

H. Remschmidt, F. Wienand und C. Wewetzer

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
(Direktor: Prof. Dr. med. Dr. phil. H. Remschmidt) der Philipps-Universität Marburg

Long Term Prognosis in Anorexia nervosa

Summary. Follow-up studies using the same prognostic criteria have shown that about 48% of the patients had recovered at follow-up, while 28% revealed further difficulties with eating, weight and figure, and 24% remained anorectic. Our own study on 103 patients who underwent inpatient treatment, revealed unexpectedly good results: according to the criteria of Morgan and Russell, 72% ($n = 58$) showed a good prognosis, 11% ($n = 9$) a fair, and 17% ($n = 14$) an unfavourable prognosis. 3 patients had died during the follow-up interval. It was possible to predict the long-term outcome from weight recovery during inpatient treatment, more successfully in patients with favourable than unfavourable outcome. The best predictors were: time until weight stabilization, the ratio ideal weight/stabilized weight, and age at onset of the eating disorder.

Key words: Anorexia nervosa – Long-term follow-up – Prognosis – Prediction.

Zusammenfassung. Katamnestiche Untersuchungen zum Langzeitverlauf der Anorexia nervosa, die nach einheitlichen Kriterien durchgeführt wurden, zeigen, daß rund 48% der Patientinnen und Patienten wieder gesund werden, während 28% weiterhin Schwierigkeiten mit Essen, Gewicht und Figur haben und 24% auch weiterhin anorektisch bleiben. In einer eigenen Untersuchung an 103 Patientinnen und Patienten, die stationär behandelt worden waren, wurden nach einem mittleren Katamneseintervall von 11,7 Jahren recht gute Erfolge erzielt: 72% ($n = 58$) entsprachen den Kriterien von Morgan und Russell für eine gute Prognose, 11% ($n = 9$) für eine mittlere und 17% ($n = 14$) für eine ungünstige Prognose. 3 Patienten waren im Katamnesezeitraum verstorben. Aus dem Gewichtskurvenverlauf während der stationären Behandlung konnte der Langzeiterfolg relativ gut vorausgesagt werden, für Patienten mit günstiger Prognose besser als für solche mit ungünstiger. Dabei erwiesen sich die Zeitdauer bis zur Gewichtsstabilisierung, der Quotient von Idealgewicht durch stabilisiertes Gewicht und das Alter bei Erkrankungsbeginn als wichtigste Prädiktoren.

Schlüsselwörter: Anorexia nervosa – Langzeitverlauf – Prognose.

Einleitung und Literaturüberblick

Mit der Zunahme anorektischer Patientinnen und Patienten in ambulanten und stationären Behandlungseinrichtungen stellt sich die Frage nach dem Langzeitverlauf dieser Erkrankung verschärft. Es existieren mittlerweile eine Reihe von katamnestiche Untersuchungen (Übersicht bei Steinhausen u. Glanville [19, 20]). Viele Untersuchungen sind jedoch nicht miteinander vergleichbar, weil entweder die Diagnose der Anorexia nervosa nicht nach denselben einheitlichen Kriterien gestellt wurde (überdies wurden früher die bulimischen Verläufe noch nicht abgegrenzt) oder weil auch die Kriterien für die Beurteilung des Verlaufes sehr unterschiedlich waren. Hinzu kommen eine Reihe zusätzlicher Probleme, mit denen katamnestiche Untersuchungen generell zu kämpfen haben, wie: Verweigererrate, Schrumpfung der Stichprobe durch Wegzug oder Tod, unterschiedliches Katamneseintervall, Nicht-Berücksichtigung unterschiedlicher Verlaufstypen der Erkrankungen usw.

In den letzten 10 Jahren haben sich die von Morgan u. Russell [13] eingeführten Kriterien in mehreren Verlaufuntersuchungen durchgesetzt, so daß es zumindest einige weitgehend vergleichbare Studien gibt. Diese Kriterien sind in drei Stufen definiert:

I. Gute Prognose: Diese Kategorie trifft zu, wenn sich das aktuelle Gewicht zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung zwischen 85% und 115% des Idealgewichtes bewegt und die Periode regelmäßig ist.

II. Mittlere Prognose: Diese Kategorie wird dann angewandt, wenn das Körpergewicht zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung zwar zwischen 85% und 115% des Idealgewichtes variiert, aber stärker schwankt oder wenn das Körpergewicht über 115% (Idealgewicht gleich 100 gesetzt) liegt und/oder Menstruationsstörungen vorliegen.

III. Ungünstige Prognose: Sie liegt dann vor, wenn das aktuelle Körpergewicht zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung unter 85% liegt und die Menstruation nicht wieder eingetreten ist.

In Tabelle 1 sind die Ergebnisse von 4 katamnestiche Studien wiedergegeben, in denen der Erfolg nach den o. g. Kriterien beurteilt wurde. Unsere eigene Studie ist als fünfte angefügt. Die Tabelle zeigt, daß man nach mindestens 4jährigem Katamneseintervall bei rund 48% mit einer guten Prognose, bei 28,2% mit einer mittleren und bei

Tabelle 1. Katamnestiche Untersuchungen zur Anorexia nervosa. (Nach [18])

	Pa- tienten (n)	Prognosekategorien		
		Gut	Mittel	Schlecht
Morgan u. Russell [12]	41	16 39%	12 29,3%	13 31,7%
Hsu et al. [11]	100	48 48%	30 30%	22 22%
Morgan et al. [14]	76	45 59,2%	15 19,7%	16 21,1%
Hall et al. [11]	49	18 36,7%	18 36,7%	13 26,5%
	266	127 47,7%	75 28,2%	64 24,1%
Vorliegende Unter- suchung (1988)	81	58 72%	9 11%	14 17%

Tabelle 2. Verlaufstypen der Anorexia nervosa. (Nach [18])

	Ziolko		Steinhausen/ Glanville		Vorliegende Studie	
	n	%	n	%	n	%
Akut	1	3,6	0	0	16	20,3
Einfach chronisch	20	71,4	9	42,8	38	48,1
Chronisch rezidivierend	5	17,4	6	28,6	20	25,3
Chronisch persistierend	2	7,1	6	28,6	5	6,3
	28		21		79	

Tabelle 3. Anorexia nervosa: prämorbid Auffälligkeiten. (Nach [3])

Symptome	Nach Angaben der Patienten	Nach Angaben der Eltern
	%	
Angstgefühle	72	56
Depressive Verstimmungen	61	30
Körperliche Beschwerden	44	56
Zwangsphänomene	39	19
Phobien	22	37
Gefühle von Wertlosigkeit	22	7

Tabelle 4. Psychiatrische Diagnosen zur Zeit der Nachbefragung^a [20]

	n	%
Unauffällig	61	47
Anorexia nervosa	37	25
Neurosen	15	11
Psychotische Depression	9	6
Schizophrenie	3	2
Borderline-Psychosen	4	3
Persönlichkeitsstörungen	2	1
Total	131	101

^a Durchschnittlich 12,5 Jahre (4–22 J) nach Erstkontakt

24,1% mit einer ungünstigen Prognose rechnen kann. In der zuletzt genannten Gruppe sind auch jene Patienten zu finden, die langfristig an der Erkrankung sterben. Die Mortalitätsrate der Anorexia nervosa liegt immer noch zwischen 7 und 15%.

Die hier referierten Untersuchungen geben nur das globale Ergebnis an, nicht jedoch den Verlaufstypus der Erkrankung. Eingewandt werden kann ferner, daß die Kriterien von Morgan u. Russell [13] sehr allgemein sind und den psychopathologischen Befund nicht hinreichend berücksichtigten.

Es liegen zwei Studien vor, die den Verlaufstypus der Erkrankung berücksichtigen [20, 22]. Trotz der geringen Stichprobengröße ist die Berücksichtigung des Verlaufstypus der Erkrankung von großer Bedeutung und erlaubt differenzierte Betrachtungen der Langzeitperspektive. Im Sinne von Ziolko [22] bedeutet ein *akuter* Verlauf ein völliges Verschwinden der Symptomatik innerhalb weniger Monate. Ein *einfach-chronischer* Verlauf bedeutet eine mehrjährige Krankheitsdauer mit einem mehr oder weniger ausgeprägten Abklingen des Krankheitsbildes. *Chronisch-rezidivierender oder intermittierender* Verlauf bedeutet, daß die Symptomatik während vieler Jahre erneut akut wird mit zwischenzeitlichen symptomstumpfen Phasen, und ein *chronisch-persistierender* Verlauf schließlich ist gekennzeichnet durch eine unveränderte oder gar verstärkte Symptomatik ohne Remission.

Die Ergebnisse der Studien von Ziolko [20] und Steinhausen u. Glanville [20] sowie unserer eigenen sind in Tabelle 2 wiedergegeben. Auf die Ergebnisse wird später eingegangen.

In verschiedenen Studien wurde auch die psychosoziale Anpassung der Patientinnen und Patienten zum Katamnesezeitpunkt objektiviert [12, 13]. Dabei zeigte sich, daß rund 35-55% auch später noch Schwierigkeiten in familiären Beziehungen hatten und ein Viertel bis zur Hälfte der Patientinnen und Patienten an sozialen Ängsten litten.

Schließlich wurde in Langzeituntersuchungen auch auf prämorbid Auffälligkeiten [3] und auf die psychiatrischen Diagnosen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung geachtet [21]. Die Ergebnisse dieser Studien sind in den Tabellen 3 und 4 wiedergegeben.

Tabelle 3 zeigt, daß ein großer Teil der Patienten vor Manifestation der Erkrankung an Angstgefühlen, depressiven Verstimmungen, körperlichen Beschwerden und Zwangssymptomen litt. Auch Phobien kamen relativ häufig vor.

Wie aus Tabelle 4 hervorgeht, waren knapp die Hälfte der Patienten der bislang größten Stichprobe von Tolstrup et al. [21] nach rund 12,5 Jahren unauffällig, ein Viertel litt noch an einer Anorexia nervosa, knapp ein Viertel der Patienten wies andere psychiatrische Diagnosen auf.

Nach den bisherigen Ergebnissen katamnestiche Untersuchungen sind folgende Faktoren als *prognostisch ungünstig* anzusehen: bulimischer Verlaufstyp, selbstinduziertes Erbrechen, Laxantienabusus, extremer Gewichtsverlust, gestörte Einstellung zur Sexualität, ausgeprägte Körperschemastörung, prämorbid Auffälligkeit