

Schepker, Renate

## Die Bedeutung der Schulleistungen bei Jugendlichen mit anorektischen Störungen

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 42 (1993) 1, S. 8-14*



Quellenangabe/ Reference:

Schepker, Renate: Die Bedeutung der Schulleistungen bei Jugendlichen mit anorektischen Störungen - In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 42 (1993) 1, S. 8-14 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-8468 - DOI: 10.25656/01:846

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-8468>

<https://doi.org/10.25656/01:846>

in Kooperation mit / in cooperation with:



<http://www.v-r.de>

### Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.

This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

### Kontakt / Contact:

peDOCS  
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation  
Informationszentrum (IZ) Bildung  
E-Mail: [pedocs@dipf.de](mailto:pedocs@dipf.de)  
Internet: [www.pedocs.de](http://www.pedocs.de)

Digitalisiert

# Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Ergebnisse aus Psychoanalyse, Psychologie und Familientherapie

Herausgegeben von R. Adam, Göttingen · A. Dührssen, Berlin · E. Jorswieck, Berlin  
U. Lehmkuhl, Berlin · M. Müller-Küppers, Heidelberg · F. Specht, Göttingen  
A. Streeck-Fischer, Göttingen

Verantwortliche Herausgeber:  
Rudolf Adam und Friedrich Specht unter Mitarbeit von Gisela Baethge und Sabine Göbel  
Redaktion: Günter Presting

42. Jahrgang / 1993

VANDENHOECK & RUPRECHT IN GÖTTINGEN UND ZÜRICH

depressive mood, loss of feelings of self-efficacy and control. Experiences in behavioral therapy underline the importance of parental cognitive processes in coping with night-waking. Data from a pilot-study are presented which included 20 infants (7–24 months). Questionnaires show that the infants are perceived as more difficult, their mothers feel more stressed and depressed, less in control of the problem than a control group. Night-waking has a strong emotional negative valence. Implications for counseling are discussed.

### Literatur

ANDERS, T. & KEENER, M. (1985): Developmental course of nighttime sleep-wake patterns in full-term and premature infants during the first year of life. I. *Sleep* 8, 173–192. – BATES, J. (1979): *Infant Characteristics Questionnaire (IQ)*. Bloomington: Indiana University. – BERNAL, J. (1973): Night-waking in infants during the first 14 months. *Developmental Medicine and Child Neurology* 15, 760–769. – BLURTON-JONES, N./FERREIRA, M./BROWN, M. (1978): The association between perinatal factors and later night waking. *Developmental Medicine and Child Neurology* 29, 427–434. – CHADEZ, L. & NURIUS, P. (1987): Stopping bedtime crying: Treating the child and the parents. *Journal of Clinical Child Psychology* 16, 212–217. – DOUGLAS, M. & RICHMAN, R. (1989): Mein Kind will nicht schlafen. Stuttgart: Fischer. – ENGFER, A. (1984): Entwicklung punitiver Mutter-Kind-Interaktionen im sozioökologischen Kontext. Arbeitsbericht. Institut für Psychologie, Universität München. – FERBER, R. (1987): The sleepless child. In: GUILLEMINAULT, C. (Ed.): *Sleep and its disorders in children*. New York: Raven Press, 141–163. – FRANCE, K. (1992): Behavior characteristics and security in sleep disturbed infants treated with extinction. *Journal of Pediatric Psychology* (in press). – FRANCE, K. & HUDSON, S. (1990): Behavior management of infant sleep disturbance. *Journal of Applied Behavior Analysis* 23, 91–98. – FRANCE, K./BLAMPIED, N. & WILKINSON, P. (1991): Treatment of infant sleep disturbance by trimeprazine in combination with extinction. *Developmental and Behavioral Pediatrics* 12, 308–314. – FRANK, R. & FREISLEDER, F. (1989): Die medikamentöse Behandlung von Schlafstörungen im Kindesalter. *Pädiatrie und Praxis* 38, 241–246. – GIBAUD-WALLSTON, J. (1977): Self-esteem and situational stress: Factors related to sense of competence in new parents. Doctoral dissertation, Diss Abstracts

Int. 39, 379 B. – JOHNSON, M. (1991): Infant and toddler sleep: A telephone survey of parents in one community. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 12, 108–114. – JONES, D. & VERDUYN, C. (1983): Behavioral management of sleep problems. *Archives of Disease in Childhood* 58, 442–444. – KATARIA, S./SWANSON, M. & TREVATHAN, G. (1986): Sleep disturbances in young children: Do they persist? *American Journal of Diseases in Children* 140, 299. – KEENER, M./ZEANAH, C. & ANDERS, T. (1988): Infant temperament, sleep organization, and nighttime parental interventions. *Pediatrics* 81, 762–771. – LARGO, R. & HUNZIKER, U. (1984): A developmental approach to the management of children with sleep disturbances in the first three years of life. *European Journal of Pediatrics* 142, 170–173. – LAWTON, C./FRANCE, K. & BLAMPIED, W. (1991): Treatment of infant sleep disturbance by graduated extinction. *Child & Family Behavior Therapy* 13, 39–56. – LAZARUS, R. & FOLKMAN, S. (1984): *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer. – LOZOFF, B./WOLF, A. & DAVIS, N. (1985): Sleep problems seen in pediatric practice. *Pediatrics* 75, 477–484. – REICHERTS, M./SCHEDELE, A. & DIETHELM, K. (1989): Zum Umgang mit Belastungssituationen in der frühen Mutter-Kind-Interaktion. Universität Fribourg. – RICHMAN, N. (1981): A community survey of the characteristics of one to two year olds with sleep disruptions. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 20, 281–291. – RICHMAN, N./DOUGLAS, J./HUNT, H./LANSDOWN, R. & LEVEREM, R. (1985): Behavioural methods in the treatment of sleep disorders: A pilot study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 26, 581–590. – RUSSELL, D. & CUTRONA, C. (1984): The provisions of social relationships and adaptation to stress. Paper presented at APA, Anaheim. – SCOTT, G. & RICHARDS, M. (1990): Night-waking in 1-year-old children in England. *Child: care, health and development* 16, 283–302. – SEYMOUR, F./BROCK, P./DURING, M. & POOLE, G. (1989): Reducing sleep disruptions in young children: Evaluation of therapist-guided and written information approaches: A brief report. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 30, 913–918. – STEINHAUSEN, H. (1988): Schlafstörungen im Kindesalter. *Kinderarzt* 19, 803–808. – WEISSBLUTH, M. (1987): Sleep and the colicky infant. In: GUILLEMINAULT, C. (Ed.): *Sleep and its disorders in children*. New York: Raven Press, 129–140. – ZUCKERMAN, B./STEVENSON, J. & BAILEY, V. (1987): Sleep problems in early childhood: Continuities, predictive factors, and behavioral correlates. *Pediatrics* 80, 664–671.

Anschr. d. Verf.: Dr. Klaus Sarimski, Kinderzentrum München, Heighhofstraße 63, 8000 München 70.

Aus der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Rheinischen Landes- und Hochschulklinik Essen  
(Direktor: Prof. Dr. Christian Eggers)

## Die Bedeutung der Schulleistungen bei Jugendlichen mit anorektischen Störungen

Renate Schepker

### Zusammenfassung

Der Frage pathologischer Wurzeln des Leistungsverhaltens von Anorexiestörungen wird empirisch und theoretisch

nachgegangen. 59 stationäre Anorexie-Patientinnen und -patienten wurden hinsichtlich des prämorbidem Leistungsverhaltens und dessen Entwicklung während der Therapie retrospektiv untersucht, 44 konnten zusätzlich

nachbefragt werden. 10 Schüler/-innen verschlechterten sich in den Leistungen, 10 verbesserten sich. Die leistungsmäßig verschlechterten Schüler/-innen zeigten eine stärkere Ausprägung der klinischen Symptomatik und längere Therapiedauer, aber einen guten Therapieerfolg hinsichtlich Aggressivität, Wiedereintreten der Menstruation und Veränderung der Familiendynamik. Die Ergebnisse werden unter neurosenpsychologischen Gesichtspunkten bewertet.

## 1 Einleitung

Patientinnen und Patienten mit Anorexia nervosa sind in der Regel gute bis hervorragende Schüler/-innen an weiterführenden Schulen, deren Schulprobleme sich meist auf das Sozialverhalten beschränken. Uneinigkeit besteht darüber, ob das Leistungsverhalten unter dem Aspekt von Abwehrmechanismen zu betrachten und damit als Teil der Gesamtpathologie zu werten ist, oder ob im Gegenteil ein durchgehend gutes Leistungsverhalten als Teil verbliebener positiver Ressourcen anzusehen ist, quasi als die gesunde Festung, auf die sich diese Jugendlichen zurückziehen. Im Sinne einer Pathologie-Hypothese betonen BEUMONT et al. (1982), HALMI et al. (1977) die Zwanghaftigkeit und SCHÜTZE (1980) den Abwehrmechanismus der Pubertätsaskese. ANDERSEN (1985) beschreibt Rollenunsicherheit und Alexithymie, daher seien die Erkrankten auf den Intellekt allein angewiesen, um mit anderen zu interagieren. In Richtung einer Über-Ich-Pathologie mit übertriebenen Versagensängsten bei Vorliegen von immenser Selbsterwartung argumentieren DALLY und GOMEZ (1979) sowie DÜHRSEN (1965).

Als Ich-Leistung beschreibt CRISP (1980) die Konzentration auf schulisches Arbeiten als eine der wenigen Möglichkeiten, mit der „die vorrangige Beschäftigung mit Nahrung und Essen eine Weile hintangehalten werden“ könne (Übers. d. d. Verf.). Auch EGGERS (1980) schildert Anorexie-Patientinnen und -patienten als ich-stark mit hoher Eigenmotivation und Leistungssehnsucht.

Das Leistungsmotiv verstärkende Faktoren werden in der familiären Leistungsdeologie gesehen (BRUCH, 1970; CRISP, 1980; SCHÜTZE, 1980). Nach SPERLING und MASSING (1970) sichern die benötigten Schulleistungen allein eine Anerkennung bei der „asketischen familiären Basisdeologie“. Geschwisterrivalität wird zusätzlich von DALLY und GOMEZ (1979), ROWLAND (1970) und SCHÜTZE (1980) betont und von BRUCH (1978) so ausgedrückt, daß das Ziel der Anorektikerin sei: „to be not good but better.“

Betrachtet man das Leistungsverhalten als pathologisch, wäre nach Abschluß einer erfolgreichen Psychotherapie eine Änderung zu erwarten und ein Abfall des Notendurchschnitts zu vermuten, sofern sich in der Notengebung die Leistungsbereitschaft der Schüler mittelbar abbildet. Bei erfolgter Symptomreduktion, aber unzureichender Strukturänderung könnten sich mit SCHÜTZE (1980) „nach Auflösung der Essensproblematik ... zwanghafte Lernleistungen verstärken“.

## 2 Methodik

Alle 59 zwischen 1979 und 1986 in der Essener Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie stationär behandelten Patientinnen und Patienten mit Anorexia nervosa wurden zunächst mittels einer retrospektiven Analyse der ausführlichen Stations- und Therapie-Aufzeichnungen einschließlich der Nachbehandlungsphase und der Schulakten der klinikinternen Schule für Kranke hinsichtlich ihres Leistungsverhaltens nachuntersucht. 44 stimmten einer Nachbefragung zu; davon gelang bei 32 sowohl die Beantwortung eines speziell erstellten und hinsichtlich seiner Verständlichkeit vorgetesteten Fragebogens als auch die Durchführung eines vertiefenden hochstrukturierten Interviews, während 10 allein den Fragebogen ausfüllten und 2 nur zu einem Interview bereit waren. Patientinnen aus 1986 wurden noch 1990 nachbefragt, so daß der minimale Katamnesezeitraum bei den Interviews 4, bei den Fragebögen 2 Jahre beträgt.

Alle Patientinnen und Patienten erfüllten die Kriterien von FEIGHNER et al. (1972) für Anorexia nervosa. Wir schlossen Patienten mit bulimischen Attacken ein, jedoch nicht bei Vorhandensein ausschließlicher Bulimia nervosa ohne einen Gewichtsverlust von mindestens 15% (in Abwandlung der Kriterien nach FEIGHNER entsprechend Empfehlungen, bei Jugendlichen den Gewichtsverlust auf die 75.-85. Perzentile des Altersdurchschnitts zu beziehen, vgl. FAIRBURN, 1987).

Die Einordnung in die Gruppen „leistungsmäßig unverändert - verbessert - verschlechtert“ erfolgte anhand des Lehrerurteils der Schule für Kranke<sup>1</sup>. Dieses bezog sich auf Beobachtungen im Unterricht im Vergleich mit den ausführlichen Mitteilungen der vorangehenden Schule. Für die Leistungsbewertung nach der Entlassung wurden die subjektiven Angaben der Jugendlichen selbst zur Güte der Schulleistungen und Notendurchschnitt als aussagekräftig genug erachtet. Zusätzliche Außenkriterien (Lehrerbefragungen o. ä.) hätten den zu erhaltenden Rücklauf unnötig eingeschränkt. Gelegentlich in den Schulunterlagen vermerkte Notizen über Rückmeldungen von seiten der weiterbetreuenden Lehrer ergaben im Einzelfall keinerlei Widersprüche. Jugendliche wurden der Gruppe der „leistungsmäßig verbesserten Schüler/-innen“ nur dann zugeordnet, wenn eine Verbesserung des Notendurchschnitts nach der Entlassung konstant zu verzeichnen war; ebenso wurde mit dem Kriterium „leistungsmäßige Verschlechterung“ verfahren.

<sup>1</sup> Die Krankenhausschule dient nach den Richtlinien des Kultusministers des Landes Nordrhein-Westfalen (1985) dem Vermitteln von Lehrstoff ohne Leistungsdruck und dem Aufbau von Motivation bei psychisch und physisch kranken Kindern, durch „positive Lernerfahrungen, Erfolgserlebnisse, Kommunikation und Kreativität“. In Kleinstgruppenunterricht mit 1-5 Schülern, bei uns ausschließlich psychisch kranken, werden bis zu 12 Unterrichtsstunden pro Woche erteilt. Es gibt keine Schulnoten, und die Lehrer haben großen Spielraum in der Gestaltung der Unterrichtsform und -inhalte. Die Lehrer gelten als Mitglieder des therapeutischen Teams.

Zur Nachbefragung wurden die Jugendlichen, bei Minderjährigen die Eltern, angeschrieben und über den Zweck der Studie unterrichtet. Die Interviews wurden von 2 trainierten, in der Klinik nicht therapeutisch tätigen und nicht über die Vorgeschichte informierten Interviewern nach einem hochstrukturierten Schema durchgeführt und mittels Tonträger aufgenommen.

### 3 Ergebnisse

#### 3.1 Charakteristika der Untersuchungsgruppe anhand der retrospektiven Analyse

Die 50 Patientinnen und 9 Patienten waren bei der Aufnahme zwischen 10 und 19 Jahre alt (Median: 15; 5 J.). Sie waren hinsichtlich schwerer Verläufe selektiert: Zur Zeit der Aufnahme betrug die Krankheitsdauer im Mittel 18 Monate, die stationäre Verweildauer lag zwischen 1/2 Monat und 1 1/2 Jahren (Median: 3 Monate). 20% hatten eine Vorgeschichte von auswärtigen Hospitalisierungen hinter sich. Von der Ausprägung der Symptomatik hinsichtlich der Anzahl an angewandten Methoden der Gewichtsabnahme, dem Grad der Abmagerung und vitalen Gefährdung, waren die unterschiedlichsten Störungsgrade vertreten. Mit 30% waren Oberschichtkinder überrepräsentiert und Mittelschicht- (46%) und Unterschichtkinder (24%) im Verhältnis zu sonstigen Inanspruchnahmepopulationen unterrepräsentiert (s. vereinfachtes Schichtenmodell bei PETRI, 1979).

36 Schüler/-innen waren Gymnasiasten (61%), 12 Realschüler (20%) und 11 Hauptschüler (19%). Im Vergleich mit der Belegung aller Sekundarstufen in Nordrhein-Westfalen (1985: 30% Gymnasien, 22% Realschule, 37% Hauptschule, 5% Gesamtschule, 6% Sonderschulen) war damit die Verteilung unserer Untersuchungsgruppe asymmetrisch. Verglichen mit dem höchsten Schulabschluß der Eltern besuchten 23 unserer Patientinnen und Patienten (37%) sowohl gegenüber dem Vater als auch der Mutter eine höhere Schulform, keine/r jedoch eine niedrigere Schulform als beide Eltern. Die Auswertung der Schulleistungen zeigte für 27 Schüler/-innen vor Ausbruch der Anorexie einen sehr guten Notendurchschnitt (1-2), für 31 einen guten bis mittleren, und nur 1 Schülerin hatte mangelhafte Schulleistungen. Bezüglich des Schulverhaltens waren folgende Beobachtungen von unseren Lehrern notiert worden: Zwanghaftes Lernen für 32 Mädchen und Jungen (58%), größere Aktivität in Konkurrenzsituationen für 22, Angst zu versagen für 21 Schüler/-innen. 34 fielen in der Schule dadurch auf, daß sie niemals Fragen stellten. Keine/r der anorektisch erkrankten Jugendlichen nahm die Gelegenheit der offenen pädagogischen Situation wahr, um Einfluß auf die Unterrichtsgestaltung zu nehmen. Aktives Interesse bestand jedoch bei einigen an den Unterrichtsinhalten, und häufig am üblicherweise nicht berücksichtigten Fach Biologie. Während des Klinikaufenthaltes vermieden 11 Schüler/-innen die Teilnahme an bewertungsfreien Schultests. Es war hinsichtlich des Schulverhaltens nicht relevant, ob eine „restricted form“

der Anorexie oder eine Anorexie mit bulimischen Episoden vorlag. Anamnestisch lagen bei 49 Patientinnen/Patienten (83%) prämorbid Hinweise auf eine intentionale Hemmung vor (DÜHRSEN, 1965): Abwesenheit einer Trotzphase, gehemmtes Frageverhalten, stille Selbstzufriedenheit. Die Therapeuten beschrieben für 31 Familien eine durchgehend hohe Leistungsideo-logie (53%).

#### 3.2 Einstellungen der Jugendlichen zur Leistung (Nachbefragung)

In der Nachbefragung bedauerten 17 ehemalige Patienten/innen (52%), daß es in der Krankenhausschule keine Noten gegeben hatte, 55% hatten die Schule langweilig und vor allem die Stundenzahl als zu gering gefunden. 28 (82% der Antworten) bestätigten eine hohe Leistungsideo-logie als eigenes Ideal, 4 negierten entgegen unseren familiendynamischen Befunden ein hohes Leistungsideal der Familie, 12 differenzierten zwischen den Eltern.

#### 3.3 Veränderungen im Schulleistungsniveau

Während der stationären Therapie hielten 39 Schüler/-innen (66%) das bisherige Leistungsniveau, 10 verbesserten sich noch in den Schulleistungen, und 10 verschlechterten sich. Verglichen mit dem Ergebnis der Nachbefragungen waren die während des stationären Aufenthaltes festgestellten Trends stabil: nur bei 8 Schüler/-innen veränderte sich das Leistungsniveau.

#### 3.4 Vergleich leistungsmäßig verbesserter mit verschlechterten Schüler/-innen

Für eine mögliche qualitative Aussage hinsichtlich einer Einordnung des Leistungsmotivs als eher pathologisch oder eher gesund wurde die Gruppe der 20 Patienten/innen, deren Leistungsniveau sich verändert hatte, einer genaueren Einzelfallbetrachtung unterzogen.

Die 10 verbesserten Schüler/-innen unterschieden sich von den verschlechterten hinsichtlich Überangepaßtheit, Konkurrenzlernen, positivem Interesse am Unterricht, Versagensängsten und Passivität nur unwesentlich, sie waren jedoch häufiger (7:3) zwanghaft im Lernverhalten, zeigten mehr Erfolgsdruck (8:4) und arbeiteten gelegentlich zusätzlich freiwillig (3:0). Nur in dieser Gruppe war ein zeitweiliges Schulverbot durch Therapeuten oder Eltern erfolgt (4:0). Die verbesserten Schüler/-innen hatten keine aggressiven Konflikte mit den Lehrern (0:3) und verweigerten seltener den Unterricht (2:5). Unter den verschlechterten Schüler/-innen wiederholten 7:(1 verbessertem) eine Klasse nach der Behandlung, ohne daß dies das Leistungsniveau deutlich heben konnte.

Die leistungsmäßig verschlechterten Schüler/-innen waren medizinisch stärker beeinträchtigt. Suizidversuche oder -gedanken waren häufiger (7:4 verbesserten). Die Behandlungsdauer war mit durchschnittlich 6 1/2 Monaten signifikant länger als im Gesamtkollektiv (t-Test:  $p < 0,05$ ), und Einzeltherapie wurde über die stationäre Phase hinaus fortgesetzt (9:4 verbesserten). Es fand sich

ein niedrigeres Durchschnittsgewicht der verschlechterten Gruppe (33,1 kg im Vergleich zu 36,8 kg) bei nur unwesentlich niedrigerem Aufnahmealter (14;6 Jahre i.V. zu 15;1 Jahren). Jedoch waren bedrohliche Zustände extremer Kachexie mit nachfolgenden Einbußen an Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit mit 4:3 annähernd gleich verteilt.

Aggressive innerfamiliäre Auseinandersetzungen kamen in der Gruppe der schulverschlechterten Patienten/innen häufig vor (8:0), bei 5 strukturierte sich die Familie um. Bei allen 10 war ein auslösendes konfliktreiches Ereignis zur Sprache gekommen (Zurückweisung von einem erwünschten Sexualpartner, ein abstoßendes Erlebnis elterlicher Sexualität, elterliche sexuelle Übergriffe oder Übergriffe in eine Freundschaftsbeziehung zwecks Verhinderung sexueller Aktivität). Von den 7 Mädchen der leistungsmäßig verschlechterten Gruppe zeigten bisher 6 nach 4 Jahren ein Wiederauftreten der Menstruation (Gesamtkatamnesekollektiv: 21 von 37 befragten Mädchen [57%] – z. T. mit Hilfe von hormonaler Substitution). Alle 10 schätzten den stationären Aufenthalt rückblickend als sinnvoll für sich ein, 4 davon mit kritischen Einschränkungen (im Gegensatz zu 3 der 6 dazu befragten früheren Patienten mit verbesserten Schulleistungen). Von seiten der Untersucher wurden aus der Gruppe der interviewten verbesserten Schüler/-innen nur 3 als erfolgreich behandelt eingeschätzt.

Nur bei einem leistungsmäßig verschlechterten Patienten war die Therapie rückblickend als nicht erfolgreich einzustufen: Er entwickelte nach Aufgabe der Anorexie ein sonderlingshaftes Wesen, verfolgte philosophische und sprachliche Interessen, die nicht auf der Ebene der Schulleistungen lagen, und lebte in schizoide Zurückgezogenheit. Im Lieblingsfach Deutsch sei er „ohne Vorbereitung besser, als die Masse je zu sein hoffen darf“.

#### 4 Diskussion

Eine einfache Einordnung pathologischer oder gesunder Leistungsmotivation bei an Anorexie erkrankten Jugendlichen verbietet sich schon deswegen, da 66% ihr mittleres oder gutes Leistungsniveau unter und nach der Behandlung hielten. Weder gab die Mehrzahl der Patienten/-innen gleichzeitig mit der anorektischen Symptomatik die hohe Leistungsbereitschaft auf, noch verstärkte sich das Leistungsverhalten im Sinne eines Symptomwandels. Somit könnte es sich beim Leistungsmotiv Jugendlicher mit anorektischen Störungen um eine unabhängige Größe handeln; oder aber es ist davon auszugehen, daß entsprechend der im Katamnesezeitraum erzielten Remissionsrate (nur 57% menstruierender Mädchen, z. T. hormonell induziert) ein profunder Therapieerfolg nicht erzielt wurde. Hierbei ist einzuräumen, daß der Katamnesezeitraum gemäß Übereinkunft (STEINHAUSEN, 1979) nicht durchgehend die geforderten 4 Jahre erfüllte, so daß die Remissionsquote tatsächlich auch höher liegen könnte.

Es wurde angenommen, daß die Notengebung in der Schule das Leistungsverhalten mittelbar widerspiegelt. Schulische Faktoren (Unterrichtsgestaltung, Lehrervaria-

blen, Klassenstand), unterschiedliche Begabung und soziale Faktoren mit ihren nachweislichen Auswirkungen auf die Notengebung wurden nicht berücksichtigt. Eine Intelligenzuntersuchung war nicht bei allen bzw. nicht mit dem gleichen Verfahren durchgeführt worden, ebensowenig wurden schulische Faktoren untersucht. Der prämorbide Notendurchschnitt reichte nicht aus, um Untergruppen zu bilden. Uns interessiert jedoch weniger die objektive Leistung als die Leistungshaltung der erkrankten Jugendlichen, die Schulnoten als Bewertungskriterium mangels eigener stabiler Bewertungsfunktion benötigen (52% der Interviewten beklagten deren Fehlen in unserer Schule).

Zeigte sich bei der Mehrzahl der Jugendlichen die Schulleistung durch therapeutische Maßnahmen unbeeinflusst, bietet der Verlauf bei dem Drittel der Patientinnen und Patienten Aufschluß über die Frage einer „Leistungspathologie“, deren Schulleistungen sich unter Therapie veränderten. Aus den vorgelegten Ergebnissen geht hervor, daß eine weitere Verbesserung in den Schulleistungen mit Wahrscheinlichkeit mit einem Nicht-Bewältigen des anorektischen Problems einhergeht: Ausbleibende Auseinandersetzung mit den Eltern, schlechte Prognose, unbefriedigende Einstufung in der Katamnese, negative Bewertung der Behandlung durch die Jugendlichen selbst fanden sich bei je 70% und mehr in dieser Gruppe, ein Wiederauftreten der Menstruation bei nur der Hälfte der nachbefragten Mädchen. – Umgekehrt zeigten sich in der Gruppe derer, die während und nach der Behandlung trotz Klassenwiederholung in den Schulleistungen abfielen, zu 90% und mehr befriedigende Ergebnisse, wobei diese Jugendlichen sich überwiegend einer längeren Psychotherapie und Familientherapie unterzogen hatten und gemäß der Therapiedokumentation eine Bearbeitung der zentralen Konfliktbereiche erfolgt war. Hieraus kann gefolgert werden, daß mit Nachreife der Persönlichkeit die Notwendigkeit, sich durch gute Schulleistungen zu stabilisieren, abnahm.

Leistungsmotivation birgt im Gegensatz zur allgemeinen Anstrengungsbereitschaft die Besonderheit, daß das Qualitätskriterium für Leistung von der sozialen Umwelt gesetzt wird (NATORP, 1980). Während im Kleinkindalter nach VEROFF (1969) die autonome Leistungsmotivation überwiegt („Funktionslust“), folgt mit Dominanz im 7.-9. Lebensjahr die soziale Leistungsmotivation, die zum integrierten Leistungsmotiv weiterentwickelt wird, einer Kongruenz zwischen internalisierten und von der Umwelt geforderten Standards. Die Hypothese HECKHAUSENS (1972), daß die Leistungsmotivation mit 6 Jahren abgeschlossen sei, ist somit hinsichtlich des erfolgreichen Eintritts in die Phase nur sozialer Motiviertheit zu relativieren. An Anorexie erkrankte Jugendliche bleiben gemäß der Schilderung des Unterrichtsverhaltens auf der Stufe der sozialen Motiviertheit stehen, d.h. sie verbleiben in der Entwicklung der Leistungsmotivation in der Kindheitsphase oder kehren zu dieser zurück, anstelle über Anerkennungswünsche hinaus ins Leistungsmotiv auch Selbstverwirklichungsbedürfnisse zu integrieren (MASLOW, 1954).

Nach ENGEL (1991) erleben an Anorexie erkrankte junge Frauen in ihren Familien eine wesentlich stärkere Leistungsorientierung als Kontrollprobandinnen. Entsprechend konnten wir für den Großteil der Familien nachweisen, daß Schulleistungen im Sinne eines spezifischen Interaktionsmusters den Kindern die oft einzige Anerkennung sicherten. Dort, wo unterschiedliche Haltungen bei den Eltern zur Leistung bestanden, wurde die Leistungs-ideologie von dem idealisierten Elternteil oder einem Großelternanteil vertreten (8 Familien). Dabei ist gemäß DALLY und GOMEZ (1969) die Leistungsorientierung nicht unbedingt eine Frage von „offensichtlichem Druck“, sondern setzt sich über familiäre Normen durch: Alles für andere tun, nichts für sich selbst, eine von Schuldgefühlen geleitete, depressive Pflichterfüllung ohne Begeisterung. Stille Selbstbeschäftigung schon im Kleinkindalter, als frühes Entwicklungsziel der Eltern, hemmt nach GROSSMANN (1984) die Aneignung der Umwelt, führt zur Ausbildung intentionaler Defizite, die sich auf der schulischen Ebene in nur rezeptivem Lernen und der Unfähigkeit, Fragen zu stellen, äußern können. Intentionale Hemmungen (DÜHRSEN, 1980, VON VIEBAHN, 1986) konnten wir bei 49 der 59 untersuchten Jugendlichen feststellen. Zwar entwickeln anorektisch erkrankte Jugendliche sehr wohl Neugier – diese wird dann jedoch über das subtile Erspüren der Bedürfnisse anderer verwirklicht, oft kontrollierend und manipulierend, im Sinne eines „Lebens aus 2. Hand“ und zum Teil im Sinne des Abwehrmechanismus projektiver Identifizierungen. Der Mangel an genuinen eigenen Erfahrungen bestätigt dann circular Selbstunsicherheit und Insuffizienzgefühle.

Ist nun das Leistungsmotiv der anorektisch Erkrankten nicht als eine Ich-Leistung im Dienst der Autonomieentwicklung und Progression, sondern als eine aus dem Kindesalter übernommene Anpassungsleistung einzuschätzen, stellt sich die Frage der korrespondierenden Über-Ich-Pathologie. Die Patientinnen und Patienten unserer Untersuchung lassen sich überwiegend als strukturell schwerer gestört beschreiben. 13 der 16 tiefenpsychologisch behandelten Jugendlichen wurden als narzißtisch strukturiert diagnostiziert und entsprachen damit den Auffassungen KESTEMBERG et al. (1972); auf einen Teil trafe auch mit WURMSER (1987) die Beschreibung einer schweren depressiven Störung zu. Ist die Selbstentwicklung noch der Stufe der archaischen Objektbeziehungen des Kleinkindalters mit grandios-exhibitionistischen Erwartungen und Omnipotenzphantasien verhaftet, resultiert mit KERNBERG (1982, 1983) neben einem libidinös besetzten pathologischen Selbst mit pathologischen realen und idealen Selbstrepräsentanzen sowie überhöhten idealisierten Objektrepräsentanzen auch eine pathologische Über-Ich-Entwicklung. Das Ich-Ideal, das als Substruktur des Über-Ich ideale Selbst- und Objektimages enthält und die Funktion einer Selbstwerterhöhung bei Erfüllung dieser Anforderungen hat, bleibt zu wenig integriert. Damit bleibt das Über-Ich übermäßig aggressiv determiniert und der sogenannte gratifizierende Anteil unentwickelt. Es wird somit derart strukturierten Jugendlichen kaum möglich, eigene Erfolge und Anstrengungen zu honorieren (vgl. KERN-

BERG, 1983), so daß sie auf ein äußeres Bewertungssystem in Form von Noten oder elterlichem Lob angewiesen bleiben. WURMSER (1987) subsumiert dem Über-Ich neben dem Ich-Ideal mit den assoziierten Funktionen der Selbstkritik und -bestrafung auch die Stimmungs- und Affektregulierung, die Selbstbeobachtung, die Wacht über innere und äußere Grenzen und die Billigung und Beschützung der eigenen Person. Selbstbeobachtung und das Wachen über innere und äußere Grenzen sind bei Patientinnen und Patienten mit Anorexie nicht nur hinsichtlich ihres Körperbildes gestört. Auch real erbrachte Leistungen wurden von unseren Patientinnen und Patienten verzerrt wahrgenommen, und es war in der Therapie oft nur über die Identifizierung mit dem immer wieder bestätigenden Therapeuten möglich, eigenes positiv Erbrachtes gelten zu lassen. In der Adoleszenz ist die Aufgabe einer neuerlichen Modifikation von Über-Ich-Anteilen zu leisten (BLOS, 1962). Bei Anorexierechnen persistiert ein kindliches Über-Ich, ein „verküppelndes Gewissen im Erwachsenenalter“ (DALLY und GOMEZ, 1979). Nach KESTEMBERG et al. (1972) bestimmt die Anforderung, dem archaisch-narzißtischen Ich-Ideal zu entsprechen, die Handlungen der anorektischen Patientinnen, macht Mißerfolg unerträglich. BLOS (1962): „Wenn die Erwartungen des Ich-Ideals vernachlässigt werden, kommt es zu einem Schock für das narzißtische Gleichgewicht und zu einem schädigenden Einfluß auf das Ich, der mit sozialer Angst einhergeht“ (S.209, dt. Ausgabe 1978). Hier haben das starke Streben nach Höchstleistungen, die Notwendigkeit, sich von den übrigen Schülern abzuheben, der soziale Rückzug sowie die vernichtenden Insuffizienzgefühle ihre Wurzeln. Die Vermeidung von Insuffizienzgefühlen (BRUCH, 1978, 1982) war zum Teil Anlaß für Schulverweigerung im stationären Rahmen. Nach WURMSER (1987) werden mit der Symptomatik Gefühle von Angst, Schuld und Scham gegenüber einem archaisch aggressiven, hypertrophen Über-Ich abgewehrt. Auf diesem Hintergrund haben die Leistung des Hungerns und das Erbringen überdurchschnittlicher Anstrengungen für die Schule die gleiche Funktion. Jeder bulimische Impulsdurchbruch und auch eine Leistungsverweigerung kann eine „Wendung ins Gegenteil“ darstellen, ein „trotziges Aufbäumen gegen einen besonders beschwerlichen und kritisierenden Teil der inneren Autoritätsfigur und dessen kurzfristige Absetzung“ (WURMSER, 1987, S.235), etwa nach bereits erfolgter Stärkung des Ich gegenüber dem Über-Ich. Im familiären Rahmen ist darüber hinaus zu berücksichtigen, daß nach WURMSER (1987, S.322) „die Wiederbehauptung einzelner Triebwünsche ... zu Symbolen der Autonomie geworden (z. B. die Gewalt über das Essen)“ sein können. Im Rahmen einer progressiven Entwicklung stünde nicht mehr der Essens-, sondern adäquater der Leistungs- bzw. Aneignungsbereich im Dienst der Abwehr von Angst vor Ausgeliefertsein und Selbstverlust. Bei unseren 10 in ihren Schulleistungen verbesserten Patienten/-innen mündete dies in eine katamnestic bestätigte asketische Leistungs-ideologie. Diese wurde von A. FREUD (1975) als intellektualisierende Abwehr im Rahmen der Pubertätsaskese beschrieben.

Dem Ursprung des Über-Ich im Sinne FREUDS folgend, wäre auch nach der Vermischung mit ödipalen Konflikten zu suchen. DEGENER (1982) wies auf die Abwehr der Selbstbestrafungstendenzen durch ein strenges Über-Ich im Rahmen ödipaler Konstellationen „durch überhöhten Ehrgeiz“ hin.

Eine unserer anorektischen Patientinnen litt an einer Französisch-Phobie: Französisch war das Lieblingsfach der Mutter, die damit Erinnerungen an amouröse Abenteuer verknüpfte, und repräsentierte gleichzeitig Ausdrucksformen des väterlichen Berufes („Haute Cuisine“). Die Patientin symbolisierte unbewußt mit der Ablehnung des Faches die Ablehnung elterlicher Sexualität und eigener, an den Vater gerichteter sexueller Wünsche.

Die Unfähigkeit zu fragen und die Neigung zu intellektualisieren hängt bei Kindern nach DÜHRSEN (1980) mit verdrängter sexueller Neugier zusammen. Mit allen schulverschlechterten Patientinnen und Patienten konnten in der Einzeltherapie sexuelle Themen angesprochen werden (vgl. THEANDER, 1970).

Erhält sowohl Aggressivität als auch Sexualität einen Raum in der Therapie und qua Über-Ich-Modifikation konsekutiv auch in der Interaktion mit den Eltern, ist der Weg zur Entwicklung einer integrierten Motivation wieder frei, d. h. die Patienten können einen inhaltlichen Zugang zum Schulstoff finden.

Mittels des so skizzierten psychogenetischen Modells erklären wir uns das überzufällig häufige Zusammentreffen von Therapieerfolgen, Expansivität und Schulverschlechterung bei 10 der untersuchten Patientinnen und Patienten. Wir plädieren dafür, das gute Schulleistungsniveau anorektisch erkrankter Jugendlicher als Teil des komplexen Krankheitsgeschehens einzustufen.

### Summary

#### *School Performance in Adolescents with Anorectic Disorders*

The question of pathologic roots of achievement patterns in girls and boys suffering from anorectic disorders is investigated by empirical and theoretical means. Records of 59 inpatients were reviewed with special emphasis on premorbid school achievement and its development during therapy. 44 completed a catamnestic questionnaire or interview. 10 students performed better, 10 worse. The latter differed in severity of clinical symptoms, duration of stay and continuing therapy, improvement in aggressiveness, recurring menstration and changes in family interactions. Results are discussed regarding psychodynamic issues.

### Literatur

- ANDERSEN, A. E. (1985): Practical comprehensive treatment of anorexia nervosa and bulimia. E. Arnold Ltd. – BEUMONT, P. J. V./RUSSEL, G. F. M. (1982): Anorexia nervosa. In: BEUMONT, P. J. V./BURROWS, G. D. (eds.): Handbook of psychiatry and endocrinology. Amsterdam: Elsevier. – BLOS, P. (1967): On adolescence. A psychoanalytic interpretation. New York: The Free Press; dt. Ausgabe: Adoleszenz. Eine psychoanalytische Interpretation. Stuttgart: Klett-Cotta; 2. Auflage. 1978. – BRUCH, H. (1970): Family background in eating disorders. In: ANTHONY, E. J./KOUERNIK, C. (eds.): The child and his family. New York: Wiley. – BRUCH, H. (1978): The golden cage. Cambridge, MA: Harvard University Press. – BRUCH, H. (1982): Anorexia nervosa: Therapy and theory. Am. J. Psychiatry 139, 1531–37. – CRISP, A. H. (1980): Anorexia nervosa: Let Me Be. London: Academic Press. – DALLY, P./GOMEZ, J. (1979): Anorexia nervosa. London: Heinemann. – DEGENER, G. (1982): Ödipale Konstellationen bei Anorexia nervosa. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 31, 291–297. – DÜHRSEN, A. (1965): Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 5. Auflage. – DÜHRSEN, A. (1980): Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. – EGGERS, CH. (1980): Anorexia nervosa und Adipositas. In: Psychologie des 20. Jahrhunderts Bd. XII. Zürich: Kindler. – ENGEL, K. (1991): Die familiären Interaktionen von Anorexiopatienten. System Familie 4, 150–157. – FAIRBURN, C. G. (1987): Diagnostic criteria for anorexia and bulimia nervosa. Vortrag auf dem Kongress „Gestörtes Eßverhalten“, Göttingen 5.–7. 3. 1987. – FEIGLINER, J. P./ROBINS, E./GUZE, S. B./WOODRUFF, R. A./WINOKUR, G./MUNIZ, R. (1972): Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Arch. Gen. Psychiatry 26, 57–63. – FREUD, A. (1975): Das Ich und die Abwehrmechanismen. München: Kindler; 9. Auflage. – GARFINKEL, P. E./GARNER, D. M. (1982): Anorexia nervosa – a multidimensional perspective. New York: Bruner & Mazel. – GROSSMANN, K. E. (1984): Die Ontogenese kindlicher Zuwendung gegenüber Bezugspersonen und gegenüber Dingen. In: EGGERS, CH. (Hrsg.): Bindungen und Besitzdenken beim Kleinkind. München: Urban & Schwarzenberg. – HALMI, K. A./GOLDBERG, S. C./CASPER, R. C./ECKERT, E. D./DAVIS, J. M. (1977): Pretreatment evaluation in anorexia nervosa. In: VIGERSKI, R. A. (ed.): Anorexia nervosa. New York: Raven Press. – HECKHAUSEN, H. (1972): Interaktion der Sozialisationsvariablen in der Genese des Leistungsmotivs. In: GRAUMANN, C. (Hrsg.): Handbuch der Psychologie VII. Göttingen: Hogrefe. – KERNBERG, O. F. (1983): Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Frankfurt: Suhrkamp. – Kernberg, O. F. (1982): Self, ego, affects, and drives. J. Amer. Psychoanal. Ass. 30, 893–917. – KESTEMBERG, E./KESTEMBERG, J./DECOURT, S. (1972): La faim et le corps. Le fil rouge. Paris: Presses univ. de France. – Kultusminister des Landes NRW (1985): Richtlinien für den Unterricht kranker Schüler in der Schule für Kranke (Sonderschule) und im Hausunterricht (Sonderunterricht). Rd. Erl. vom 24.10.1984, Köln. – MASLOW, A. H. (1954): Motivation und Personality. New York: Harper. – MORGAN, H. G./RUSSEL, G. F. M. (1975): Value of family background and clinical features as predictors of long-term-outcome in anorexia nervosa: four-year-follow-up study of 41 patients. Psychol. Med. 5, 355. – NATORP, E. (1980): Die Entwicklung der Leistungsmotivation. In: Die Psychologie des 20. Jahrhunderts XI/1. Zürich: Kindler. – PETRI, H. (1979): Soziale Schicht und psychische Erkrankung im Kindesalter und Jugendalter: eine Erprobungsstudie an einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. – ROWLAND, C. V. (1970): Anorexia nervosa. A survey of the literature and review of 30 cases. In: ROWLAND, C. V. (ed.): Anorexia and obesity. Boston: Little & Brown. – SCHÜTZE, G. (1980): Anorexia nervosa. Bern: Huber. – SPERLING, E./MASSING, A. (1970): Der familiäre Hintergrund der Anorexia nervosa. Z. Psychosom. Med. 16, 130–141. – STEINHAUSEN, H. C. (1979): Anorexia nervosa – eine aktuelle Literaturübersicht. Teil 2: Therapie und Verlauf. Z. Kinder-Jugendpsychiatr. 7, 249–271. – THEAN-

DER, S. (1970): Anorexia nervosa: A psychiatric investigation of 94 female patients. Acta psychiat. Scand. Suppl. 214. – VERHOFF, J. (1969): Social comparison and the development of achievement motivation. In: SMITH, C. P. (ed.): Achievement-related motives in children. New York: Russel-Sage-Found. – VON VIEBAHN, L. (1986): Seelische Entwicklung und ihre Störungen. Göttingen:

Vandenhoeck & Ruprecht. – WURMSER, L. (1987): Flucht vor dem Gewissen. Berlin: Springer.

Anschr. d. Verf.: Dr. Renate Schepker, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Rheinische Landes- und Hochschulklinik Essen, Hufelandstraße 55, 4300 Essen 1.