

Katamnese-Studie

Nachhaltigkeit des Therapieerfolgs und Analyse der Rückfälle

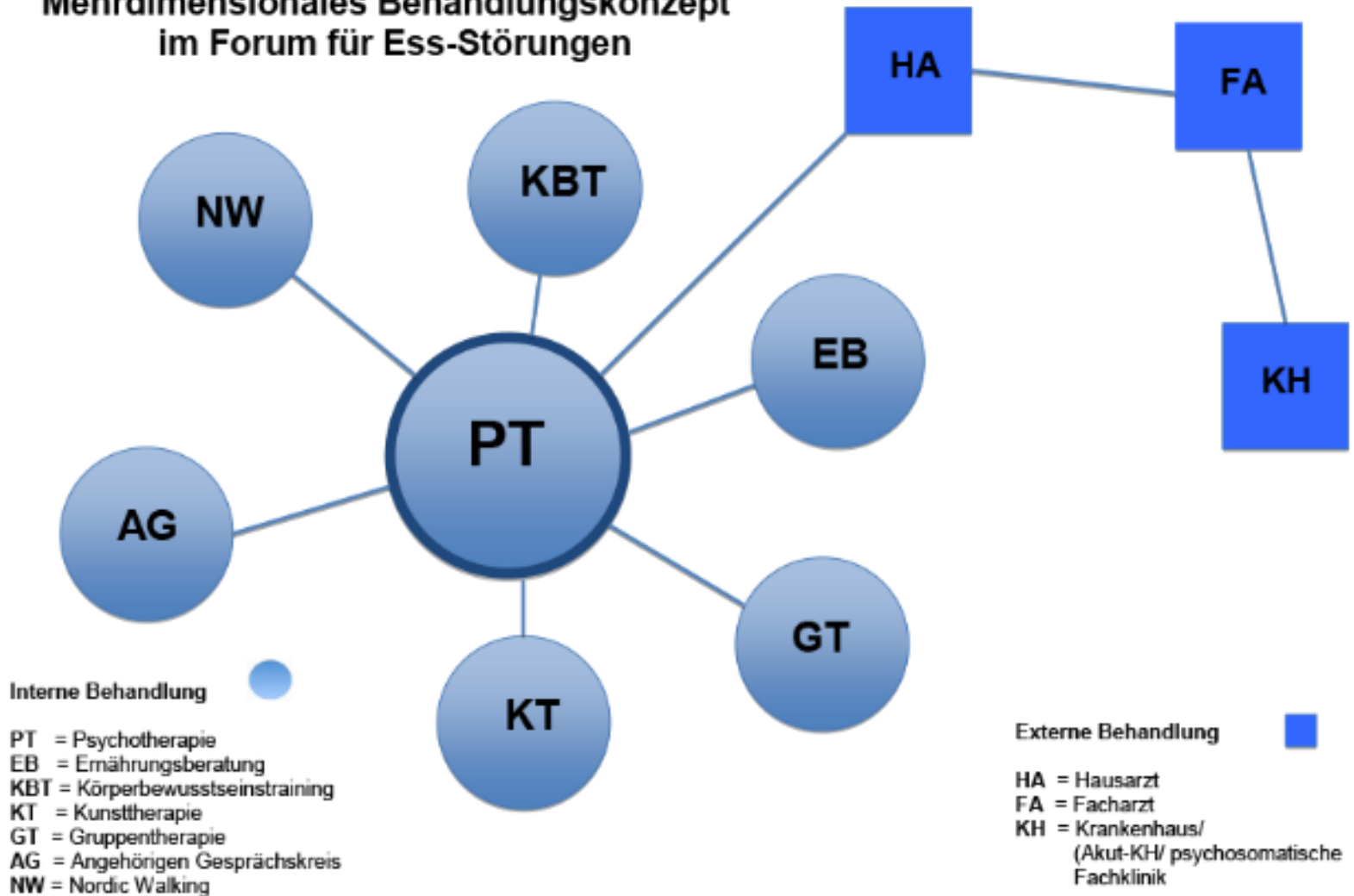
6. DGESS Kongress, 1.-3. März 2018, München

Dr. Doris Weipert

Forum für Ess-Störungen, Wiesbaden



Mehrdimensionales Behandlungskonzept im Forum für Ess-Störungen



Fragestellung dieser Studie:

- Wie verändert sich das Symptomenverhalten bei Patienten mit Anorexie, Bulimie und Binge-Eating Syndrom nach Ende einer erfolgreichen Therapie?
- Bleibt der **Therapieerfolg (0-10)** stabil oder verändert sich dieser über die Zeit nach Ende der Behandlung?

Bewertung des Therapieerfolgs (0-10) durch die zuständige Therapeutin:

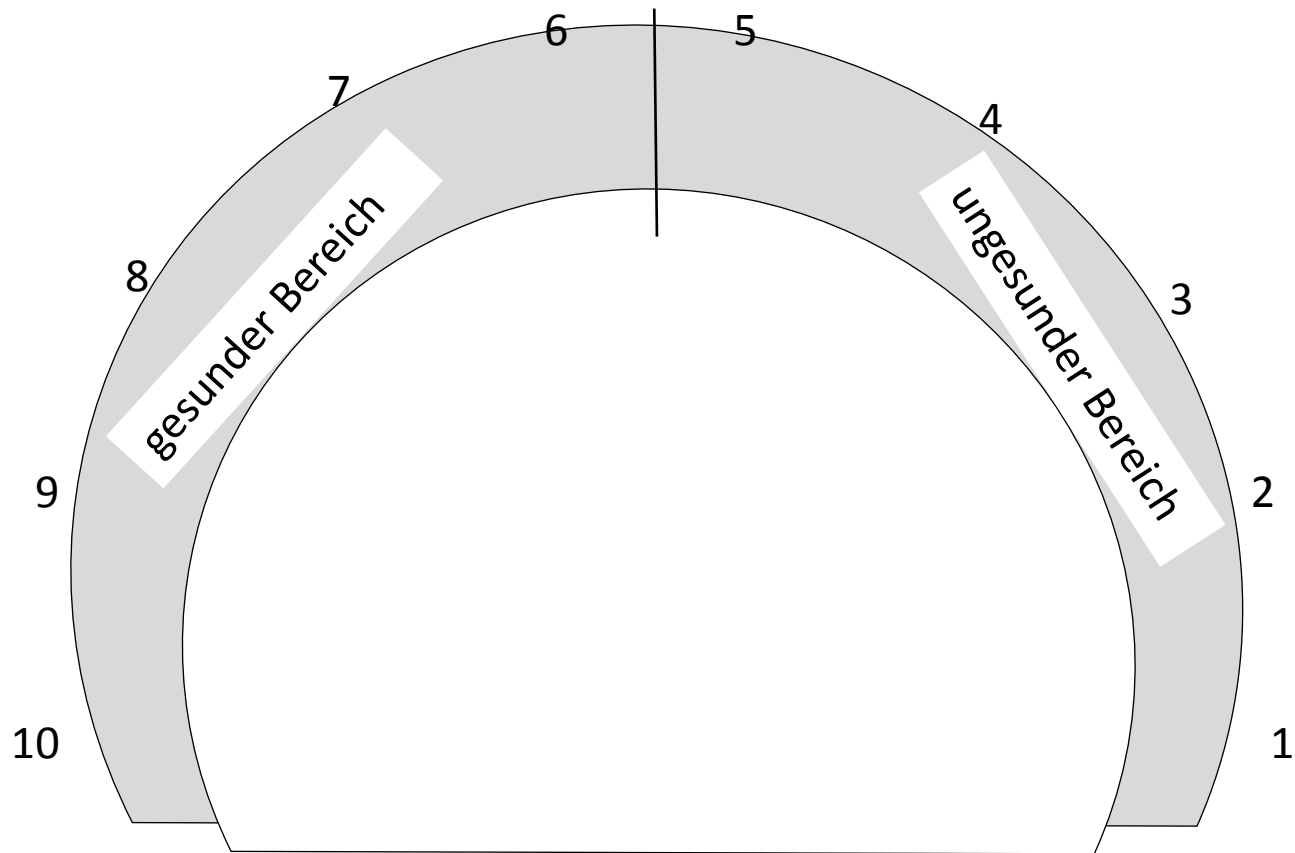
(vergleichbar mit der Einschätzung durch den Patienten in Touyz et al. „Eating Disorders“ (2008, Seite 42))

- 9-10** : komplett symptomfrei bezüglich der ES
- 7-8** : nur noch geringfügige, nicht krankheitswertige Rückfälle (keine Diagnose mehr)
- 5-6** : deutliche Verbesserung der ES (<50%), dennoch diagnoserelevante Kriterien vorhanden
- 3-4** : mittlere Verbesserung der ES (30-40%), Symptomatik erfüllt weiterhin Diagnosekriterien
- 1-2** : nur geringfügige Verbesserung der ES
- 0** : keinerlei Veränderung in der Symptomatik

Selbsteinschätzung – Wo stehen Sie jetzt / aktuell auf Ihrem Weg zur Gesundheit?

Bitte bewerten Sie mit den folgenden Buchstaben die verschiedenen Bereiche:

- K = Körperlicher/ medizinischer Zustand
- E = Ernährungszustand / Energie
- S = Soziale Beziehungen
- G = Gefühle/ Stimmungen
- KG = Körpergewicht



sehr gesund 10/10

Sehr ungesund 1/10

Bisherige Forschungsergebnisse:

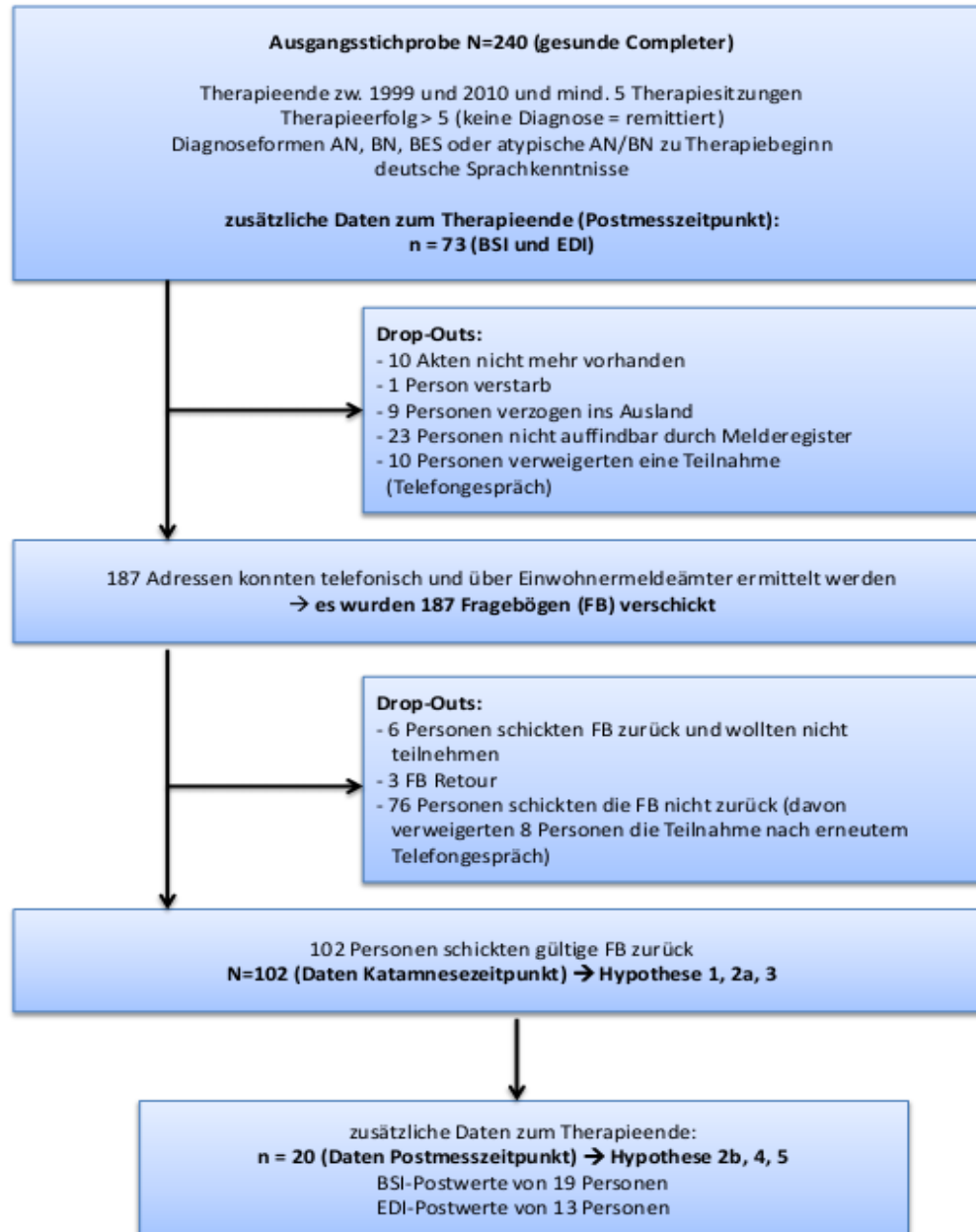
- Steinhausen 2002 und 2009 (Reviewarbeit, verschiedene Behandlungsansätze):
 - Remission langfristig (Katamnesedauer >10 Jahr)
 - Anteil Remissionen (Voll- und Teilremission) steigt mit längerer Katamnesedauer
 - Anorexie: 73,2% Vollremission, 8,5% Teilremission
 - Bulimie: 44% Vollremission, 28,4% Teilremission
- Fichter et al. (1998)
 - Binge Eating Disorder (Katamnesedauer durchschnittlich 6,6 Jahre)
 - stationäres Setting mit multimodalen KVT behandelt wurden
 - kategoriales globales Outcome-Maß (gut/mittel/schlecht) für Therapieerfolg
 - Outcome zur Katamnese: 5,9% schlecht, 35,3% mittel, 57,4% gut

Studiendesign

- t 1 – Prä-Messung (Diagnose vorhanden)
- t 2 – Post-Messung (Therapieerfolg 5-10, Remissionsgrad)
- t 3 - Katamnese (2-13 Jahre nach Therapieende: erneute Diagnose? Remissionsgrad?)

Messinstrumente: EDI-2, BSI in t 1, t 2 und t 3

zusätzlich in t 3: VEV-K (Veränderungsfragebogen im subjektiven Erleben und Verhalten nach *Kriebel et al. 2001*)
und Prüfung der Diagnosekriterien nach ICD-10 und DSM-V anhand eines **strukturierten Telefoninterviews.**



Stichprobenbeschreibung

(N = 102, 99 weiblich und 3 männlich)

Durchschnittsalter: 37 Jahre,

66 % mit Abitur, 43% mit Hochschulabschluss

t 1 : N = 42 mit Anorexie

N = 36 mit Bulimie

N = 24 mit Binge Eating Syndrom (BES)

t 2 : N = 61 mit Vollremission („High-Performer“)

N = 41 mit Teilremission („Middle-Performer“)

N = 0 mit Rückfällen („Non-Responder“)

t 3: Nachweis des Remissionsgrades (RG) mit objektiven Messdaten
(EDI-2, BSI und VEV-K):

**Therapieerfolg korreliert mit EDI-2 Gesamtscore $-.535$ (0.01 sign.),
mit BSI-GSI $-.289$ (0.01 sign.) und VEV-K $.226$ (0.05 sign.)**

t₁ + t₃ : Stichprobenbeschreibung bezüglich Outcome zu t₃

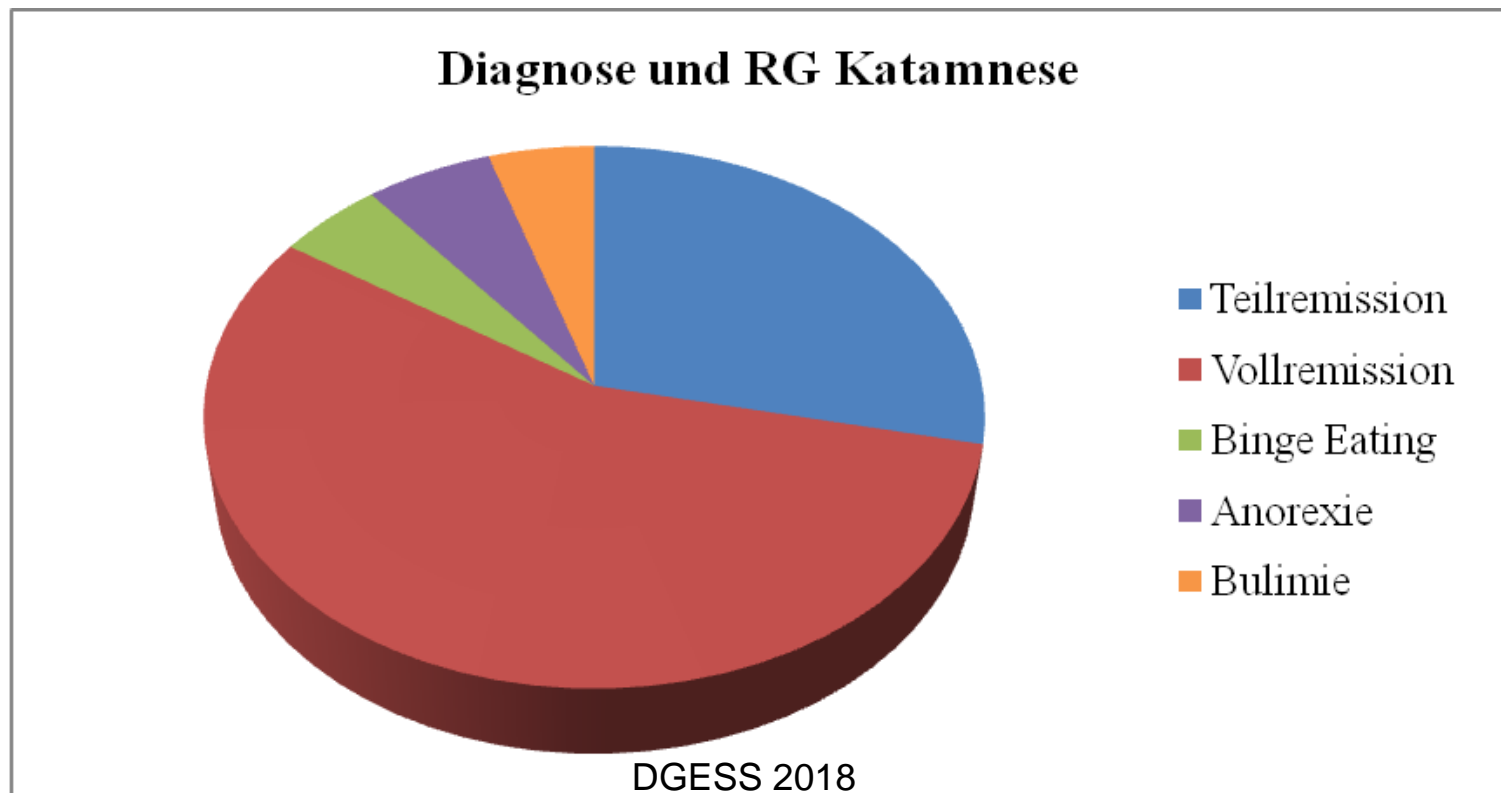
	Rückfälle (N=16 \triangleq 15,7%)		Teilremission (N=29 \triangleq 28,4%)		Vollremission (N=57 \triangleq 55,9%)	
	Mittelwert (SD)	Min-Max (Range)	Mittelwert (SD)	Min-Max (Range)	Mittelwert (SD)	Min-Max (Range)
Alter t ₁ [Jahren]	31,25 (11,11)	16-58 (42)	28,03 (9,27)	13-48 (35)	25,67 (9,02)	12-58 (40)
Alter t ₃ [Jahren]	40,18 (11,34)	22-66 (44)	37,83 (9,08)	23-58 (35)	35,70 (10,25)	15-63 (48)
Katamnesezeitraum [Jahre]	6,81 (2,95)	2-13 (11)	8,38 (2,76)	2-13 (11)	8,02 (2,92)	2-13 (11)

t₃ : test- und essstörungsspezifische Parameter

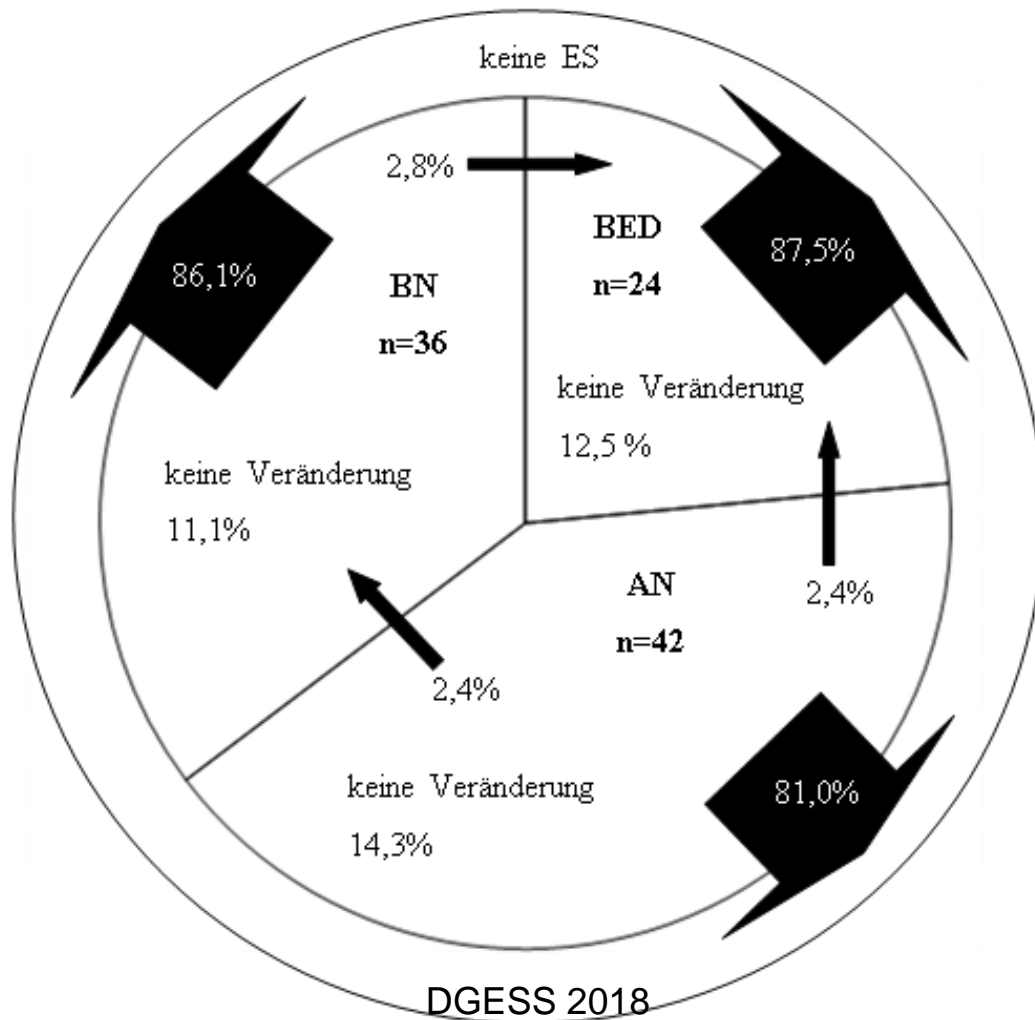
	Rückfall (N=16△15,7%)		Teilremission (N=29△28,4%)		Vollremission (N=57△55,9%)	
	Mittelwert (SD)	Min-Max (Range)	Mittelwert (SD)	Min-Max (Range)	Mittelwert (SD)	Min-Max (Range)
BMI t1 [kg/m ²]	21,96 (8,5)	14,10-41,02 (26,92)	26,21 (10,56)	13,67-56,29 (42,62)	21,72 (8,65)	12,58-53,29 (40,71)
BMI t2 [kg/m ²]	22,93 (7,46)	17,57-49,04 (31,47)	25,86 (7,59)	17,34-46,46 (29,12)	22,68 (6,55)	15,73-37,85 (22,12)
BMI t3 [kg/m ²]	23,08 (8,76)	13,68-40,88 (27,20)	27,15 (9,72)	17,53-59,31 (41,78)	23,72 (8,10)	17,72-52,24 (34,52)
EDI-2 (Gesamtscore)	218,98 (45,46)	156-301 (145)	189, 80 (34,70)	113-245,5 (132,5)	156,15 (37,28)	97-244 (147)
BSI (GSI)	1,00 (0,66)	0,19-2,54 (2,35)	0,53 (0,41)	0-1,64 (1,64)	0,46 (0,42)	0,04-1,58 (1,55)
VEV-K (Gesamtscore)	113,31 (32,22)	45-162 (117)	123,53 (25,13)	70-175 (105)	129,96 (20,09)	81-175 (94)

Diagnosen und Therapieerfolg zum Zeitpunkt der Katamnese

- Vollremission: 57 Teilremission: 29
- Rückfälle: 16 (Anorexie: 6, Bulimie: 5, BES: 5)

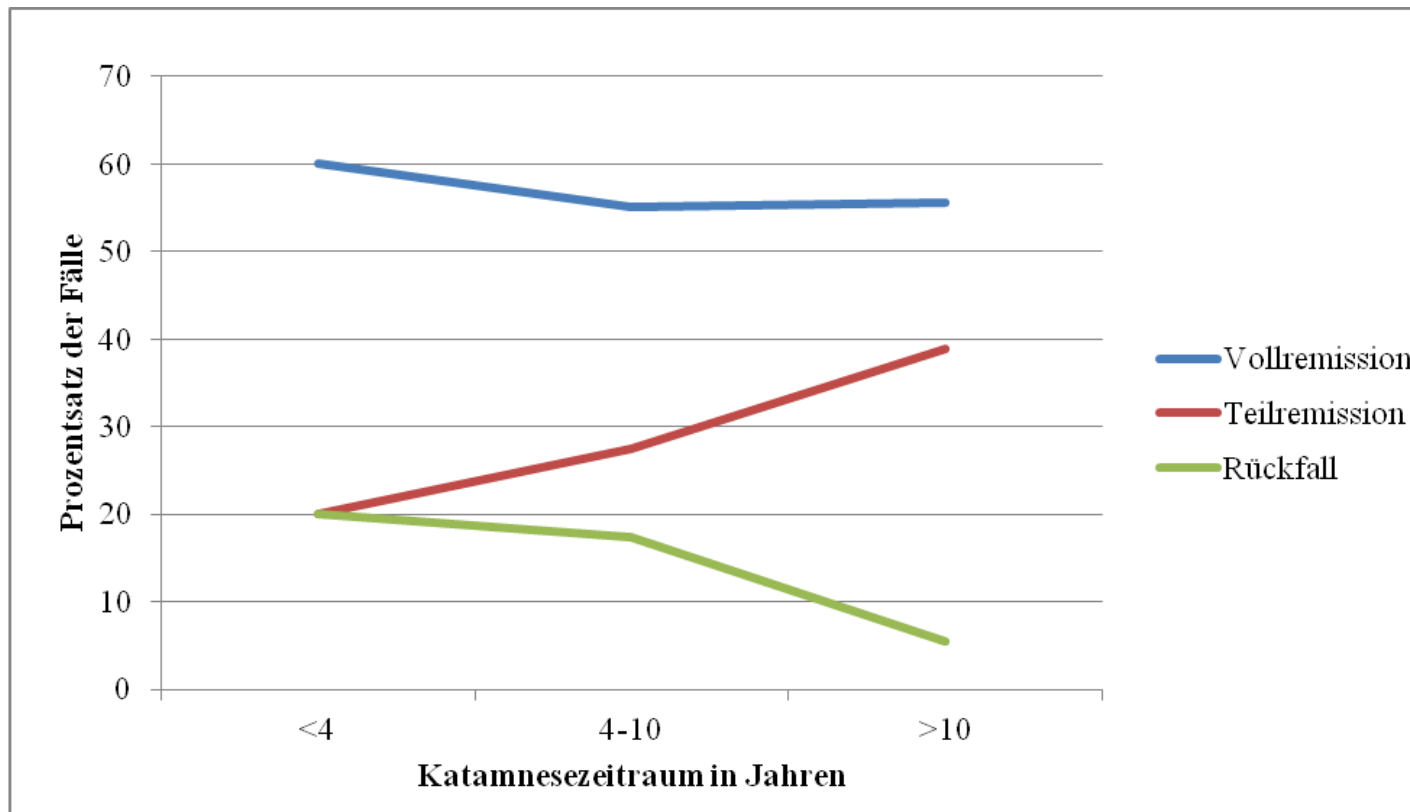


Transdiagnostische Veränderungen während des Katamnesezeitraumes. Es konnten keine spezifischen Risikofaktoren dazu festgestellt werden.



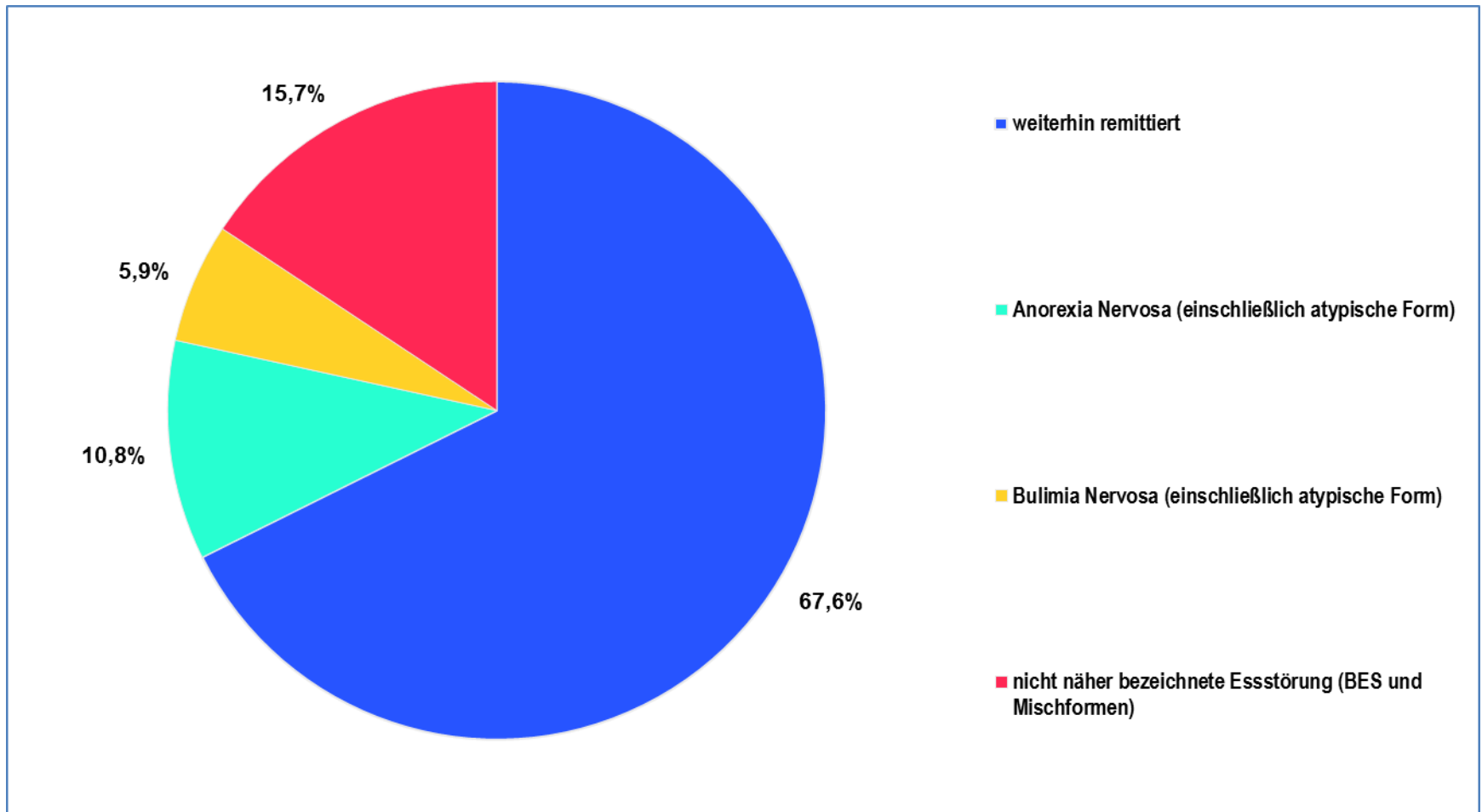
Zwei Ergebnisse:

- Bei längerem Katamnesezeitraum ist der Anteil der Teil- und Vollremittierten höher.
- Der Anteil der Rückfälle hat mit der Schwere der ES und der Komorbidität zu tun.



Analyse der Rückfälle (N=102 + 20)

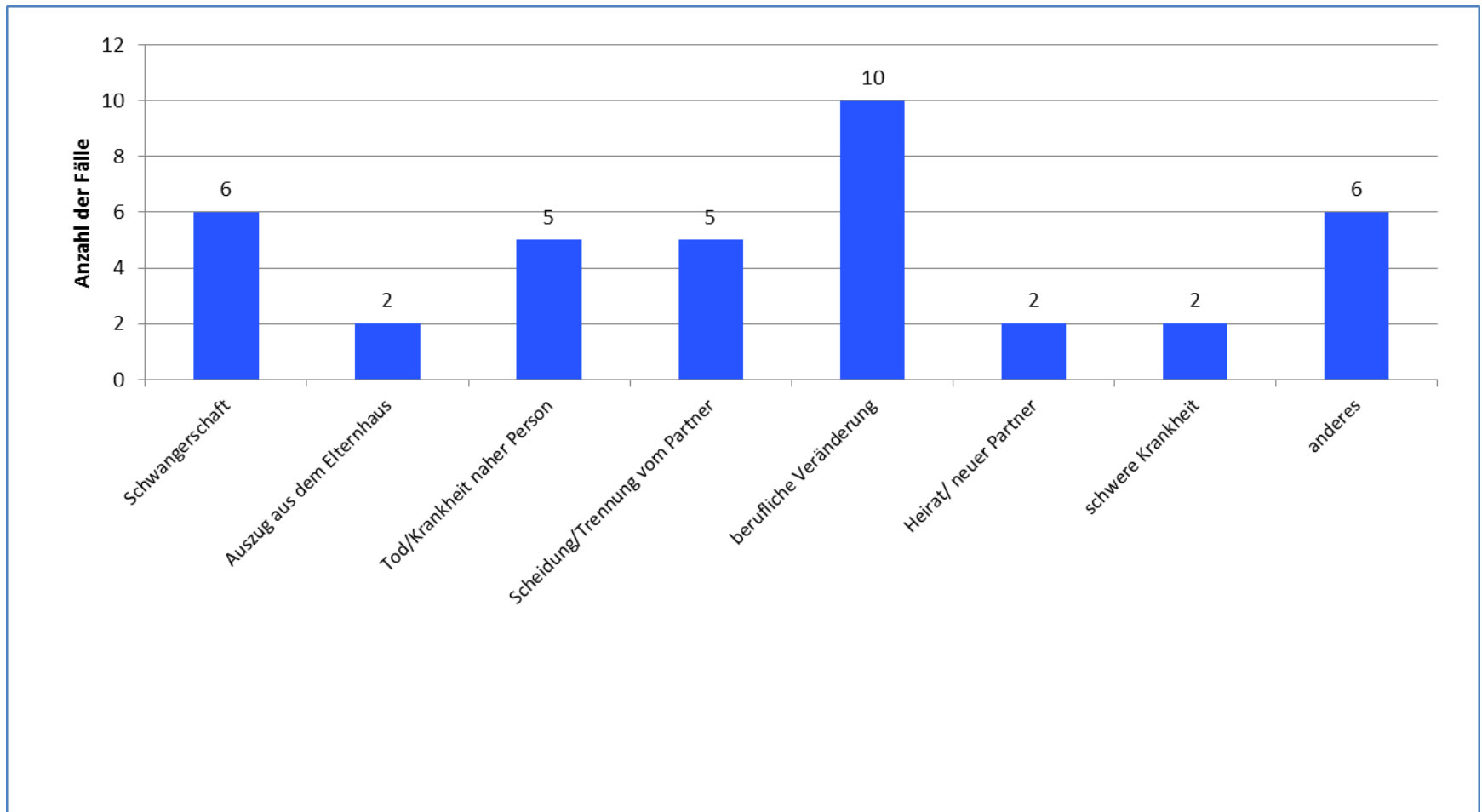
Untersuchung nach durchschnittlich 8 Jahren Katamnese



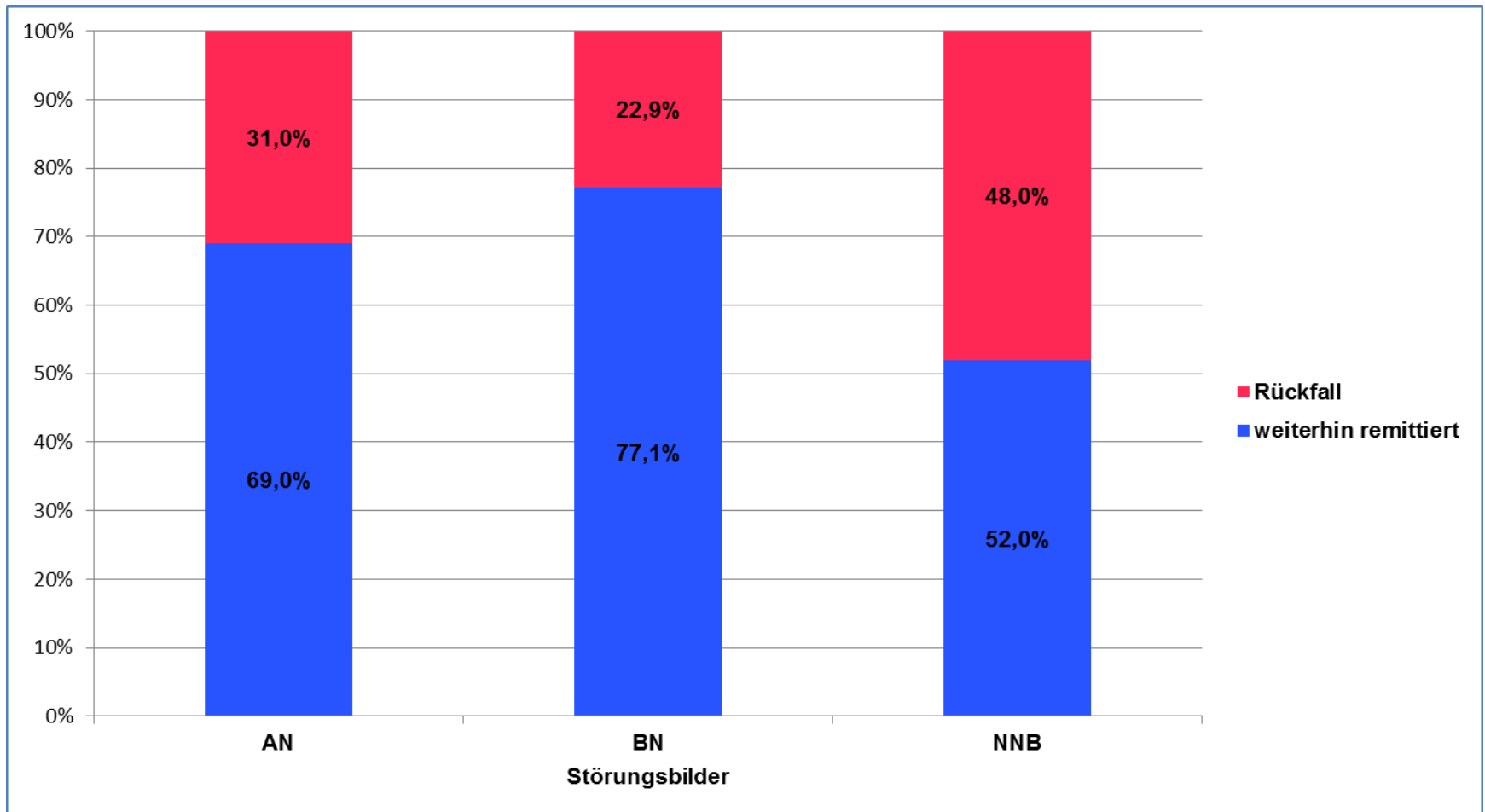
Katamneseintervall + Rückfallquote

Katamnese	2-5 Jahre	6-9 Jahre	10-13 Jahre
weiterhin gesund (N=69) Therapieerfolg: 8,1	8	40	21
rückfällig (N=33) Therapieerfolg: 7,5 (t-test $p < 0.05$)	5	19	9

Lebensereignisse im Zusammenhang mit einem Rückfall



Remission und Rückfall störungsbezogen betrachtet



Diskussion der Ergebnisse dieser Untersuchung:

- Zwei Drittel der Patienten erhalten ihren Remissionsstatus langfristig erfolgreich aufrecht. Trotzdem weist die Rückfallquote von einem Drittel darauf hin, dass Essstörungen für einen Teil der Betroffenen ernstzunehmende und langwierige Erkrankungen sind. Die Ergebnisse legen nahe, dass **keine übergreifenden Risikofaktoren für Rückfälle** existieren. Aus diesem Grund erweist sich die zukünftige Fokussierung auf personale Ressourcen als sinnvoll. Der Gesundheitsbeitrag der **personalen Ressource Selbstwertgefühl** konnte bestätigt werden. Desweiteren konnte der **Kohärenzsinn** (Grawe: „stimmige Verbundenheit, Zugehörigkeitsgefühl“; Antonovsky: Wechselwirkung von Risiko- und Schutzfaktoren) mit einem erfolgreichen Therapieabschluss in Zusammenhang gebracht werden.
- Aufgrund dieser Ergebnisse sollte die **Rückfallprophylaxe** individuell auf die Betroffenen ausgerichtet sowie über mehrere Jahre angeboten werden. Die Selbstwertstärkung in der Therapie von Essstörungen sollte ein zentraler Bestandteil und ausschlaggebend für den Therapieerfolg sein.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



Weitere Informationen zum
Behandlungskonzept und
andere Studien aus dieser
Einrichtung finden Sie unter
www.forum-ess-stoerungen.de