

Stationäre Behandlung magersüchtiger Jugendlicher - ein systemisches Konzept

erschienen in:

Schindler, H., A. von Schlippe (Hrsg.),
Anwendungsfelder systemischer Praxis. Ein Handbuch.
Dortmund (Borgmann Media), 2003, S. 165-184

von Kurt Ludewig

E-Mail: mail@ludewigs.eu
Info: <http://www.kurtludewig.de>

KURZBIOGRAFIE:

Kurt Ludewig, Dr. phil, Dipl.-Psych., geb. 1942 in Valparaiso (Chile), Psychologischer und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Studium der Psychologie und Promotion an der Universität Hamburg. Von 1974-1992 Dozent an der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Hamburg; von 1992-2004 Leitender Psychologe der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität Münster; seit 2004 freiberuflich tätig. Lehrtherapeut für systemische Therapie und Beratung SG, Gründungsmitglied des Instituts für systemische Studien e.V. Hamburg, Gründungsvorsitzender der deutschen Systemischen Gesellschaft, 2004-05 Vorsitzender der NFTO-Kammer der European Family Therapy Association EFTA. Zahlreiche Publikationen zur systemischen Theorie und Praxis, insbesondere: "Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis" (Klett-Cotta, 1992), "Leitmotive systemischer Therapie" (Klett-Cotta, 2002), „Einführung in die theoretischen Grundlagen der Systemischen Therapie (Carl-Auer-Systeme, 2005) und als Herausgeber zusammen mit Ulrich Wilken, „Das Familienbrett. Ein Verfahren für die Forschung und Praxis mit Familien und anderen sozialen Systemen“ (Hogrefe 2000).

Die spezialisierte Literatur ist so voll von mehr oder weniger erfolgreichen Behandlungskonzepten zur Anorexia nervosa, dass die Frage - wozu noch ein weiteres? - berechtigt wäre. Die Antwort ist insofern einfach, als dass es uns MitarbeiterInnen einer jugendpsychiatrischen Station unumgänglich erschien, ein auf unsere Gegebenheiten zugeschnittenes Konzept zu entwickeln, zumal die kleine Station ab Mitte der neunziger Jahre immer mehr Magersüchtige aufnahm und die Zusammenarbeit im Team zu kollabieren drohte. Vom Konzept versprachen wir uns aber nicht nur ein angenehmeres Arbeitsklima, sondern darüber hinaus eine Möglichkeit, die Behandlung für alle Beteiligten frei von überflüssigen Widerständen zu halten. Es galt, ein Konzept zu entwickeln, das imstande sein sollte, sowohl störungsspezifisch zu sein als auch die Besonderheiten der jeweiligen Jugendlichen und ihrer Familien sowie die Möglichkeiten und Grenzen der Therapeuten und des Stationspersonals zu berücksichtigen. Dazu wurden bewährte Methoden der Praxis mit jeweils somatischen, psychischen *und* interaktionellen Schwerpunkten und zu einem *trifokalen* systemischen Konzept verbunden. Die jugendliche Magersucht wird hier als komplexes - nicht bloß additiv-multifaktorielles - Lebensproblem im Kontext familiärer Bezüge betrachtet, an dessen Entstehung und Stabilisierung Faktoren hineinwirken, deren Zusammenspiel die Berücksichtigung von lern-, bindungs- und entwicklungstheoretischen Aspekten erfordert.

Fallbeispiel - 1. Teil: der ambulante Auftakt

Aus dem Arztbericht über die vorgeschaltete ambulante Vorstellung der Jugendlichen in der Klinik geht u.a. Folgendes hervor:

Anlass: *Die Eltern stellten ihre Tochter auf Empfehlung einer niedergelassenen ärztlichen Psychotherapeutin zur Abklärung einer stationären Aufnahme vor. Bei ihr bestehe eine Anorexie seit etwa einem halben Jahr.*

Zur Familie: *Die 17-jährige Jugendliche - hier Annika (A) genannt - sei die jüngste von zwei Kindern. Ihr Bruder sei 27 Jahre alt und bereits aus dem Hause ausgezogen. Der 58-jährige Vater ist ein angestellter Architekt und vielbeschäftigter Lokalpolitiker, die 55-jährige Mutter habe Floristin gelernt, sie übe aber seit Geburt der Kinder die Tätigkeit der Hausfrau aus. Die Familie bewohnt ein Eigenheim in einer abgelegenen Kleinstadt.*

Zur Vorgeschichte: *Von der Geburt bis jetzt waren außer einer postpartalen Komplikation keine nennenswerten Auffälligkeiten festzustellen. Postpartal bekam A ohne medizinischen Befund "Atemnot"; für die Mutter, die um das Leben ihrer neugeborenen Tochter bangen musste, war dies der Beginn einer besorgten, intensiv aufmerksamen Beziehung.*

Zur Symptomatik: *Die Probleme mit dem Essen haben während des Sommerferien plötzlich angefangen. Sie nahm in der Folge bei einer Körpergröße von 157 cm von 46 Kg auf 35 Kg ab (BMI = 14,2 Kg/m²). In der Zeit betrieb sie unüblich viel Sport. Sie berichtet, dass sie im Vorfeld der Anorexie eine zweijährige Phase des "Unglücklichseins" durchlebt habe. Diese habe begonnen, als sie sich zum ersten Mal verliebt habe. Sie habe von da an zunehmend mehr unter "Selbstzweifeln" gelitten.*

Psychiatrischer Befund: *Außer einer störungstypischen Einschränkung der Denkinhalte auf Essen und Kalorien kein weiterer nennenswerter Befund. Auffallend*

war allenfalls ihre leise Sprechweise und die deutliche Befangenheit in der Interaktion zum Untersucher.

DER THEORETISCHE HINTERGRUND

Bevor ich hier auf Annikas Behandlung eingehe, fasse ich einige Beobachtungen aus der Literatur zusammen (vgl. z.B. Lask & Bryant-Waugh 1993), die helfen können, das Phänomen der Magersucht systemisch einzugrenzen.

Die Ausgangslage

Beginn. Die Pubertätsmagersucht beginnt in der Regel im Alter zwischen 14 und 18 Jahren, neuerdings auch häufiger in jüngeren Jahren. Die Prävalenzrate liegt bei weiblichen Jugendlichen im Alter von 12 bis 20 Jahren zwischen 1/800 und 1/100.

Die Familien. Magersüchtige Mädchen entstammen in aller Regel Familien, die ihren Zusammenhalt als besonders stark, harmonisch und liebevoll beschreiben. Zumindest einige der Mitglieder dieser Familien unterhalten untereinander unüblich starke Bindungen. Das Erlebnis von Individualität ist infolgedessen wenig ausgeprägt, das Wir-Erlebnis ist global und diffus. Ausgetragene Konflikte und versöhnte Auseinandersetzung kommen eher selten vor, Harmonie und Konfliktlosigkeit dominieren.

Auslöser. Eine Lebenskrise im Zusammenhang mit Trennung und Ablösung löst Beunruhigung aus. Vorweggenommene Schuldgefühle machen sich beim sich ablösenden Jugendlichen und den verunsicherten Eltern breit und werden zum dominanten Thema der Familie. Der offene Dialog, der neue Erfahrungen ermöglichen würde, ist aus Gründen lähmender Rücksichtnahmen auf Dauer verhindert.

Stabilisierung. Der Beginn der Magersucht bündelt die Aktivitäten aller relevanter Familienmitglieder um ein zunehmend ausschließlich werdendes Thema: Essen bzw. Nicht-Essen. Alles andere gerät in den Hintergrund, das Familienleben stabilisiert sich um dieses Problem und die Magersucht wird zum Thema eines **Problemsystems** (vgl. Ludewig 1992). Dazu kommt eine biologische Besonderheit erschwerend hinzu: Die Unterernährung gewinnt ab dem Unterschreiten eines Mindergewichts eine Eigendynamik, die ohne kraftvolle aktive Gegensteuerung zum Fortschreiten der Gewichtsabnahme führt.

Aus der Forschung: Verlauf und Prognose.

Verlauf. Nachuntersuchungen zeigen auch für die Magersuchtsbehandlung die sonst übliche katamnestiche Drei-Drittel-Regel: ca. 30% der Fälle remittieren vollständig, 35% zeigen Besserung, ca. 25% bleiben chronisch gestört und bis zu 10% sterben direkt oder mittelbar an den Folgen der Magersucht. Bis zu 50% der untersuchten ehemaligen Patientinnen behalten dauerhaft ein problematisches Essverhalten bei. Rechnet man bei den nachuntersuchten Patientinnen den Anteil mit psychiatrischer Komorbidität (u.a. affektive und Angststörungen sowie Abhängigkeitsstörungen)

hinzu, verringert sich die Anzahl der "gesunden" Frauen auf nur 21% (vgl. u.a. Schulze et al. 1997, Steinhausen 1997, Reich & Cierpka 1997).

Prognose. Die ermittelten Konkordanzraten für Anorexia nervosa bei ein- und zweieiigen Zwillingen von jeweils 56% und 5% berechtigen zur Annahme einer genetischen Prädisposition. Prognostisch günstig sei ein früher Krankheitsbeginn, ein frühzeitiger Therapiebeginn und eine gute prämorbidie Anpassung und Leistungsfähigkeit beim Mädchen sowie eine Verbesserung der familiären Beziehungen und der sozialen Kontakte.

Alles in allem ist festzuhalten, dass es sich bei diesem oftmals als Modeerscheinung missverstandenen Problem um eine schwerwiegende existentielle Problematik mit eher ungünstiger Prognose handelt. Ein für diese Problematik erdachtes Behandlungskonzept muss also, um als nützlich bewertet zu werden, die allgemeinen prognostischen Erwartungen im Einzelfall verbessern.

Bausteine zu einem systemisches Verständnis

Systemische, lösungsorientierte Behandlungskonzepte geben der therapeutischen Beziehung eine zentrale Rolle und stehen so mit den Ergebnissen der Psychotherapieforschung im Einklang, dass der Erfolg von Therapien eng mit der Qualität dieser Beziehung zusammenhängt. Aus theoretischen, hier nicht zu explizierenden Gründen (vgl. z.B. Ludewig 1992, 2002), fasst man im systemischen Ansatz lebende Systeme als weder strukturell noch operational determinierbar auf. Therapeutische Veränderung wird daher als Folge **ermöglichender** kontextueller Bedingungen (systemtheoretisch: Randbedingungen) konzipiert und nicht als Ergebnis einfacher kausaler Auswirkungen. Günstige Kontexte für Veränderung vermeiden die Auslösung von Widerständen. Gelingt es nämlich, dass der Patient den angebotenen Rahmen emotional und kognitiv akzeptiert, ist die Wahrscheinlichkeit für Veränderung größer.

Unser Konzept stellt die Magersucht in einen Beziehungs- und Bedeutungskontext, der geeignet erscheint, um bei allen Beteiligten, ob Patient, Angehörige, Stationspersonal oder Therapeuten, Akzeptanz zu finden. Befreit von sonst üblichen, hinderlichen Bedeutungen (familiärer Machtkampf, Schönheitsideal, Essensphobie, "frühe Störung", "goldener Käfig" usw.) wird die Magersucht zum "Liebesproblem" umgedeutet. Das hilft, den sonst so schwierigen Umgang mit Schuldzuschreibungen zu meiden. Klientin und Therapeut sollen damit in die Lage versetzt werden, ihr pragmatisches Vorhaben, nämlich eine erfolgreiche Therapie durchzuführen, möglichst frei von hinderlichen Setzungen zu betreiben.

Annahmen

Magersüchtiges Verhalten ist wie jedes Verhalten ein Versuch, eine Lebenslage zu meistern. Es folgt zwar nicht zwangsläufig oder automatisch auf spezifische biographische oder sonstige Lebenserfahrungen, es trägt dennoch wie jedes andere Verhalten Merkmale in sich, die sowohl auf genetische Aspekte als auch auf die historische und die aktuelle Situation des Kindes und der Familie hinweisen.

Magersüchtiges Verhalten entsteht meistens in Phasen des Übergangs von einem Lebens- oder Entwicklungszustand zum anderen. Solche Übergänge wirken sich, zumal die Betroffenen in der Regel nicht auf Bewährtes zurückgreifen können, als Stress aus. Auslöser der Lebenskrisen, die dem magersüchtigen Verhalten vorausgehen, sind häufig Ereignisse, die das bisherige Selbstverständnis der Beteiligten und so das Gleichgewicht des relevanten Lebensmilieus erschüttern. Es kann sich um tatsächlich drohende oder vollzogene Trennungen im familiären bzw. sonstigen Lebensverband handeln, manchmal auch um Ereignisse, die als Angriff auf das Selbstwertgefühl des Mädchens oder auf die Selbstverständlichkeit des Lebenszusammenhangs wahrgenommen werden. Diese Krisen machen auf oftmals erschreckende Weise bewusst, dass die bis dahin weitgehend unbemerkt verlaufene, altersbedingte Individuierung der Jugendlichen bereits begonnen hat.

Entstehung

Auslösung. Eine zunächst mehr oder weniger zufällig entstandene, vorübergehende Nahrungsverweigerung überschreitet die Grenze des sonst Erträglichen und löst in der Familie Sorge aus. Das lenkt die Familie von den Problemen, die sie aktuell belasten, ab und ersetzt sie durch eine viel bedrohlichere Thematik: Essen oder Verhungern. Trifft die Essensverweigerung auf "günstige Bedingungen" wird sie funktionalisiert und etabliert. Nebenher entsteht schnell ein biologischer Kreislauf, der auf biochemischer und physiologischer Basis die Unterernährung mit konsolidiert und aufrechterhält.

Entspannung. Der Wachstumsprozess in biologischer, psychischer und sozialer Hinsicht kommt zum Stehen; das Kind findet sich mit seinen Eltern im Zustand kindlich-undifferenzierter Bindung wieder. Diese Verstärkung der Bindung mildert beim Kind die durch die Krise aufgekommenen Ängste und Schuldgefühle. Die aus einem nun erkennbareren Grund beunruhigten Eltern gehen dazu über, alles zu tun, um dem Kind zu helfen. Die spezielle Beziehungsdynamik der frühen Kinderjahre zwischen Kind und Bezugsperson wird wiederbelebt; die Jugendliche regrediert zum Kind, der alternde, nicht selten von emotionaler Vereinsamung bedrohte Elternteil hat wieder eine zwar belastende, aber doch sinnvolle Aufgabe.

Folgen. Die anfängliche Anorexie hat jetzt eine gute Chance, sich zu einer Magersucht (Sucht, abzumagern) zu konsolidieren. Der Aufbau einer altersgemäßen Eigenständigkeit beim Kind im Vollzug einer "bezogenen Individuation" (vgl. Stierlin 1978) kommt zum Stillstand. Das Kind und die Erwachsenen geraten sozusagen in eine ausweglose Sackgasse, aus der es unter Beibehaltung der bisherigen Bindungsmodalität kein Entrinnen gibt. Um einen Ausweg zu finden, müssen Kind und Eltern in die Lage kommen, sich gegenseitig Autonomie zuzuschreiben und Vertrauen in die Eigenständigkeit des jeweils anderen zu entwickeln. Hierbei können spezifische Merkmale der familiären Situation wie z.B. die Qualität der ehelichen Elternbeziehung, die Position der Jugendlichen in der Geschwisterreihe sowie geschlechtspezifische und andere Besonderheiten der Familie Problem stabilisierend wirken.

Stabilisierung

Biologisch. Die neuere biologische Forschung erbringt immer deutlichere Hinweise auf biochemische Prozesse, die als Anlass oder Folgeerscheinung von Unterernährung auftreten und eine Gegensteuerung gegen das einmal etablierte Untergewicht erschweren (vgl. z.B. Ploog u. Pirke 1987, Carney et al. 1996, Kaye 1999). Ab dem Unterschreiten bestimmter körperlicher Parameter scheint sich ein sich selbst erhaltender Kreislaufprozess zu etablieren, der die Fortführung der Mangelernährung begünstigt. Dieser biologische Aspekt dürfte an der Entstehung von Merkmalen einer regelrechten Sucht maßgeblich beteiligt sein.

Psychisch/Interaktionell. Ebenso stabilisierend wirken sich der psychische Gewinn, der nicht zuletzt aus der großartigen Leistung, den Hunger bezwungen zu haben, herrührt sowie der oben erwähnte, besondere Gewinn im familiären Bereich. Beide Teile, das Kind und die Eltern, befinden sich im gleichen sich selbst erhaltenden Kreislauf und werden bei aller Anstrengung nicht müde, immer neue Versuche zu machen, die aber meistens ein **Mehr-vom-selben** bedeuten und daher wirkungslos bleiben. Da verschiedene Aspekte - biologische, psychische und soziale Systeme - an der Entstehung, Stabilisierung und Aufrechterhaltung der Magersucht beteiligt sind, kann hier berechtigterweise von einem polysystemischen Phänomen gesprochen werden, welches eine multifokale Therapie nahe legt.

"Hungern aus Liebe"

Ablösung. In Familien, in denen Magersucht vorkommt, findet die Einübung in Trennung selten statt. Der schon bei der Geburt einsetzende Individuationsprozess bleibt unwillkürlich in engen Grenzen stecken. Dazu kommt es, dass viele magersüchtige Jugendliche bereits im Säuglingsalter Störungen der Nahrungsaufnahme zeigten, was bei den Kindern eine spezielle Neigung und bei den Eltern eine besondere Sensibilisierung für diese Art von Problemen hinterlässt. Im Verlauf der (prä)pubertären Entwicklung bekommt der Individuierungsprozess neue, ihn beschleunigende Dimensionen. Die damit unvermeidlich einhergehende Notwendigkeit, Neueinstellungen vorzunehmen, ein Prozess, der von den meisten Familien durchaus als schwierig erlebt wird, wirkt sich in Familien mit Magersucht besonders belastend aus. Die ersten jugendlichen Distanzierungsschritte lösen bei Kind und Eltern Stress und so auch Gefühle der existentiellen Bedrohung aus.

Kontrolle. In einem verzweifelten Versuch, die bedrohliche Wirkung dieser Veränderungen zu entschärfen, wird gegenseitige Kontrolle als Gegenregulativ eingesetzt. Kontrolle hat aber unwillkürlich zur Folge, dass die notwendigen Momente spontaner Neueinstellung kaum zum Tragen kommen können. Statt dessen etabliert sich zwischen Kind und Eltern jene übliche Wiederholungsstruktur, die Lebensprobleme und Problemsysteme kennzeichnet und alternative, überwindende Entwicklungen blockiert.

Ungewissheit. Vor allem Kinder, die in ihrer Entwicklung wenig alternative Beziehungen aufgebaut haben, erleben ihre Bindung mit der betreffenden

Bezugsperson als für beide Seiten existentiell. Das Kind ist nicht imstande, mit Sicherheit zu erkennen, ob der geliebte Andere so weit autonom und eigenständig ist, dass es seine eigene Fortentwicklung und seine Ablösung vom Anderen verantworten kann. Das Kind befindet sich in einer unentscheidbaren Lage, die jegliche Gewissheit untergräbt.

Wagnis. Um sich aber frei von Gewissensnöten weiter entwickeln zu können, muss das Kind das Wagnis der Trennung probieren. Erst dann kann entschieden werden, ob Trennung und Ablösung überhaupt möglich sind. Das aber erfordert ein starkes Ausmaß an Vertrauen in die Fähigkeiten des Anderen, und ein solches Vertrauen kann nur auf der Basis von realen, geglückten Erfahrungen aufgebaut worden sein. Kinder aber, die in großer Harmonie und Konfliktvermeidung aufgewachsen sind, können auf entsprechende Erfahrungen nicht zurückgreifen. Das Kind müsste also, um sich fortentwickeln zu können, das uneinschätzbare Risiko eingehen, den geliebten Anderen zu verlassen und ihm dabei zu schaden.

Lösung. Erst durch das Erleben des Anderen als eigenständig und lebensfähig würden Wege für die eigene Verselbständigung geöffnet werden, aber gerade das findet nicht statt. Unter diesen widrigen Umständen erweist sich dann die Magersucht als gangbare Möglichkeit, diese Problemlage zu überstehen: Die Jugendliche unterbricht bis auf weiteres ihre Entwicklung und bleibt die präpubertäre, liebende Tochter in enger Bindung mit der betreffenden Bezugsperson. Um diese entwicklungswidrige Leistung erbringen zu können, bietet sich der Verzicht auf Nahrungsaufnahme vorzüglich an. Das Wachstum lässt nach, die elterliche Fürsorge nimmt zu. Es entsteht eine innerpsychische Gleichung, die lautet: kein Essen, kein Wachstum und kein Wachstum, kein Schaden. Das wieder klein gewordene Mädchen hungert fortan aus Liebe.

Fallbeispiel - 2. Teil: die stationäre Aufnahme

Annika (A) wird 10 Tage nach der ambulanten Untersuchung auf eine kleine, allgemeine jugendpsychiatrische Station einer Uniklinik aufgenommen. Bei der Aufnahme ergeben sich im Vergleich zur Voruntersuchung keine neuen Gesichtspunkte, außer dass sie weiter an Gewicht abgenommen hat. Bei einer Körpergröße von 157 cm wiegt A bei der Aufnahme 34,5 Kg ($BMI = 13,9 \text{ Kg/m}^2$; 33% Mindergewicht). Mit der Familie wird der übliche Behandlungsvertrag der Station abgeschlossen. Alle Beteiligten - Familie und Klinikmitarbeiter - verpflichten sich, den "Behandlungsplan bei behandlungsbedürftigem Mindergewicht" einzuhalten. Bei A wird der Plan am Tag nach der Aufnahme eingesetzt. Das Zielgewicht wird auf 46 Kg (90% des Normalgewichts = 51,5 Kg) gesetzt

EIN TRIFOKALER BEHANDLUNGSANSATZ: DER KAMPF DER "GEISTER"

Unser Konzept trägt der mittlerweile weitgehend unstrittigen Ansicht Rechnung, dass Zustände von Abmagerung und Unterernährung mit Suchtcharakter nur trifokal, d.h. unter Einbeziehung somatischer, psychischer und interaktioneller Aspekte

befriedigend zu erklären und zu behandeln sind. Die stationäre Behandlung auf unserer Station verläuft in drei Phasen. Die erste kurze Phase dient der Einschätzung des somatischen Zustandes und der Lebenssituation der Patientin. Die zweite Phase wird im Kreis aller Beteiligten eingeleitet: Die Unterernährung wird als schwerwiegendes medizinisches Problem definiert, welches die Durchführung eines Verhaltens- und Diätplans unumgänglich macht. Wir erwarten von den Eltern, dass sie uns zur Durchführung der Therapie beauftragen und dabei die Verantwortung für den körperlichen Zustand des Mädchens überlassen. Alle Beteiligten unterschreiben einen Vertrag, der die Zusammenarbeit während der Therapie verbindlich sichert. Die Maßnahmen, die nicht unmittelbar auf die Gewichtszunahme gerichtet sind wie Psychotherapie, Familientherapie, Kunsttherapie usw. werden nach und nach eingesetzt, und zwar in Abhängigkeit vom erreichten Gewicht. Die dritte Phase beginnt nach Erreichen des Zielgewichts und dient der Konsolidierung des körperlichen Zustands, der Fortführung psycho- und familientherapeutischer Maßnahmen sowie der Vorbereitung und Durchführung der Entlassung. Nach der Entlassung wird für eine angemessene Nachbetreuung gesorgt.

Der somatische Fokus.

Als Eckwert für die Therapie wird ein Zielgewicht errechnet, das 90% des nach Körpertypus korrigierten, durchschnittlichen BMI (*Body-Maß-Index*) der Altersgruppe beträgt (vgl. Neumärker et al. 1999). Die somatische Überwachung folgt einem *Plan*, der eine kontinuierliche, abgestufte Gewichtszunahme in sechs Phasen vorschreibt. Zu Beginn der Therapie wird eine Gewichtskurve angelegt, die unter Einbeziehung der vorgeschriebenen Gewichtszunahme von der Aufnahme bis zum Entlassungstermin verläuft. Das Erreichen der jeweils nächsten Gewichtsstufe wird mit Gewährung von zunehmender Autonomie belohnt, das Unterschreiten der Gewichtskurve mit Einschränkungen bestraft. Die Nüchternheit und Rigidität des Plans schützt das Mädchen, ihre Eltern und das Stationspersonal vor den Folgen eines sonst grenzenlosen Verhandels um Kalorien und körperliche Aktivitäten. Bei vorliegender Bereitschaft zur Therapie wird der Plan als zwar üble, jedoch tatkräftige Hilfestellung angenommen.

Der psychische Fokus.

Die Familie ist verunsichert. Daher ist ein therapeutischer Zugang geboten, der die Widerstände gegen die Ablösung und die damit verbundenen Schuldgefühle verringert. Hierzu wirkt sich bereits die Hospitalisierung günstig aus: die bedrohliche Trennung kann - medizinisch sanktioniert - erprobt werden. Nebenher verwenden wir die von Michael White (1989) in die systemische Therapie eingeführte Technik der Externalisierung. Dabei wird das Problem zu einem eigenständigen Etwas verdinglicht oder "personalisiert", das sich in das Leben der Betroffenen einmischt und stört. In diesem Sinne wird die Magersucht in Analogie zur Geschichte von Aladins Lampe zu einem mächtigen Geist externalisiert, der vom Mädchen in Zeiten der Not gerufen wurde, im Anschluss aber nicht mehr bereit war, in die Lampe zurückzukehren. Einen solch mächtigen Geist kann man nur mit den vereinten Kräften des Mädchens, ihrer Eltern, der Therapeuten und der Stationsmitarbeiter bändigen. Um sicherzustellen, dass diese Kräfte sinnvoll gebündelt bleiben, bedienen wir uns einer weiteren Externalisierung. Es handelt sich um eine Figur, die zumindest in einem

Punkt mächtiger als die Magersucht ist. Das ist der oben erwähnte Plan. Er ist gegenüber der Magersucht erhaben, weil er als absolut gefühlslose und unveränderliche Gestalt unerbittlich und unbestechlich ist. Die Auseinandersetzung um die Begleitphänomene der Magersucht - Wiegen, Lügen, Täuschen, Ärgern, Sport Treiben im Verborgenen, Erbrechen usw. - wird auf einen Nebenplatz verlegt, wo sich beide "Geister" - Magersucht und Plan - ihren Kampf liefern. Unterdessen können das Mädchen, die Eltern, die Therapeuten und die Stationsmitarbeiter an wichtigeren Problemen arbeiten.

Die parallel eingesetzten psycho-, kunst- und familientherapeutischen Maßnahmen konzentrieren sich darauf, einen therapeutischen Kontext zu schaffen, der für die angestrebte Veränderung günstig ist. Als ein wichtiges Thema der Psychotherapie der Jugendlichen erweist sich die Frage, wie sie ihre Fortentwicklung verantworten kann, ohne dabei schädlich zu sein. Andere individuelle Probleme, etwa Selbstwertprobleme, soziale Isolierung oder eventuelle schulische Schwierigkeiten, finden ebenfalls Berücksichtigung. In den Familiengesprächen wird versucht, die Beteiligten von überzogenen, selbst auferlegten Verantwortlichkeiten zu entlasten.

Der interaktionelle Fokus.

Therapeuten und Stationsmitarbeiter definieren sich als Alliierte des Mädchens und seiner Familie im Kampf gegen die Übermacht der Magersucht. Die meistens auf das Problem eingeschränkte Kommunikation in der Familie kann durch Einbeziehung der Therapeuten und des Stationspersonals erweitert werden. Dies durchbricht den kommunikativen Kreislauf in der Familie, der das Thema Magersucht in den Mittelpunkt stellt und das gemeinsame Leben beherrscht. Die Familienmitglieder können entspannen und sich die Chance zu Neuem geben. Man kann allmählich aus dem paralyisierenden Entweder-Oder zwischen Zusammenhalt und Eigenständigkeit bzw. Bindung und Ablösung herausfinden. Bei alledem empfiehlt es sich, nicht zu übersehen, dass allein die Jugendliche in der Lage ist, ihre Magersucht aufzugeben.

Fallbeispiel - 3. Teil: Auszüge aus der ersten Sitzung der stationären Familientherapie

Das erste von insgesamt vier Familiengesprächen fand im Einklang mit dem Plan 35 Tage nach der stationären Aufnahme statt. Annika hatte bereits 5,5 Kg zugenommen und die Behandlungsstufe erreicht, in der psycho- und familientherapeutischen Maßnahmen eingesetzt werden. Bis zu diesem Zeitpunkt hatten im wesentlichen stützende Gespräche stattgefunden.

Zu Anfang der Sitzung

(Fth = Familientherapeut, A = Annika, M = Mutter, V = Vater)

Fth ... du zweifelst, dass das, was du tust, das Eigene ist? als wenn du dich von draußen beobachtest?

A (nickt zu)

Fth seit der Magersucht?

A nee, schon davor

Fth ist vielleicht die Magersucht ein Versuch gewesen, damit umzugehen? hast du die Magersucht zugelassen, damit sie dich von deinen Zweifeln an dir selbst ablenkt?

A ja, ich denke... einfach die Kontrolle darüber zu bekommen

Fth und das kennst du schon ziemlich lang

A eineinhalb Jahre, so herum

Fth das war im Sommer 1999. Gabs da was Besonderes?

A Ach ja... ich war mit meinem Freund zusammen

Fth deine erste richtige Freundschaft, nicht wahr? ... und wer hat sie beendet?

A ich

Fth warum?

A weil ich alles in Frage gestellt hab war nicht sicher, ob ich eine Beziehung führen könnte

Nächste Szene

Fth wenn du es ganz frei entscheiden könntest, wie alt wärest du am liebsten?

A ganz klein

Fth wie klein?

A zehn (lächelt verschämt kindlich)

(Pause)

Fth (zu M) wie verstehen Sie das?

M ich kann es nicht verstehen, ich hab sie immer für ganz selbständig eingeschätzt

Fth dann sind Sie aus allen Wolken gefallen?

M ja, ich hab sie im Grunde immer bewundert, wie selbständig sie war und alles geschafft hat

Fth (zu V) und Sie, verstehen Sie das?

V ich bin auch ein bisschen erstaunt

Nächste Szene

Fth (zu M) was für eine Mutter sind Sie?

M Och... ich weiß es nicht... vielleicht ein bisschen zu behütend

Nächste Szene

Fth (zu V) wie würden Sie Ihre Frau als Mutter charakterisieren?

V würde wohl sagen, perfekte Mutter, fast gleich überperfekt... zu fürsorglich, ängstlich manchmal auch

M das ist bei Annika so. Bei ihr gab es Probleme, als sie geboren wurde, es stellte sich nach vier Wochen ein, dass sie Atemnot hatte... war in der Klinik, da konnte man nichts feststellen, man hat uns aber gesagt, dass man nicht genau sagen kann, was das ist, man müsste deshalb immer aufpassen... da schnürte sich bei mir alles zu

Fth und da waren Sie ganz auf die Tochter fokussiert... und wenn man einmal damit begonnen hat, kann man es kaum sein lassen?

M ja, genau so

Fth (zu V) wenn Ihre Frau so überfürsorglich ist, wie Sie sagen, was ist Ihr Part? auszugleichen, oder?

V schwierig, nee! um den Hausfrieden zu wahren, habe ich ja, sagen wir mal, weniger eingegriffen... man muss aber auch die Umstände damals berücksichtigen, da war der Hausbau... ich musste mich auch beruflich verändern....

Fth ja, manchmal ist es schwer für eine Mutter loszulassen, wenn man mit dem Kind allein ist, vor allem wenn man aus Angst und Sorge in eine enge Beziehung geraten ist. Da braucht man einen, der einen aus der Enge herauszieht.

V ich hab das nicht so erkannt, dass es solche Auswirkungen haben könnte

Nächste Szene

Fth (zu V) würden sie auch sagen, dass Mutter und Tochter eng miteinander verbunden sind?

V ja, eindeutig

M aber in letzter Zeit weniger, da schimpft sie nur mit mir

Fth (zu A) Aha! So hat die Magersucht mehrere Aufgaben zu erfüllen, zum einen dir zu ermöglichen, dich ein bisschen von der Mutter abzulösen, zum zweiten deine Liebesprobleme zu klären und dir auch noch zu helfen, dich selber zu spüren, das Gefühl zu haben, dass du du bist. Die ist ganz wichtig, deine Magersucht, nicht? Der müsste man danken

A (lächelt amüsiert)

Fth du kennst ja diese Geschichte mit dem Geist aus der Lampe, (zu den Eltern) Sie auch, nicht? Sehen Sie, ich gehe davon aus, dass jede Frau mit einer kleinen Aladins Lampe auf die Welt kommt, für den Notfall, wenn die Dinge hart werden. Aber manche dieser mächtigen Geister sind ziemlich störrisch, und wenn man sie gerufen hat, dann wollen sie nicht mehr zurück in die kleine kalte Lampe. Die fangen dann an, die Macht zu übernehmen. Erst über das Mädchen, dann über die Eltern, die Verwandten und Freunde, schließlich auch noch über die Ärzte und Therapeuten. So stellen wir uns das hier vor. Der Geist kann zuweilen arg nützlich sein, er kann aber ziemlich schwierig werden, wenn er nicht zurücktreten will. Da kann man nur mit vereinten Kräften an einem Strang ziehen und gemeinsam den Geist in die Lampe zurückbefördern.

Nächste Szene

Fth (zu A) du magst dich nicht gern entscheiden, nicht?

A (nickt zu)

Fth wenn du aber gewinnen willst, musst du Entscheidungen treffen, welche auch immer. Das ist nämlich eine andere Wirkung der Magersucht. Immer dann, wenn du entscheiden willst, sagt sie, eh, eh (= nein). Sehen Sie, dafür haben wir hier einen Plan. Der Plan trifft Entscheidungen stur nach Programm und guckt weder links noch rechts, lässt sich durch nichts irritieren oder manipulieren. Und das ist die einzige Chance, die der Plan gegen die Magersucht hat. Denn gegen eine so mächtige Magersucht kommt nur einer an, der noch kaltschnäuziger ist... Der Plan beinhaltet nämlich Entscheidungen und Entscheidungen beinhalten Verantwortung... Und das musst du auch, selbst dann wenn du dich irrst. Wenn du das Risiko vermeiden willst, eine falsche Entscheidung zu treffen, bleibt alles wie gehabt, es gibt keine Entwicklung mehr.

Nächste Szene

Fth (zu A) die Magersucht kann gar nicht zulassen, dass du erwachsen wirst, was würde die dann hier noch wollen? Die Absicht der Magersucht kann ja nur sein, dich klein zu halten. Damit du für alle Zeiten ein kleines Kind bleibst und für alle Zeiten

deiner Mutter sagen kannst, dass sie sich um dich kümmern muss, damit sie nicht allein ist und sich selbst überlassen bleibt. Denn die Sorge kennst du ja auch, was macht deine Mutter ohne dich? oder?

A (nickt zu und bekommt Tränen in die Augen)

Fth wer kann da helfen?

A niemand

Fth und was ist mit Papa?

A eher weniger, glaube ich

Fth traust ihm nicht zu, dass er dir gegen die Magersucht helfen kann?

A (verneint mit dem Kopf)

Fth was müsste er tun, um dir zu helfen?

A müsste mich besser kennen lernen

Fth dann wärest du dazu auch noch mit Papa eng verkoppelt?

A das wäre aber anders

Fth ... und wenn dein Vater einen Keil zwischen euch treiben würde?... könntest du es dir vorstellen?

A nein

Fth und wenn es so wäre, wäre das gut?

A nein!

Fth ... nun, auf der einen Seite willst du dich von deiner Mutter ablösen, auf der anderen soll man sie dir nicht wegnehmen, wie ist das zu verstehen?

A (weint heftig)

(Pause)

Fth weinst du vielleicht, weil du diese zwei Seiten deines Lebens nicht richtig vereinbaren kannst, auf der einen Seite, dass du selbständig werden willst, auf der anderen, dass du dich sehr verbunden fühlst, und beides scheint nicht zusammenzugehen. Du bist wohl in einem Zwiespalt, der dich ziemlich zerreißt, oder?

A (nickt mehrmals traurig zu)

Fth Die Frage ist also, wie schaffe ich es, mit meinen Augen auf meine Mutter gerichtet zu bleiben, damit ihr nichts Böses passiert, wenn ich weiter wachse, und gleichzeitig in die Welt zu gucken, um mir mein eigenes Leben aufzubauen.

A (nickt weiter zu)

Fth So gesehen, die Magersucht hat doch was Gutes. Sie bringt dich ins Krankenhaus, wo du weit von den Eltern bist und erfahren kannst, dass sie auch ohne dich überleben können, und das alles unter dem Mantel einer Krankheit, für die keiner Verantwortung zu übernehmen braucht.

Gegen Ende der Sitzung

Fth (zu A) wie glücklich ist deine Mutter mit ihrem Leben, was glaubst du? von 0 bis 10?

A 5

Fth was fehlt ihr?

A dass ihre Tochter wieder in Ordnung ist

Fth Ach so, das wesentliche für deine Mutter ist die Tochter?

A ja, sie ist so fixiert auf mich, wenn das weg fallen würde, weiß ich nicht...

Fth ... deiner Mutter wäre der Lebenssinn verloren gegangen?

A nein, nicht ganz

Fth aber sie würde höchstens bis 5 kommen, nicht mehr?... also, wenn es so ist, musst du für alle Zeiten bei deiner Mutter bleiben, und dann musst du zusehen, dass du nie mehr als 13 oder 14 wirst. Dafür wäre dann die Magersucht besonders hilfreich.

Aber, hast du in deinem Kopf den Gedanken bewegt, dass du dich geirrt haben könntest, und dass deine Mutter ausgesprochen lebensfähig wäre, ohne dich? aber, dass sie gar nicht dazu kommt, das selber festzustellen, weil sie so besorgt um dich sein muss?... würde es sich lohnen, deine Mutter loszulassen, um zu sehen, ob sie ohne dich überlebt?

Weiterer Verlauf

Am Wochenende nach dieser Sitzung erscheint der Vater allein auf der Station, um Annika zu besuchen. Sie verbringen einen ganzen Nachmittag miteinander, und wie wir später von Annika hören, was es das erste Mal, dass sie sich mit ihrem Vater über wichtige Dinge unterhalten hat. Sie sei zufrieden. Im Verlauf der 21-wöchigen stationären Behandlung fanden drei weitere Familiengespräche im Abstand von ca. drei Wochen statt. In den folgenden Sitzungen ging es hauptsächlich um die Konsolidierung des bereits in der 1. Sitzung Erarbeiteten. Die Mutter hielt sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten mehr zurück, der Vater traute sich mehr in den Vordergrund. Annika arbeitete in der Einzelpsychotherapie und in der Kunsttherapie zunehmend freier und motivierter an ihrer eigenen Situation. Zum Zeitpunkt der Entlassung hatte sie das nach dem Plan festgelegte Entlassungsgewicht von 46 Kg erreicht. Im Anschluss daran blieb sie über einen längeren Zeitraum in ambulanter psychotherapeutischer Nachsorge bei ihrem Therapeuten in der Klinik. Sie überstand einen bedrohlichen Zustand ohne Rückfall; die Mutter schien sich auf eigene Dinge zu konzentrieren, dennoch blieb die Mutter-Tochter-Beziehung im Grunde unauflöslich. Drei Jahre nach der stationären Behandlung hat Annika Abitur mit guten Noten bestanden, und sie studiert an der Universität. Essprobleme habe sie gelegentlich, allerdings immer seltener. Es sei ihr auch gelungen, großzügiger mit sich umzugehen und Anschluss an ihren alten Freundeskreis wieder zu finden. Zur Zeit hat sie einen festen Freund.

KATAMNESESTUDIE

Bei einer ersten katamnesticen Studie über die Therapie von 17 Patientinnen aus den Jahren 1995-99 zeichnete sich ab, dass die Besserung im Anschluss an die Therapie um so gesicherter war, je länger der zeitliche Abstand bis zur Nachuntersuchung war (vgl. Hagenhoff 2003). Die zu Anfang im Mittel 15;7 Jahre alten Patientinnen zeigten einen durchschnittlichen BMI = $14,35 \text{ Kg/m}^2$; also ein durchschnittliches Mindergewicht von 27,7%. Die Studie basierte auf der Erhebung des Gewichts und subjektiver Verlaufsskalen zu folgenden Zeitpunkten: Stationäre Aufnahme, einmal im Monate während der Behandlung, Entlassung und Nachuntersuchung. Letztere fand im Durchschnitt 32 Monate (SD=15,6 Monate) nach der Entlassung statt.

Ergebnisse

Zu den wesentlichen Ergebnissen gehört in somatischer Hinsicht, dass diese Patientinnengruppe (Diagnose: Anorexia nervosa, ICD 10 F 50.0) nach einer

durchschnittlichen Behandlungsdauer von 4,7 Monaten (SD= 2,1 Monate) zur Entlassung im Durchschnitt 7,26 Kg bzw. 2,67 Kg/m² zugenommen, somit eine Besserung des Untergewichts von durchschnittlich 27,74% auf 14,36% erreicht hatten. Bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung stieg der durchschnittliche BMI von 17,0 auf 18,1 an. Allerdings betrug das Untergewicht nach wie vor im Durchschnitt 14,39%; wobei sich die Streuung von 6,0 bei der Entlassung auf 11,1 bei der Nachuntersuchung erweitert hatte.

In psychischer und familiärer Hinsicht wurden bei allen an der Therapie Beteiligten (Patienten, Eltern, Therapeuten, Bezugsbetreuern) über den gesamten Behandlungsprozess subjektive Beurteilungen auf einer klinikinternen 1-10 Skala ("Therapieverlaufsbogen" mit drei Items nach dem Schema: *das Problem ist 1.....10 die Lösung wäre*) erhoben. Die Analyse dieser Werte ergab, dass die Beurteilungen von den Patientinnen, Angehörigen und Klinikmitarbeitern sich von der Aufnahme bis zur Nachuntersuchung im Mittel signifikant in Richtung auf Problembewältigung verändert hatten. Die angegebenen Probleme ließen sich inhaltsanalytisch zuordnen zu:

1. Ernährung
2. Familie
3. Selbstwert
4. psychischer Verfassung und
5. Sozialverhalten.

Bei der Nachuntersuchung gaben die Patientinnen an, insgesamt besser mit ihren Problemen umzugehen, am wenigsten jedoch mit dem Problem "Ernährung".

Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung wurden 8 Jugendliche mit Hilfe eines strengen Kriterienkatalogs als symptomfrei bzw. stabil (2 und 6) und 8 als instabil bis noch krank (4 und 4) eingestuft. Interessanterweise gab es zwischen diesen beiden Untergruppen weder bei der Aufnahme noch bei der Entlassung Unterschiede im Aufnahmegewicht oder in der Selbstbeurteilung der Patientinnen noch in der Einschätzung durch die Eltern. Allein bei der Nachuntersuchung unterschied sich die Selbstbeurteilung der gesünderen Jugendlichen von den instabileren und kranken signifikant voneinander.

Misserfolge

Wirft man einen Blick auf die Jugendlichen, bei denen das vorgestellte Konzept nicht erfolgreich war, findet man statistisch nur einen signifikanten Unterschied: sie waren im Durchschnitt länger krank gewesen, bevor sie in Therapie kamen. Betrachtet man die Einzelfälle, fällt wiederum auf, dass diese Jugendliche sich im allgemeinen offener aggressiv und rigider als die Gesundenden zeigten; sie waren auch erklärtermaßen nicht bereit, die angebotenen Hilfen anzunehmen. Unter Einbeziehung aller 34 Mädchen, die in den Jahren 1995 bis 2002 unter Anwendung des Konzepts behandelt wurden, erkennt man hypothetisch drei Typen: 1) diejenigen, die sich bereits als süchtig empfanden und verzweifelt auf der Suche nach Hilfe waren, 2) diejenigen, die eine aggressiv anmutende, meistens gegen die Eltern gerichtete akute

Nahrungsverweigerung zeigten ("Hungerstreik") und Hilfe schon deshalb ablehnen mussten, weil sie sonst ihr Druckmittel aus der Hand gegeben hätten und 3) diejenigen, die bereits sehr lang im anorektischen Verhalten verharrt, dies offensichtlich zu ihrem Lebensstil gemacht hatten und darüber hinaus häufig einen beträchtlichen Sekundärgewinn, meistens in der Familie, davon bezogen. Ob eine weitere Gruppe anorektisches Verhalten eher als Depressionsabwehr einsetzt, ist schwer zu erkennen, zumal alle Magersüchtigen in der akut anorektischen Phase mehr oder minder depressiv wirken. Es braucht kaum betont zu werden, dass die Magersüchtigen vom Typ 1) am ehesten vom Behandlungsangebot profitiert haben. Bei den Jugendlichen der Gruppe 2) gelang die Therapie dann, wenn das Anliegen, wozu sie die Nahrung verweigerten, erkannt und zum Beispiel in die Therapie einbezogen werden konnte. Bei den Magersüchtigen vom Typ 3) blieb die Behandlung meistens wirkungslos; sie haben sich entweder aus der Klinik "heraus gefressen", um nach der Entlassung wieder abzunehmen, oder sie widerstanden erfolgreich den Behandlungsmaßnahmen und mussten unverrichteter Dinge entlassen oder verlegt werden.

FAZIT

Das anorektische Phänomen zeigt sich bei allen Betroffenen hinsichtlich des körperlichen Zustandes und des Suchtverhaltens fast deckungsgleiche Merkmale. Das veranlasst aber nicht dazu, alle Magersüchtigen "in einen Topf zu werfen". Denn die prämorbid bedingten Bedingungen sowie die Ressourcenvielfalt der magersüchtigen Jugendlichen können sehr verschieden sein. Unter Nutzung der psychischen und interaktionellen Aspekte, die bei vielen adoleszenten Magersüchtigen auftreten, setzt unser Konzept an der zentralen Thematik der Adoleszenz, der Ablösung, an und versucht, die komplexe und zuweilen schmerzliche Ablösungskrise zwischen eng gebundenen Kindern und Eltern in einen Kontext zu setzen, der durch Vermeidung von hinderlichen Unterstellungen geeignet zu sein scheint, die Weiterentwicklung in der Familie fortzutreiben. Das Behandlungskonzept knüpft an üblichen Erfahrungen aus Jugendpsychiatrie und Psychotherapie an und kommt nicht nur der Familie, sondern ganz besonders den Klinikmitarbeitern und so auch den therapeutischen Beziehungen zugute. Es bewahrt zum einen die Therapeuten vor übereilten und ungünstigen Vorannahmen und lenkt die Aufmerksamkeit auf anerkennungswürdige Aspekte der Familie, zum anderen bietet es den Familien einen Verständnisrahmen an, im dem sie von blockierenden Schuldgefühlen befreit ihre Kräfte und Ressourcen einsetzen können, um der Tochter zu helfen, sich fortzuentwickeln.

Literatur

- Lask, Bryan, Bryant-Waugh, Rachel (eds.)(1993): *Childhood Onset Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders*. Erlbaum, Hove.
- Carney, Caroline P., Arnold E. Andersen (1996): Eating disorders: guide to medical evaluation and complications. *The Psychiatric Clinics of North America* 19: 657-679.
- Coners, Heye et al. (1996): Perzentilenkurven für den Body-Maß-Index zur Gewichtsbeurteilung bei Kindern und Jugendlichen ab einem Alter von zehn Jahren. *Kinderarzt* 27: 1002-1007.
- Hagenhoff, Stefan (2002): Zusammenhang zwischen der Gewichtsentwicklung und den Problemeinschätzungen magersüchtiger Patientinnen durch Selbst- und Fremdbeurteilungen während und nach einer stationären Therapie in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik. unveröff. Med. Diss., Univ Münster.
- Kaye, Walter H. (1999): The new biology of anorexia and bulimia nervosa. Implications for advances in treatment. *European Eating Disorders Review* 7: 157-161.
- Ludewig, Kurt (1992): *Systemische Therapie. Klinische Theorie und Praxis*. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Ludewig, Kurt (1999): Der Kampf der Giganten: Magersucht vs. Plan. In: Vogt-Hillmann Manfred u. Burr, Wolfgang (Hrsg). *Kinderleichte Lösungen*. Borgmann (S. 117-142), Dortmund.
- Ludewig, Kurt (2002): *Leitmotive systemischer Therapie*. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Neumärker, Klaus-Jürgen et al. (1999): Anorexia nervosa - Die Trias von Metrik-Index, BMI-Perzentilkurve und Zielgewicht. *Z. Kinder- u. Jugendpsychiatrie* 27: 5-17.
- Ploog, Detlev, Pirke Karl M. (1987): Psychobiology of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 17: 843-859.
- Reich, Günter, Cierpka Manfred (1997): *Psychotherapie der Essstörungen*. Thieme, Stuttgart: Thieme.
- Schulze, Ulrike et al. (1997): Verlauf und Heilungserfolg der frühen Anorexia nervosa. *Z Kinder- u. Jugendpsychiatrie* 25: 5-16.
- Steinhausen, Hans-Christoph (1997): Annotation: Outcome of anorexia nervosa in the younger patient. *J. Child Psychology & Psychiatry* 38: 271-276.
- Stierlin, Helm (1978): *Delegation und Familie*. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- White, Michael (1989): *Selected Papers*. Dulwich Centre Publ., Adelaide.