohe Prävalenzen anorektischer und bulimischer Verhaltensweisen fest, welche einige Jahre später im Rahmen neuer Studien nach unten korrigiert werden mussten. Festgestellt wurde ein fast normativer Charakter im Verhalten der Adoleszenten bezüglich Gewicht, gezügeltes Essverhalten, das Durchführen von Diäten, aber auch Heisshungeranfällen, Erbrechen und Laxantiengebrauch. Diese relativ weit verbreiteten Phänomene kamen in einer „College“-Stichprobe bei mindestens zwei Drittel junger Frauen in der Adoleszenz vor, welche Massnahmen zur Gewichtsregulation durchführen oder chronisch Diät halten. Über 20% berichten, gelegentlich (einmal im Monat bis einmal pro Woche) an Heisshungeranfällen zu leiden. Das Vorkommen vollständiger chronischer Syndrome ist hingegen sehr viel seltener. Allerdings sind Erfassungsmethoden für Untersuchungen von Inzidenz- und Prävalenzraten bei Essstörungen etwas problematisch. Da Akten wie z.B. psychiatrische Fallregister von Allgemeinärzten erfasst werden, variieren die untersuchten Populationen erheblich. Laut Jacobi et al. (2004) ist es schwierig eine effektive Aussage zur Höhe der Raten zu machen. Die Autoren verweisen auf diskrepante Varianzen aus einer neueren Übersichtsarbeit. Diese erarbeitete diskrepante Inzidenzraten in einer schwedischen Studie mit 0.1 im Vergleich zu einer Studie aus Holland, resp. USA mit 8.3, beide jeweils bezogen auf 100.000 Einwohner (van Hoeken, Seidell & Hoek, in press; zit. n. Jacobi et al., 2004). Entsprechend schwanken auch die Prävalenzraten zwischen 0.2 und 0.8% bei einem zugrunde gelegten zweistufigen Vorgehen mit erstem „Screening“ gefolgt von klinischem Interview zur Diagnosesicherung der Risikofälle. Gemäss der Autoren bleibt somit die Frage nach der Zunahme der Inzidenzraten ungeklärt, da die Varianz der epidemiologischen Daten zu erheblich ist. Anscheinend gibt es insgesamt keine eindeutigen Hinweise für eine grössere Verbreitung von Essstörungen. Trotzdem gibt es bei der Anorexia nervosa Anzeichen für einen Anstieg im Altersbereich zwischen 10 bis 14 bzw. 15 bis 25 Jahren. Zu beachten gilt es auch, dass die Prävalenzen von Symptomen mit gestörtem Essverhalten in bestimmten Risikopopulationen mit besonders hohem Druck, eine schlanke Figur aufrecht zu halten, deutlich höher ausfallen. Typische Risikogruppen sind beispielsweise Balletttänzerinnen, Modells, Jockeys, Ringer und Leistungssportler im Allgemeinen. Typischerweise beginnen Essstö-

rungen im Jugendalter und werden überwiegend vor dem Alter von 25 Jahren diagnostiziert (Woodeside & Garfinkel, 1992; zit.n. Jacobi). Pubertät und Adoleszenz mit den dazugehörigen Veränderungen im Körperaufbau und Gewicht stellen besondere Risikoperioden für die Entstehung der Störungen dar. Der Erkrankungsgipfel für Anorexia nervosa liegt bei 15 – 18, obgleich auch zweigipflige Verteilungen mit Häufungen im Alter von 14.5 und 18 Jahren berichtet wurden (Fombonne, 1995; zit n. Jacoboi et al. 2004, S.11). Das Verhältnis von Frauen zu Männern beträgt etwa 11:1 (Jacobi et al., 2004 S.10-11).

2.6 Verlauf, Prognose und Mortalität

Wie im vorgängigen Punkt festgehalten, erschweren unterschiedliche methodische Vorgehen der bereits durchgeführten Studien, einheitliche und allgemein gültige Aussagen bezüglich langfristigen Verlauf zu machen. Zeiträume für Katamnesen schwanken zwischen Einem und 20 Jahren nach der Behandlung, wobei jeweils keine Behandlungseffekte untersucht wurden. Es wurden klinische vs. Allgemeinbevölkerungsstichproben verglichen, welche erheblich variieren. Fraglich sind auch die zu Grunde gelegten Diagnosekriterien, weil viele Studien bereits vor Einführung des DSM durchgeführt wurden. Schliesslich sind die Kriterien für das „Outcome“ ebenfalls sehr unterschiedlich. Das Ausmass der jeweils spezifischen Symptomatik (z.B. Gewicht, Menstruation, Erbrechen) und das globale psychosoziale Funktionsniveau ist erheblich und fliesst in die Beurteilung des langfristigen Verlaufs ein. Dadurch wird eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse über einzelne Studien hinweg schwierig. (Jacobi et al., 2004, S.12-13).

Kernaussage der Autoren ist, dass global davon ausgegangen werden kann, dass fünf bis sechs Jahre nach Behandlungsende etwa die Hälfte der Patientinnen nicht mehr die diagnostischen Kriterien einer Anorexia nervosa erfüllen und 33 bis 55% einen positiven Gesamtverlauf nehmen. Bis zu 40% erfüllen nach wie vor die vollen Kriterien einer AN oder einer anderen Essstörung (Pike, 1998; zit. n. Jacobi et al.). Der Anteil anorektischer Patientinnen, die längerfristig eine Bulimia nervosa entwickeln ist allerdings eher gering von 5 bis 10%. Entsprechend gelten 10 bis 35% der Patientinnen als teilweise remittiert bzw. nehmen einen mässig guten langfristigen Verlauf. Zwischen 5 und 16% der Patientinnen sterben im Verlauf der Erkrankung an Folgen der Anorexie bzw. an Suizid. Bei vielen Patientinnen bleiben aber auch bei gutem Verlauf bestimmte psychopathologische Symptome wie erhöhte Zwanghaftigkeit, depressive Verstimmung und soziale Ängste weiterhin bestehen. Der langfristige Verlauf adoleszenter Anorexie-Patientinnen ist günstiger: von den in jugendlichem Alter erkrankten Patientinnen erfüllen langfristig ca. 70 bis 75% nicht mehr die Kriterien einer Anorexia nervosa. Als prognostisch ungünstige Merkmale gelten allgemein das Vorliegen von Heisshungeranfällen und Erbrechen, erhöhte psychiatrische Komorbidität bzw. ein höheres Ausmass sozialer psychologischer Probleme, ein niedrigerer BMI zu Behandlungsbeginn aber auch bei Entlassung, später Krankheitsbeginn, längere Krankheitsdauer sowie das Vorliegen von körperlichen Folgeschäden. (Jacobi et al., 2004, S. 12-13).

Vocks & Legenbauer (2005) halten fest, dass sich das gestörte Essverhalten auf fast alle Organsysteme auswirkt. Zwar sind die meisten Folgen bei einer Normalisierung des Körpergewichtes

und Essverhaltens reversibel, jedoch können einige Komplikationen chronisch bestehen bleiben, wie beispielsweise Nierenschäden und Osteoporose. Im Extremfall kann die Anorexia nervosa zum Tode führen. Ursachen sind Verhungern, die Folgen von Elektrolytbalancen oder Suizid. Die Sterblichkeitsrate wird bei Anorexia Nervosa bei diesen Autoren auf 9,6% im Zeitraum zwischen sechs bis zwölf Jahren nach Behandlung angegeben (Nielsen, 2001; zit. n. Vocks & Legenbauer, 2005). Petermann (2002; zit. n. Vocks & Legenbauer) berichten von Sterblichkeitsraten zwischen 5 und 20%. So weisen Patientinnen mit einer AN eine vier Mal höhere Rate auf als gesunde Personen des gleichen Alters und Geschlechts (van Hoeken et al., 2003; zit. n. Vocks & Legenbauer). Insgesamt ist die Sterblichkeitsrate für Essstörungspatientinnen höher als die von anderen weiblichen psychiatrischen Patientinnen oder Frauen der Normalpopulation (Cavanaugh & Lemberg, 1999, zit. n. Vocks & Legenbauer, 2005, S.12).

2.7 Diagnostik und Indikation zur stationären Behandlung

Die Diagnose soll unter Berücksichtigung differenzialdiagnostischer Überlegungen und komorbider Störungen gestellt werden. Die Motivation zur Therapie und Veränderung der betroffenen Patientinnen muss dabei geprüft werden, weil es letztlich die Frage zur Therapieindikation zu beantworten gilt. Meistens werden diese in Teilbereichen abgehandelt: Ein Vorgespräch wird gehalten, indem die Punkte bereits erhoben werden können. Darauf folgt eine Erhebung des psychopathologischen Befundes, zentraler Diagnosen und komorbider Störungen sowie medizinische Gesamtbeurteilung. Anschliessend wird eine Anamneseerhebung, eine Motivationsabklärung und Motivierung für eine Therapie durchgeführt, welche die Hinweise zur Indikation liefern (2004, Jacobi et al, S. 38-39). Eine Indikation zur stationären Behandlung bei AN ist dann gegeben, wenn ein Verlust von mehr als 30% des Ausgangsgewichts, vor allem bei rascher Gewichtsabnahme (innerhalb von drei Monaten oder weniger) besteht sowie das Unterschreiten eines Gewichts von BMI < 14, ausgeprägte somatische Folgeerscheinungen wie z.B. Elektrolytungleichungen, Hypothermie, Hinweise auf ein erhöhtes kardiales Risiko, Niereninsuffizienz oder schwerwiegende Begleiterscheinungen, die durch die Essstörung bedingte schlechte Stoffwechselkontrolle bei Diabetes mellitus aufweisen (Jacobi et al. 2004. S 51).

2.8 Differentialdiagnose

Die ärztliche Untersuchung und medizinische Diagnostik der Patientinnen soll nicht nur somatische Erkrankungen differenzialdiagnostisch ausschliessen, sondern es soll dabei auch exploriert werden, ob andere somatische Behandlungen Vorrang haben. Somatische Differenzialdiagnosen sind: Malabsorptionssyndrome, Anämie, Hyperkaliämie, Schilddrüsenfunktionsstörungen, Diabetes mellitus, Cushing-Syndrom, Urämie, Nebennierenrindeninsuffizienz, Hypophysenvorderlappeninsuffizienz, schwere Herzinsuffizienz, Dysphagie und andere Erkrankungen im Hals-Nasen-Ohren-Bereich, Stenosen im Gastrointestinalbereich, Tumorerkrankungen, intracranielle Raumforderungen, Gastritis, Ulcus ventriculi oder Ulcus duodeni, Lebererkrankungen, Bauchspeichel-

drüsen- und Gallenwegserkrankungen, chronische Infektionen, Darmparasiten, unerwünschte Wirkungen von Medikamenten oder Drogen.

Bei den psychischen Differenzialdiagnosen sind anorektische Reaktionen oder psychogenes Erbrechen im Rahmen von Belastungs- und Anpassungsstörungen, Somatoforme -, Dissoziative -, Borderline-Persönlichkeits- und Zwangsstörungen sowie depressive Syndrome im Rahmen anderer Erkrankungen z.B. depressive Episoden, schizophrene Psychosen oder andere wahnhaftige Störungen zu beachten.(Jacobi et al., 2004, S.14-15). Bei massivem Gewichtsverlust ist bei diesen Störungen eher eine Appetitlosigkeit festzustellen. Die AN zeigt viel mehr eine phobische Angst vor Fetten und Vermeidung einer Gewichtszunahme als ursprünglichen Grund. In der medizinischen Anamnese wird deshalb auf die Ernährungsgewohnheiten, Erbrechen, Durchfall und Bauchschmerzen eingegangen. Die körperliche Untersuchung beinhaltet Angaben zu Blutdruck, Pulsfrequenz, Labordiagnostik einschliesslich Schilddrüsenparameter und Test auf okkultes Blut im Stuhl. Es wird ein Ultraschall des Abdomen und eventuell ein EKG (Elektrokardiogramm) und bildgebende Verfahren des Thorax, Gastroskopie, Schädel und Gehirn gemacht (Jacobi et al., 2004, S.14-15).

2.9 Komorbidität

Das Interesse an komorbiden Störungen resp. psychopathologischen Auffälligkeiten, die über den Gesichtspunkt der essstörungsspezifischen Symptomatologie hinausgehen ist laut Jacobi et al. (2004, S.16-17) deshalb relevant, weil sie dazu dienen können, Hypothesen über die Ätiologie der Essstörung zu entwickeln. Einerseits kann eine gemeinsame Ätiologie darauf hinweisen, dass die Risikofaktoren teilweise oder vollständig Gemeinsamkeiten haben. Andererseits können ihnen eine unterschiedliche Ätiologie bzw. voneinander unabhängige Risikofaktoren zu Grunde liegen. Ebenfalls kann das Vorhandensein einer Störung die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten anderer Störungen erhöhen. So z.B. könnte ein chronisches Diätverhalten die Wahrscheinlichkeit für affektive Störungen erhöhen. Eine komorbide Störung kann das klinische Bild der Essstörung unmittelbar oder nach Remission der Essstörung verändern. Solch eine Störung kann auch eine Auswirkung auf den kurz- und langfristigen Verlauf und auf die Prognose haben. Daraus kann sich die Notwendigkeit der Entwicklung differenzieller Behandlungskonzepte ergeben.

Steinhausen (2005; zit. n. Liechti 2008) findet in seinen Studien sehr hohe Komorbiditäten. Die Autoren Jacobi et al. (2004, S. 16-17) beschreiben folgende komorbide Störungen bei AN als Häufigkeiten: 24,1% Affektive Störungen, Major Depression und Dysthymie mit 50-75%, sowie Angststörungen 25,5%; Zwangsstörungen 12,1% und 4,6% für Schizophrenie (Reich & Cierpka 1997; Jacobi et al. 2004; zit. n. Liechti 2008). Die Borderline-Persönlichkeitsstörung wird bei einem Zehntel der Patientinnen gefunden (Herzog et al. 1995; zit. n. Liechti, 2008, S.122) und auch stoffgebundene Süchte sind häufiger als in einer nicht essgestörten Kontrollgruppe (Goldbloom 1993; zit. n. Liechti, 2008, S.122)

3. Ursachen und Aufrechterhaltende Faktoren bei AN

Die Ursachen der AN sind weitgehend unbekannt. Es scheint sich um eine Kombination aus psychischen und gesellschaftlichen Einflüssen zu handeln, die jedoch zusätzlich einer genetisch bedingten Disposition bedürfen, um zu diesem Krankheitsbild zu führen. Bei der Entstehung der Anorexie wirken verschiedene Faktoren zusammen, die sich gegenseitig beeinflussen. Anhand von Störungsmodellen und Theorien werden die entsprechenden Behandlungsansätze in der Therapie gewählt. Es soll hier nur ansatzweise erklärt werden, welche Modelle zur Verfügung stehen. Hauptsächlich wird auf das verhaltens-therapeutische Modell von Jacobi et al. und Vocks & Legenbauer eingegangen. Dies weil es sich im methodischen Teil um klinisch erhobene Daten handelt, die in den Akten nach verhaltens-therapeutischen Standards registriert wurden.

3.1 Verschiedene Störungstheorien und Modelle

Liechti beschreibt in seinem Werk über „Magersucht in Therapie“ (2008) verschiedene Störungsmodelle, welche in erster Linie dazu dienen, verschiedene Ansätze in der Behandlung der Anorexie zu liefern. Schwerpunkt des psychodynamischen Modells ist es z.B. frühkindliche Triebkonflikte, traumatische Erfahrungen, Objektbeziehungen, Defizite der Ich-Entwicklung und Identitätsbildung als ursächlich zu betrachten. Es wird darauf abgezielt, die entsprechenden Auswirkungen auf das aktuelle Ess-Verhalten bewusst zu machen. Sie werden als infantile Konflikte verstanden und als psychische Abwehrmassnahmen gedeutet, etwa um die weibliche Sexualität oder das Erwachsenwerden abzuwehren. Vor dem Hintergrund einer labilen Autonomie wird im Rahmen der Objektbeziehungstheorie im Hungern ein Versuch der Selbstabgrenzung gegenüber den Eltern gesehen, der es erlaubt, Abstand zu nehmen, ohne sich trennen zu müssen (Reich & Cierpka 2001; zit. n. Liechti 2008 S.140-141).

Ähnlich geht es auch in den familientherapeutischen Modellen um eine Hemmung des Autonomieerlangens. Beim holistischen Ansatz der Systemtherapeuten wird die Familie als Bindeglied zwischen Individuum und Gesellschaft gesehen. So meinten Minuchin et al. (1981, S.100; zit. n. Liechti S.141) bei dieser Störung: „Es ist das Individuum im Netz der signifikanten Beziehungen“. Nicht der Grund sondern die Funktion der Symptomatik wird ins Zentrum gestellt. Minuchin postuliert eine wechselseitige Bedingung zur Aufrechterhaltung durch zirkuläre Kausalität zwischen der Vulnerabilität der Klientin einerseits und vier spezifischen Transaktionsmustern als typische Symptome psychosomatischer Familien andererseits. 1) Eine Verstrickung, die auf einen Familienzusammenhalt mit fehlender innerer Differenzierung und Abgrenzung zurückzuführen ist und eine wechselseitige Abhängigkeit erzeugt. 2) Eine Überfürsorglichkeit für andere, die Anorexie-Patientinnen häufig mitbringen. Dabei sind sie unfähig, sich um sich selber zu kümmern. 3) Rigidität im Sinne einer Trägheit, Familienstrukturen und Rituale zu ändern, die für eine Entwicklung und Reifung notwendig sind. 4) Eine Ventilfunktion des Symptoms, die eine Veränderung im Sinne einer Homöostase unbewusst ermöglicht. Ein Vermeidungsverhalten Konflikte anzuge-

hen tritt an den Tag. Die Magersucht fordert eine Konfliktbearbeitung auf einer anderen Ebene und bricht oft wie ein Schicksalsgewitter über die Familie herein (Liechti, 2008, S.140-146).

Kausale und funktionale Modelle versuchen standardisierte und manualisierte verhaltenstherapeutische Programme auf die Beine zu stellen. Grundlage dafür bildet vor allem die Lerntheorie. Bei relativ gut definierbaren Störungen wie beim Paniksyndrom, aber auch bei der Behandlung von spezifischen Symptomen von Essstörungen, bei Störungen der Figur- und Körperwahrnehmung oder bei Essanfällen scheinen standardisierte Modelle gut abzuschneiden (Legenbauer & Vocks 2006; zit. n. Liechti). Dies dürfte ein Hinweis darauf sein, dass viele Aspekte bei psychischen Störungen in der Tat einen lerntheoretischen Hintergrund haben. Neben diesem Modell wird das individualisierte oder personenzentrierte Modell beschrieben, das Psychotherapie als eine in jedem Einzelfall neu zu konstruierende Therapiebehandlung auffasst. Es basiert auf funktionalen und teleologischen (telos=Ziel) Erklärungen, die das Augenmerk nicht auf kausalgene Ursachen-Wirkungs-Ketten legt, sondern auf die handelnde Person in ihrem Kontext (Caspar & Grawe 1996; von Schlippe u. Kriz 2004; zit. n. Liechti S.128). „Menschliche Handlungen können nicht kausal-determiniert erklärt werden, sondern leiten sich aus der menschlichen Möglichkeit ab, über das eigene Handeln nachzudenken“ (Lieb 2002, S. 113; zit.n. Liechti).

Ähnlich wie mit substanzbedingten Süchten, funktioniert die Anorexie analog zur Affektregulierung von permanenten Minderwertigkeits- und Schuldgefühlen oder Missbrauch von Essen und Hungern als Mittel. Im Suchtmodell gilt eine kognitive Fixierung auf Nahrungsmittel (das Suchtmittel), schamvolle Heimlichkeiten, Krankheitsverleugnung und Dissimulation, Angst vor Kontrollverlust, Festhalten am pathologischen Verhalten trotz offensichtlicher Folgeschäden (Miller u. Rollnick 1999; zit. n. Liechti S.130).

Das Angst- bzw. Angstvermeidungsmodell gilt als lerntheoretischer Ansatz und erklärt das Verhalten als Ausdruck der Angstvermeidung. Grawe (2004, S.307; zit. n. Liechti) sah dies als eines der am besten gesicherten Phänomene in der Psychologie und erklärt das Angsterleben mit entwicklungspsychologischen Gegebenheiten des Kindes- und Jugendalters. Besonderes Augenmerk gilt den Pubertätsübergangszeiten. Zwei Strategien stehen mit dem „Coping-Modell“ und dem „phobischen“ Modell zur Verfügung (Otte et al. 1978). Das eine postuliert eine Ko-Individuation (Stierlin 1989), die entsprechende Entwicklungsressourcen verlangt. Das andere fokussiert auf dem „klein bleiben“ und vermeidet Entwicklungsziele zu erreichen.

Liechti beschreibt noch weitere Modelle, die die Störung hinter der Anorexie zu erklären versuchen. Aus Platzgründen kann hier nicht weiter darauf eingegangen werden.

Weil der methodische Teil dieser Arbeit auf klinisch erhobenen Daten basiert, welche dem verhaltenstherapeutischen Modell am ehesten entsprechen, wird auch ein solches beigezogen und näher erklärt. Nichts desto trotz sei darauf hingewiesen, dass alle Modelle Überlappungen der Entstehungs- und aufrechterhaltenden Bedingungen aufweisen und diese je nach Schule anders umschrieben werden.

Jacobi und Mitarbeiter (2004, S.21 – 32) postulieren, dass von den klassischen Störungsmodellen wie das kognitiv-behaviorale, psychodynamische oder biologische Störungsmodell derzeit keines

die Entstehung einer Essstörung überzeugend vorhersagen kann. Entsprechend findet sich – wie auch bei anderen psychischen Störungen – in Lehrbüchern häufig der Hinweis auf die multifaktorielle Bedingtheit von Essstörungen („biopsychosoziales Modell“). Im Rahmen dieser Modelle ist allerdings der Grad der empirischen Absicherung für die verschiedenen Faktoren sehr unterschiedlich. Während die Rolle mancher Faktoren gut gestützt ist, muss der Stellenwert anderer als hypothetisch bis spekulativ angesehen werden. Unabhängig davon können manche Modelle dennoch für den klinischen Alltag hilfreich sein. Die kognitiv-behavioralen Modelle, die stärker aus dem klinisch-therapeutischen Zusammenhang entwickelt worden sind, können beispielsweise dazu dienen, der Patientin ein überschaubares und plausibles Störungsmodell zu vermitteln, woraus dann entsprechende Strategien für die Behandlung abgeleitet werden können. In der Therapie stehen deshalb in der Regel die aufrechterhaltenden Mechanismen der Störung stärker im Vordergrund.

Eine vor kurzem veröffentlichte Typologie zu Risikofaktoren bei Essstörungen sowie den dazugehörigen Definitionen und methodischen Empfehlungen (1997, Kraemer et al.; zit. n. Jacobi et al. 2004, S.21 - 22) sollen zur Orientierung helfen. Die ermittelten Risikofaktoren sollen hier in Tabelle 1 skizziert werden. Für diese Übersicht wurden insgesamt 15 Längsschnittstudien mit jeweils unterschiedlichen Prädiktoren einbezogen.

3.2 Risikofaktoren

Psychosoziale Faktoren	Biologische Faktoren
Geschlecht	Genetische Faktoren: Zwillingsstudien
Gesellschaftliches Schlankeitsideal	Genetische Faktoren: Molekularbiologische Befunde
Diätverhalten-Gezügeltes Essverhalten/Übermäßige Bedeutsamkeit von Figur und Gewicht	Zusammenhang zwischen Depressionen, Serotonin und Essstörungen
Familiäre Interaktions- und Kommunikationsmuster (z.B. Verstrickung, Überprotektivität)	
Familiäre Erkrankungen	
Mangelndes Selbstwertgefühl	
Psychiatrische Komorbidität Depression, Zwangserkrankungen	
Prämorbidem Übergewicht	
Elterliches Übergewicht	
Sexueller Missbrauch	
Belastende Lebensereignisse	
Perfektionismus	
Teilnahme am Leistungssport/extreme körperliche Aktivität	
Mangelnde Interozeption (Wahrnehmung)	
Kindliche Essstörungen und gastrointestinale Probleme	

Tabelle 1: Potentielle Risikofaktoren bei Essstörungen nach Jacobi et al., 2004. S. 22-31

Im Anschluss an diese theoretische Übersicht soll das kognitiv-verhaltenstherapeutische Störungsmodell dargestellt werden, auf dem die zentralen Behandlungsschwerpunkte aufbauen. Es lässt sich in psychosoziale und biologische Faktoren einteilen.

3.2.1 Psychosoziale Faktoren (Jacobi et al., 2004)

Gestützt auf epidemiologische Daten ist die Entstehung von Essstörungen auf soziokulturelle Faktoren zurück zu führen. Das in Westeuropa und in Nordamerika vorherrschende Schlankheitsideal entspricht einem Gewicht, welches bei den meisten Frauen unter ihrem biologisch vorgegebenen Normalgewicht liegt. Dem nicht gerade entgegenwirkend ist die entsprechende Vermarktung über Medien, Modezeitschriften, die Schlankheitsindustrie sowie in zunehmendem Masse auch die plastische Chirurgie. Ebenso ist die Diskrepanz zwischen dem Stereotyp der weiblichen Traumfigur und dem tatsächlichen Gewicht der Mehrheit der Frauen in den letzten 50 Jahren stetig gestiegen. Da viele Jugendliche die körperlichen und psychischen Veränderungen der Pubertät auch als verunsichernd erleben, sind solche Probleme in dieser Lebensphase akzentuiert (Striegel-Moore et al., 1986; zit. n. Jacobi et al., S.22 - 23).

- Diätverhalten und übermässige Bedeutsamkeit von Figur und Gewicht

Verschiedene klinische Studien bis in die 80er Jahre berichten einheitlich, dass dem Erkrankungsbeginn bei 73 bis 91 Prozent der anorektischen Patientinnen eine Phase von absichtlich durchgeführten Diäten vorausging (Keys, et al 1950; zit. n. Jacobi et al., 2004, S. 23).

- Familiäre Interaktions- und Kommunikationsmuster

Aktuelle Befunde aus Querschnittsuntersuchungen finden Hinweise für gestörte familiäre Interaktionsmuster und Kommunikation, dies sind z.B. geringer elterlicher Kontakt, hohe Erwartungen der Eltern und geringer affektiver Ausdruck. Ebenso sind unsichere Bindungsstile bei anorektischen Patientinnen vorzufinden. Unklar bleibt, ob familiäre Muster der Beziehungen Begleiterscheinungen oder Folgen der Erkrankung der Tochter darstellen oder bereits im Vorfeld der Störung auftraten. Weiterhin muss nach wie vor davon ausgegangen werden, dass es sich um unspezifische Faktoren handelt, da gestörte familiäre Interaktions- und Kommunikationsmuster bei verschiedenen psychischen Störungen beobachtet werden (Jacobi et al., 2004, S. 24 - 25).

- Familiäre Erkrankungen

Zahlreiche Querschnittstudien haben die Häufung psychiatrischer Erkrankungen bei Familienangehörigen essgestörter Patientinnen aufgezeigt. Vorzufinden sind: Affektive Störungen, bestimmte Angststörungen (Panikstörungen, Generalisierte Angststörungen, Zwangsstörungen). Die Befundlage für Häufungen von Substanzmissbrauch bei Familienmitgliedern anorektischer Patientinnen ist noch unklar. Weiterhin werden erhöhte Raten von sozialer Phobie, Störung mit Überängstlichkeit in der Kindheit, posttraumatischen Belastungsstörungen, erhöhte Raten von Zwangsstörungen und zwanghaften Persönlichkeitsstörungen überwiegend bei den Familienmitgliedern anorektischer Patientinnen festgestellt.

- Niedriges Selbstwertgefühl/Ineffektivität

Niedriges Selbstwertgefühl wird im Rahmen verschiedener theoretischer Modelle von Essstörungen als Risiko- oder Ätiologiefaktor betont. Zudem gilt ein gestörtes Selbstkonzept im Sinne der

übermäßigen Bedeutsamkeit von Figur und Gewicht auch als ein diagnostisches Kriterium im DSM-IV. Fairburn und Mitarbeiter (1997, 1998, 1999; zit. n. Jacobi et al. 2004, S.25 - 26) untermauern in verschiedenen Studien eine negative Selbstbewertung im Vorfeld der Essstörungen.

- Andere psychische Störungen – Negative Affektivität

Depressive Störungen gehören zu den häufigsten komorbiden Störungen, wobei die zeitliche Abfolge beider Störungen durchaus uneinheitlich ist. Bislang haben nur zwei Querschnittstudien retrospektiv das Auftreten anderer psychiatrischer Störungen erhoben. In einer Studie (o. Angabe) fanden sich dabei gehäuft Persönlichkeitsstörungen, insbesondere zwanghafte Persönlichkeitsstörungen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe. Das Risiko einer Anorexia nervosa war deutlich durch eine vorangehende Zwangsstörung sowie eine kindliche Angststörung erhöht. Das Vorhandensein anderer psychischer Störungen bzw. von negativer Affektivität im Vorfeld der Essstörung wurde auch im Rahmen von Längsschnittstudien als Prädiktor für Essstörungen untersucht und bestätigt.

- Prämorbidetes Gewicht – Elterliches Gewicht

Kindliches Übergewicht sowie elterliches Übergewicht wurde bei Anorektikerinnen bislang nicht bestätigt.

- Sexueller Missbrauch

Sexueller Missbrauch wird als unspezifischer Faktor betrachtet, der methodisch unterschiedlich erhoben wurde. Bei Längsschnittstudien, die eine zeitliche Abfolge von Missbrauch und Essstörung berücksichtigten, konnte einheitlich festgehalten werden, dass Essstörungen gehäuft vorkommen.

- Belastende Lebensereignisse

Auch belastende Lebensereignisse im Allgemeinen sind in Querschnittstudien im Zusammenhang mit Essstörungen untersucht worden. Die Ergebnisse hierzu sind nicht ganz so einheitlich. Belastende Lebensereignisse wie z.B. Scheidung der Eltern sind dennoch häufig im Vorfeld der Essstörungen aufgetreten. Auch hier ist von einem unspezifischen Befund die Rede.

- Perfektionismus

Ein charakteristisches Merkmal aus klinischer Sicht ist auch ein Perfektionsstreben bzw. rigide, stereotype Verhaltensweisen. Fairburn et al. (1999) fanden in Querschnittstudien erhöhte Werte auch bei remittierten anorektischen Patientinnen. Der Befund ist nicht bestätigt.

- Teilnahme an Leistungssport/körperliche Aktivität

Traditionell gelten Leistungssportler, insbesondere Sportler bestimmter Disziplinen (Ballett, Gymnastik, Ringer, Jockeys etc.) als Risikogruppen.

- Mangelnde Interozeption

Internale Wahrnehmungsstörungen von affektiven und viszeralen Reizen gehörten zu den bereits von Bruch (1962) formulierten charakteristischen Merkmalen essgestörter Patientinnen und sind in zahlreichen Querschnittstudien gut bestätigt.

- Kindliche Essstörungen und gastrointestinale Probleme

In der frühen Kindheit erlebte Streitigkeiten während der Mahlzeiten sowie Fütterungsstörungen und schwerwiegende gastrointestinale Beschwerden wurden retrospektiv im Rahmen einer Querschnittstudie bei anorektischen Patientinnen fast doppelt so häufig wie bei einer Kontrollgruppe gefunden.

- Andere Faktoren

Frühkindliche Schlafstörungen, überbesorgtes Erziehungsverhalten in der frühen Kindheit, bestimmte Persönlichkeitseigenschaften wie ein eher aggressives Verhalten, Alkoholkonsum, ein stärker an Flucht und Vermeidung orientierter „Copingstil“, ein hohes Mass an körperlicher Aktivität sowie geringe soziale Unterstützung sind weitere psychosoziale Faktoren, welche aber als Einzelbefunde in Quer- und Längsschnittstudien hervor treten und weiterer Forschung bedürfen.

3.2.2 Biologische Faktoren (Jacobi et al., 2004)

Hier sind nur die wichtigsten biologischen Faktoren, die als potenzielle Risiko- oder Ätiologiefaktoren bei Essstörungen gelten erwähnt. 1) Die genetischen Befunde (Befunde zur Zwillingsforschung sowie molekularbiologische Befunde), 2) Befund zum Zusammenhang zwischen Depressionen, Serotonin und Essstörungen, 3) Befunde zur Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen.

3.3 Die Dynamik der AN: Entstehungs- und aufrechterhaltende Bedingungen

Im Vorfeld zum restriktiven Essverhalten schildern Jacobi und Mitarbeiter weitere Probleme. Hierbei ist oft ein niedriges oder labiles Selbstwertgefühl im Vordergrund, welches durch interpersonale Konflikte oder mangelhaftem Sozialverhalten bedingt ist. Unsicherheit im Umgang mit Gleichaltrigen oder Durchsetzungsprobleme bei den Eltern, Traumatisierung in der Kindheit oder akute Lebensereignisse können Ursprung sein. Das Gefühl der mangelnden Selbsteffizienz kompensiert die Patientin über Nahrungsrestriktion und Gewichtsverlust. Soziokulturelle Faktoren spielen dabei eine wichtige Rolle. Das vorherrschende Schlankkeitsideal der Medien veranlasst die Patientin das Schlanksein mit Erfolg gleich zu setzen. Eine unrealistische Gewichtssetzung im Verhältnis zu ihrem individuellen Gewicht erfolgt (Garner, Rockert, Olmstedt, Johnson & Coscina, 1985; zit. n. Jacobi). Weitere Tendenzen im Vorfeld der Erkrankung sind Perfektionismus und hohe Leistungsstandards, die beim Erreichen ein Gefühl von gesteigerter Selbstkontrolle und verbessertem Selbstwertgefühl bewirken. Bemerkungen aus der Umwelt können je nachdem positive oder negative Verstärker sein. Tagesabläufe und Art der Nahrungsaufnahme

können beeinflusst sein und diätetische Regeln annehmen, welche auf kognitiver wie auch verhaltensbezogener Ebene zum tragen kommen. Vielfältige körperliche, psychische und soziale Begleiterscheinungen sind als Folgen von solchen Verhaltensweisen absehbar. Der Teufelskreis der anorektischen Dynamik hat viele Facetten. Das Selbstwertgefühl wird mit dysfunktionalen Bewältigungsstrategien aufrechterhalten. Die Kontrolle zu behalten ist bei rein restriktiven Anorektikerinnen der alleinige Massstab für ein gutes Selbstwertgefühl. Essstörungen werden damit als Kompensationsversuch für Probleme in anderen Bereichen aufgefasst, die sowohl durch unzureichende Fertigkeiten im Umgang mit diesen Problemen, durch körperliche Prozesse (zu niedriges Gewicht, Nahrungsrestriktion und Folgeschäden) wie auch durch kognitive Faktoren (übermäßige Bedeutsamkeit von Figur und Gewicht, dysfunktionale Kognitionen) aufrechterhalten werden (Jacobi et al., 2004, S.36 - 38). All diese Risikofaktoren gelten im verhaltenstherapeutischen Modell von Jacobi et al. (2004) als Entstehungsbedingungen. Vocks & Legenbauer (2006) zeigen in einem erweiterten Modell, wie die Aufrechterhaltung dieser Risiken abläuft. Der Mechanismus wird laut Jacobi et al. als Dynamik der Anorexia nervosa erklärt, während Vocks & Legenbauer's Modell den intrapersonellen Vorgang etwas genauer beschreibt. Aufgrund dieser Tatsachen, werden diese beiden Modelle in Einem wieder geben. Veranschaulicht werden sollen dabei die jeweilige gegenseitige Beeinflussung der Faktoren und deren Folgeerscheinungen.

Vocks und Legenbauer's Prinzipien betrachten den Regelkreis der aufrechterhaltenden Bedingungen etwas genauer. Aktivierende Ereignisse können z.B. Manifestationen von negativen Körperbildern sein. Diese Situationen sind interindividuell verschieden. Es kann sich um auslösende Faktoren handeln, die ursprünglich zur Entwicklung des negativen Körperbildes geführt haben wie z.B. Hänseleien (Rosen et al., 1997; zit. n. Vocks & Legenbauer, 2006) oder Kritik von Dritten sowie soziale Vergleiche mit anderen Frauen in Bezug auf die Figur. Auslösereize sind viele und sie lassen sich fast nicht von Ursprungsbedingungen unterscheiden (Legenbauer, Vocks, Krämer & Schütt, in Vorb; Vocks, Legenbauer & Heil, in Vorb.). Die Autoren zeigen in ihrem Modell, wie sich diese Dynamik der auslösenden Faktoren auf das intrapersonelle Muster auswirken kann und wiederum weiterhin aufrechterhält. Betroffen sind dabei die kognitiven und emotionalen Ebenen. Die entstandenen Defizite wirken auf die Körperbildstörung und führen wiederum zu Vermeidungsverhalten und sozialem Rückzug. Die gestörte perzeptive Komponente hat ähnliche Auswirkungen auf das Erleben mit der Umwelt, die sich auch auf die Kognitionen niederschlägt. Gefühlsregulation wird durch eingelernte Strategien wie positive Verstärkung von Aussen und Kontrollverhalten beim Essen eingeholt. Das Vernachlässigen der positiven körperbezogenen Bedürfnisse ist ebenfalls als aufrechterhaltende Bedingung zu betrachten (Thompson et al., 1992; zit. n. Vocks & Legenbauer, 2006) und zeigt somit die gestörte Verhaltenskomponente und führt zur Entfremdung vom eigenen Körper.

Abschliessend zum Theorieteil wird das besprochene erweiterte Modell von Jacobi und Mitarbeitern und Vocks & Legenbauer veranschaulicht. Damit wird zum methodischen Teil übergeleitet, in welchem vorwiegend die Kriterien aus diesem Modell bestimmt wurden.

Kognitiv-verhaltenstheapeutisches Störungsmodell nach Jacobi et al. (2004, S. 35) erweitert durch das multifaktorielle Modell zur Aufrechterhaltung eines negativen Körperbildes bei Anorexia nervosa von Vocks & Legenbauer (2006, S.19).

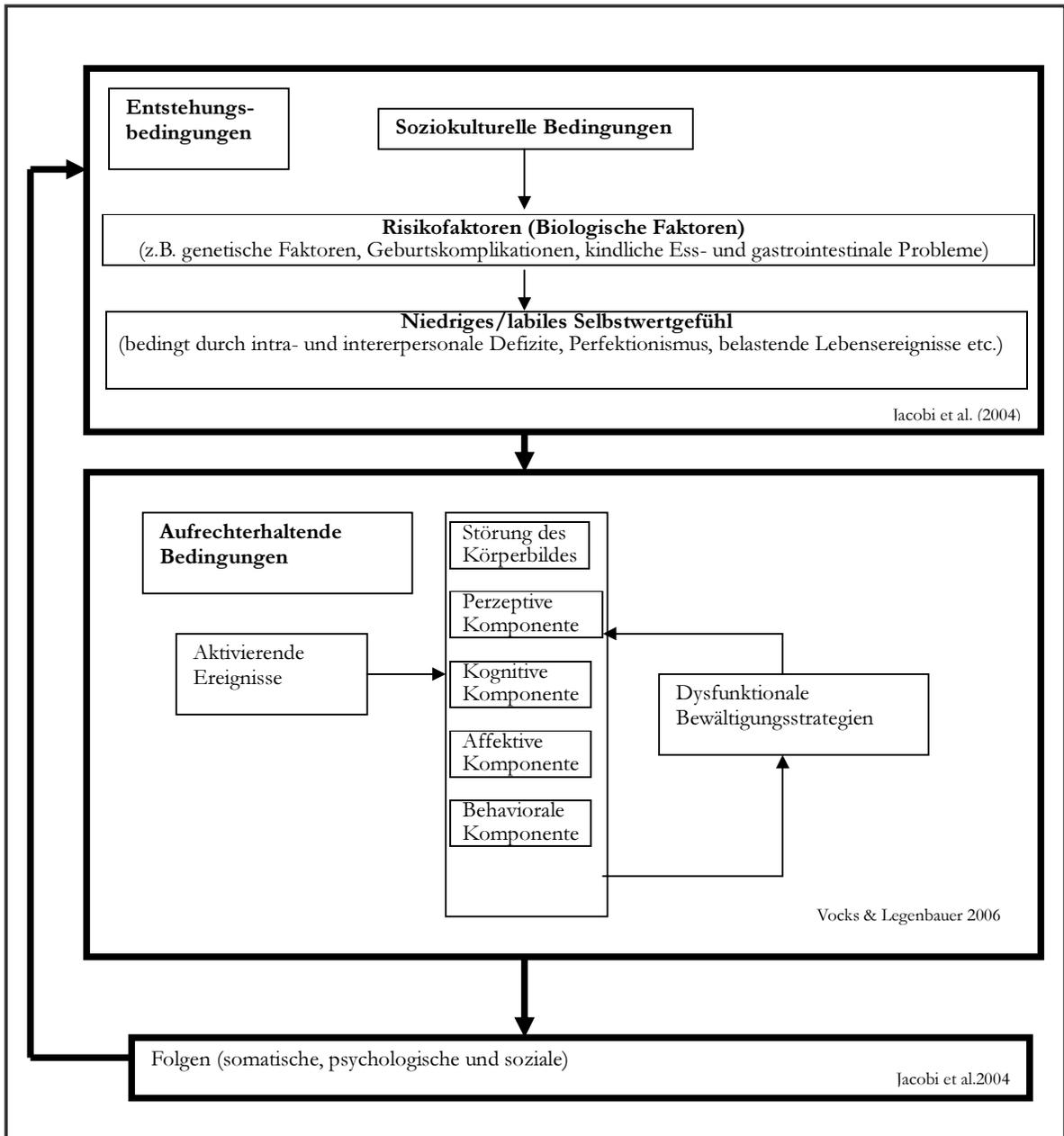


Tabelle 2: Verhaltens-therapeutisches und Multifaktorielles Störungsmodell (Jacobi et al., 2004, S.35 und Vocks & Legenbauer, 2005, S.19).

III. Empirischer Teil

4. Methode

Im vorliegenden Kapitel wird zum Einstieg das Setting im Triemli und die Kriterienwahl mittels Veranschaulichung von Ankerbeispielen für die gesetzten Variablen erklärt. Darauf folgen Angaben zur Stichprobe mit den entsprechenden Diagnosen, frühere Therapie-Erfahrung, Schweregrad und Therapiedauer resp. deren Abbruch. Es wurde eine Häufigkeitszählung mit SPSS vorgenommen, welche in Tabellen veranschaulicht und die Resultate in Prozenten angegeben werden. Es sei nochmals darauf hingewiesen, dass aus erweiterten Datenschutzgründen keine Krankengeschichten (KGs) im Anhang beigefügt werden.

4.1 Vorgehen

Die KGs der betroffenen Stichprobe wurden untersucht und zusammengefasst. Darin waren vor allem Abschlussberichte ausschlaggebend für die Datenerhebung, welche anamnestiche- sowie Verlaufsdaten enthalten. Es wurde festgestellt, dass die medizinischen Abklärungen den im Theorierteil besprochenen Erhebungsmethoden entsprechen. Die KGs wurden anonymisiert und zusammengefasst. Während der theoretische Teil dieser Arbeit Form annahm, wurde auf der methodischen Ebene die Festlegung der Untersuchungskriterien immer klarer. Die KGs wurden anschliessend mit den Kriterien aus der Theorie untersucht. Dabei galt es, soziale, psychologische und somatische Kriterien zu eruieren. Diesbezüglich wurde mit dem Fachpersonal des Triemli Rücksprache (Chefarzt, Psychologen und Pflegepersonal) und validiert.

Die somatischen Kriterien werden erst nach der Katamnese von Interesse sein und werden hier nur minimal behandelt.

5. Therapeutisches Setting in der Kinder- und Jugendklinik des Stadtspital Triemli

In diesem Kapitel der Arbeit wird auf das therapeutische Setting im Stadtspital Triemli eingegangen, welches nach dem biopsychosozialen Modell verhaltens-, psychoanalytisch und systemtherapeutisch arbeitet. Da vor allem das verhaltens-therapeutische Modell bei der Bestandaufnahme zum Tragen kommt, welches vertraglich vereinbarte Ziele festsetzt, werden die Untersuchungsvariablen auf den in der Theorie entsprechenden Modellen verglichen.

5.1 Erfassung des Krankheitsbildes beim Eintritt ins stationäre Programm

Vor einer allfälligen Hospitalisation wird ein Vorgespräch durchgeführt, an welchem Familienmitglieder und das multidisziplinäre Team anwesend sind. Die Oberärztin, Psychotherapeutin und Pflegefachfrau erklären jeweils das Konzept sowie ihren Anteil am Programm. Die Familien- und medizinische Anamnese erfolgt mittels Leitfaden im Sinne eines strukturierten Interviews durch die zuständige Oberärztin oder Chefarzt der Kinder- und Jugendklinik. Der Inhalt des

strukturierten Interviews beim Eintritt ist vom Stadtspital Triemli angefertigt und lehnt sich stark an das „Strukturierte Klinische Interview (SKID-I) für DSM- IV: Sektion H, für Essstörungen“ (Wittchen et al. 1997; zit. nach Jacobi et al. 2004, S.18) und das „Eating Disorder Examination (EDE)“ (Cooper & Fairburn, 1987; zit. n. Jacobi et al. 2004, S.18) an. Diese Vorgehensweise ermöglicht eine schnelle und valide Diagnosestellung nach DSM-IV, welche ca. eine Stunde dauert (zit. n. Jacobi, et al. S. 17-19).

In der Anamnese werden verschiedene Bereiche exploriert. Bei der Familienanamnese geht es darum ausgiebige Informationen unter Berücksichtigung von somatischen und psychischen Störungen in der Kern- sowie der erweiterten Familie abzufragen. Die Persönliche Anamnese gibt Auskunft über Umstände bei der Geburt, Unfälle und Hospitalisationen über den welchen schulischen Hintergrund inklusive Berufswunsch der Patientinnen und ob sie Drogen oder Medikamente zu sich nehmen. Die Sozialanamnese beleuchtet die familiäre Situation im Sinne von Essgewohnheiten, Ausbildung, Anzahl der Geschwister und aktuelle Wohnverhältnisse.

Die genauen Details der anamnestischen Abfrage sind dem Anhang (12.2) beigefügt. Sie beinhaltet Fragen zur persönlichen Leidensgeschichte, maximale und minimale Körpergewichtswerte, psychische Belastungen und Körperempfinden sowie Ernährungsgewohnheiten und die aktuell eingenommene Kalorienzahl. Weiter abgefragt werden: das soziale Verhalten, sportliche Aktivitäten, Amenorrhoe, die Isolierungstendenz und Aktivitäten mit anderen Jugendlichen. Auch von Interesse ist das Vorkommen von Erbrechen, Fressattacken und Diuretika- resp. Laxantienabusus, was auf einen bulimischen Typus hinweist.

Bei Hospitalisation folgt auf die Anamnese eine medizinische Abklärung, welche ebenfalls dem Anhang beigefügt ist. Es werden bildgebende Verfahren sowie Laboruntersuchungen durchgeführt. Körperliche Untersuchungen beinhalten das Gewicht, Grösse, BMI und Pubertätsstadium. Eine Betrachtung der Genitalbeurteilung sowie Hautfalten und Bioimpedanz (Überprüfung von Körperfett) werden untersucht. Ebenfalls finden Funktionsteste statt, welche Belastungsteste und Gestagentests bei einer länger als sechs Monate anhaltende Amenorrhoe vorgenommen werden müssen.

6. Festlegung der Kriterien

In Anbetracht der Varianz in der Epidemiologie und der Schwierigkeit, dass uneinheitliche Diagnosekriterien sowie Untersuchungskriterien miteinander verglichen worden sind, scheint es sinnvoll diese Untersuchung in einem zweistufigen Setting aufzubauen. Bei einem Vergleich mit anderen Studien könnte eventuell keine Aussage gemacht werden. Der Fundus aus anderen Studien dürfte also nur als Anlehnungsversuch betrachtet werden. Beschrieben und verglichen werden Ätiologie sowie Entstehungs- und aufrechterhaltende Bedingungen.

6.1 Kriterien der Untersuchung:

Die Klassifizierung in Zahlen wurde vorgenommen und mittels SPSS erfasst und ausgewertet.

Aus den Modellen von Jacobi et al. und Vocks & Legenbauer hergeleitet wird festgestellt, dass sich die Entstehungs- und aufrechterhaltenden Bedingungen in drei Kategorien einteilen lassen. Hierbei geht es um psychologische, soziale und somatische Faktoren, welche in die Untersuchung einfließen. Die psychologischen Kriterien wurden in inter- und intrapersonelle Variablen unterteilt. Um eine Aussage betreffend Häufigkeit in Bezug auf diese Faktoren machen zu können, soll hier die Feingliederung resp. die Abstufung der jeweiligen Variablen bei der Kategorienbildung anhand von Ankerbeispielen vermittelt werden.

Grundsätzlich wurden bei den einzuschätzenden Kriterien vier Ausprägungsgrade festgelegt. Wobei 0 „keinen Angaben“ oder „keinem Wert“, 1 einem „minimalem Wert“, 2 einem „relativ gut vorhandenem“ und 3 einem „ausgeprägten Wert“ entsprach. Die somatischen Variablen wurden nur mit 0 und 1 beurteilt, wobei 0 „kein Vorhandensein“ und 1 „ein Vorhandensein“ bedeuteten. Die Variable des Suizid soll hier genauer beschrieben werden. 0 entsprach „keinem Vorhandensein“, 1 „gelegentliche Gedanken daran“, 2 „eventuelles Aussprechen von Drohungen ein Suizid zu begehen“ und 3 „manifeste Versuch“.

Zusammenfassend gilt bei den Ankerbeispielen meistens eine viergradige Einteilung. Dies entspricht einer Abstufung von 0, 1, 2, 3 wobei 0 immer keinem „Vorkommen“ und 3 dem „höchsten Vorkommen“ entspricht. Abweichungen von diesem Schema werden deklariert.

Beispiele für Ausprägungsgrade

Ausprägungsgrad	Interpretation
0	Kein Vorhandensein
1	Minimal vorhanden
2	Mittelmässig vorhanden
3	Ausgeprägt vorhanden

Tabelle: 3 Vierstufige Ausprägungsgrade

Nicht vorhanden vs. vorhanden

Ausprägungsgrad	Interpretation
0	Kein Vorhandensein (Nein)
1	Vorhanden (Ja)

Tabelle: 4: Ja/Nein Angaben

Exemplarisches Ankerbeispiel für Suizidalität

Ausprägungsgrad	Interpretation	Ankerbeispiel
0	Keine	Keine Notiz in den Akten
1	gelegentliche Gedanken daran	„Die Patientin äusserte Ängste und dass sie selten auch suizidale Gedanken hatte“
2	eventuelles Aussprechen von Drohungen ein Suizid zu begehen	„Die Patientin fiel im Prozess der Krankheitsverarbeitung wiederholt in depressive Verstimmung und äusserte Suizidgedanken“
3	Durchgeführter Versuch	„wurde wegen akuter Suizidalität verlegt“

Tabelle 5: Exemplarisches Ankerbeispiel für Suizidalität

6.2 Psychische Komorbiditäten, Symptome und ihre Ankerbeispiele

Ankerbeispiele für diagnostizierte Komorbiditäten werden hier nicht gegeben, da diese aus den KGs stammen und es sich jeweils um „nicht vorhanden“ (0) oder „vorhanden“ (1) Angaben handelt. Bei den erweiterten psychischen Störungen hingegen wird zum Teil auf Verlaufsrapporte zurückgegriffen, um ein Vorkommnis zu dokumentieren. Auch hier handelt es sich um „0“ oder

„1“ Angaben analog Tabelle 4. Aussagen wie: „ein ausgeprägter Hang zu körperlichen Symptomen zeigte sich, die klinisch nicht nachvollzogen werden konnten“ wurden für die Variable „Hypochondrie“ gezählt. Analog wurden „Schlaf-“, und „Konzentrationsstörungen“ bewertet. „Psychische Vorbelastungen in der Kern-, und „erweiterten Familie“ wurden von der Familienanamnese eruiert und Aussagen wie „Kindsmutter war lange in psychologischer Betreuung wegen familiären Problemen“ oder „Die Mutter hat eine chronifizierte Depression mit Tablettenabhängigkeit“ wurden als „vorhanden“ (1) gezählt.

Interessant wird es beim Selbstverletzungsverhalten (SVV) und Suizidalität. SVV wurde von 0 – 3 eingestuft. Ankerbeispiele dafür sind Aussagen wie „ausgeprägte Selbstmutilation“, die für die maximale Einstufung (3) zählten. „Leichtes ritzen an Extremitäten“ wurde als 1 eingestuft, analog Tabelle 3. Bei der Suizidalität wurden vier Stufen angewendet, wobei die erste Stufe „keine Suizidalität“, die Zweite „Gedanken daran“, die dritte „eventuelles Aussprechen von Drohungen ein Suizid zu begehen“ und vierte Stufe „durchgeführter Versuch“ kennzeichneten. Dies entsprach der Tabelle 3, welche bei der Suizidalität angepasst wurde. Es gab nur einen „manifesten Versuch“ (3). Andere Beispiele für die Einschätzung sind: „Die Patientin fiel im Prozess der Krankheitsverarbeitung wiederholt in depressive Verstimmung und äusserte Suizidgedanken“(2) oder „wurde wegen akuter Suizidalität verlegt“ (3).

Der Schweregrad der Anorexie wurde als Synthese der häufig vorkommenden Ausprägungsgrade und mit Validierung durch das Expertenteam ermittelt und eingeschätzt. Wobei wieder das Grundschema von Tabelle 3 zum Zug kam.

- **Psychologisches: Intrapersonelle Ressourcen und Defizite (Eigenkompetenz) und Ankerbeispiele**

Bei den intrapersonellen Faktoren galt es das Selbstkonzept und innere Perzeption zu explorieren, welches durch Variablen wie Selbstwahrnehmung, Selbstbild und weibliche Identitätsentwicklung untersucht wurde. Es wurde vorwiegend mit Tabelle 3 gearbeitet.

Diese Kategorien wurden mit Aussagen untermauert, die z.B. hiessen: „die Körperwahrnehmung ist katastrophal, findet sich trotz Komplimenten hässlich“ (0), „Affektiv zugänglich“ (2) und „Körperschema-Störung ist ausgeprägt“ (0). Weitere Aussagen waren solche wie: „Sie ist eine sehr differenzierte, interessierte, zugängliche, schulisch erfolgreiche und sportliche Jugendliche“, welche einen Ausprägungsgrad von 3 für verschiedene Variablen des Selbstkonzepts ergab. Für die Identifikation mit dem weiblichen Geschlecht wurden nur zwei Angaben in den Dokumentationen gefunden, die negativ ausfielen und somit den schwächsten Grad erhielten. Die Beurteilung der anderen Patientinnen wurde durch Expertenbefragung erhoben, welche in einer Abstufung von 0 - 3 stattfand. Das Expertenteam war gewährleistet, indem 2 oder mehr Fachpersonen sich darüber austauschten, ob dieses Merkmal bei der entsprechenden Patientin gar nicht (0), schwach (1), mittel (2) oder ausgeprägt (3) vorlag. Die Krankheitseinsicht wurde mit Aussagen wie: „völlig fehlende Krankheitseinsicht“ oder „es gelang nicht, eine gewisse Einsicht in die psychosomati-

sche Problematik zu erreichen“ beschrieben, welche beide mit einem Wert von 0 klassifiziert wurden. Bei der Motivation waren Aussagen wie: „ist sehr motiviert“ für eine 3 ausschlaggebend. Hingegen ergab ein Kommentar wie: „Landet auf Wunsch der Eltern im Triemli“ eine 0. Positiv war ein Verzeichnen von: „kam freiwillig und motiviert in die Klinik“ und gab einen Wert von 3. Bei der Introspektionsfähigkeit stand im Abschlussrapport z.B.: „hat in der Psychotherapie ihre Selbstwertproblematik gut angehen können“ was eine Maximalnote 3 ergab.

- **Psychologisches: Interpersonelle Ressourcen und Defizite (soziale Interaktion) und Ankerbeispiele**

Bei den interpersonellen Faktoren ging es darum, wie gut die Patientinnen in der Interaktion mit ihrem Umfeld umgehen und agieren konnten. Dabei wurde speziell darauf geachtet, welche Art von Kommunikationsstil sie pflegten und wie sie sich in Konfliktlösungen verhielten. Das Einlassen auf den therapeutischen Prozess sowie die Integration ins stationäre Programm und manipulatives Verhalten wurden dabei beurteilt. Auch das kooperative Verhalten gegenüber dem Personal und den Mitpatientinnen wurde näher betrachtet. Bei all diesen Variablen wurden gemäss Tabelle 3 Abstufungen von 0 - 3 vergeben.

Für den Kommunikationsstil waren Aussagen ausschlaggebend wie: „Es war ihr sehr wichtig, die Ursachen für ihre Magersucht herauszufinden und zeigte konstruktive Verhaltensweisen im Umgang mit Stress und Belastungen“, welche eine 3 in ihrer Ausprägung ergaben. Eine gute Kommunikation wurde auch registriert bei Notizen wie: „schon rasch wurde in der Therapie klar, dass sie ihre Unsicherheit bearbeiten wollte“. Eine starke perzeptive Wahrnehmungsfähigkeit sowie die Fähigkeit diese auszudrücken waren gegeben, bei Vermerken wie: „Die belastende Adoleszentenentwicklung der Mutter machte auch Mutter-Tochter-Gespräche nötig, damit die Patientin sich auf ihre Geschichte konzentrieren konnte“ und „die Patientin konnte ihre Selbstwertproblematik gut benennen und in der Therapie bearbeiten“. Alle Darlegungen ergaben den maximalen Wert 3.

Die Beschreibungen zum „sich Einlassen“, „Integration ins Programm“ und „Manipulation“ wurden ebenfalls auf einer vierstufigen Skala angegeben. Z.B. gab eine Bemerkung: „konnte sich kaum auf wesentliche Inhalte einlassen“ eine 1. Stand hingegen „gut integriert“ in den Akten, wurde je nach Kontext eine 2 oder 3 vergeben. Gab es dazu eine ergänzende Notiz wie: „Verweigerung der Nahrung“ wurde eine 2 für „Integration“ und 0 für das „sich Einlassen“ vergeben. Belege für das „sich Einlassen“ waren auch „zeigte ablehnende Haltung in Psychotherapie“, die mit einer 1 quittiert wurden im Gegensatz zu: „zeigte hohe Motivation, die Ziele zu verfolgen“ die eine 3 erhielten. „Die Patientin konnte ihre Selbstwertproblematik gut benennen und in der Therapie bearbeiten“ gab je nach Kontext eine 2 - 3 für die Variable „sich Einlassen“. Mit der zusätzlichen Beschreibung von „gut in vorbestehendes Mitpatientinnenteam integriert“ wurde das „sich Einlassen“ eher auf eine 3 und „Integration“ auch auf eine 3 eingeschätzt. „Lies Essen verschwinden“ diente als Hinweis für manipulatives Verhalten, welches von „gar nicht vorhanden“ bis „ausgeprägt vorhanden“ eingestuft wurde.

Das „kooperative Verhalten“ wurde in zwei Kategorien beobachtet, nämlich wie die Betroffenen mit dem Personal und ihren Mitpatientinnen umgingen. Beispiele dafür lieferten Notizen wie: „Trotz einer Kontaktscheue, verfügte sie über soziale Orientierung und Hilfsbereitschaft gegenüber anderen“ was mit einer 2 oder 3 eingeschätzt wurde. Folgte ein „sehr kooperativ“, wurde eine 3 für die Kooperation vergeben. Im Gegensatz dazu wurde für Kooperation eine 2 vergeben bei Aussagen wie: „Zeigte sie ablehnendes Verhalten“ oder „in der Therapie war es sehr schwierig, an die Patientin heranzukommen“. Als sehr kooperativ (3) galt jemand mit dem Vermerk wie: „war bei den Mitpatientinnen beliebt“ oder „Übernahm eine Vorbildfunktion für andere Patientinnen“.

6.3 Soziale Faktoren und Ankerbeispiele (soziale Perspektiven)

Bei den sozialen Faktoren geht es um eine Erweiterung der interpersonellen Faktoren, wobei der Fokus auf der Interaktion im Umfeld liegt. Es wurde in vier Stufen gemäss Tabelle 3 gearbeitet und zum Teil leicht angepasst.

Als erstes Beispiel hierzu dient der Peergruppenkontakt. Dieser wurde in vier Grade eingeschätzt nämlich „keine Kontakte“ (0) „wenige Kontakte“ (1), „mehrere Kontakte“ (2) und „viele Kontakte“ (3). Aussagen dafür waren z.B. „tendenzieller Rückzug, obwohl gut integriert“, was eine 2 gab. Ebenfalls eine 2 waren Bemerkungen bezüglich der Reintegration in die Schule wie: „Wiedereingliederung in die Schule verläuft gut“. Konkrete Ausführungen in den Akten wie z.B. „ist sozial gut eingebunden“ erhielten eine 3. Etwas geringer eingeschätzt wurden Aussagen wie: „Trotz einer Kontaktscheue, verfügte sie über soziale Orientierung und Hilfsbereitschaft gegenüber anderen“, die eine 2 ergaben. Einen weniger guten Ausprägungsgrad (0 – 1) erhielten Verlaufsnotizen wie: „es bestanden Rückzüge von der sozialen Peer-Gruppe“.

Bei Mobbing, welches als belastende Erfahrung in der Peergruppe betrachtet werden und dem ein sozialer Rückzug folgen kann, wurden zuerst nur als „vorhanden“ und „nicht vorhanden“ eingeschätzt. Da sich aber zeigte, dass einige Aktenvermerke „ein wenig Mobbing-Erfahrung“ auswiesen, gab es neben „keiner“ (0) und „Erfahrung gemacht“ (1) noch ein „etwas Erfahrung gemacht“ (2).

Beim Ausbildungsstand interessierte, ob die Mädchen eine schulische oder berufliche Perspektive ins Auge fassen konnten. Deshalb wurden drei Kategorien gebildet und Tabelle 3 etwas abgeändert. Es entstanden die Gruppen: „In Ausbildung“, „Unter- oder Abbruch“ sowie „Wechsel in Aussicht“. Hier wurde systematisch nach anamnestischen Angaben gesucht, die über den Ausbildungsstand beim Eintritt etwas aussagten.

Ausprägungsgrade für Ausbildungsstand

Ausprägungsgrad	Interpretation
0	Keine Angabe
1	In Ausbildung

2	Unter- oder Abbruch
3	Wechsel in Aussicht

Tabelle 6: Ausprägung Ausbildung

Beim Schultypus wurde der Leistungsanspruch an sich selber betrachtet. Oftmals handelt es sich bei anorektischen Patientinnen um sehr ehrgeizige Jugendliche. Der Schultypus wurde nach gängigem Schweizer Schulsystem eingeteilt: „Gymnasium“, „Sek A“, „Sek B“, „Lehre“ und „Anderes“. Bei „Anderes“ handelte es sich z.B. um eine Patientin, welche die Steiner Schule besucht hatte.

Ausprägungsgrade für Schultypus

Ausprägungsgrad	Interpretation
0	Gymnasium
1	Sek A
2	Sek B
3	Lehre
4	Anderes

Tabelle 7: Ausprägung Schultypus

Für die berufliche Orientierung, resp. einem zukünftigen Berufswunsch ist bei den anorektischen Jugendlichen häufig die Unfähigkeit nach Vorne zu schauen typisch. Dies wurde deshalb wieder analog Tabelle 3 in vierstufigen Graden von 0 - 3 aufgenommen: „keine“, „minimal“, „mittelmässig“ und „ausgeprägt vorhanden“. Dazu dienten z.B. Kommentare wie: „weiss noch nicht, was sie mal werden will“ (0), „ist sich noch nicht ganz klar, was sie einmal werden möchte“ (1), „möchte studieren, weiss danach aber noch nicht weiter“ (2) und „möchte später einmal Lehrerin werden“ (3).

Bei der Untersuchung der Hobbies ging es darum, ob die Patientinnen etwas Anderes als die Gedanken an das Essen als wichtig besetzen konnten. Ausdrücklich weggelassen wurde dabei das Interesse für Sport als Hobby, weil dies zum Krankheitsbild gehört und unter den somatischen Faktoren abgehandelt wird. Es entstanden deshalb beschreibende Kategorien wie: „keine Interessen“ (0), „kulturelle Interessen“ (1), „Tiere“ (2) und „Andere Interessen“ (3). Bei den anderen Interessen wurden auch Paarbeziehungen berücksichtigt.

Ausprägungsgrade für Hobbies

Ausprägungsgrad	Interpretation
0	Kein Vorhandensein
1	Kulturelle Interessen
2	Tiere
3	Anderes (inkl. Paarbeziehung)

Tabelle 8: Ausprägung Hobbies

Zu den sozialen Faktoren gehören Angaben aus der Familienanamnese. Dabei ist der Ablösungsprozess von zu Hause ein besonders wichtiger Punkt in der Adoleszentenentwicklung und bei den Anorektikerinnen ein besonders häufig schwieriges Thema. Es wurde dabei die Bindung an die Eltern in vier Graden gemäss Tabelle 3 untersucht. „keine“ (0), „wenig“ (1), „mittel“ (2) und „ausgeprägt“ (3). Zum Zug kamen Aussagen wie: „Konnte sich schlecht von der Mutter trennen“ (0) oder „Hat eine starke Bindung an die Mutter“ (1). „Es wurde eine andere Wohnsituation für die Patientin gesucht“ war ein Hinweis für die Entwicklungsbereitschaft der Jugendlichen, die somit eine 3 erhielt.

Die Wohnverhältnisse abzuklären gehört zur Anamnese und wird bei Kindern und Jugendlichen immer festgehalten. Dabei gab es auch nur die Kategorien bei Herkunftsfamilie lebend (0) oder Anderes (1). Diese Einschätzung wurde der Tabelle 4 angepasst.

Ausprägungsgrade für die Wohnsituation

Ausprägungsgrad	Interpretation
0	Herkunftsfamilie
1	Anderes

Tabelle 9: Ausprägung Wohnen

Auch beim Ermitteln des Elternstatus und deren Berufsstand wurde die Familienanamnese betrachtet. Der Status wurde nach üblichen Einstufungen vorgenommen „Eltern verheiratet“ (0), „getrennt“ (1), „geschieden“ (2) oder „verwitwet“ (3) und der Tabelle 3 angepasst.

Ausprägungsgrade für den Elternstatus

Ausprägungsgrad	Interpretation
0	Verheiratet
1	Getrennt
2	Geschieden
3	Verwitwet

Tabelle 10: Ausprägung Elternstatus

Ebenso beim Beruf der Eltern, galt es die aus der Anamnese am meisten ermittelten Kategorien von „Akademikern“(1), „Unternehmern“(2), „Angestellten“(3) oder „Anderes“(4) zu bestimmen und ist der Tabelle 3 angepasst.

Ausprägungsgrade für den Berufsstatus der Eltern

Ausprägungsgrad	Interpretation
0	Akademiker
1	Unternehmer
2	Angestellte
3	Anderes

Tabelle 11: Ausprägung Berufsstatus Eltern

Hingegen wurde die Beziehung zu den Eltern aus den Verlaufsnotizen oder Abschlussrapporten gezogen. Hierbei wurde wieder vierstufig unterschieden und der Tabelle 3 angepasst mit: „Überhaupt nicht zufriedenstellend“(0), „nicht zufrieden stellend“(1), „gleichgültig neutral“(2), „zufriedenstellend“(3). Ein Beispiele dafür war: „Vermehrt Streit mit den Eltern“, was als „nicht zufriedenstellend“ (1) galt.

Ausprägungsgrade für die Beziehung zu den Eltern

Ausprägungsgrad	Interpretation
0	Überhaupt nicht zufriedenstellend
1	Nicht zufriedenstellend
2	Gleichgültig / Neutral
3	Zufriedenstellend

Tabelle 12: Ausprägung Beziehung Eltern

6.4 Somatische Faktoren und Ankerbeispiele

Die aus der Krankengeschichte erfassten Daten basieren auf medizinischen Anamnesen. Welche Punkte dabei bei jeder Patientin abgefragt wurden, kann im Anhang unter 12.3 nachgelesen werden. Die diagnostischen Komorbiditäten und Symptome werden unter den Psychologischen Fak-

toren „6.2 Psychische Komorbiditäten, Symptome und ihre Ankerbeispiele“ abgehandelt und erübrigen sich in diesem Teil.

Ein besonderes Augenmerk galt der Analyse von Ein- und Austrittsgewicht sowie der Ein- und Austritts- BMI. In den Ergebnissen wird ein Mittelwert präsentiert, da Häufigkeiten wenig Sinn ergeben. Die Eintritts und Austritts BMI wurden mit den zu erwartenden Werten auf den entsprechenden BMI-Kurven angegeben. Dabei wurden die Soll und Ist Werte registriert und verglichen. In der Arbeit dargestellt sind nur die Perzentilwerte, welche beim Ein- und Austritt vorkommen. Per Definition in der Medizin ist alles unter der 3. Perzentile stark untergewichtig und alles über der 97% stark übergewichtig. Die anzustrebenden BMI-Werte sind zwischen der 25. und der 50. Perzentile, was bedeutet, dass „4“ oder „5“ die bevorzugten Ausprägungsgrade in der folgenden Tabelle sind. Im stationären Setting werden die Patientinnen ca. bei der 25. Perzentile entlassen. Die BMI-Perzentilkurven und die Gewichtsverteilungen können im Anhang 12.4 unter Body Mass Index betrachtet werden.

Ausprägungsgrade der BMI zu den BMI-Perzentilkurven

Ausprägungsgrad	Interpretation
0	BMI unter Minimum Perzentile (3%)
1	BMI Minimum bis 3. Perzentile
2	BMI zwischen 3. und 10. Perzentile
3	BMI zwischen 10. und 25. Perzentile
4	BMI zwischen 25. und 50. Perzentile
5	BMI zwischen 50. und 75. Perzentile

Tabelle 13: Ausprägung BMI zur BMI-Perzentile

Die häufig vorkommenden somatischen Kriterien wurden wieder gemäss Tabelle 4, lediglich als „vorhanden“ (1) oder „nicht vorhanden“ (0) gezählt. Dabei ging es vor allem um die Aufnahme von: „Amenorrhoe“ (Ausbleiben der Regelblutung), „Bradykardie“ (niedrige Herzfrequenz), „Hypotonie“ (niedriger Blutdruck), „Tiefe Körpertemperatur“, „Trockene od. marmorierte Haut“, „Lanugo Körperbehaarung“ (fötale Körperbehaarung) und „Knochenabbau“. Es wird darauf verzichtet, die Amenorrhoe-Ergebnisse zu präsentieren, da diese ein Diagnosekriterium sind. Die medizinischen Begriffe werden, wie in der Abgrenzung dieser Arbeit festgehalten, nicht genauer erklärt.

Interessant im Verlauf der Krankheit ist die Betrachtung des „Beginns der Essstörung bis zum stationären Eintritt“, da dies in neueren Studien ein Indikator für die Genesung zu sein scheint. Deshalb wurde in den Anamnesen auch jeweils eruiert, wann die Krankheit begonnen hat. Die Kategorisierung erfolgte in dreimonatigen Abständen, resp. sechsmonatigen Schritte bei länger als einem Jahr zurückliegende Krankheitsbeginn: „0 - 3Mte“ war eine 0, „3 - 6Mte“ war eine 1, „6 - 9Mte“ eine 2, „9 - 12Mte“ eine 3, „12 - 18Mte“ eine 4 und alles „über 18Mte“ eine 5.

Ausprägungsgrade der Erkrankung vor Eintritt

Ausprägungsgrade der Krankheitsdauer vor stationärem Eintritt ins Triemli

Ausprägungsgrad	Interpretation
0	0 – 3 Monate
1	3 – 6 Monate
2	6 – 9 Monate
3	9 – 12 Monate
4	12 – 18 Monate

5	Über 18 Monate
---	----------------

Tabelle 14: Ausprägung Krankheitsdauer

Dabei interessierte, ob die Patientinnen eine Sondenernährung hatten, was als „ja“ (1) oder „nein“ (0) registriert wurde, hingegen wurde die Dauer der Massnahme in fünf Graden gemessen: „1 Woche“ (1), „2 Wochen“ (2), „3 Wochen“ (3), „4 Wochen“ (4) und „mehr als 4 Wochen“ (5).

Ausprägungsgrade der Sondenernährungsdauer

Ausprägungsgrad	Interpretation
0	Keine Massnahme
1	1 Woche
2	2 Wochen
3	3 Wochen
4	4 Wochen
5	Mehr als 4 Wochen

Tabelle 15: Ausprägung Sondenernährungsdauer

Wie in den sozialen Faktoren unter „Hobbies“ erwähnt, wurden die sportlichen Aktivitäten separat betrachtet, da dieses Phänomen zum Krankheitsbild gehört. Hier wurde gemäss Tabelle 3 ein vierstufiger Ausprägungsgrad vergeben. „Keine Aktivität“ wurde mit einem 0 quittiert, „wenig“ mit einer 1, „mittel“ mit einer 2 und „ausgeprägt“ mit einer 3.

6.5 Andere Häufigkeiten (Belastungserfahrungen) und Ankerbeispiele

Auffälligkeiten in den KGs, welche als häufig vorkommende Phänomene und Belastungserfahrungen empfunden wurden, waren vor allem in Bezug auf die Familienkonstellationen zurück zu führen. Hierbei ging es vorwiegend um in der Literatur nicht oder verworfene Theorien. Beispiele dafür sind „Patchworkfamilien“ und „Kinder aus früheren Beziehungen“, welche mit einem „ja“ (1) oder „nein“ (0) registriert wurden. Eine grosse „Anzahl Kinder in der Familie“, „behinderte Kinder in den Familien“ oder „Zwillinge in den Familien“. Auch hier wurde ein „vorhanden“ (1) oder „nicht vorhanden“ (0) vergeben.

Obwohl in der Literatur die Theorie der Geburtsreihenfolge der Kinder in der Familie eher verworfen wird, wurde dieses Kriterium trotzdem mit „vorhanden“ (1) und „nicht vorhanden“ (0) aufgenommen.

Ebenfalls betrachtet wurde der „Beschäftigungsgrad der Eltern“, was eher in eine Soziologie-Arbeit mündet. Es wurde untersucht, ob „beide Eltern zu 100% beschäftigt“ (0) sind, „einer 100% und einer Teilzeit beschäftigt“ (1) ist, „einer 100%, einer gar nicht arbeitet“ (2) oder anderes vorkam (3).

Ausprägungsgrade der Beschäftigung der Eltern

Ausprägungsgrad	Interpretation
0	Beide Eltern zu 100% berufstätig
1	1 Elternteil zu 100%, 1 Elternteil Teilzeitbeschäftigt
2	1 Elternteil 100%, 1 Elternteil nicht berufstätig
3	Anderes

Tabelle 16: Ausprägung Beschäftigung Eltern

Der Migrationshintergrund der Eltern und der Kinder wurde jeweils einzeln betrachtet und als mögliche Belastung empfunden. Bei den Eltern wurde untersucht, ob dies aus einem anderen Land oder gar Kontinent der Fall war, bei den Kindern wurde nur ein Vorkommnis registriert (gemäss Tabelle 4), da die internationale Migration bei den Eltern ersichtlich wurde.

Ausprägungsgrade der Migration der Eltern

Migration der Eltern

Ausprägungsgrad	Interpretation
0	Nicht vorhanden
1	Migration innerhalb der Schweiz
2	Migration aus Europa
3	Migration aus anderem Kontinent
4	Anderes

Tabelle 17: Ausprägung Migration Eltern

7. Ergebnisse

Die vorgängigen Ankerbeispiele weisen auf die mit SPSS ermittelten Ergebnisse, die in diesem Teil präsentiert werden sollen. Veranschaulicht werden Häufigkeiten und Prozente der untersuchten Kriterien. Am Ende jedes Unterpunktes werden die wichtigsten Funde zusammengefasst.

7.1 Beschreibung der Stichprobe

Es handelt sich um 39 adoleszente Frauen (N=39), welche durchschnittlich im Alter von 16 Jahren und einem BMI von 14.5 zwischen 2003 und 2008 stationär im Stadtspital Triemli behandelt wurden. Die Patientinnen lebten während etwas über fünf Monate in einer Wohngruppe und nahmen dabei an einem vorwiegend verhaltens-therapeutischen Programm teil.

Alter, BMI, Aufenthaltsdauer

	Alter bei Eintritt	BMI Eintritt	Aufenthaltsdauer Monate
Mittelwert	16,2	14,5	5,2
Standardabweichung	1,6	1,2	1,9
Minimum	12,4	11,3	1,5
Maximum	18,8	17,2	9,5

Tabelle 18: Alter, BMI, Aufenthaltsdauer

Darunter war die jüngste Betroffene beim Eintritt fast 12,5 und die Älteste knapp 19 Jahre alt. Die Standardabweichung von etwas über eineinhalb Jahren weicht stark vom Mittelwert ab und untermauert die in der Theorie hervorgehobene Erkenntnis der Inzidenzraten. Dort hiess es, dass es zweigipflige Inzidenzraten gibt, wo es bei 14 und 18 jährigen die maximalen Vorkommnisse gibt. In der Tat bestätigt dies auch das Vorkommen im Triemli Setting.

Beim BMI von 14,5 verhält sich die Streuung mit einer Standardabweichung von 1,2 etwas enger. Der tiefste BMI von 11,3 und der Höchste von 17,2 sind die Ausreisser zum Mittelwert.

Bei der Aufenthaltsdauer variieren die Werte ebenfalls von eineinhalb bis neuneinhalb Monaten dem Längsten. Hier wurden die Fälle genauer unter die Lupe genommen und festgestellt, dass es

sich bei beiden Extremwerten um Therapieabbrüche handelte. Im Fall mit der kurzen Dauer hat sich die Patientin nicht an die Regeln gehalten und wollte austreten. Im zweiten Fall wurde die Therapie abgebrochen, weil die Patientin nach 9,5 Monaten Aufenthaltsdauer manipulatives Verhalten zeigte und sich nicht an die vereinbarten Regeln hielt.

Anorexie Typus

	Häufigkeit	%
Rein restriktiv	29	74
Bulimische Komponente	9	23

Tabelle 19: Anorexie Typus

Der Diagnose aller untersuchten Patientinnen liegt eine AN vom restriktiven Typus zugrunde, wobei 23% davon bulimische Elemente aufweisen. Die bulimische Komponente weist darauf hin, dass die Patientin erbricht oder Laxantien- oder Diuretika-Abusus vornimmt um das Gewicht unter Kontrolle zu halten.

Schweregrad der Anorexie

	Häufigkeit	%
minimal	3	8
mittel	18	46
massiv	18	46

Tabelle 20: Schweregrad der Anorexie

Knapp ein Viertel weist also bulimische Elemente auf. Dies hätte ein Hinweis auf den Schweregrad sein können, wenn man in Betracht zieht, dass bulimische Elemente schlechtere Prädiktoren für einen positiven Verlauf haben. Es scheint aber unabhängig davon zu sein, denn 92% der Patientinnen haben einen mittelschweren bis massiven Ausprägungsgrad der Anorexie. Nur 8% haben einen minimalen Schweregrad, was bei der Durchsicht der Akten weder auf reine AN noch auf bulimische Elemente rückschliessen lässt.

Beginn der Essstörung bis zum Eintritt ins Programm

	Häufigkeit	%
0-3 Monate	3	7
3-6 Monate	4	10
6-9 Monate	10	26
9-12 Monate	8	21
12-18 Monate	6	15
Mehr als 18 Monate	8	21

Tabelle 21: Beginn Essstörung bis Eintritt

Nur bei 7% der stationär eingewiesenen Patientinnen wurde ein Krankheitsbeginn von bis zu 3 Monaten vor Eintritt registriert. Die häufigsten Verläufe weisen mit 26% einen 6 bis 9 monatigen Vorlauf auf. Bei 21% handelt es sich um bis zu einem Jahr vor Eintritt ins Triemli, während 15% bis zu eineinhalb Jahre und 21% länger als 18 Monate darunter litten, bevor sie ins Programm einstiegen.

Frühere Therapieerfahrung

	Häufigkeit	Prozent
nein	5	13
ja	34	87

Tabelle 22: Therapieerfahrung

Tabelle 32 zeigt, dass viele der Betroffenen vor Eintritt ins Triemli bereits Therapie Erfahrung gesammelt hatten, nämlich 87%. Insgesamt kann gesagt werden, dass der Mittelwert des Eintritts mit 47% und somit knapp die Hälfte zwischen 6 Monaten und einem Jahr krank sind, bevor sie sich in das Programm begeben

Therapieabbrüche

	Häufigkeit	Prozent
nein	24	62
ja	12	31
mehrere	2	5

Tabelle 23: Therapieabbrüche

Ziel des Programms ist es, ein vereinbartes Zielgewicht in wöchentlichen 500g Schritten zu erreichen. 62% haben das Programm erfolgreich abgeschlossen während 30% abbrechen und 5% mehrere Male abbrechen und die Therapie im Triemli wieder aufnehmen. Gründe für Vertragsabbrüche sind z.B. das nicht Einhalten der vereinbarten Gewichtsverläufe oder Weigerungen am vorgeschriebenen Programm teilzunehmen sowie – bei Indikation – eine Verweigerung, die Nahrung über eine Magensonde aufzunehmen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die untersuchte Population von 39 Patientinnen im Durchschnittsalter von 16 Jahren mit einem BMI von 14,5 ins stationäre Programm des Stadtspital Triemli eintrat und während etwas über fünf Monaten blieb. Fast die Hälfte erkrankte zwischen sechs Monaten und einem Jahr vor Eintritt und fast alle hatten zuvor Therapieerfahrungen in einem anderen Setting gemacht.

Drei Viertel der Patientinnen haben eine Diagnose vom restriktiven AN Typus und ein Viertel zeigte eine bulimische Komponente. Fast alle Jugendlichen die am Programm teilnahmen hatten eine mittelschwere bis schwere Form der AN und nur wenige hatten einen minimalen Ausprägungsgrad. Zwei Drittel haben das Programm erfolgreich abgeschlossen während ein Drittel abbrach.

7.2 Psychische Störungen und Symptome

Die psychologischen Faktoren werden in drei Kategorien eingeteilt, um eine Aussage zu machen. Es handelt sich hierbei um rein klinische, intrapersonelle und interpersonelle Faktoren.

Komorbiditäten

	Komorbidität (Ja)	Depression	Zwangsstörung	Angststörung	Persönlichkeitsstörung
Prozent(%)	51	41	5	1	7

Tabelle 24: Komorbiditäten

Klinische Störungen, die in der KG eine Diagnose erhalten haben oder in den Verlaufsnotizen herausgehoben wurden sind knapp über die Hälfte aller Betroffenen. Darunter findet sich der grösste Teil bei den Depressionen mit 41%. Dies macht insgesamt einen Drittel aller Patientinnen aus. Die Persönlichkeitsstörungen sind bei 7%, dicht gefolgt von den Zwangsstörungen mit 5%. Minimal verzeichnet wurden Angststörungen mit 1%.

Psychische Symptome

	Zusätzliche psych. Symptome (Ja Nein)	Hypochondrie	Schlafstörung	Konzentrationsstörung	Psychische Vorbelastung in Kern Familie	Psychische Vorbelastung in erweiterter Familie
Prozente (%)	56	10	8	13	44	39

Tabelle 25: Psychische Symptome

Die zusätzlichen psychischen Symptome sind ebenfalls sehr häufig vorzufinden. Bei 56% aller Patientinnen sind neben der Diagnose mit weiteren psychischen Symptomen belastet. Hierbei gilt ein besonderes Augenmerk den psychischen Vorbelastungen in den Kernfamilien, die mit 44% fast die Hälfte der Patientinnen betrifft. Ebenfalls sehr hoch sind mit 39% die psychischen Vorbelastungen in der erweiterten Familie. Die gängigen und subjektiven zusätzlichen Symptome wurden nur von 8-13% registriert, wobei die oft dokumentierten Schlafstörungen nur 8% ausmachen, die hypochondrische Veranlagung nur 10% und Konzentrationsstörungen nur bei 13% dokumentiert wird.

Selbstverletzendes Verhalten (SVV)

Selbstverletzendes Verhalten	Häufigkeit	%
keines	35	90
minimal	2	5
mittelschwer	1	2,5
massiv	1	2,5
Gesamt	39	100

Tabelle 26: SVV

Tabelle 36 soll die Häufigkeit von SVV aufzeigen, welches in vier Ausprägungsgraden registriert wurde. Die Mehrheit (90%) der Patientinnen hat von Selbstmutilation abgesehen, die Tendenz zeigt eine minimale Selbstverletzung mit 5% resp. 2 Vorfällen. Zwei Patientinnen (5%) verletzten sich selber jeweils mittelschwer und massiv.

Suizidalität

Suizidalität	Häufigkeit	%
keine	31	80
gelegentliche Gedanken	7	18
durchgeführter Versuch	1	2
Gesamt	39	100

Tabelle 27: Suizidalität

Die Suizidalrate ist etwas höher als die der Selbstverletzenden. Die Zahl der Patientinnen mit Gedanken an einen Suizid beträgt 18%. Eine Patientin (2%) hatte einen Suizidversuch durchgeführt.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die höchste Komorbidität bei den Depressionen liegt und andere psychische Symptome schwerwiegend aus Vorbelastungsgeschichten der Kernfamilie aber auch der erweiterten Familie auftreten. SVV wurde nur von 10% und die Suizidalität wurde von einem Fünftel als „Gedanken daran ausgesprochen“ registriert, wobei eine Patientin einen Versuch durchführte.

7.3 Psychologisches: Intrapersonelle Ressourcen und Defizite

Selbstbild, Selbstwahrnehmung, Identität (Selbstkonzept)

	Erkennen der Selbstwertproblematik / Selbstbild		Differenzierte Selbstwahrnehmung		Weibliche Identitätsentwicklung	
	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%
kein	3	8	2	5	2	5
minimal	18	46	19	49		
mittelmässig	14	36	15	38		
ausgeprägt	4	10	3	8		

Tabelle 28: Selbstkonzept

Das Selbstkonzept der anorektischen Patientinnen kann durch eine tiefe Selbstwertproblematik exemplifiziert werden, dabei sind ein relativ minder entwickeltes Selbstbild oder differenzierte Selbstwahrnehmung sowie die geschlechtliche Identität wenig ausgebildet. Doch 10% können die Selbstwertproblematik resp. das Selbstbild gut wahrnehmen. Die meisten Patientinnen (82%) schwanken zwischen einem mittelmässigen und minimal ausgebildeten Selbstbild, resp. erkennen ihre Selbstwertproblematik, fast 46% verfügen über eine minimale Fähigkeit dazu.

Die Zahlen der differenzierten Selbstwahrnehmung, welche die perzeptive Komponente beschreibt, sind ähnlich der vorangegangenen Angaben für das Selbstbild. Die Bandbreite ist in den mittleren Ausprägungsgraden am häufigsten. Fast 50% besitzen eine minimale Selbstwahrnehmung und doch 38% können ein gewisses inneres Empfinden wahrnehmen. Wirklich gut können nur 8% nach Innen fühlen.

Spannend wird es beim Ausprägungsgrad der weiblichen Identität. In den Verlaufsakten wurden dazu nur bei 2 Patientinnen Aussagen gemacht. Dabei handelt es sich um Angaben, die besagen, dass keine weibliche Identitätsentwicklung stattgefunden hatte. In einem zweiten Schritt wurde

mit dem Fachexpertenteam eine Validierung vorgenommen und die Psychologen sowie die Pflegefachfrauen konnten bei fast allen Patientinnen den weiblichen Entwicklungsstand der Betroffenen angeben, wie in der folgenden Tabelle 39 veranschaulicht wird.

Weibliche Identität (Expertenrating)

	Weibliche Identität Expertenrating		Weibliche ID Untersuchung aus Akten	
	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%
keine	7	18		
minimal	8	21	2	5
mittelmässig	10	26		
ausgeprägt	0	0		

Tabelle 29: Expertenrating weibliche ID

Die Diskrepanz zwischen dem Expertenrating und der Untersuchung der Akten liegt darin, dass sich die Experten bei 65% der untersuchten Gruppe an die weibliche Identität der Betroffenen erinnern konnten und eine Angabe darüber machen konnten. Im Gegensatz dazu waren bekanntlich nur zwei Angaben zur weiblichen Identität in den Akten zu finden.

Fast ein Fünftel (18%) wurde mit gar keinem Bewusstsein über ihre weibliche Identität eingeschätzt und 21% nur minimal dazu im Stande. 10 der Jugendlichen (26%) wurden von den Experten als mittelmässig entfaltet empfunden. Bei den fehlenden 35% konnte keine Aussage dazu gemacht werden.

Krankheitseinsicht, Motivation, Introspektionsfähigkeit

	Krankheitseinsicht		Motivation		Introspektionsfähigkeit	
	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%
keine	9	23	4	10	2	5
minimal	5	13	8	21	14	36
mittelmässig	18	46	20	51	18	46
ausgeprägt	7	18	7	18	5	13

Tabelle 30: Intrapersonelles (Krankheitseinsicht, Motivation, Introspektion)

Die mangelnde innere Wahrnehmungsfähigkeit ist auch in der Krankheitseinsicht ersichtlich. Knapp ein Viertel (23%) haben überhaupt keine Krankheitseinsicht. 13% zeigen eine minimale Krankheitseinsicht und doch fast die Hälfte, nämlich 46% haben eine mittelmässig gute Ahnung davon, dass sie krank sind. Fast ein Fünftel ist mit 18% bei vollem Bewusstsein über ihren Zustand. Das bedeutet, dass doch rund 75% der stationären Patientinnen über eine gute Krankheitseinsicht verfügen.

Die Motivation ist bei der untersuchten Gruppe bei 70% mittel bis gut ein erfreuliches Ergebnis. Dagegen haben 21% der Jugendlichen eine niedrige und 10% gar keine Motivation.

Die Introspektionsfähigkeit in der Auseinandersetzung mit sich selber wurde ebenfalls in vier Stufen eingeteilt. 5% haben gar keine und 36% eine minimale Fähigkeit dazu. Das macht 41% der jungen Frauen aus, die sich nicht oder schlecht mit sich auseinander setzen können. Erstaunli-

cherweise können sich 46% ziemlich gut mit sich selber beschäftigen und 13% üben diese Fähigkeit sogar sehr gut aus.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Selbstbild und die differenzierte Selbstwahrnehmung minimal bis mittelmässig gut ausgebildet waren. Ein diskrepantes Resultat bezüglich der weiblichen Identität ist zum Vorschein gekommen, wobei praktisch keine Vermerke dazu in den Akten ersichtlich waren. Die Fachpersonen konnten nur zum Teil Angaben dazu machen Die Werte für Krankheitseinsicht, Motivation und Introspektionsfähigkeit lagen relativ hoch. Die Hälfte der Patientinnen hatten gute bis mittelmässige Ausprägungen.

7.4 Psychologisches: Interpersonelle Ressourcen und Defizite

Sozialer Rückzug

	Häufigkeit	Prozent
keiner	4	10
minimaler	9	23
teilweiser	12	31
massiver	14	36

Tabelle 31: Sozialer Rückzug

Typisch für anorektische Patientinnen, ist ein sozialer Rückzug, der oftmals als Begleiterscheinung auftritt. Aus Tabelle 14 ist ersichtlich, dass beim Eintritt und während des Aufenthaltes 90% aller Patientinnen damit konfrontiert waren. Nur bei 10% wurde das als klar nicht vorhanden registriert. Von den 90% haben 36% einen massiven Ausprägungsgrad, 31% einen teilweise starken und 23% einen minimal vorhandenen Ausprägungsgrad von sozialem Rückzug.

Kommunikation und interpersonelle Konfliktlösung

	Kommunikationsstil		Inerpersonelle Konfliktlösung	
	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%
verschlossen	2	5	2	5
teilweise verschlossen	13	33	19	49
teilweise offen	18	46	14	36
offen	5	13	4	10

Tabelle 32: Interpersonelles & Konfliktlösung

Im Umgang mit anderen Menschen wurden der Kommunikationsstil und die Fähigkeit der Konfliktlösung betrachtet. 38% verfügen über einen schlechten Kommunikationsstil aber doch 54% können Konflikte lösen. 5% können kaum kommunizieren oder Konflikte angehen. Fast 40% verfügen über eine ziemlich offene Umgangsart und 46% werden als ziemlich konfliktfähig angesehen. Davon sind 13% gegenüber anderen im Gespräch offen und 10% verfügen über gute Konfliktlösungsstrategien.

Einlassen, Integration und Manipulation

Prozess einlassen	Integration ins Programm	Manipulation
-------------------	--------------------------	--------------

	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%
keine	3	8	2	5	30	77
minimal	7	18	18	46	3	8
mittelmässig	20	51	10	26	3	8
ausgeprägt	9	23	9	23	3	8

Tabelle 33: Einlassen, Integration und Manipulation

In den therapeutischen Prozess konnten sich 8% gar nicht einlassen, was dem Mangel an Integrationsfähigkeit ins Programm mit 5% entspricht. Minimales Einlassen wurde bei fast einem Fünftel registriert im Gegensatz zu fast der Hälfte, die sich mit 46% gut ins Programm integriert haben. Dafür ist die Bereitschaft, sich auf den Prozess einzulassen zu 51% sehr hoch, gefolgt von 23%, der geradezu ausgeprägten Bereitschaft. Bei fast der Hälfte ist eine positive Integration ins Programm registriert worden, die mit Werten von 26% mittelmässigem und 23% ausgeprägtem Willen zeigen.

Dabei ist manipulatives Verhalten nicht sehr stark registriert worden. Knapp unter 80% haben gar nicht manipuliert. Jedoch verteilt sich der restliche Anteil gleichmässig auf minimale, mittelmässige und ausgeprägte Manipulation.

Kooperation mit Personal und Mitpatientinnen

	Kooperatives Verhalten zum Personal		Kooperatives Verhalten zu Mitpatientinnen	
	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%
keine	1	3	2	5
minimal	13	33	18	46
mittelmässig	14	36	14	36
ausgeprägt	11	28	5	13

Tabelle 34: Kooperation

Beim kooperativen Verhalten ist auffällig, dass sich dieses gegenüber dem Personal mit 28% zu 13% doppelt so häufig ausgeprägt verhält als zu dem der Mitpatientinnen. Mittelmässig ist es bei beiden Gruppen mit 36% und minimal bei 33% zum Personal und schlechter zu den Mitpatientinnen mit 46%. Gar kein Kooperatives Verhalten ist bei wenigen 3% resp. 5% festgehalten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass fast alle Patientinnen in einer Form von einem sozialen Rückzug betroffen waren. Im Umgang mit anderen zeigten sich mehr als die Hälfte erstaunlich positiv in der Kommunikation, allerdings weniger kompetent in der Konfliktlösung. Die Bereitschaft sich auf den Prozess einzulassen war sehr hoch, genauso wie der Integrationswille ins Programm und die bestehende Wohngruppe. Manipulatives Verhalten wurde nur minimal registriert. Die Kooperation war grundsätzlich gut vorhanden. Erstaunlich daran ist die Feststellung, dass sie gegenüber dem Personal doppelt so hoch wie gegenüber den Mitpatientinnen ausfiel.

7.5 Soziales: Ausbildung und berufliche Orientierung

Ausbildungsstatus beim Eintritt

	Häufigkeit	%
in Ausbildung	16	41
Abbruch	5	13
Wechsel in Aussicht	18	46

Tabelle 35: Ausbildungsstatus

Der Zustand der Ausbildung wurde hier nur nach dem Moment des Eintritts betrachtet. 41% der Patientinnen waren beim Eintritt in Ausbildung, sei dies Schule oder Lehre. 13% hatten einen Ab- oder Unterbruch der Ausbildung bereits eingeleitet und bei 46% stand nach Austritt der stationären Behandlung ein Wechsel bevor.

Bildungsstatus beim Eintritt

	Häufigkeit	%
Primar	1	3
Gymnasium	24	62
Sekundar A	9	23
Sekundar B	2	5
Lehre	2	5
Andere	1	3

Tabelle 36: Bildungsstatus

Beim Eintritt war eine Patientin noch Primarschülerin. 62% waren Gymnasiastinnen und 23% Sekundarschule A-Absolventinnen. Dies macht 85% der Patientinnen, die eine leistungsorientierte Schule besuchten. Nur 5% besuchten die Sekundarschule B und 5% hatten eine Lehre begonnen.

Berufliche Orientierung

	Häufigkeit	%
keine	4	10
schwach	25	64
mittelmässig	3	8
stark vorhanden	7	18

Tabelle 37: Berufliche Orientierung

18% hatten eine klare Vorstellung über ihren zukünftigen Berufswunsch. 8% waren mehr oder weniger gut vorbereitet. Bei 64% war die berufliche Orientierung fast gar nicht vorhanden und 10% hatten überhaupt keine Vorstellung. Das bedeutet 74%, also knapp drei Viertel hatten (fast) keine Perspektive.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass beim Eintritt 40% einen regulären Schulverlauf hatten, während den restlichen 60% ein Abbruch oder Wechsel in ihrer Laufbahn bevorstand. Zwei Drittel der Betroffenen waren Gymnasiastinnen und knapp ein Viertel Sek A Schülerinnen. Bezüglich der beruflichen Orientierung war der grösste Teil perspektivenlos und nur wenige hatten eine klare berufliche Zukunft vor Augen.

7.6 Soziales: Interpersonelle Ressourcen und Defizite

Peer-Gruppenkontakt

	Häufigkeit	%
keine Kontakte	4	10
wenige Kontakte	11	28
mehrere Kontakte	15	38
viele Kontakte	9	23

Tabelle 38: Peer-Gruppenkontakt

Nur 10% gaben an, gar keinen Kontakt zu Peers und 28% nur wenig Kontakt zu pflegen. Dies sind insgesamt 38% mit schlechten bis gar keinem Kontakt. Doch 38% gaben an einige Kontakte zu Peers und 23% guten Kontakt zu pflegen. Dies macht einen positiven Wert von 61% aus.

Mobbing Erfahrung

	Häufigkeit	%
nein	33	85
ja	4	10
etwas Erfahrung	2	5

Tabelle 39: Mobbing

Die Mobbing Erfahrungen machen eine Aussage über belastende Erfahrungen generell und solche mit den Peers. 15% der Patientinnen haben diesbezüglich schwierige Erfahrungen gemacht. 85% haben keine Angaben zu Mobbing gemacht.

Hobbies

	Häufigkeit	Prozent
keine Interessen	22	56
kulturelle Interessen (lesen, Musik, etc)	4	10
Tiere (Haustiere, etc)	1	3
Andere Interessen	12	31

Tabelle 40: Hobbies

Bei den Hobbies wird untersucht, ob etwas Anderes als die Gedanken an die Gewichtsabnahme als wichtig besetzt werden kann. Dabei wurde Sport ausgelassen, weil es als eigenständige Tabelle untersucht wurde. Über die Hälfte, nämlich 56% haben keine Interessen angegeben. 13% interessieren sich für Kulturelles oder Tiere. 31% haben anderes angegeben, wobei eine Beziehung zu einem Partner unter diese Kategorie fällt.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass fast 40% keinen oder nur schlechten Kontakt zu Peers pflegten, was das Krankheitsbild mit dem sozialen Rückzug untermauern würde. 60% äuserten aber gute bis viele Kontakte zu Peers. Bezüglich Mobbing waren nur wenige von Erfahrungen geprägt. Bei den Hobbies sind die Resultate etwas ausgeprägter, bei mehr als der Hälfte wurden allerdings keine Angaben dazu gemacht. Etwa 40% hatten kulturelle Interessen oder Anderes, inklusive Paarbeziehungen. Nur wenige haben Erfahrungen mit Mobbing gemacht.

7.7 Soziales: Familiäre Ressourcen und Defizite

Ablösungsprozess von zu Hause

	Häufigkeit	%
einfach	4	10
problematisch	16	41
sehr problematisch	19	48

Tabelle 41: Ablösung

Beim Ablösungsprozess wurde betrachtet, wie problematisch dies war. 10% der Patientinnen hatten wenige Probleme, sich von zu Hause zu lösen. Für 41% war dies eher problematisch und bei 48% war dies sehr schwierig. Fast die Hälfte also, hatten diese Thematik zu bearbeiten.

Wohnverhältnis

	Häufigkeit	%
mit der Herkunftsfamilie	33	85
mit anderen	5	13

Tabelle 42: Wohnverhältnis

Die Wohnverhältnisse sagen lediglich aus, ob die Patientinnen in ihrer Ursprungsfamilie wohnhaft waren oder nicht. 85% lebten mit ihrer Herkunftsfamilie, 13% bei einem Elternteil oder in einer WG.

Elternstatus

	Häufigkeit	%
verheiratet	25	64
getrennt	3	8
geschieden	10	26
verwitwet	1	3

Tabelle 43: Elternstatus

Bei der Untersuchung des Elternstatus waren 64% verheiratet. 8% waren getrennt und 26% waren geschieden. Nur bei einer Familie war ein Elternteil verstorben (3%).

Berufsstand der Eltern

	Häufigkeit	%
Akademiker	11	28
Unternehmer	9	23
Angestellte	13	33
Andere	6	15

Tabelle 44: Berufsstand Eltern

Bei dem Berufsstand der Eltern sind die Häufigkeiten mit 33% am ehesten bei den Angestellten Arbeitsverhältnissen zu finden. 28% sind akademisch tätig und 23% sind selbstständig Erwerbende. 15% waren diesen Kategorien nicht zuzuordnen, dabei handelte es sich um IV-Bezüger oder keine Angaben in den Familienanamnesen.

Beschäftigungsgrad der Eltern

	Häufigkeit	Prozent
Beide Berufstätig (100%)	16	41
1 = 100% berufstätig / 1 = Teilzeit	18	46
1 = 100% berufstätig / 1 = nicht berufstätig	5	13

Tabelle 45: Beschäftigungsgrad Eltern

Diese Tabelle weist auf, dass fast alle Eltern der Patientinnen beruflich engagiert sind. Nur bei 13% ist ein Elternteil nicht berufstätig. 46% ist ein Elternteil voll arbeitstätig während der andere Elternteil einem Teilzeit Erwerb nachgeht. Bei 41% sind beide Eltern Vollzeit beschäftigt.

Beziehung zu den Eltern

	Häufigkeit	%
überhaupt nicht zufriedenstellend	3	8
nicht zufrieden stellend	11	28
gleichgültig neutral	21	54
zufrieden stellend	3	8
sehr gut	1	3

Tabelle 46: Beziehung zu Eltern

Tabelle 56 zeigt die Beziehung zu den Eltern auf. Nur eine Patientin (3%) zeigte eine sehr gute Beziehung zu den Eltern und 8% waren zufriedenstellend. 54% waren gleichgültig neutral, was einem guten Wert entspricht. Dies bedeutet, dass 65% aller Patientinnen eine positive Beziehung zu ihren Eltern hatten. 36% der Beziehungen waren eher negativ, nämlich 28% nicht zufrieden stellend und 8% überhaupt nicht zufrieden stellend, was auf grosse Konflikte hinweist.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Ablösungsprozess von zu Hause bei fast allen Patientinnen schwierig bis sehr problematisch verlief. Bei den Wohnverhältnissen waren fast alle noch bei der Kernfamilie lebend. Der Elternstatus war bei zwei Dritteln verheiratet, ein Viertel geschieden und ein paar wenige waren getrennt. Der Berufsstand der Eltern war sehr heterogen verteilt zwischen Akademikern, Unternehmern und Angestellten, wobei die angestellten Berufsverhältnisse am häufigsten vorkamen. Bezüglich des Beschäftigungsgrades kann gesagt werden, dass weniger als die Hälfte der Eltern beide zu 100% berufstätig waren. Bei zwei Dritteln der Eltern war neben dem vollberuflichen Partner, der andere teilzeit- oder nicht berufstätig. Die Beziehung zu den Eltern war mehrheitlich positiv, nur ein Drittel konflikthafter Beziehungen wurden registriert.

7.8 Somatische Häufigkeiten

Eintritts- /Austritts- Gewicht resp. BMI

	Eintritts- gewicht	Austritts- gewicht	BMI Eintritt	BMI Austritt
Gültig	39	37	38	38
Fehlend	0	2	1	1
Mittelwert	38,6	47,0	14,5	16,7
Standardabweichung	5,2	5,9	1,2	4,2
Minimum	29	31,4	11,31	0
Maximum	49	59,1	17,24	20,6

Tabelle 47: Eintritt/Austritt Gewicht & BMI

Die Stichprobe zeigt beim Eintritt ins Triemli einen Durchschnitts-BMI von 14,5 bei einem entsprechenden Eintrittsgewicht von 38,6 kg. Der Austritts BMI ist im Durchschnitt 16,7 mit einem Gewicht von 47,0. Allerdings sind diese Aussagen für Jugendliche irrelevant, da das Alter und die Wachstumserwartungen nicht mit einbezogen sind.

Interessanter wird es erst in Tabelle 57, wo die BMI im richtigen Verhältnis zu den erwarteten BMI Werten auf den Perzentilkurven ersichtlich werden. (Die Tabelle der BMI-Werte ist dem Anhang beigelegt und wird im medizinischen Setting des Triemli angewendet). Es sei darauf hingewiesen, dass die 50. Perzentile der angestrebte Wert einer Perzentilkurve ist. Werte unter der 3. Perzentile gelten als stark untergewichtig, resp. Werte über der 97. Perzentile als stark Übergewichtig. Die Patientinnen werden per Definition und aus Krankenkassentechnischen Gründen ca. auf der 25. Perzentile entlassen.

BMI im Verhältnis zur BMI-Perzentile

	Beim Eintritt		Beim Austritt	
	Häufigkeit	%	Häufigkeit	Prozent
BMI unter Minimum Perzentile (3%)	31	79	4	10
BMI Minimum bis 3. Perzentile	3	8	4	10
BMI zwischen 3. und 10. Perzentile	3	8	4	10
BMI zwischen 10. und 25. Perzentile	0	0	15	38
BMI zwischen 25. und 50. Perzentile	0	0	8	21
BMI zwischen 50. und 75. Perzentile	0	0	1	3

Tabelle 48: Verhältnis BMI zu BMI-Perzentile

Tabelle 57 veranschaulicht die BMI-Abweichungen von den BMI-Perzentilkurven, welche den altersüblichen Wachstumskurven nicht entsprechen. Verglichen werden die Abweichungen beim Eintritt zu denen vom Austritt. Beim Eintritt hatten knapp 80% der Patientinnen einen BMI unter der minimalen Perzentile von 3%, was 31 der 39 Untersuchten betrifft. 3 Patientinnen (8%) waren zwischen dem minimalen Wert und der 3. Perzentile und weitere 3 Patientinnen (8%) waren zwischen der 3. und 10. Perzentile.

Dem Programm entsprechend, stiegen die BMI-Werte beim Austritt an. 69% der Betroffenen erreichten einen BMI zwischen der 10. und 50. Perzentile. Beim Austritt waren noch 8 Jugendliche (20%) unter der 3. Perzentile. 4 Patientinnen waren zwischen der 10. und 25. Perzentile. Erfreulich sind die Ergebnisse zwischen der 10. und 25. Perzentile, welche 38% ausmachen sowie

die Erfolge zwischen der 25. und 50. Perzentile, die bei 21% lagen. Eine junge Frau (3%) hat über das erwartete Gewicht hinaus zugenommen und war beim Austritt zwischen der 50. und der 75. Perzentile.

Sportliche Aktivität

Sportliche Aktivität	Häufigkeit	%
kein Sport	15	39
minimal	2	5
viel	6	15
ausgeprägt	16	41

Tabelle 49: Sport

Als auffälliges Phänomen und auch Teil der Diagnose, ist die sportliche Aktivität. Klar ersichtlich ist, dass auf einer Abstufung von 4 Grad, ein Drittel aller Patientinnen ausgeprägten Sport betreiben. Insgesamt sind es 60% die Sport betreiben. Genauer betrachtet sind es bei ausgeprägter sportlicher Aktivität 41%, 15% viel und 5% betreiben nur minimal Sport. Ganze 39% betreiben keinen Sport.

Ernährungssonde

	Häufigkeit	%
nein	24	61
ja	13	39
verweigert	1	3

Tabelle 50 Ernährungssonde

Während des Aufenthaltes musste bei 39% eine Magensonde eingesetzt werden. Nur eine Patientin hat diese Massnahme verweigert, was einen Therapieabbruch bedeutet. Bei über der Hälfte konnte darauf verzichtet werden.

Dauer der Ernährung über eine Magensonde

	Häufigkeit	%
keine Sondenernährung	25	64
1 Woche	3	8
2 Wochen	3	8
3 Wochen	1	3
4 Wochen	2	5
mehr als 4 Wochen	1	3

Tabelle 51: Dauer der Sondenernährung

Die durchgeführte Sondenernährung wurde fast gleichmässig zwischen einer bis vier Wochen und mehr eingesetzt: Jeweils 8% während einer, 8% während zwei Wochen und weniger nämlich 3% während 3 Wochen, 5% während 4 Wochen und 3% länger als 4 Wochen.

Bradykardie, Hypotonie, tiefe Körpertemperatur

	Bradykardie ≤ 45/min (niedrige Herzfrequenz)		Hypotonie ≤ 85/45mmHg (niedriger Blutdruck)		Tiefe Körpertemperatur < 36.0°C	
	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%
nein	12	31	21	54	17	44
ja	27	69	17	44	22	56

Tabelle 52: Bradykardie, Hypotonie, Körpertemperatur

Die typischen somatischen Erscheinungsbilder, welche erste Indikatoren für Folgeerscheinungen resp. Begleiterscheinungen sind, treten bei der unersuchten Stichprobe in folgendem Rahmen auf: Bradykardie zu knapp 70%, Hypotonie zu fast 45% (bei fehlender Angabe von einer Patientin) und eine tiefe Körpertemperatur wurde bei 56% festgestellt, welche die kardialen Probleme verdeutlicht.

Bei den somatischen Begleiterscheinungen während der stationären Behandlung wird hier nur auf die ausgeprägten Erscheinungen eingegangen. Amenorrhoe (Ausbleiben der Regelblutung) ist ein Diagnosekriterium und bei allen Patientinnen vorhanden, deshalb wird das Vorkommen hier nicht weiter diskutiert.

Trockene od. marmorierte Haut, Lanugo Behaarung, Knochenabbau

	Trockene od. marmorierte Haut		Lanugo Körperbehaarung		Knochenabbau	
	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%
nein	17	44	24	62	27	69
ja	22	56	15	39	12	31

Tabelle 53: Haut, Lanugo Behaarung, Knochenabbau

Auffällig ist aus das vorkommen von trockener Haut, die fast 60% der Betroffenen erleben. Die Lanugo Körperbehaarung ist mit dem fötalen Körperstatus zu vergleichen, der dem Fötus erlaubt, sich durch seine Körperbehaarung zu ernähren aber auch die Körpertemperatur zu regulieren. Deshalb ist es doch wenig erstaunlich, dass fast 40% der Magersüchtigen in diesen Entwicklungsstand regredieren. Der Knochenabbau und der Verdacht darauf betrafen mit 31% über einen Viertel der Patientinnen. Weiter registriert wurden kleine Werte bei körperlicher Schwäche von 10%, Vitaminmangel 2,6%, Blutarmut 5%, Haarausfall 2,6%, niedrige Schilddrüsenfunktion von 5%. Keine Befunde wurden allerdings bei der Untersuchung nach Veränderungen der Blutsalze, Nierenschäden, Speiseröhrentzündungen oder Eisenmangel gefunden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die bloße Betrachtung des Durchschnitts BMI und Durchschnittsgewicht bei Ein- und Austritt irrelevant sind, sofern die einzelnen BMI nicht im Verhältnis zur BMI-Perzentilkurve gesetzt werden. Bei der Berücksichtigung aber sagen die Resultate aus, dass beim Eintritt fast alle Patientinnen mit einem BMI unter der 3. Perzentile waren und die Klinik ca. auf der 25. Perzentile verliessen.

Die sportlichen Aktivitäten waren wie erwartet hoch ausgefallen. Zwar gaben 40% gar keine Aktivität an, doch die restlichen 60% waren fast alle viel oder gar ausgeprägt sportlich aktiv. Die Ernährungssonde wurde bei 40% am häufigsten während 1 – 2 Wochen eingesetzt.

Die üblichen somatischen Phänomene von Bradykardie, Hypotonie und tiefer Körpertemperatur sowie trockener od. marmorierter Haut, Lanugobehaarung und Knochenabbau wurden häufig vorgefunden.

7.9 Andere Häufigkeiten (Belastungserfahrungen)

Diese Kategorie soll Häufigkeiten beschreiben, welche während der Zusammenfassung der Akten subjektiv als „auffällig oft auftretend“ empfunden wurden. Hierbei geht es um belastende Ereignisse, die meistens aus besonderen Familienkonstellationen entstanden sind.

Patchworkfamilien

	Häufigkeit	%
nein	30	77
ja	9	23

Tabelle 54: Patchworkfamilien

Patchworkfamilien schienen verhältnismässig oft aufzutreten. Ob es bei dieser Stichprobe mit 23% eine aussagekräftige Hypothese der Belastung untermauert, ist jedoch zu bezweifeln. Dieses Ergebnis widerspiegelt wohl eher die gesellschaftliche Entwicklung. Unter Berücksichtigung von familientherapeutischen Behandlungen, ist dieser Aspekt jedoch interessant und plädiert für diesen Ansatz bei der Intervention.

Kinder aus früheren Beziehungen

	Häufigkeit	%
keine	33	85
vorhanden	6	15

Tabelle 55: Kinder aus früheren Beziehungen

Unter Berücksichtigung der Patchworkfamilien in Tabelle 34 sind bei 15% andere Kinder aus früheren Beziehungen vorhanden.

Anzahl Kinder in der Familie

	Häufigkeit	%
1	5	13
2	15	38
3	14	36
4	4	10
Mehr als 4	1	3

Tabelle 56: Anzahl Kinder in Familie

Die Belastung durch Familien mit einer grossen Anzahl Kinder ist in Bezug auf die Identitätsfindung der Patientinnen interessant. Dabei wurde festgestellt, dass nur fünf davon (5%) Einzelkinder waren. Der grösste Teil war in einer Familie mit zwei Kindern, was 38% ausmacht. Dicht darauf gefolgt sind Familien mit drei Kindern bei 36% und nur 10% haben vier Kinder in ihren Kernfamilien. Nur eine Patientin war ein Kind von mehr als vier Kindern (3%).

Stellung der Patientin in der Familie

	Häufigkeit	%
1.	19	49
2.	14	36
3.	4	10
4.	2	5

Tabelle 57: Stellung in Familie

Die Hälfte der Patientinnen sind Erstgeborene oder Einzelkinder in ihren Familien. Der Stellenwert in der Familie wurde in der Literatur zwar verworfen. Bedenkt man aber die narzisstische Kränkung, die bei den meisten Erstgeborenen vorkommen kann, ist diese Zahl doch sehr erstaunlich. Zweitgeborene waren 36% vorhanden, Drittgeborene 10% und Viertgeborene machten nur 5% aus.

Behinderte Kinder

	Häufigkeit	%
nein	34	87
ja	5	13

Tabelle 58: Behinderte Kinder

Auffällig war bei der Aktendurchforschung ebenfalls das Auftreten von behinderten Kindern in der Kernfamilie. Zwar macht es auch statistisch auch nur 13% aus, allerdings wurden auch diese Werte als Belastung in der Familie interpretiert. Vermutet wird eine Identifikation über AN, die einen sekundären Gewinn bringen könnte.

Zwillinge in Familie

	Häufigkeit	%
nein	33	85
ja	6	15

Tabelle 59: Zwillinge in Familie

Ebenfalls mehr als einmal wurde registriert, dass es in den Familien häufig Zwillinge hat. Auch hier ist diese Kenntnisnahme im Zusammenhang mit der eigenen Identitätsbildung interessant. Die Werte zeigen zwar nur 15% aller Patientinnen, welche Zwillinge in ihren Familien haben, trotzdem könnte dies ein spannender Aspekt für eine Untersuchung mit einer grösseren Stichprobe sein.

Selber ein Zwilling

	Häufigkeit	%
nein	37	95
ja	2	5

Tabelle 60: Selber Zwilling

Von den oben erwähnten Zwillingen in den Familien sind nur 5% der gesamten Anzahl Patientinnen selber ein Zwilling.

Migrationshintergrund Eltern

	Häufigkeit	%
kein Migrationshintergrund	29	74
innerhalb der Schweiz	3	8
aus Europa	2	5
aus anderem Kontinent	5	13

Tabelle 61: Migration Eltern

Migrationshintergründe können eine belastende Erfahrung für die Jugendlichen darstellen und Herausforderungen im Alltag bedeuten. Im ersten Schritt wurde deshalb untersucht, ob die Eltern einen Migrationshintergrund haben. Doch ein Viertel der Eltern hat einen Migrationshintergrund.

Anzahl Umzüge und Migrationen der Kinder

	Häufigkeit	%
keine	30	77
Einer und mehr	9	23

Tabelle 62: Migration Kinder

Bei den Jugendlichen wird ein Umzug auch innerhalb der Schweiz sowie Adoptionen aus anderen Ländern in Betracht gezogen. Fast ein Viertel der Patientinnen hat einen solchen erlebt.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass nur knapp ein Viertel Patchworkfamilien und nur wenige Kindern aus früheren Beziehungen vorhanden waren. Die Anzahl der Kinder war mehrheitlich bei 2 oder 3 Kindern pro Familie. Nur wenige waren Einzelkinder oder bestanden aus Familien von mehr als 3 Kindern. Die erstgeborenen Patientinnen waren am Häufigsten betroffen, wobei Einzelkinder auch in diese Kategorie fielen. Am zweithäufigsten waren Zweitgeborene betroffen. Die Anzahl behinderter Kinder in der Familie war gering sowie auch die Häufigkeit von Zwillingen als Geschwister. Drei Viertel der Eltern hatten keinen Migrationshintergrund im Gegensatz zu einem Viertel Migranten. Die Kinder zeigten kleine Umzugsraten von knapp einem Viertel, was Adoptionen mit einschloss.

Alle Zusammenfassungen werden in den Schlussbetrachtungen nochmals wiedergegeben, der Theorie gegenübergestellt und anschliessend diskutiert.

IV. Schlussbetrachtungen

8. Diskussion

Im vorliegenden Kapitel wird innerhalb jedes Punktes eine Zusammenfassung der Theorien mit einer Gegenüberstellung der zusammengefassten Ergebnisse wiedergegeben und anschliessend diskutiert. Zur Beantwortung der Fragestellung und Hypothesen wird ein Fazit und Ausblick gegeben. Das Kapitel endet mit weiterführenden Hypothesen und einer Reflexion zur Arbeit.

8.1 Die Stichprobe

Ergebnis

Zusammenfassend wurde gesagt, dass die untersuchte Population von 39 Patientinnen im Durchschnittsalter von 16 Jahren mit einem BMI von 14,5 ins stationäre Programm des Stadtspital Triemli eintrat und während etwas über fünf Monaten blieb. Fast die Hälfte erkrankte zwischen sechs Monaten und einem Jahr vor Eintritt und fast alle hatten zuvor Therapieerfahrungen in einem anderen Setting gemacht. Drei Viertel der Patientinnen haben eine Diagnose vom restriktiven AN Typus und ein Viertel zeigte eine bulimische Komponente. Fast alle Jugendlichen die am Programm teilnahmen hatten eine mittelschwere bis schwere Form der AN und nur wenige hatten einen minimalen Ausprägungsgrad. Zwei Drittel haben das Programm erfolgreich abgeschlossen während ein Drittel abbrach.

Theorie

Typischerweise beginnen Essstörungen im Jugendalter und werden überwiegend vor dem Alter von 25 Jahren diagnostiziert. Die Pubertät und Adoleszenz mit den dazugehörigen Veränderungen im Körperaufbau und Gewicht stellen besondere Risikoperioden für die Entstehung der Störungen dar. Der Erkrankungsgipfel für AN liegt bei 15 – 18, obgleich auch zweigipflige Verteilungen mit Häufungen im Alter von 14.5 und 18 Jahren berichtet wurden. Das Verhältnis von Frauen zu Männern beträgt etwa 11:1.

Die bulimische Mechanismen stellen schlechtere Prädiktoren für den Verlauf der Krankheit dar. Ausschlaggebend für die Diagnose AN vom bulimischen Typus ist der Zustand des bestehenden Untergewichts bei aktiven Massnahmen wie Erbrechen oder Laxantienabusus und darf nicht als Bulimia nervosa diagnostiziert werden.

Als prognostisch ungünstige Merkmale gelten allgemein ein tiefer BMI bei Behandlungsbeginn aber auch Entlassung und später Krankheitsbeginn. Von den in der Jugend erkrankten Patientinnen erfüllen langfristig ca. 70 - 75% nicht mehr die Kriterien einer Anorexia nervosa. Das Vorliegen von Heisshungeranfällen und Erbrechen, erhöhte psychiatrische Komorbidität und ein höheres Ausmass sozialer Probleme sowie längere Krankheitsdauer und vorliegen von körperlichen Folgeschäden gelten auch als ungünstige Prädiktoren.

Eine Indikation zur stationären Behandlung ist dann gegeben, wenn ein Verlust von mehr als 30% des Ausgangsgewichts, vor allem bei rascher Gewichtsabnahme (innerhalb drei Monaten oder

weniger) besteht sowie das Unterschreiten eines BMI von <14 und ausgeprägte somatische Folgeerscheinungen.

Diskussion

Bei der untersuchten Gruppe kann ebenfalls von einer zweigipfligen Häufigkeit gesprochen werden, da die Standardabweichung zum Mittelwert von 16 eineinhalb Jahre abwichen und sich um das Alter von 14 und 18 Häufigkeiten zeigten. Allerdings ist ein BMI von 14,5 über dem verlangten Wert für eine Indikation zur stationären Behandlung. Es wird festgestellt, dass der Durchschnitts BMI keine Aussage darüber machen kann, was die Einzelne Patientin an Kriterien erfüllte oder wo die Häufigkeiten lagen. Im somatischen Teil wird der Eintritts- und Austritts BMI genauer betrachtet, wobei der Vergleich im Verhältnis zur BMI-Perzentilkurve gemacht wird. Die Indikation ist dann gegeben, wenn der individuelle BMI unter oder knapp auf der 3. Perzentilkurve liegt. Zu erwähnen gilt es hier, dass bei der Errechnung des Durchschnitts BMI die Anorektikerinnen vom bulimischen Typus mit eingeschlossen wurden und fast ein Viertel ausmachten. Diese verfügen normalerweise über einen höheren BMI, was den Durchschnitt erhöht. Das Untergewicht ist bei diesen Patientinnen meistens nicht sehr augenscheinlich, weil das Gewicht der Körpergröße und dem Alter eher entspricht und es sich um eine stärkere Verhaltensstörung handelt. Deshalb erstaunt es bei einem Viertel an bulimischen Anorektikerinnen wenig, dass sie lange mit ihrem gestörten Essverhalten täuschen können. Auch hier könnte der Grund für die erhöhte Erkrankungszeit vor stationärem Eintritt mitunter ein Grund für den im Vergleich zur Theorie erwähnten 3 Monaten sein. Die untersuchte Population zeigte einen Krankheitsbeginn von einem halben bis zu einem Jahr vor stationärer Behandlung. Dennoch hatten fast alle eine Therapie in Anspruch genommen, bevor sie sich ins Programm begaben.

Nichts desto Trotz ist ein hoher BMI bei Ein- und Austritt ein besserer Prädiktor für einen positiven Verlauf der Krankheit und eine Indikation dafür, dass die Krankheit rasch aufgefangen wurde.

In Bezug auf die Schwierigkeiten während der Pubertät und Adoleszenz scheint die Überlegung interessant, welche Entwicklungsschritte hier nicht alleine bewältigt wurden und worin die benötigte Hilfe und Unterstützung liegen könnte.

8.2 Psychische Störungen und Symptome

Ergebnis

Zusammenfassend wurde gesagt, dass die höchste Komorbidität bei den Depressionen liegt und andere psychische Symptome schwerwiegend aus Vorbelastungsgeschichten der Kernfamilie aber auch der erweiterten Familie auftreten. SVV wurde nur von 10% und die Suizidalität wurde von einem Fünftel als „Gedanken daran ausgesprochen“ registriert, wobei eine Patientin einen Versuch durchführte.

Theorie

Aus der Literatur ist wenig über SVV im Zusammenhang mit essgestörtem Verhalten zu finden. Oft geht es hier um einen Spannungszustand, der mit Ritzen oder Schneiden eine schnelle Entlastung und Gefühlsregulation bringt. Hierbei geht es um das nicht Gelingen der Affektregulierung. In der Theorie wurde negative Affektivität im Rahmen von Längsschnittstudien untersucht und bestätigt.

Über die Suizidalität geht aus der Theorie hervor, dass die Sterberate von 5 - 20%, eine viermal höhere Wahrscheinlichkeit hat als gesunde Personen. Ebenso wird insgesamt gesagt, dass die Sterblichkeitsrate für Essstörungspatientinnen höher ist als im Vergleich zu Frauen mit anderen psychiatrischen Störungen oder der Normalpopulation. Diese Zahlen sind dennoch sehr vage. Als Gründe für die Sterblichkeit gelten: Verhungern, Nebenerscheinungen wie Versagen der Körperfunktionen oder Suizid.

Bei den Komorbiditäten besagt die Literatur, dass eine Häufung von Depressionen (50 – 75%) bei den Betroffenen vorkommt, wobei die zeitliche Abfolge uneinheitlich ist. Ebenso gehäuft kommen Persönlichkeitsstörungen, Zwangsstörungen und kindliche Angststörungen vor.

Die psychiatrischen Erkrankungen in den Kernfamilien wurden ebenfalls durch Studien bestätigt, wobei es sich vorwiegend um folgende handelt: Affektive Störungen, Angststörungen, Substanzmissbrauch bei Familienmitgliedern, soziale Phobie, Störung mit Überängstlichkeit in der Kindheit, posttraumatische Belastungsstörungen, Zwangsstörungen und Persönlichkeitsstörungen.

Diskussion

Die KGs des Stadtspital Triemli zeigen häufig auftretende Komorbiditäten von über der Hälfte auf. 51% der stationären Patientinnen leiden unter einer anderen Störung, die im Vorfeld oder bei der gegenwärtigen stationären Behandlung diagnostiziert wurde. Darunter befinden sich psychopathologische Störungsbilder wie Depression, die in der Literatur ebenso hoch und höher beschrieben werden. Dort handelt es sich um 50 - 75% aller an Magersucht erkrankten, die davon betroffen sind. In der vorliegenden Stichprobe zeigen sich 41% der Patientinnen mit dem depressiven Syndrom. Zwangs- und Angststörungen sind nur minimal vorhanden und Persönlichkeitsstörungen sind wegen der Stigmatisierung einer Diagnose vor dem Alter von 22 Jahren mit Vorsicht zu betrachten.

Interessanter wird es bei der Betrachtung der psychischen Symptome. Fast zwei Drittel der Patientinnen zeigen andere psychische Symptome von Hypochondrie, Schlafstörungen und Konzentrationsstörung. Auffällig ist, dass sich viele Symptome aus psychischen Vorbelastungen in der Kernfamilie oder erweiterter Familie zeigen. Betrachtet man diese Tatsache systemisch, so ist der Inpatient der Leidtragende oder die ausführende Person einer Krankheit in einem System. Dies bedeutet, dass psychosoziale Belastungen in der Familie ein grosser Teil der Krankheitsentstehung oder -erhaltung ausmachen. Das Biopsychosoziale Modell im Setting des Triemli bietet

hierfür eine familientherapeutische Behandlung neben den Einzeltherapien an, was bei diesen Zahlen durchaus sinnvoll erscheint.

Genauer betrachtet wurde die Selbstmutilation und Suizidalität. Erstere wurde von den meisten Patientinnen nicht vorgenommen. Nur zwei von 39 Patientinnen haben in der Behandlung auf diese Massnahmen zur Selbstregulierung zurückgegriffen. Dies könnte auch daran liegen, dass sobald dies aufgefangen wird, sofort verhaltens-therapeutische Massnahmen eingesetzt werden, um alternative Verhaltensweisen („skills“) zu erlernen. Bei der Suizidalität sieht es etwas anders aus. Obwohl die Mehrheit (80%) weder Gedanken daran aussprachen noch einen Versuch durchführen, hatten doch fast ein Fünftel der Patientinnen Gedanken geäussert und eine Patientin hat einen Versuch durchgeführt. Dies hatte zur Folge, dass sie per FFE (Fürsorglicher Freiheitsentzug) in eine psychiatrische Institution überwiesen wurde.

Es sei dahin gestellt, ob die ganze Krankheit als ein langsamer Suizid betrachtet werden will.

In einem anderen Kontext ist aufgefallen, dass viele Borderline Patientinnen unter AN leiden und es wäre eine spannende Untersuchung, die Entwicklung der AN Patientinnen in diese Richtung zu beobachten.

8.3 Psychologisches: Intrapersonelle Ressourcen und Defizite (Selbstkonzept)

Um eine Aussage über die intrapersonellen Ressourcen und Defizite machen zu können, wurden einerseits das Selbstkonzept und die Identität etwas genauer betrachtet.

Ergebnisse

Zusammenfassend wurde gesagt, dass das Selbstbild und die differenzierte Selbstwahrnehmung minimal bis mittelmässig gut ausgebildet waren. Ein diskrepantes Resultat bezüglich der weiblichen Identität ist zum Vorschein gekommen, wobei praktisch keine Vermerke dazu in den Akten ersichtlich waren. Die Fachpersonen konnten nur zum Teil Angaben dazu machen. Die Werte für Krankheitseinsicht, Motivation und Introspektionsfähigkeit lagen relativ hoch. Die Hälfte der Patientinnen hatten mittelmässige bis gute Ausprägungen.

Theorie

Ein niedriges Selbstwertgefühl wird im Rahmen verschiedener theoretischer Modelle von Essstörungen als Risiko- oder Ätiologiefaktor betont. Zudem gilt ein gestörtes Selbstkonzept im Sinne der übermässigen Bedeutsamkeit von Figur und Gewicht auch als ein diagnostisches Kriterium nach DSM-IV.

Eine mangelnde Interozeption von affektiven und viszerale Reizen gehört zu den formulierten charakteristischen Merkmalen essgestörter Patientinnen.

Im psychodynamischen Modell ist der Schwerpunkt auf frühkindliche Triebkonflikte, traumatische Erfahrungen, Objektbeziehungen, Defizite der Ich-Entwicklung und Identitätsbildung als ursächlich zu betrachten. Die Störung wird als infantiles Konfliktverhalten verstanden und als psychische Abwehrmassnahmen gedeutet, etwa um die weibliche Sexualität oder das Erwachsenwerden abzuwehren.

Die Motivation wird per Definition für einen stationären Aufenthalt verlangt und wird in der Anamnese geprüft.

Diskussion

Bei der Untersuchung der weiblichen Identität entstand erstaunlicherweise eine Diskrepanz bei der Validierung mit den Experten. Es wurden in den Akten fast keine Angaben dazu gemacht und trotzdem konnte bei der persönlichen Befragung zu fast zwei Drittel eine Angabe gemacht werden. Es wäre äusserst interessant der Frage nachzugehen, in wie weit sich die Patientinnen mit ihrem weiblichen Geschlecht nach stationärem Aufenthalt identifizieren konnten. Die Frage müsste aber ebenfalls beim Behandlungsteam aufkommen lassen, ob die Identitätsfrage genügend berücksichtigt und im Prozess mit einbezogen wird.

Auch im Erkennen der eigenen Selbstwertproblematik sind die Ergebnisse eher schwach ausgefallen. Dies untermauert die Erkenntnisse aus der Literatur, dass einerseits eine totale Krankheitseinsicht fehlt und andererseits eine verzerrte Selbstwahrnehmung vorhanden ist. Deshalb ist es erstaunlich, dass die untersuchte Population relativ hohe Werte der Krankheitseinsicht, Introspektionsfähigkeit und Motivation auswies. Hier könnte es sich um eine Diskrepanz zwischen perzeptiven und kognitiven Wahrnehmungen handeln.

Der andere Gedanke, weshalb dieser Wert doch höher als erwartet ausfällt ist, dass diese Patientinnen ihr Leistungsstreben auf diese Weise aktivieren. Der Teufelskreis der anorektischen Dynamik wäre somit einigermassen positiv umgeleitet. Übersetzt heisst das, dass die Krankheit nicht integriert wurde, jedoch von Aussen genügend Rückmeldungen vorkamen, so dass sie kognitiv wahrgenommen werden konnte. Die positive Verstärkung könnte der Grund sein, weshalb die Motivationsraten so hoch waren.

Die Auswertung der Introspektionsfähigkeit zeigt auch einen eher hohen Wert. Zwar haben ca. 40% keinen oder nur eine geringe, aber doch mehr als die Hälfte haben eine gute Fähigkeit. Hier wäre wiederum anzunehmen, dass das über die Kognitionen abläuft, da die Erkenntnis ihrer Selbstwertproblematik und Selbstwahrnehmung, also das spüren der inneren Gefühle, sehr niedrig ist. Das heisst zusammengefasst, dass kognitive Ressourcen da sind und die Defizite sich wohl eher auf perzeptiver Ebene niederschlagen.

Die hohe Motivationsrate der Patientinnen war zu erwarten, da sie per Definition für einen stationären Aufenthalt verlangt wird. Somit erstaunt die Tatsache wenig, dass die Jugendlichen einen hohen Wert auswies. Ohne Motivation ist es eher unwahrscheinlich, dass die Patientinnen das mehrmonatige Programm durchhielten. Interessant wäre es, die Motivationsraten derjenigen die das Programm abbrachen mit denjenigen die es vollzogen haben zu vergleichen.

8.4 Psychologisches: Interpersonelle Ressourcen und Defizite (soziale Interaktion)

Ergebnis

Zusammenfassend wurde gesagt, dass fast alle Patientinnen in einer Form von einem sozialen Rückzug betroffen waren. Im Umgang mit anderen zeigten sich mehr als die Hälfte erstaunlich

positiv in der Kommunikation, allerdings weniger kompetent in der Konfliktlösung. Die Bereitschaft sich auf den Prozess einzulassen war sehr hoch, genauso wie der Integrationswille ins Programm und die bestehende Wohngruppe. Manipulatives Verhalten wurde nur minimal registriert. Die Kooperation war grundsätzlich gut vorhanden. Erstaunlich daran ist die Feststellung, dass sie gegenüber dem Personal doppelt so hoch wie gegenüber den Mitpatientinnen ausfiel.

Theorie

Geringe soziale Kontakte und ein Vermeidungsverhalten sind psychosoziale Faktoren, welche bei der AN gehäuft vorkommen. Das gestörte Essverhalten gilt als Kompensationsversuch für die Probleme in anderen Bereichen wie z.B. ein schlechter Kommunikationsstil und unzureichende Konfliktlösung. Der Umgang mit diesen Problemen, wird durch körperliche Prozesse (zu niedriges Gewicht, Nahrungsrestriktion und Folgeschäden) wie auch durch kognitive Faktoren (übermässige Bedeutsamkeit von Figur und Gewicht, dysfunktionale Kognitionen) aufrechterhalten. Kritik von Dritten und Vergleiche mit anderen Frauen in Bezug auf Figur und Gewicht können Auslösereize sein und viele lassen sich fast nicht von Ursprungsbedingungen unterscheiden.

Diskussion

Ein sozialer Rückzug ist für anorektische Patientinnen ein typisches Verhaltensmuster. Auch bei der untersuchten Gruppe wurden fast alle in ihrer Erkrankung damit konfrontiert. Diese Tatsache äussert sich z.B. im Kommunikationsstil und bei der interpersonellen Konfliktlösung, welche unzureichend gelingen. Oft sind Konfliktsituationen zu Hause oder in der Peergruppe zu grosse Herausforderungen für die Jugendlichen, so dass sie den Weg des geringsten Widerstandes wählen. Die Magersucht als eine Art Kompensation für defizitäres Verhalten auf interpersoneller Ebene zu betrachten, scheint daher gut begründet. Die psychologisch betrachtete soziale Interaktion beruht auf der Fähigkeit, von Innen nach Aussen zu kommunizieren. Die Vermeidung weist auch auf eine gewisse Unfähigkeit, sich selber wahrzunehmen und sich in einen therapeutischen Prozess einlassen zu können. Um eine Integration beurteilen zu können, wurden die psychologischen Faktoren untersucht. Dabei stellte sich heraus, dass ein Viertel keinen oder nur minimal Lust verspürte, sich einem Prozess zu unterziehen. Hingegen hatte drei Viertel eine mittelmässige bis hohe Motivationsrate, was sehr erfreulich war.

Ebenfalls bestätigt dies den hohen Wert an kooperativem Verhalten, was gegenüber dem Personal etwas höher ausfällt als gegenüber der Mitpatientinnen. Diese kleine Diskrepanz dürfte auf die Schwierigkeit zurückgeführt werden, dass sich die Jugendlichen im Krankheitszustand von Gleichaltrigen zurückziehen und die Erwachsenen als Elternersatz besetzen.

In der Katamnese wäre es interessant, der Frage nach zu gehen, in wie weit sich diese Motivation - sich in den Prozess einzulassen und das kooperative Verhalten - einerseits beibehalten wurde und andererseits zu einer raschen Genesung geführt hat.

Über manipulatives Verhalten kann hier wenig gesagt werden, da es keine hohen Werte gegeben hat und in der Literatur wenig darüber zu lesen ist. In der Praxis handelt es sich aber um eine

Verhaltensweise, die bei diesem Krankheitsbild sehr häufig vorkommt und könnte ein neuer Forschungsgegenstand darstellen.

8.5 Soziales: Familie, Peers, Ausbildung, etc

Die Überschneidung zu den psychosozialen Variablen im vorhergehenden Teil ist gross. Hier wird der Fokus vor allem auf Gruppeninteraktionen gelegt.

Ergebnis

Zusammenfassend wurde gesagt, dass beim Eintritt 40% einen regulären Schulverlauf hatten, während den restlichen 60% ein Abbruch oder Wechsel in ihrer Laufbahn bevorstand. Zwei Drittel der Betroffenen waren Gymnasiastinnen und knapp ein Viertel Sek A Schülerinnen. Bezüglich der beruflichen Orientierung war der grösste Teil perspektivenlos und nur wenige hatten eine klare berufliche Zukunft vor Augen. Nur wenige haben Erfahrungen mit Mobbing gemacht.

Theorie

Ein charakteristisches Merkmal bei der Anorexie sind neben dem sozialen Rückzug auch Perfektionismusstreben bzw. rigide, stereotype Verhaltensweisen zu nennen. In der Objektbeziehungstheorie wird im Hungern ein Versuch der Selbstabgrenzung gegenüber den Eltern gesehen, weil es erlaubt, Abstand zu nehmen um die Autonomie zu entwickeln, ohne sich trennen zu müssen. Auch die Systemiker sehen in der Familienkonstellationen viele Missentwicklungen, wie z.B. eine Verstrickung der Familienmuster mit wechselseitiger Abhängigkeit, eine Überfürsorglichkeit mit der Unfähigkeit, für sich selber zu sorgen, Rigides Verhalten der Familien, Reifungsprozesse und Veränderungen geschehen zu lassen und nicht zu letzt ist eine Ventilfunktion im Sinne einer Homöostase für das System zu nennen.

Andere Hinweise für gestörte familiäre Interaktionsmuster und Kommunikation gelten bei den verhaltens-therapeutischen Ansätzen in der Literatur als unspezifische Faktoren. Hierbei geht es um geringen elterlichen Kontakt, hohe Erwartungen der Eltern und geringer affektiver Ausdruck. Ebenso sind unsichere Bindungsstile bei anorektischen Patientinnen vorzufinden. Es bleibt unklar, ob familiäre Muster der Beziehungen Begleiterscheinungen oder Folgen der Erkrankung der Tochter darstellen oder bereits im Vorfeld der Störung auftraten. Als Entstehungsbedingung wird auch Mobbing resp. Hänselei genannt, die in der Dynamik sowohl eine ursprungs- wie auch eine aufrechterhaltende Funktion übernehmen kann.

Diskussion

Aus dem Verhalten des sozialen Rückzugs konnte erwartet werden, dass der Peergruppenkontakt häufig zu kurz kam. In der untersuchten Gruppe geben nur 40% an, keine oder nur wenige Kontakte zu pflegen. Doch 60% geben eine sozial gute Einbindung an. Dies kann aus objektiver Warte schlecht beurteilt werden, da es der Literatur eher widerspricht. Eine Erklärung hierfür könnte die Erfahrung aus der Praxis liefern, dass entweder eine hohe Krankheitseinsicht oder was wahrscheinlicher scheint, eine verzerrte Wahrnehmung der Geschehnisse um die Betroffenen vorliegt.

Oft wird in der Theorie darauf hingewiesen, dass die Patientinnen sich ausschliesslich und zwanghaft mit der Nahrungsaufnahme beschäftigen, deshalb liegt es nahe, dass sie diese Tatsache vor ihrem Umfeld kaschieren wollen und sich zurückziehen. Dies ist besonders interessant bei der Betrachtung der Hobbies, welche eine Aussage darüber machen, ob die jungen Frauen etwas anderes als die AN als etwas Wichtiges besetzen können. Mehr als die Hälfte geben in der Anamnese keine Interessen an was auch eine intime Beziehung zu einem Partner ausschliesst. Dieses Resultat bestärkt wiederum die Annahme über eine verzerrte Wahrnehmung über die gelebten sozialen Kontakte.

Mobbing resp. Hänseleien werden in der Literatur als belastende Erfahrung in den Interaktionsmuster - und aufrechterhaltende Funktion betrachtet. Bei dieser Gruppe haben nur 15% Erfahrungen damit gemacht, was wiederum zu den Angaben der guten sozialen Kontakte passt und die verzerrte Wahrnehmung wieder etwas positiver aussehen lässt.

Auch Zukunftsperspektiven und Bildungsstatus der Betroffenen sowie der Eltern wurden analysiert. Der Ausbildungsgrad der Patientinnen zeigte einen klaren oberen Wert von zwei Dritteln bei Gymnasiastinnen. Weit hinter dieser Quote folgt der zweitgrösste Anteil der Sek A Schülerinnen. Dies dürfte deutlich machen, dass das Leistungsstreben der Patientinnen sehr hoch war. In der Literatur wird beschrieben, dass kognitiv oftmals nur noch das Leistungsstreben intakt gehalten werden kann. Dies passt zur Dynamik der Anorexie, weil die Betroffenen das Gewicht tief zu halten ebenfalls als Leistung betrachten, was durch den Druck zu Krisen führen kann. Obwohl sich 40% in Ausbildung (Schule oder Lehre) befanden, war fast die Hälfte aller Patientinnen mit einem Wechsel konfrontiert. Einige hatten ihre Ausbildung bereits ganz abgebrochen. Dies lässt zwei Vermutungen aufkommen. Entweder war der Leistungsdruck am Ende doch zu hoch oder aber die Adoleszenzkrise wurde nicht genügend überwunden. Der Übergang ins Erwachsenenalter konnte nicht glücken, da sich die Patientinnen lieber in einen regredierten Zustand manövierten, um sich der Aufgabe des Erwachsenwerdens nicht zu stellen. Diese Aussagen sollten in der Katamnese überprüft werden, wobei speziell interessiert, welche Strategien in der Übergangsphase angewendet wurden.

Der Schluss auf eine regressive Haltung lässt auch aus den Ergebnissen der beruflichen Orientierung ziehen. Drei Viertel haben bezüglich beruflicher Perspektive keine oder nur eine schwache Ahnung, was sie später gerne erlernen möchten. Somit ist die Identifikation mit der erwachsenen Person erneut in Frage gestellt und indiziert im Behandlungskonzept einen Fokus auf Ausbildung der Identität.

Die familiäre Situation wurde auf verschiedenen Ebenen angegangen. Einerseits ging es um übliche Kriterien wie dem Zivilstand aber auch der Berufsstand und Beschäftigungsgrad der Eltern interessierte. Des Weiteren wurde das Wohnverhältnis der Ablösungsprozess von zu Hause und die Beziehung zu den Eltern analysiert. Der Berufsstand war in keiner Sparte sehr auffällig. Es handelt sich um je ein Drittel Angestellte oder Akademiker und Selbstständigerwerbende.

Um die Belastungsempfindung der Jugendlichen zu überprüfen, interessierte es die Arbeitsverteilung bei den Eltern zu analysieren. Eine heterogene Verteilung war ersichtlich, wobei je ein Drit-

tel der Eltern 100% arbeitstätig waren ein weiterer Drittel Beide voll berufstätig und der letzte Drittel ein Elternteil voll- und der Andere teilzeitbeschäftigt oder gar nicht berufstätig war. Es kann keine objektive Aussage darüber gemacht werden, ob sich dies nun positiv oder negativ auswirkt. Es scheint eine gesellschaftliche Entwicklung zu sein und müsste mit der Mehrheit der Familien verglichen werden.

Die Eltern sind zum grössten Teil verheiratet, ein Drittel ist geschieden oder getrennt. In den Verlaufsnotizen waren oft Trennungen der Eltern vermerkt, was eine Untersuchung des Zivilstandes der Eltern in der Katamnese als wichtig erscheinen lässt. Die Belastung durch unerschwellige Trennungsabsichten der Eltern könnte ein Hinweis auf eine Entstehungs- resp. aufrechterhaltende Bedingung hinweisen. Systemisch betrachtet wird hinterfragt, ob der Grund der Erkrankung in der Aufrechterhaltung der Beziehung benutzt wird. Ähnlich ist es bei der Betrachtung der Wohnverhältnisse resp. der Ablösung von zu Hause und der Beziehung zu den Eltern. Wie erwartet wohnen die meisten Jugendlichen bei der Ursprungsfamilie. Nur für wenige musste eine alternative Lösung gefunden werden. Der Ablösungsprozess und die Beziehung zu den Eltern waren etwas problematischer. Bei der Hälfte war in den Akten keine Angabe zur Beziehung vorhanden, was grundsätzlich als positiv betrachtet wurde. Doch über ein Drittel hatte eine problematische Beziehung zu den Eltern. Ebenfalls wurde der Ablösungsprozess bei fast allen als problematisch bis sehr problematisch eingeschätzt. Hiermit ist ein wichtiger Hinweis auf die Ablösungsproblematik gegeben. Ob dies nun auf die Adoleszenzkrise oder auf die Krankheit zurück zu führen ist, müsste in der Katamnese nachgefragt werden.

Oft wurden auch zu starke Bindungen an einen Elternteil registriert, welche die Entwicklung der Krankheit als ein Autonomiestreben der Patientinnen in der Ablösung aussehen lässt. Hier bleibt aus systemischer Sicht zu hinterfragen, was in der Wechselwirkung mit dem Elternteil passiert wäre, hätte ihr Kind die Krankheit nicht entwickelt. Diese Frage könnte ein Ansatz für eine weiterführende systemische Untersuchung sein.

8.6 Somatisches: Phänomene des Körpers

Ergebnis

Zusammenfassend wurde gesagt, dass die blosse Betrachtung des Durchschnitts BMI und Durchschnittsgewicht bei Ein- und Austritt irrelevant sind, sofern die einzelnen BMI nicht im Verhältnis zur BMI-Perzentilkurve gesetzt werden. Bei der Berücksichtigung aber sagen die Resultate aus, dass beim Eintritt fast alle Patientinnen mit einem BMI unter der 3. Perzentile waren und die Klinik ca. auf der 25. Perzentile verliessen.

Die sportlichen Aktivitäten waren wie erwartet hoch ausgefallen. Zwar gaben 40% gar keine Aktivität an, doch die restlichen 60% waren fast alle viel oder gar ausgeprägt sportlich aktiv.

Die Ernährungssonde wurde bei 40% am häufigsten während 1 – 2 Wochen eingesetzt.

Die üblichen somatischen Phänomene von Bradykardie, Hypotonie und tiefer Körpertemperatur sowie trockener od. marmorierter Haut, Lanugobehaarung und Knochenabbau wurden häufig vorgefunden.

Theorie

Diagnosekriterien sind eine Gewichtspublie, eine Körperschema-Störung, eine primäre oder sekundäre Amenorrhoe sowie ein Körpergewicht, das weniger als 85% des zu erwartenden Gewichts beträgt. Das Gewichtskriterium kann mit Hilfe von BMI - Perzentilen geprüft werden. Es findet seine Entsprechung zwischen dem 5. und 10. BMI - Perzentil. Das im ICD-10 alternativ angebotene Gewichtskriterium ($\text{BMI} \leq 17,5 \text{ kg/m}^2$) sollte zur Diagnose einer AN bei Jugendlichen nicht herangezogen werden, da in Abhängigkeit von der jeweiligen Altersstufe deutlich unterschiedliche Anteile der Jugendlichen unterhalb dieses BMI - Wertes liegen. Grundsätzlich sind die BMI - Perzentile als ein diagnostisches Hilfsmittel zu verstehen. Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch Vermeidung hochkalorischer Speisen, selbstinduziertes Erbrechen oder Abführen, übertriebene sportliche Aktivität oder Gebrauch von Appetitzüglern. Eine Indikation für eine stationäre Behandlung ist dann gegeben, wenn mehr als 30% des Ausgangsgewichts, vor allem bei rascher Gewichtsabnahme (innerhalb von drei Monaten oder weniger) besteht sowie das Unterschreiten eines Gewichts von $\text{BMI} < 14$. Die epidemiologischen Daten beschreiben Häufigkeiten in gewissen Risikopopulationen, die unter hohem Druck stehen, eine schlanke Figur aufrecht zu halten. Typische Beginne sind in der Pubertät und werden vor dem Alter von 25 Jahren diagnostiziert. Pubertät und Adoleszenz mit den dazugehörigen Veränderungen im Körperaufbau und Gewicht stellen besondere Risikoperioden für die Entstehung der Störung dar. Der Erkrankungsgipfel für AN liegt bei 15 – 18 Jahren, obgleich auch zweigipflige Verteilungen mit Häufungen im Alter von 14,5 und 18 Jahren berichtet wurden.

Diskussion

Ein BMI unter 14 ist ein Kriterium für eine stationäre Behandlung, wobei bei Jugendlichen das Wachstum beachtet werden muss und jeweils auf einer Perzentilkurve angegeben wird. Dies bedeutet, dass die ermittelten Durchschnitts BMI von 14,5 bei einem Eintrittsgewicht mit Mittelwert von 38,6 kg am häufigsten auftrat. Allerdings ist diese Tatsache wenig aussagekräftig sofern sie nicht im Verhältnis zur BMI – Perzentilkurve gesetzt wird. Bei dieser Voraussetzung wird in den Ergebnissen klar ersichtlich, dass die Eintrittswerte der meisten Jugendlichen unter der 3. Perzentilkurve lagen. Fast alle verliessen die Klinik zwischen der 25. und 50. Perzentile, was für das medizinische Setting den Erfolg ausmacht. In der untersuchten Population waren auch zweigipflige Häufigkeiten registriert worden, welche mit dem Durchschnitts-Alter leider nicht gezeigt wurden. Es kann aber gesagt werden, dass die Häufigkeiten der Theorie entsprachen und die meisten Patientinnen um 14,5 und 18 Jahren in der Klinik eintraten.

Der Beginn der Essstörung und frühere Therapieerfahrung sind Indikatoren für die Verläufe. In der Literatur wird häufig argumentiert, dass man die Jugendlichen beim Erkennen der Krankheit auf ihren Wunsch erst einmal ambulant behandeln soll. Wichtig scheint eine rasche Intervention, um die Krankheit frühzeitig aufzufangen. Für die Katamnese wird interessant sein, ob die rasche Intervention einen Einfluss auf die Genesung haben könnte. Deshalb wurde die Zeitdauer der Erkrankung vor stationärem Eintritt festgehalten. Es kann gesagt werden, dass fast die Hälfte der

Patientinnen zwischen 6 und 12 Monaten vor Eintritt erkrankten. Die frühere Therapieerfahrung fällt ebenfalls bei fast allen Patientinnen auf. Interpretiert werden kann dies damit, dass die Probleme der Betroffenen wahrgenommen und bearbeitet wurden, bevor sie in die Klinik eintraten. Dieser Umstand könnte ein Hinweis darauf sein, weshalb die Patientinnen bei der Krankheitseinsicht einen hohen Wert hatten. Die Anzahl vollendeter Therapien veranschaulicht, dass die meisten Patientinnen das Programm erfolgreich absolvierten und das vereinbarte Zielgewicht erreicht hatten. Dies bedeutet allerdings nicht, dass die Patientinnen beim Austritt keine Hilfe mehr in Anspruch zu nehmen brauchten. In der Katamnese wird interessant sein, welche Auswirkungen aus der Sondenernährung ersichtlich werden. Ebenfalls wird die Entwicklung der somatischen Beschwerden: wie Bradykardie, Hypotonie und tiefer Körpertemperatur sowie trockener od. marmorierter Haut, Lanugobehaarung und Knochenabbau interessieren. Auch der Umgang mit sportlichen Aktivitäten wird spannend zu untersuchen sein, da es zum Vollbild der Krankheit gehört.

8.7 Andere Häufigkeiten (Belastungserfahrungen)

Ergebnis

Zusammenfassend wurde gesagt, dass nur knapp ein Viertel Patchworkfamilien und nur wenige Kinder aus früheren Beziehungen vorhanden waren. Die Anzahl der Kinder war mehrheitlich bei 2 oder 3 Kindern pro Familie. Nur wenige waren Einzelkinder oder bestanden aus Familien von mehr als 3 Kindern. Die erstgeborenen Patientinnen waren am Häufigsten betroffen, wobei Einzelkinder auch in diese Kategorie fielen. Am zweithäufigsten waren Zweitgeborene betroffen. Die Anzahl behinderter Kinder in der Familie war gering sowie auch die Häufigkeit von Zwillingen als Geschwister. Drei Viertel der Eltern hatten keinen Migrationshintergrund im Gegensatz zu einem Viertel Migranten. Die Kinder zeigten kleine Umzugsraten von knapp einem Viertel, was Adoptionen mit einschloss.

Theorie

Belastungserfahrungen werden im Theorieteil meistens als unspezifische Faktoren angegeben. Es ist unklar, inwiefern diese auf die aufrechterhaltenden- oder Entstehungsbedingungen einwirken.

Diskussion

Während der Bearbeitung der Akten, wurden einige Häufigkeiten festgestellt, die in der Literatur nicht genannt oder als nicht spezifischer Faktor gesehen wurden. Mehrheitlich ging es dabei um Belastungserfahrungen, die in der Familienkonstellation gemacht wurden. Oft waren „Patchworkfamilien“ und Kinder aus früheren Beziehungen vorhanden, welche Belastungsfaktoren darzustellen schienen. Obwohl dieser Umstand sich von unserer gesellschaftlichen Entwicklung nicht wegdenken lässt, muss es als Belastungserfahrung angenommen werden und könnte eine Indikation für Familientherapie bedeuten. In der untersuchten Population war ein Viertel davon betroffen. 15% brachten Kinder aus früherer Ehe in die Familien. Dieser Gedanke soll hier aber nicht weitergeführt werden, da es sich um eine soziologische Fragestellung handelt.

Andere Belastungen hätten die Familienkonstellation in Bezug auf die Geschwisterreihe ergeben können. Obwohl diese Tatsache in der Literatur nicht gefunden wurde, interessierte es zu sehen, ob dies bei dieser Gruppe relevant war. Es kann gesagt werden, dass fast die Hälfte der Jugendlichen an erster Stelle geboren wurde, was eine erstaunlich hohe Zahl ist. In diesem Wert inbegriffen sind aber auch alle Einzelkinder. Analytisch gesehen könnte dies nun als narzisstische Kränkung interpretiert werden, weil die Zahl doch relativ hoch ist. Mehr als ein Drittel der Patientinnen war an zweiter Stelle geboren und nur wenige an Dritter resp. an Vierter. Interessant wäre also die narzisstische Kränkung bezüglich der Geschwisterreihe sowohl in der Theorie als auch in der Katamnese zu überprüfen. Auch die Anzahl Geschwister war bei vielen Familien eher hoch im Vergleich zum Durchschnitt in der Schweizer Population. Häufigkeiten waren bei zwei und drei Kindern, einige sogar bei vier und mehr. Eine weitere Besonderheit, aber nicht in der Literatur beschrieben, war das Vorkommen von Zwillingen in den Familien. Nicht die Patientinnen selber waren Zwillinge, sondern es gab öfters Geschwister. Unter den Aspekten der Identitätsfindung macht es die Schwierigkeit eine Stellung in der Familie einzunehmen etwas klarer. Es waren immerhin 15% der Patientinnen davon betroffen und es scheint kein zufälliges Resultat zu sein, was eine Indikation für Forschung in einer grösseren Population darstellen könnte. Interessant ist hierzu die Identitätsfindung in der Katamnese zu prüfen. Ähnlich wurde festgestellt, dass behinderte Kinder in den Familien vorkamen. Hier waren 13% davon betroffen. Interpretiert wird dies als Belastungserfahrung und Aufmerksamkeitsentzug der Eltern, zugunsten der behinderten Kinder. Dies könnte ebenfalls auf eine Strategie hinweisen, eine AN auszubilden, die sehr viel Pflege und Engagement der Eltern in Anspruch nimmt. Eine weitere Besonderheit war die Kenntnisnahme von Migrationshintergründen der Eltern und der Jugendlichen. Ein Viertel der Eltern migrierten innerhalb der Schweiz, Europa oder anderen Kontinenten. Die Jugendlichen selber zeigten ebenfalls fast einen Viertel Migrationshintergrund, wobei dies auch unabhängig von den Eltern vorkam, wie z.B. bei Adoptionen.

8.8 Fazit und Ausblick

Die Fragestellung:

- Zeigen sich psychologische, soziale und somatische Faktoren im Vergleich zur Literatur in der Realität der stationären Patientinnen?

Wie in der Diskussion dargestellt, kann die Frage mit „Ja“ beantwortet werden. Es zeigen sich psychologische, soziale und somatischen Faktoren bei den stationären Patientinnen die gemäss Literatur zu erwarten werden.

Die Hypothesen:

- Die Diagnosekriterien für AN sind auf den psychologischen, sozialen und somatischen, Ebenen der untersuchten Stichprobe ersichtlich.

Diese Hypothese der Diagnosekriterien hat sich bewahrheitet und kann angenommen werden. Die medizinischen Untersuchungen sind vollständig und in allen Punkten erfüllt.

- Es werden sich Besonderheiten zeigen, die in der Literatur nicht beschrieben werden

Ebenfalls angenommen ist die zweite Hypothese. Es wurden Häufigkeiten wahrgenommen, die in der Literatur nicht genau oder als unspezifische Faktoren betrachtet werden. Unspezifisch sind erschwerte Familienkonstellationen bezüglich „Patch-work“ Familien, Anzahl Kinder und Reihenfolge sowie Migrationshintergründe. Festgestellt wurde auch eine auffällige Anzahl Zwillingen in den Familien, die auf Identitätsproblematiken hinweisen könnten.

8.9 Weiterführende Hypothesen für Masterarbeit: Ausblick

Wie in der Einleitung bereits erklärt, wird der Fundus als Grundlage für die geplante Masterarbeit der Autorin verwendet. Diese wird wahrscheinlich darauf abzielen, einen typischen Entwicklungsverlauf nach einem stationären Aufenthalt im Triemli beschreiben zu können. Dies wird durch eine Katamnese der Patientinnen stattfinden. In der Diskussion haben sich verschiedene interessante Aspekte gezeigt, die in Richtung Identitätsentwicklung weisen. Auch Motivation für die Genesung und Krankheitseinsicht werden ausschlaggebende Indikatoren sein für einen positiven Verlauf.

Eine weiterführende Hypothese könnte deshalb heissen:

- Die weibliche Identität wurde bei den Patientinnen nach stationärer Behandlung entwickelt und Adoleszenzkrise erfolgreich überwunden.
- Diejenigen Patientinnen mit positivem „Outcome“ hatten eine hohe Motivation und Introspektionsfähigkeit.

8.10 Reflexion zur Arbeit und Validität der Daten

Es war im Ganzen eine sehr interessante und wertvolle Arbeit, die als gute Grundlage für den Aufbau des zweiten Teils verwendbar sein wird. Dies vor allem, weil es sich um die gleichen Daten und das gleiche Setting im Triemli handeln wird. Bei der Methode hätte etwas effizienter gearbeitet werden können. Es war ein relativ aufwändiger Prozess, die Akten einzeln zusammen zu fassen, bevor die Kriterien festgelegt wurden. Es hatte jedoch den Vorteil, dass der Verarbeitungsprozess und die Herauskrystallisierung der Kriterien selber gemacht werden konnten, ohne sich nur auf die Literatur zu stützen. Die Validierung der Daten durch das Expertenteam wurde leider etwas unterschätzt. Sie stellte einen wertvollen Prozess dar und hätte früher in die Arbeit einbezogen werden sollen. Da sich das Expertenteam oft lange über die einzelnen Patienten austauschte, bevor ein Ausprägungsgrad festgehalten werden konnte, wurde sehr viel Zeit darin investiert. Trotzdem kann gesagt werden, dass die Validierung erfolgreich war und die Daten nur kleine Diskrepanzen aufzeigten, die eine Veränderung der Daten nicht nötig machte. Leider musste aus Zeitgründen darauf verzichtet werden, alle diese Daten mittels Tabellen abzubilden.

9. Abstract

Die vorliegende empirische Arbeit ist der erste Teil einer weiterführenden Studie, die sich mit der Thematik der Anorexia nervosa beschäftigt. Es handelt sich um die Untersuchung einer Stichprobe von 39 adoleszenten Patientinnen, die im Stadtspital Triemli zwischen 2003 und 2008 stationär behandelt wurden. Im gegenwärtigen Teil soll die in der Literatur besprochene Theorie mit dem Fundus aus der Untersuchung verglichen werden. Es sollen Aussagen betreffend Ätiologie, auslösenden- und aufrechterhaltenden Bedingungen gemacht werden können. Das Resultat dieses Vergleiches soll zu einem späteren Zeitpunkt der Datensatz für eine Katamnese darstellen (Masterarbeit 2011) und stellt somit ein zweistufiges Verfahren dar. Unter diesen Voraussetzungen wird im gegenwärtigen Teil der Frage nachgegangen, ob die zu erwartenden psychologischen, sozialen und somatischen Faktoren sich im Vergleich zur Literatur auch in der Realität der stationären Patientinnen manifestierten. Der zweite Teil dieser Analyse wird darauf abzielen, einen typischen Entwicklungsverlauf nach einem stationären Aufenthalt im Triemli beschreiben zu können. Dafür geplant ist eine Katamnese der hier untersuchten Population. Gegenwärtig sind die Hypothesen einerseits, dass der Fundus die typischen psychologischen, sozialen und somatischen Eigenschaften enthalten und die Annahme, dass sich neue in der Literatur nicht beschriebene Phänomene zeigen werden, welche sich beide bestätigen. Erhoben wurden Daten aus den Krankengeschichten und Verlaufsnotizen der behandelnden Therapeuten, welche durch ein Expertenteam des Stadtspital Triemli validiert wurden.

10. Literaturverzeichnis

American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders* (3rd ed.) (DSM III). Washington D.C.: APA.

American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders* (fourth ed.) (DSM IV). Washington D.C.: APA.

Caspar, F. & Grawe, K. (1996). Was spricht für , was gegen individuelle Fallkonzeptionen? In Caspar, F., (Hrsg.), (1996). *Psychotherapeutische Problemanalyse*. Tübingen: dgvt, (S. 65 – 85).

Cavanaugh, C.J. & Lemberg, R. (1999). What we know about eating disorders: Facts and statistics. In Lemberg, R. & Cohn, L., (Hrsg.), *Eating disorders: A reference sourcebook* (pp. 7 – 12).

Cooper, Z. & Fairburn, C.G. (1987). The Eating Disorder Examination: a semistructured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 1 – 8.

Bruch, H. (1992 a). *Essstörungen. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht*. O. Verlag Angabe: Frankfurt/Main (Original ersch. 1973. *Eating Disorders. Obesity. Anorexia nervosa and the Person within*. New York).

Dilling, H., Mombour & W., Schmidt, M.H. & unter Mitarbeit von Schulte-Markwort, E. (2005). WHO: *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F)*. Klinisch-diagnostische Leitlinien. 5. durchges. und erg. Auflage. Bern: Huber, Hogrefe.

Fairburn, C.G., Welch, S.L., Doll, H.A., Davies, B.A. & O'Connor, M.E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa. A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 54, 509 – 517.

Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A. & Welch, S.L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa. Three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56, 468 – 476.

Fairburn, C.G., Doll, H.A., Welch, S.L., Hay, P.J., Davies, B.A. & O Connor, M.E. (1998). Risk factors for binge-eating disorder: A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 425 – 432.

- Feiereis, H. (1989). Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie nervosa. In *Mensch, Medizin und Gesellschaft 4/1991*, Bd. 16, S. 250-263. München: o. Verlag Angabe.
- Feighner, J.P. et al. (1972). Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research. In *Archives of general Psychiatry* 26, S. 57 – 63.
- Fombonne, E. (1995). Anorexia nervosa. No evidence of an increase. *British Journal of Psychiatry*, 166, 462 – 471.
- Goldbloom, D.S. (1993). Invited review: Alcohol misuse and eating disorders: *Aspects of an association. Alcohol and Alcoholism* 28: 375 – 381.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hebebrand, J., Hesecker, H., Himmelmann, G.W., Schäfer, H. & Remschmidt, H. (1994). Altersperzentilen für den Body-Mass aus Daten der Nationalen Verzehrstudie einschliesslich einer Übersicht zu relevanten Einflussfaktoren. *Akt. Ernähr-Med.* 19: 259 – 265.
- Herzog, T., Stiewe, M., Sandoholz, A. & Hartmann, A. (1995). Borderline-Syndrom und Essstörungen. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 45: 97 – 108.
- Hoeken, van D., Seidell, J. & Hoek, H.W. (2003). Epidemiology. In J. Treasure, U. Schmidt & E. van Furth (Eds.), *Handbook of Eating Disorders* (2nd ed., pp. 11 - 34). Chichester: Wiley & Sons.
- Jacobi, C., Paul, T. & Thiel, A. (2004). *Essstörungen*. Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelsen, O. & Taylor, H.L. (1950). *The biology of human starvation*. Minneapolis: The University of Minnesota Press.
- Kraemer, H.C., Kazdin, A.E., Offord, D.R., Kessler, R.C., Jensen, P.S. & Kupfer, D.J., (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry*, 54, 337 – 343.
- Legenbauer, T. & Vocks, S. (2006). *Manual der kognitiven Verhaltenstherapie bei Anorexie und Bulimie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Legenbauer, T., Vocks, S., Krämer, M. & Schütt, S. (in Vorb.). *Do cognitions trigger binge eating? An experimental study with bulimic patients*.

Minuchin, S., Rosmann, B.L. & Baker, L. (1981). *Psychosomatische Krankheiten in der Familie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Nielsen, S. (2001). Epidemiology and mortality of eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 201 – 214.

Otte, H., Basler, H.D. & Schwoon, D.R. (1978). Zur Theorie und Behandlung der Anorexia nervosa aus verhaltenstherapeutischer Sicht. *Therapiewoche* 28: 8037 – 8055.

Pike, K.M. (1998). Long-term course of anorexia nervosa: response, relapse, remission, and recovery. *Clinical Psychology Review*, 18, 447 – 475.

Petermann, F. (2002). *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Prader, A., Largo, R.H., Molinari & L., Issler, C. (1989). Body Mass Index (BMI) 3-21 Jahre Mädchen. Basierend auf den Daten der Ersten Zürcher Longitudinalstudie: Physical growth of Swiss children from birth to 20 years of age (First Zurich Longitudinal Study of Growth and Development). *Helvetica Paediatrica Acta, Supplementum* 52: 1 – 125.

Reich, G & Cierpka, M. (Hrsg.), (1997/2001). *Psychotherapie der Essstörungen*. Stuttgart: Thieme.

Stahr, I., Barb-Priebe, I. & Schulz, E. (1995). *Essstörungen und die Suche nach Identität. Ursachen, Entwicklungen und Behandlungsmöglichkeiten*. 4. Aufl. München: Juventa Verlag.

Steinhausen, H.-C. (2005). *Anorexia nervosa*. Göttingen: Hogrefe.

Striegel-Moore, R.H., Silberstein, L.R. & Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychologist*, 41, 246 – 263.

Stierlin, H. (1989). *Individuation und Familie*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Vocks, S. & Legenbauer, T. (2005). *Körperbildtherapie bei Anorexia und Bulimia Nervosa*. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm. Bern: Hogrefe.

Vocks, S., Legenbauer, T. & Heil, A. (in Vorb). *Veränderung des Körperbildes durch Nahrungsaufnahme*.

Wittchen, H.-U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S. & Zaudig, M. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I (SKID)*. Interviewheft. Göttingen: Hogrefe.

Wiseman, C.V., Graz, J.J., Mosimann, J.E. & Ahrens, A.H. (1992). Cultural expectations of thinness in women: An update. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 85 – 89.

Woodside, D. & Garfinkel, P.E. (1992). Age of onset of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 12, 31 – 36.

11. Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: POTENTIELLE RISIKOFAKTOREN BEI ESSSTÖRUNGEN NACH JACOBI ET AL., 2004, S. 22-31	14 -
TABELLE 2: VERHALTENS-THERAPEUTISCHES UND MULTIFAKTORIELLES STÖRUNGSMODELL (JACOBI ET AL., 2004, S.35 UND VOCKS & LEGENBAUER, 2005, S.19)	19 -
TABELLE: 3 VIERSTUFIGE AUSPRÄGUNGSGRADE	22 -
TABELLE: 4: JA/NEIN ANGABEN	22 -
TABELLE 5: EXEMPLARISCHES ANKERBEISPIEL FÜR SUIZIDALITÄT	22 -
TABELLE 6: AUSPRÄGUNG AUSBILDUNG	26 -
TABELLE 7: AUSPRÄGUNG SCHULTYPUS	26 -
TABELLE 8: AUSPRÄGUNG HOBBIES	26 -
TABELLE 9: AUSPRÄGUNG WOHNEN	27 -
TABELLE 10: AUSPRÄGUNG ELTERNSTATUS	27 -
TABELLE 11: AUSPRÄGUNG BERUFSSTATUS ELTERN	27 -
TABELLE 12: AUSPRÄGUNG BEZIEHUNG ELTERN	27 -
TABELLE 13: AUSPRÄGUNG BMI ZUR BMI-PERZENTILE	28 -
TABELLE 14: AUSPRÄGUNG KRANKHEITSDAUER	29 -
TABELLE 15: AUSPRÄGUNG SONDENERNÄHRUNGSDAUER	29 -
TABELLE 16: AUSPRÄGUNG BESCHÄFTIGUNG ELTERN	30 -
TABELLE 17: AUSPRÄGUNG MIGRATION ELTERN	30 -
TABELLE 18: ALTER, BMI, AUFENTHALTSDAUER	30 -
TABELLE 19: ANOREXIE TYPUS	31 -
TABELLE 20: SCHWEREGRAD DER ANOREXIE	31 -
TABELLE 21: BEGINN ESSSTÖRUNG BIS EINTRITT	31 -
TABELLE 22: THERAPIEREFABHRUNG	32 -
TABELLE 23: THERAPIEABBRÜCHE	32 -
TABELLE 24: KOMORBIDITÄTEN	33 -
TABELLE 25: PSYCHISCHE SYMPTOME	33 -
TABELLE 26: SVV	33 -
TABELLE 27: SUIZIDALITÄT	34 -
TABELLE 28: SELBSTKONZEPT	34 -
TABELLE 29: EXPERTENRATING WEIBLICHE ID	35 -
TABELLE 30: INTRAPERSONELLES (KRANKHEITSEINSICHT, MOTIVATION, INTROSPEKTION)	35 -
TABELLE 31: SOZIALER RÜCKZUG	36 -
TABELLE 32: INTERPERSONELLES & KONFLIKTLÖSUNG	36 -
TABELLE 33: EINLASSEN, INTEGRATION UND MANIPULATION	37 -
TABELLE 34: KOOPERATION	37 -
TABELLE 35: AUSBILDUNGSSTATUS	38 -
TABELLE 36: BILDUNGSSTATUS	38 -
TABELLE 37: BERUFLICHE ORIENTIERUNG	38 -
TABELLE 38: PEER-GRUPPENKONTAKT	39 -
TABELLE 39: MOBBING	39 -
TABELLE 40: HOBBIES	39 -
TABELLE 41: ABLÖSUNG	40 -
TABELLE 42: WOHNVERHÄLTNIS	40 -
TABELLE 43: ELTERNSTATUS	40 -
TABELLE 44: BERUFSSTAND ELTERN	40 -
TABELLE 45: BESCHÄFTIGUNGSGRAD ELTERN	41 -
TABELLE 46: BEZIEHUNG ZU ELTERN	41 -
TABELLE 47: EINTRITT/AUSTRITT GEWICHT & BMI	42 -
TABELLE 48: VERHÄLTNIS BMI ZU BMI-PERZENTILE	42 -
TABELLE 49: SPORT	43 -
TABELLE 50 ERNÄHRUNGSSONDE	43 -
TABELLE 51: DAUER DER SONDENERNÄHRUNG	43 -
TABELLE 52: BRADYKARDIE, HYPOTONIE, KÖRPERTEMPERATUR	44 -
TABELLE 53: HAUT, LANUGO BEHAARUNG, KNOCHENABBAU	44 -
TABELLE 54: PATCHWORKFAMILIEN	45 -
TABELLE 55: KINDER AUS FRÜHEREN BEZIEHUNGEN	45 -
TABELLE 56: ANZAHL KINDER IN FAMILIE	45 -
TABELLE 57: STELLUNG IN FAMILIE	46 -
TABELLE 58: BEHINDERTE KINDER	46 -
TABELLE 59: ZWILLINGE IN FAMILIE	46 -
TABELLE 60: SELBER ZWILLING	46 -
TABELLE 61: MIGRATION ELTERN	47 -
TABELLE 62: MIGRATION KINDER	47 -

12. Anhang

12.1 Diagnosekriterien für AN nach ICD-10 und DSM-IV (2004, Jacobi et al., S.4)

ICD-10 (F50.0)	DSM-IV (307.1)
1. Körpergewicht von mindestens 15% unter dem erwarteten oder ein BMI von 17.5 oder weniger	A. Weigerung, das Minimum des für Alter und Körpergrösse normalen Körpergewichts zu halten (z.B. der Gewichtsverlust von weniger als 85% des erwarteten Gewichts; oder das Ausbleiben einer während der Wachstumsperiode zu erwartenden Gewichtszunahme führt zu einem Körpergewicht von weniger als 85% des zu erwartenden Gewichts).
2. Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch: - Vermeidung von hochkalorischen Speisen - selbstinduziertes Erbrechen - selbstinduziertes Abführen Übertriebene körperliche Aktivität Gebrauch von Appetitzüglern oder Diuretika	B. Ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, trotz bestehenden Untergewichts.
3. Es besteht eine Körperschemaströmung in Form massiver Angst, zu dick zu werden und sehr niedriger persönlicher Gewichtsschwelle	C. Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur oder des Körpergewichts, übertriebener Einfluss des Körpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung, oder Leugnen des Schweregrades des gegenwärtigen geringen Körpergewichts.
4. Es liegt eine endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse vor, die sich in Form einer Amenorrhoe (bei Frauen) bzw. Libido- und Potenzverlust (bei Männern) manifestiert.	D. Bei postmenarchalen Frauen das Vorliegen einer Amenorrhoe, d.h. das Ausbleiben von mindestens drei aufeinanderfolgenden Menstruationszyklen (Amenorrhoe wird auch dann angenommen, wenn bei einer Frau die Periode nur nach Verabreichung von Hormonen, z.B. Östrogenen, eintritt).
5. Die pubertäre Entwicklung ist bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät verzögert oder gehemmt.	
Subtypen: Restriktive Form (F50.00) Anorexie ohne aktive Massnahmen zur Gewichtsabnahme (Erbrechen, Abführen etc.) Bulimische Form (F50.01) Anorexie mit aktiven Massnahmen der Gewichtsabnahme (Erbrechen, Abführen etc. in Verbindung mit Heisshungerattacken)	Restriktiver Typus Während der aktuellen Episode der Anorexia nervosa 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“-Typus Während der aktuellen Episode der Anorexia nervosa hat die Person regelmässig „Fressanfälle“ gehabt oder hat „Purging“-Verhalten (d.h. selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt.

12.2 Anamnese im Stadtspital Triemli

Familienanamnese

Aborte, Totgeburten, Missbildungen, Consanguinität, DM, Adipositas, Allergien, Epilepsie, TBC, Tumoren, Psychiatrische Erkrankungen, Medikamente, Drogen, Essstörungen in der Familie, Gewicht der KM jetzt und als junges Mädchen, Menarche der Mutter, Menarche allfälliger Schwestern, Osteoporose

Sozialanamnese

Berufe der Eltern, Essgewohnheiten in der Familie, Ausbildung der Geschwistern, Wohnverhältnisse eigenes Zimmer, Geschwister, leben diese noch zu Hause

Persönliche Anamnese

Geburt, wo?, Erkrankungen, Umfälle, Hospitalisation, Schule, wo und welche bis wann?, Berufswünsche, Medikamente, Drogen

Jetziges Leiden

Höchstes Gewicht, wann, mit Eintragen auf den Perzentilen

Tiefstes Gewicht, wann, mit Eintragen auf den Perzentilen

Angst/Panik vor Gewichtszunahem, eigenes Körperempfinden

Einnahme von Vitaminen, Ca, anderes

Stuhlanamnese, Ernährungsanamnese, geschätzte Kalorienzahl

Sportliche Aktivitäten

Liegestützen, Bauchübungen

Amenorrhoe

seit wann, wie viele menstruationen seit Menarche, Zyklus sekundärer Amenorrhoe, Schmerzen, Sexualleben

Isolierungstendenz

Aktivität mit anderen Jugendlichen

Erbrechen

wie häufig, Fressattacken mit Kontrollverlust, Diuretika, Laxantien/Stuhlanamnese

12.3 Medizinische Abklärung zu Beginn und während der Hospitalisation:

Bildgebende Verfahren:

- Bei Knaben immer, bei Mädchen mit atypischer Anamnese oder pathologischem Befund im Neurostatus
- Knochendichte DEXA: Eintrittsuntersuchung, Wiederholung einmal jährlich.
- US des kleinen Beckens: Frage nach Ovariengrösse, Uterusgrösse und Volumen, Endometrium. Wiederholung einmal jährlich. Bei Hormonsubst. Nach 6 Monaten
- Knochenalter: Bei Eintritt. Bei persistierender Amenorrhoe und ungenügendem Wachstum
- Photographie: Fakultativ

- EKG: Eintrittsuntersuchung, Rhythmusstreifen, bei Pathologie Wiederholung

Laboruntersuchungen

- GBB, Ferritin, CRP, BSR, Na, Cl, K, Ca, Mg, Ph, Zn, Gluc, BGA, Krea, Hast, Alk Ph, AST, ALT, γ GT, Quick, Ges. Protein, Albumin.
- Ust und spez Gewicht, Haemokult 3x

Hormone Abklärung (Bestimmungen erfolgen am Morgen)

- LH, FSH, Prolaktin
- T3, T4, TSH, bei spez Indikation LHRH Test.

Körperliche Untersuchung

- Status: Gewicht (1-2x pro Woche) Länge, KU, BMI (Largo), Tannerstadien (alle 6 Mte)
- Genitalbeurteilung (Frage der Oestrogenisierung, Sekretentnahme mit Zellindexbestimmung, auf 100 Zellen Anteil Basal-Parabasal- und Superficialzellen) Im Verlaufe der Hospitalisation Wiederholung gemäss Klinik und Gewichtsverlauf; ca alle 6 Mte sicher 1x im Jahr
- Hautfalten + Bioimpedanz (Alle 3 Monate wiederholen)

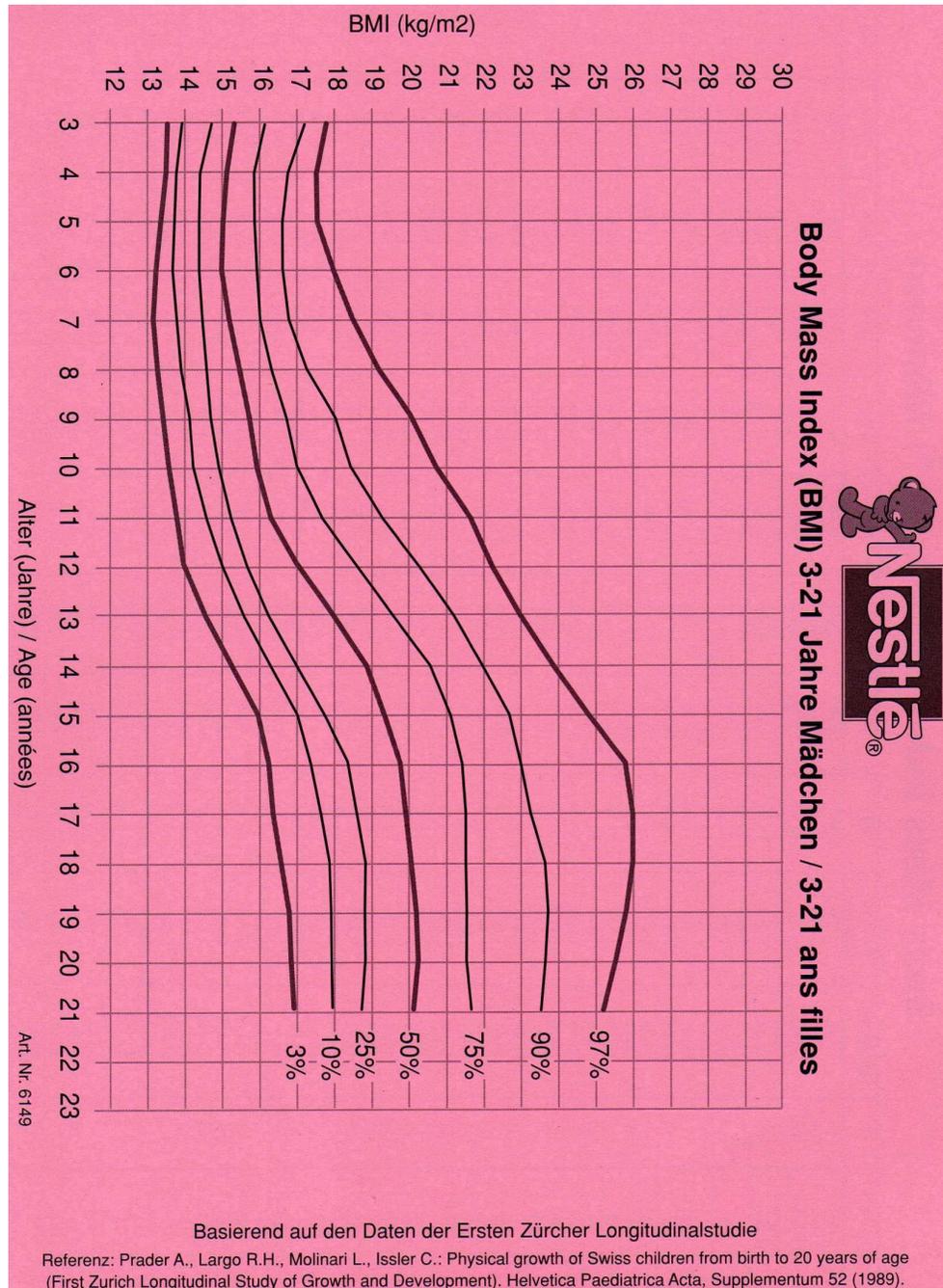
Funktionsteste

- Belastungsteste: Wingate, Aerober LK, (Wenn bei Eintritt möglich, dann alle 6 Mte)
- Gestagenteest: (Wenn Amenorrhoe länger als 6 Mte besteht) Prodafem, (Medroxyprogesteronacetat) 2x5mg/d Negativ: Substitution mit HET /zB Cyclacur) Absetzversuch. Gemäss Klinik. Positiv: Zuwarten, Wiederholung in 3 Mte

12.4 Body Mass Index (BMI) 3-21 Jahre Mädchen

Basierend auf den Daten der Ersten Zürcher Longitudinalstudie

Referenz: Prader, A., Largo, R.H., Molinari L., Issler C.: Physical growth of Swiss children from birth to 20 years of age (First Zurich Longitudinal Study of Growth and Development). Helvetica Paediatrica Acta, Supplementum 52 (1989).



Body Mass Index (BMI; kg m⁻²) Mädchen

Alter (Jahre)	N	Mittelwert	Standard- abweichung	Min	3%	10%	25%	50%	75%	90%	97%	Max
Geburt	112	13,19	1,270	9,81	10,55	11,66	12,50	13,21	14,03	14,80	15,25	16,45
1 Monat	108	13,36	0,945	11,08	11,44	12,10	12,82	13,33	13,95	14,53	14,99	15,88
3 Monate	108	15,30	1,011	13,01	13,56	14,03	14,56	15,36	15,87	16,67	17,52	17,76
6 Monate	111	16,45	1,234	13,62	14,25	15,01	15,57	16,43	17,30	17,88	19,02	19,42
9 Monate	109	16,84	1,324	13,77	14,56	15,03	15,99	16,88	17,73	18,36	19,50	20,51
1	108	17,14	1,335	13,63	14,71	15,35	16,19	17,20	18,00	18,80	19,75	20,49
1,5	107	16,83	1,381	14,08	14,75	15,16	15,94	16,62	17,65	18,53	19,36	21,44
2	107	16,16	1,242	13,10	14,75	14,74	15,48	16,11	16,87	17,58	18,55	18,55
2,5	107	15,85	1,224	13,06	13,80	14,33	15,08	15,77	16,51	17,42	18,20	19,98
3	110	15,54	1,206	13,02	13,49	13,92	14,70	15,43	16,15	17,26	17,75	19,30
3,5	110	15,38	1,200	12,63	13,45	13,84	14,55	15,28	16,01	17,00	17,59	19,38
4	110	15,22	1,194	12,25	13,41	13,76	14,40	15,12	15,88	16,75	17,42	19,47
4,5	110	15,19	1,197	12,29	13,36	13,74	14,37	15,09	15,86	16,67	17,46	19,46
5	110	15,16	1,200	12,33	13,30	13,71	14,35	15,06	15,85	16,60	17,49	19,45
5,5	111	15,16	1,226	12,18	13,25	13,69	14,33	15,06	15,86	16,59	17,65	18,99
6	111	15,16	1,252	12,03	13,19	13,67	14,32	15,06	15,87	16,58	17,81	18,54
6,5	112	15,23	1,309	12,02	13,18	13,70	14,34	15,12	15,94	16,68	18,11	19,43
7	112	15,29	1,365	12,01	13,16	13,72	14,36	15,18	16,01	16,78	18,41	20,33
7,5	111	15,41	1,447	11,87	13,18	13,80	14,42	15,28	16,15	17,02	18,77	20,52
8	112	15,53	1,528	11,74	13,20	13,88	14,47	15,38	16,29	17,26	19,13	20,70
8,5	111	15,71	1,629	11,99	13,27	13,98	14,59	15,53	16,49	17,61	19,59	21,27
9	111	15,90	1,730	12,25	13,35	14,08	14,70	15,68	16,69	17,96	20,04	21,84
9,5	111	16,12	1,841	12,39	13,46	14,20	14,84	15,88	16,96	18,35	20,56	22,91
10	111	16,37	1,950	12,25	13,59	14,33	15,00	16,10	17,27	18,77	21,06	23,14
10,5	111	16,65	2,052	12,12	13,71	14,49	15,18	16,36	17,61	19,21	21,51	23,03
11	109	16,96	2,149	12,11	13,84	14,69	15,38	16,67	18,02	19,70	21,91	22,87
11,5	112	17,31	2,240	13,00	14,00	14,94	15,62	17,04	18,49	20,22	22,27	24,68
12	111	17,69	2,315	13,19	14,22	15,23	15,89	17,47	19,01	20,71	22,60	24,63
12,5	109	18,10	2,372	13,53	14,51	15,56	16,20	17,91	19,52	21,17	22,93	25,57
13	112	18,50	2,412	13,64	14,87	15,92	16,57	18,35	20,01	21,61	23,32	25,78
13,5	110	18,90	2,441	13,93	15,25	16,28	16,97	18,74	20,46	22,19	23,76	28,10
14	112	19,27	2,464	14,34	15,60	16,63	17,37	19,09	20,84	22,33	24,27	27,47
14,5	110	19,59	2,483	14,44	15,88	16,94	17,75	19,37	21,12	22,60	24,81	27,55
15	111	19,85	2,501	14,60	16,10	17,19	18,07	19,57	21,30	22,81	25,34	28,90
15,5	104	20,05	2,517	15,07	16,25	17,39	18,33	19,72	21,40	23,00	25,75	28,63
16	108	20,20	2,530	15,28	16,37	17,55	18,53	19,84	21,44	23,22	26,00	29,56
16,5	109	20,30	2,537	15,54	16,46	17,66	18,64	19,93	21,44	23,40	26,02	29,01
17	109	20,40	2,543	15,80	16,55	17,78	18,75	20,03	21,45	23,59	26,04	28,85
17,5	110	20,44	2,561	15,88	16,61	17,83	18,77	20,10	21,45	23,63	25,94	28,85
18	110	20,48	2,579	15,95	16,67	17,88	18,79	20,17	21,45	23,67	25,83	29,23
18,5	109	20,49	2,607	15,94	16,73	17,88	18,75	20,22	21,48	23,63	25,68	29,23
19	109	20,50	2,636	15,93	16,79	17,88	18,75	20,22	21,51	23,60	25,53	31,74
19,5	108	20,49	2,652	15,94	16,84	17,85	18,72	20,21	21,56	23,53	25,41	34,25
20	108	20,49	2,664	15,95	16,86	17,83	18,69	20,20	21,61	23,46	25,28	34,25
Adult	111	20,47	2,631	15,95	17,07	17,79	18,69	20,14	21,73	23,32	25,12	34,25

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: