

Nachhaltigkeit des Behandlungserfolgs von ambulanter kognitiver Verhaltenstherapie bei Essstörungen: eine naturalistische Studie

Sandra Hamann

08.01.2013

Betreuerinnen: Dr. D. Weipert und Dr. K. Schnicker

Inhalt

1. Fragestellung
2. Methode
3. Hypothesen und Ergebnisse
4. Diskussion





Fragestellung

Wie nachhaltig ist der Therapieerfolg
im Langzeitverlauf?



Allgemeines

- ▶ Störungsbilder Anorexie, Bulimie, Binge-Eating-Störung
- ▶ Stichprobe: Patienten aus dem Forum für Ess-Störungen



Bisherige Forschungsergebnisse

- ▶ Anteil remittierter Essstörungspatienten kann mit längerer Katamnesedauer nach einer KVT ansteigen
- Teil der Patienten erhält mehrheitlich Behandlungserfolg aufrecht, ein weiterer Teil entwickelt sogar noch Remission
- ▶ Vergleichbarkeit der Ergebnisse schwierig
 - ▶ Hauptsächlich RCTs
 - ▶ Häufiger stationär als ambulant
 - ▶ Verschiedene Outcome-Maße
 - ▶ Unterschiedliche Katamnesezeiträume



Bisherige Forschungsergebnisse

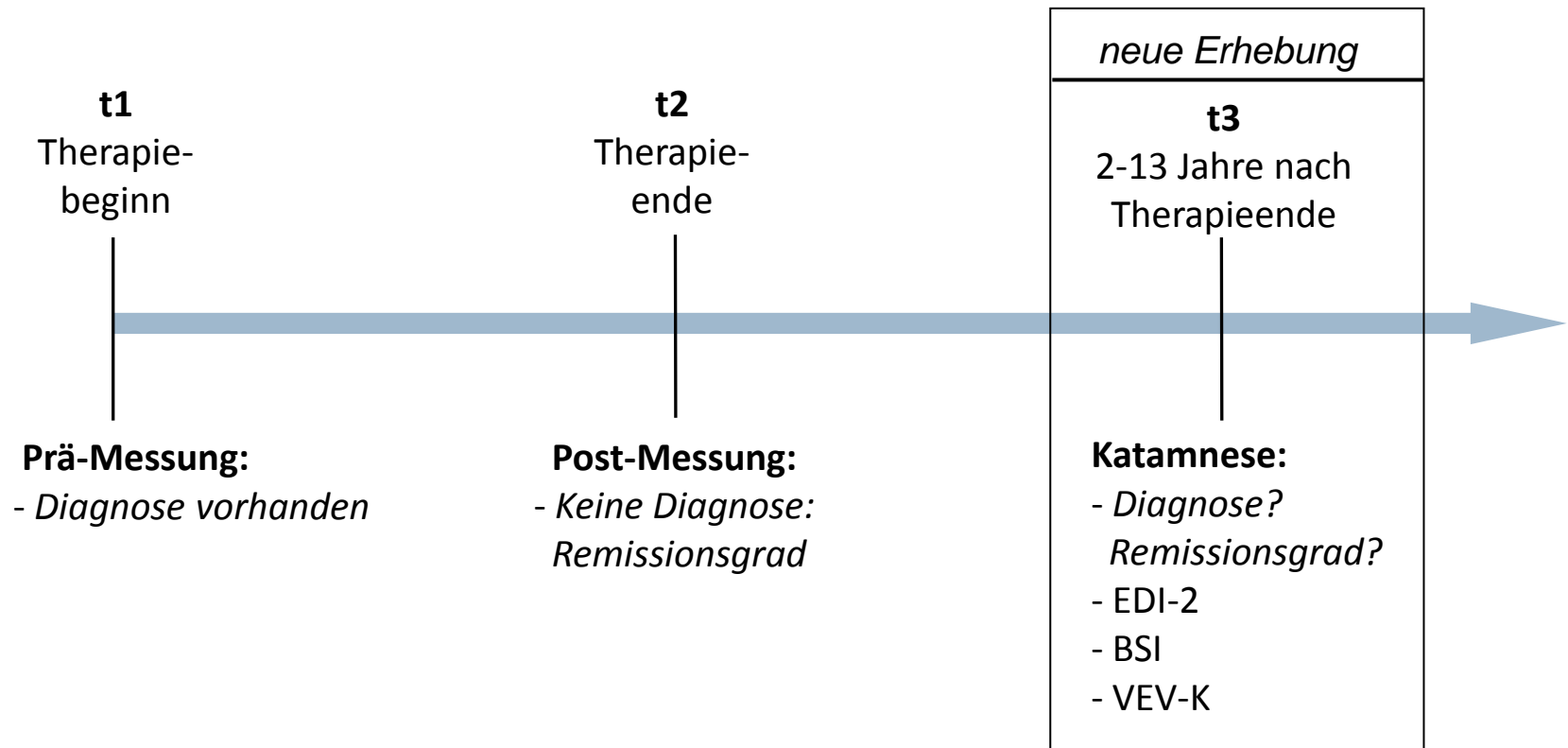
- ▶ Steinhausen 2002 und 2009 (Reviewarbeit, verschiedene Behandlungsansätze):
Remission langfristig (Katamnesedauer >10 Jahre)
 - ▶ Anteil Remissionen (Voll- und Teilr.) steigt mit längerer Katamnesedauer
 - ▶ Anorexie: 73,2% Vollremission, 8,5% Teilremission
 - ▶ Bulimie: 44% Vollremission, 28,4% Teilremission
- ▶ 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
- ▶ Herzog et al. (1999)
 - ▶ AN und BN, stationäres Setting, keine Angaben über Behandlungsansatz
 - ▶ Rückfälle nach Vollremission sind zu erwarten: 30% nach 100 Wochen, 40% nach 200 Wochen, keine neuen Rückfälle mehr nach 400 Wochen





Methode

Studiendesign



Therapieerfolg

	Symptomatik zum Therapieende / Symptomebene	Bezeichnung	Kriterien zum Katamnesezeitpunkt / Ebene der Diagnosemerkmale
8-10	Komplett symptomfrei bzgl. ES oder nur noch geringfügige, nicht krankheitswertige Rückfälle	High Performer bzw. Voll-Remittierte	Wenn überhaupt sind nur kognitive Diagnosemerkmale vorhanden
5-7	Deutliche Verbesserung der ES, dennoch diagnoserelevante Kriterien vorhanden	Middle Performer bzw. Teil-Remittierte	Mischung aus kognitiven und Verhaltensmerkmalen, jedoch keine Diagnose
0-4	Mittlere, geringfügige oder keine Verbesserung der Symptomatik, Diagnosekriterien werden erfüllt	Non-Responder; zum Katamnesezeitpunkt Rückfälle	Symptomatik erfüllt die Diagnosekriterien



Stichprobe

249 PatientInnen haben die Einschlusskriterien erfüllt:

- Diagnose AN/BN/BED (oder atypische Form) als Hauptsymptomatik
- Therapeutin: Fr. Dr. Weipert
- Abgeschlossene Therapie mit Therapieende 1999-2010
- Einschätzung Therapieerfolg 5-10 zum Post-Zeitpunkt
- Mindestens 5 absolvierte Therapiestunden



Von **18** PatientInnen waren keine Akten vorhanden, sodass eine Überprüfung der Kontaktdaten und eine folgende Kontaktaufnahme nicht möglich gewesen sind.



Es wurden die Kontaktdaten von **231** PatientInnen überprüft.



Stichprobe

42 Personen wurden ausgeschlossen:

- **9** Personen sind ins Ausland verzogen
- **1** Person ist verstorben
- **20** Personen sind im Melderegister nicht auffindbar gewesen
- **11** Personen gaben in einem ersten Telefonat an, nicht an der Studie teilnehmen zu wollen
- **1** Person spricht kein Deutsch

189 PatientInnen wurden in die Studie aufgenommen und es wurden Fragebögen an diese versandt.

102 (54%) haben die Daten zurückgeschickt und wurden in die Auswertung aufgenommen.

74 (39,1%) haben die Daten nicht zurückgeschickt (Missings).

13 (6,9%) gaben an, nicht an der Studie teilnehmen zu wollen.



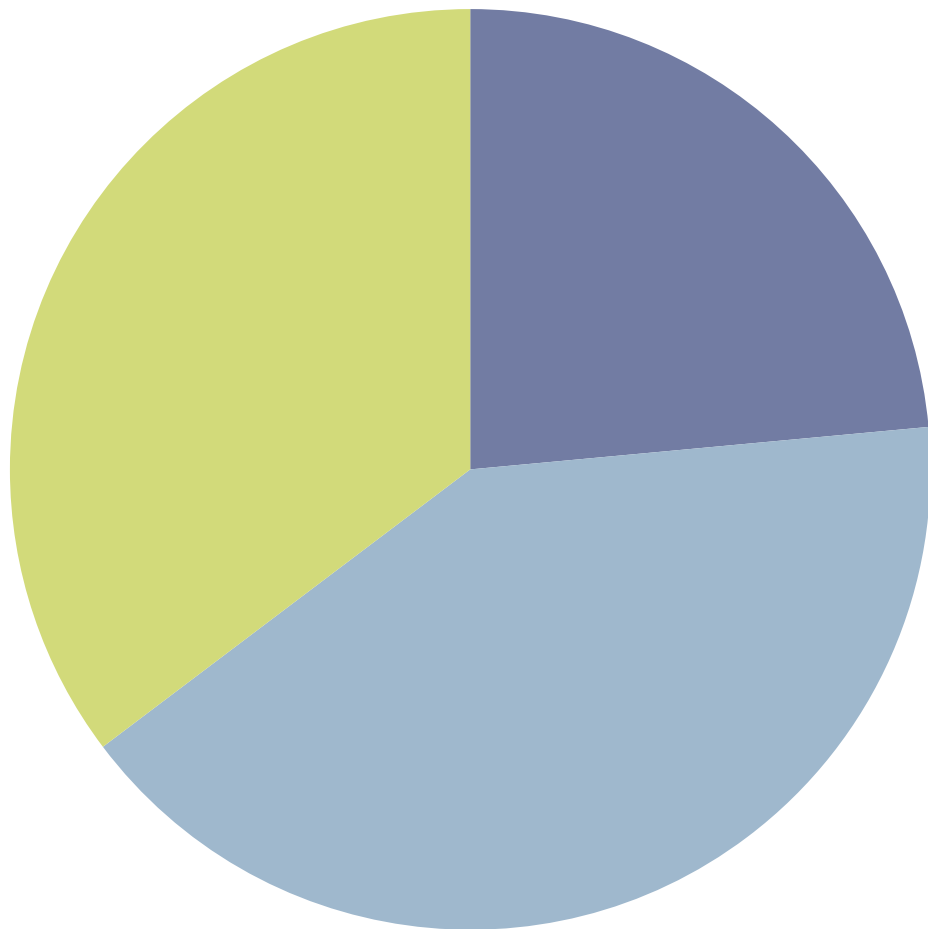
Stichprobe

- ▶ n=102 (99 weiblich, 3 männlich)
- ▶ Durchschnittsalter 37,01 Jahre, Min=15, Max=66
- ▶ 65,7 % haben Abitur
- ▶ 43,1 % haben Hochschulabschluss



Diagnose zu Therapiebeginn

Diagnose Prä

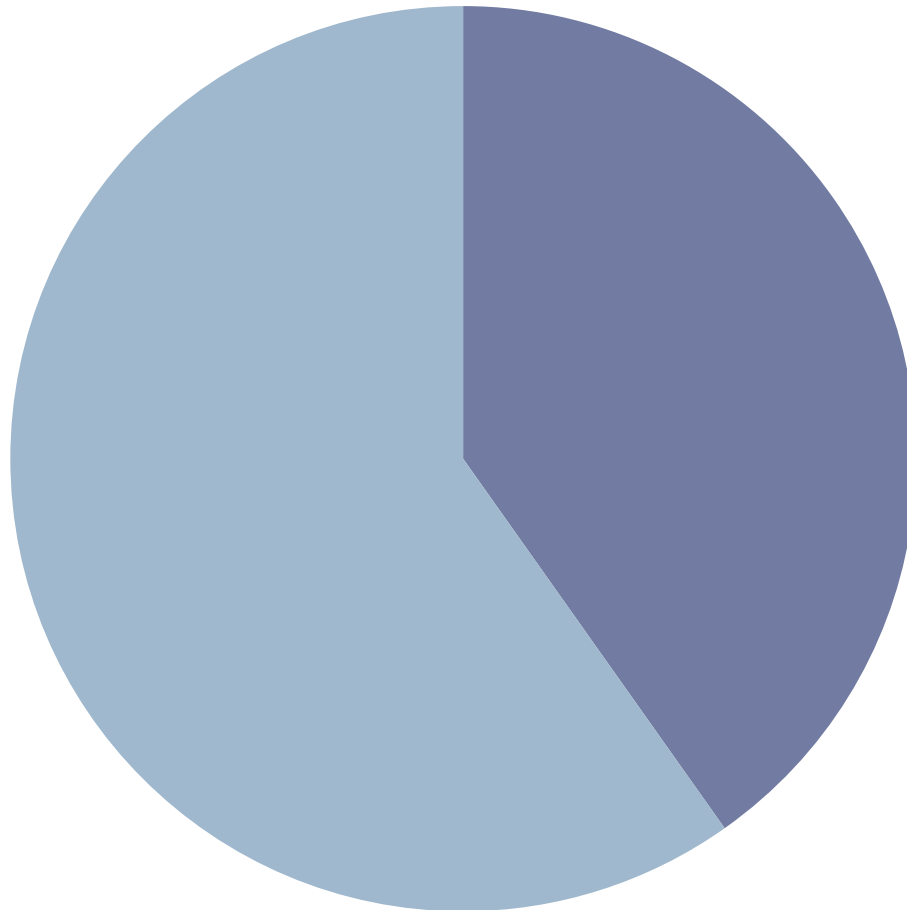


- Binge Eating
- Anorexie
- Bulimie

Diagnose	n	%
Anorexie	42	41,2
Bulimie	36	35,3
Binge Eating	24	23,5
Σ	102	100

Therapieerfolg bei Therapieende

Therapieerfolg Post

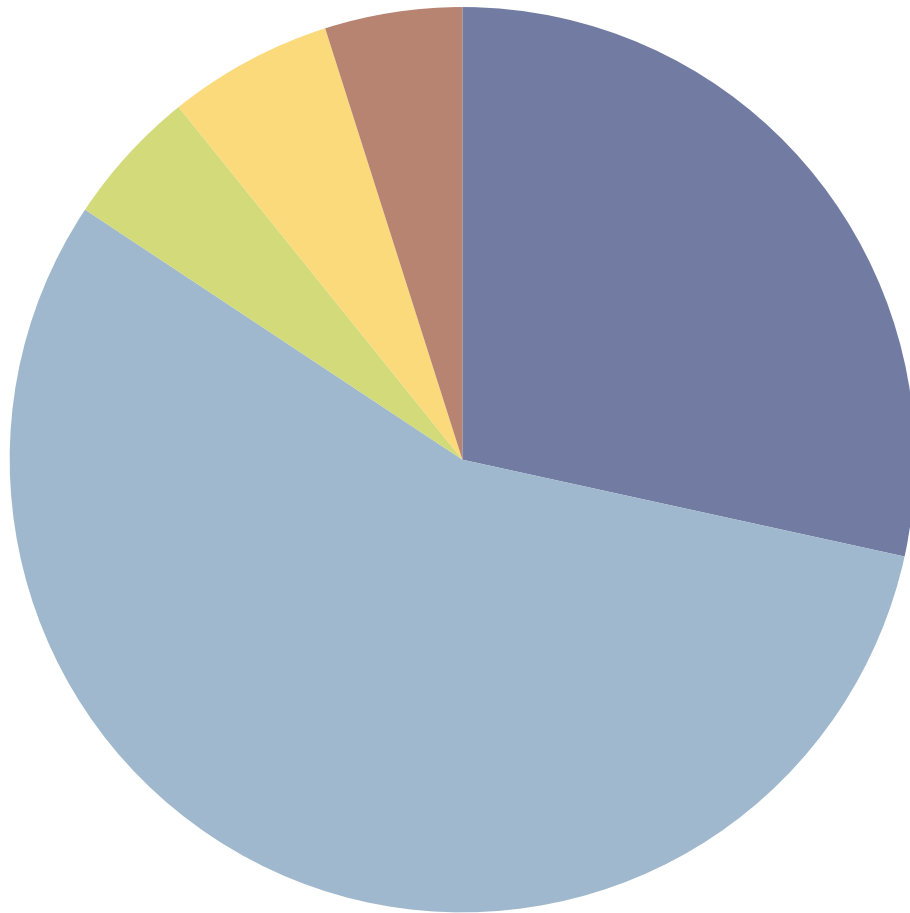


- Middle Performer
- High Performer

Therapieerfolg	n	%
High Performer	61	59,8
Middle Performer	41	40,2
Σ	102	100

Diagnose und Therapieerfolg zum Katamnesezeitpunkt

Diagnose und TE Katamnese



- Middle Performer
- High Performer
- Binge Eating
- Anorexie
- Bulimie

Diagnose	n	%
keine	86	84,3
hier enthalten: - Vollremission	57	55,9
- Teilremission	29	28,4
Anorexie	6	5,9
Bulimie	5	4,9
Binge Eating	5	4,9
Σ	102	100

Messinstrumente

Fragebogen zum Therapieerfolg

- ▶ Einstufung der Schwere der aktuellen Symptomatik in High und Middle Performer sowie Rückfälle (s. Kriterien bei „Therapieerfolg“) nach DSM-IV und ICD-10
- ▶ Anhand des SKID und SIAB entwickelt
- ▶ Zusätzliche Items, um Diagnosekriterien besser zu erfassen
- ▶ Zusätzlich bei Unsicherheit: Kontakt mit Patienten per Telefon/E-Mail/Brief
- ▶ Fallkonferenz (mit Dr. D. Weipert)



Messinstrumente

EDI-2 (Paul & Thiel, 2004)

- ▶ erhebt typischen psychopathologischen Merkmale von bulimischen und anorektischen Patienten in Bezug auf Essverhalten und andere relevante Problembereiche
- ▶ Kurzversion: 9 Skalen (Schlankheitsstreben, Unzufriedenheit mit dem Körper, Perfektionismus, Angst vor dem Erwachsenwerden...)
- ▶ Kennwerte: Skalenwert und Gesamtwert

BSI (Franke, 2000)

- ▶ erfasst subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome in den letzten 7 Tagen
 - ▶ 9 Skalen (Somatisierung, Depressivität...)
 - ▶ Kennwerte: GSI, PSDI, PST
-



Messinstrumente

VEV-K (Kriebel et al., 2001)

- ▶ Erfassung eines bipolarer Veränderungsfaktor: subjektiv wahrgenommene Veränderungen im Erleben und Verhalten
- ▶ Positiver Pol: Entspannung, Gelassenheit, Optimismus
- ▶ Negativer Pol: Spannung, Unsicherheit, Pessimismus
- ▶ Kennwert: Gesamtwert (→ Verschlechterung, Gleichbleiben, Verbesserung)





Hypothesen & Ergebnisse

Hypothese 1

- ▶ Der Remissionsgrad zum Katamnese-Zeitpunkt hängt mit den objektiven Messdaten zum Katamnese-Zeitpunkt wie folgt zusammen:
Je besser der Remissionsgrad (Rückfall, Teilremission, Vollremission) zum Katamnese-Zeitpunkt, desto niedriger ist der Gesamtscore im EDI-2 sowie der GSI im BSI und desto besser ist die kategoriale Einteilung des Gesamtwertes des VEV-K (Verschlechterung, keine Veränderung, Verbesserung im Erleben und Verhalten).



Ergebnisse Hypothese 1

	EDI-2 Gesamtwert	BSI GSI	VEV-K Status
Therapieerfolg	-.535**	-.289**	.226*

ANOVA und Kontraste

Kontrastschätzer und Signifikanz

	<i>EDI-2 Gesamtwert</i>	<i>BSI GSI</i>	<i>VEV-K Status</i>
High vs. Rückfälle	62,827** Sign .000	.541** Sign .000	-16.652* Sign .015
High vs. Middle	33,646** Sign .000	.068 Sign .517	-6.430 Sign .238

* = Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig)

** = Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig)

Hypothese 1



Der Remissionsgrad zum Katamnese-Zeitpunkt hängt mit den objektiven Messdaten zum Katamnese-Zeitpunkt wie folgt zusammen: Je besser der Remissionsgrad (Rückfall, Teilremission, Vollremission) zum Katamnese-Zeitpunkt, desto niedriger ist der Gesamtscore im EDI-2 und der GSI im BSI und desto besser ist die kategoriale Einteilung des Gesamtwertes des VEV-K (Verschlechterung, keine Veränderung, Verbesserung im Erleben und Verhalten).

Außerdem zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen High Performern und Rückfällen, im EDI-2 Gesamtscore sogar zwischen High und Middle Performern.



Hypothese 2

- ▶ **Hypothese 2a:** Ein Teil der zum Post-Zeitpunkt teilremittierten Patienten hat zum Katamnese-Zeitpunkt die Symptomatik verbessert und Vollremission entwickelt.
- ▶ **Hypothese 2b:** Weiterhin wird vermutet, dass zum Post-Zeitpunkt teilremittierte Patienten eher Rückfälle entwickeln als Patienten, die zum Post-Zeitpunkt Vollremission aufwiesen.
- ▶ **Hypothese 2c:** Auch wird angenommen, dass der Anteil der High Performer zum Katamnese-Zeitpunkt bei Patienten mit der Diagnose Bulimia nervosa oder Binge Eating Disorder zu Therapiebeginn höher ist als bei Patienten mit der Diagnose Anorexia nervosa.



Ergebnisse Hypothese 2a und 2b

kategorialer Therapieerfolg zur Katamnese

			Rückfälle	Middle Performer	High Performer	Gesamt
kategorialer Therapieerfolg zum Therapieende (Post)	Middle Performer	Anzahl	6	13	22	41
			14,60%	31,70%	53,70%	100%
	High Performer	Anzahl	10	16	35	61
			16,40%	26,20%	57,40%	100%
		Gesamt	16	29	57	102
			15,70%	28,40%	55,90%	100%

χ^2 -Test: $\chi=0,386$, $df=2$, $p=0,832$ → die Raten sind nicht unterschiedlich



Ergebnisse Hypothese 2c

		kategorialer Therapieerfolg zur Katamnese				
		Rückfälle	Middle Performer	High Performer	Gesamt	
Diagnose bei Therapiebeginn	BED	Anzahl	3	11	10	24
			12,5%	45,8%	41,7%	100%
	Anorexie	Anzahl	8	9	26	43
			19,0%	19,0%	61,9%	100%
	Bulimie	Anzahl	5	10	21	36
			13,9%	27,8%	58,3%	100%
	Gesamt		16	29	57	102
			15,7%	28,4%	55,9%	100%

χ^2 -Test: $\chi=5.574$, $df=4$, $p=.233$ → Die Raten sind nicht unterschiedlich



Hypothese 2



- ▶ **2a)** Ein Teil der zum Post-Zeitpunkt teilremittierten Patienten hat zum Katamnese-Zeitpunkt die Symptomatik verbessert und Vollremission entwickelt.



- ▶ **2b)** Zum Post-Zeitpunkt teilremittierte Patienten entwickeln eher Rückfälle als Patienten, die zum Post-Zeitpunkt Vollremission aufwiesen.



- ▶ **2c)** Der Anteil der High Performer zum Katamnese-Zeitpunkt bei Patienten mit der Diagnose Bulimia nervosa oder Binge Eating Disorder zu Therapiebeginn ist höher als bei Patienten mit der Diagnose Anorexia nervosa.

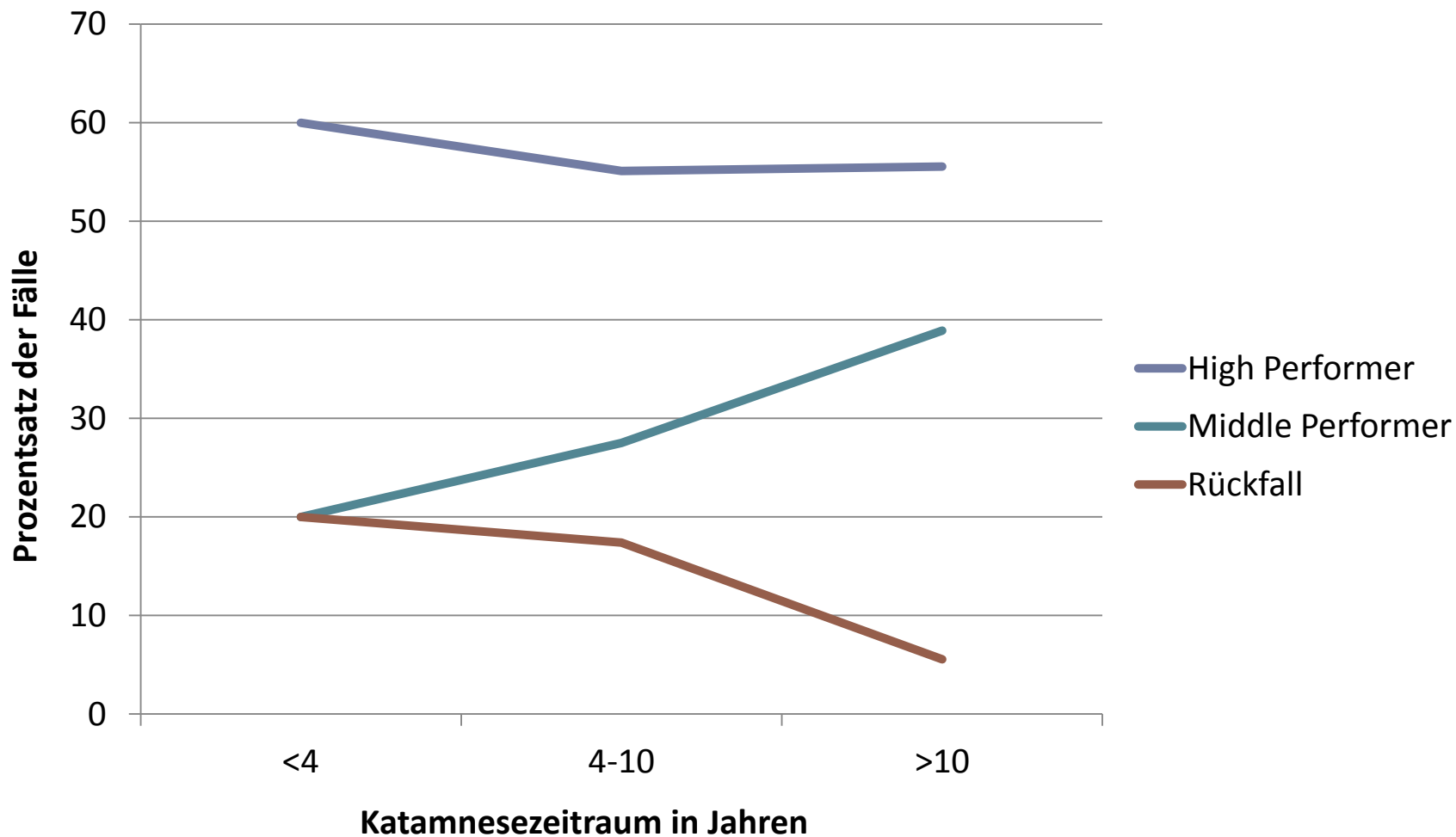


Hypothese 3

- ▶ Bei längerem Katamnesezeitraum ist der Anteil der Teil- und Vollremittierten höher.



Ergebnisse Hypothese 3



Ergebnisse Hypothese 3

Katamnesezeitraum	Kategorialer Therapieerfolg Katamnese	N	Mittlerer Rang	Kruskal-Wallis-Test
< 4 Jahre	Rückfälle	3	8,00	$X^2=0,00$ $df=2$ $p=1,00$
	Middle Performer	3	8,00	
	High Performer	9	8,00	
	Gesamt	15		
4-10 Jahre	Rückfälle	12	35,00	$X^2=0,00$ $df=2$ $p=1,00$
	Middle Performer	19	35,00	
	High Performer	38	35,00	
	Gesamt	69		
>10 Jahre	Rückfälle	1	9,50	$X^2=0,00$ $df=2$ $p=1,00$
	Middle Performer	7	9,50	
	High Performer	10	9,50	
	Gesamt	18		

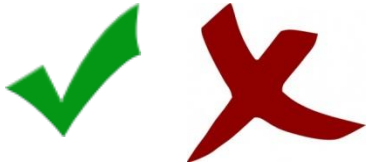


Ergebnisse Hypothese 3

Kategorialer Therapieerfolg Katamnese	Katamnese- zeitraum	N	Mittlerer Rang	Kruskal- Wallis- Test
Rückfälle	< 4 Jahre	3	8,50	X ² =0,00 df=2 p=1,00
	4-10 Jahre	12	8,50	
	> 10 Jahre	1	8,50	
	Gesamt	16		
Middle Performer	< 4 Jahre	3	15,00	X ² =0,00 df=2 p=1,00
	4-10 Jahre	19	15,00	
	> 10 Jahre	7	15,00	
	Gesamt	29		
High Performer	< 4 Jahre	9	29,00	X ² =0,00 df=2 p=1,00
	4-10 Jahre	38	29,00	
	> 10 Jahre	10	29,00	
	Gesamt	57		



Hypothese 3



- ▶ Bei längerem Katamnesezeitraum ist der Anteil der Teil- und Vollremittierten höher.



Hypothese 4

- ▶ Patienten die an dem mehrdimensionalem Behandlungskonzept teilgenommen haben, weisen bessere Langzeiteffekte auf.
- ▶ Teilnahme = 2 Bausteine



Ergebnisse Hypothese 4

- ▶ Korrelation „Teilnahme an Konzept“ (nominal dichotom) und „kategorialer Therapieerfolg zum Katamnesezeitpunkt“ (ordinal)
- ▶ Für 2 Bausteine: χ^2 -Test: $\chi = 3.492$, $df=2$, $p=.174 \rightarrow$ nicht signifikant



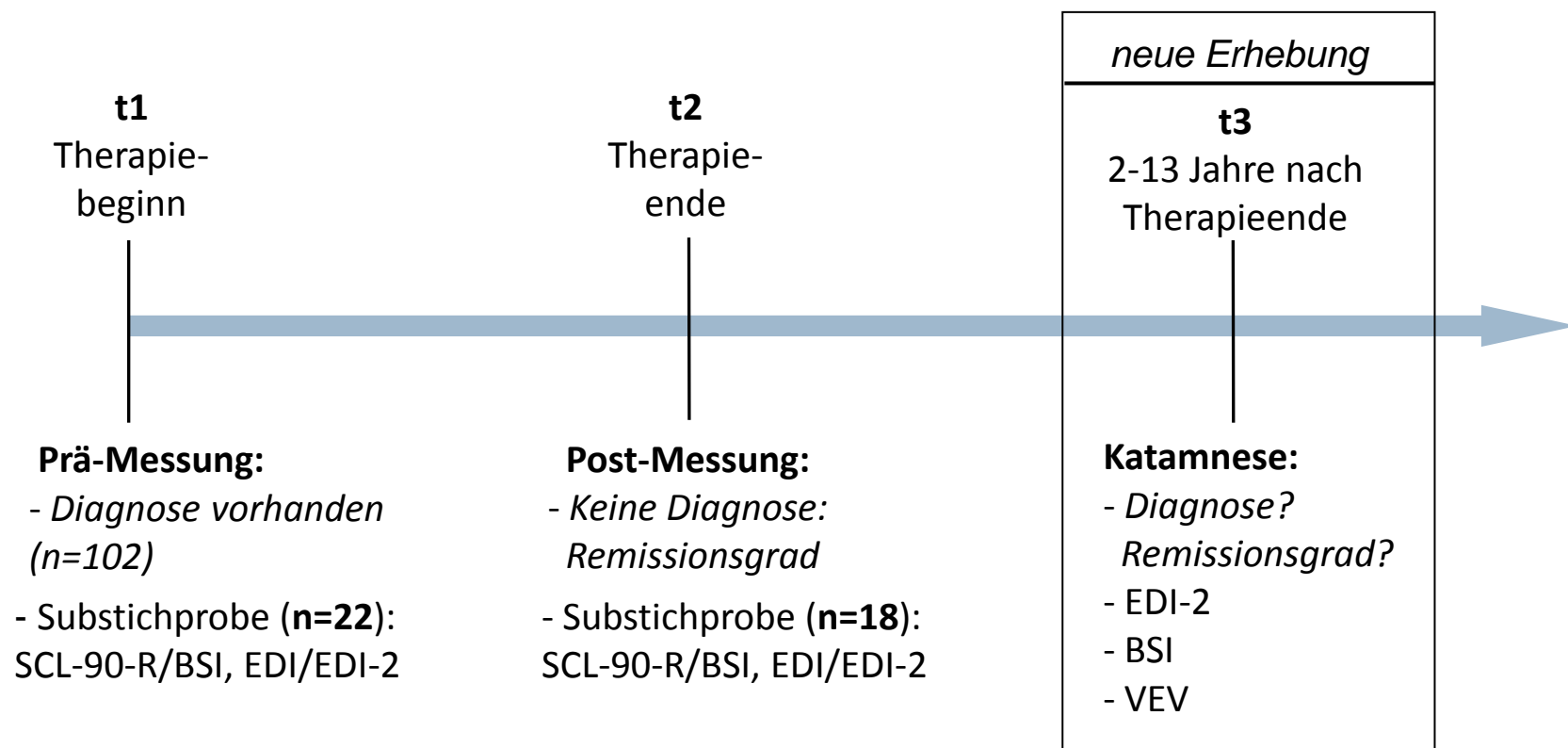
Hypothese 4



Patienten die an dem mehrdimensionalem
Behandlungskonzept teilgenommen haben, weisen bessere
Langzeiteffekte auf.



Hypothese 5: Stichprobe



Hypothese 5

- ▶ **Hypothese 5a:** Je besser der Remissionsgrad zum Katamnesezeitpunkt, desto geringer sind die essstörungspathologischen Maße (gemessen über den Gesamtwert des EDI-2) zu Therapiebeginn und –ende.
- ▶ **Hypothese 5b:** Dieser Zusammenhang wird ebenfalls für den Remissionsgrad zum Katamnesezeitpunkt und der allgemeinen körperlichen und psychischen Belastung (gemessen über den GSI des BSI) angenommen.



Ergebnisse Hypothese 5

▶ Spearman's Rangkorrelation

	TE Katamnese	EDI Gesamt Prä	BSI GSI Prä	EDI Gesamt Post	BSI GSI Post
TE Katamnese	1,000	-.254 (.254)	-.302 (.172)	-.111 (.661)	-.210 (.404)
EDI Gesamt Prä		1,000	.364 (.096)	.466 (.051)	.076 (.764)
BSI GSI Prä			1,000	.103 (.683)	.495* (.037)
EDI Gesamt Post				1,000	.277 (.266)
BSI GSI Post					1,000



Ergebnisse Hypothese 5

► Kendall's Tau

	TE Katamnese	EDI Gesamt Prä	BSI GSI Prä	EDI Gesamt Post	BSI GSI Post
TE Katamnese	1,000	-.200 (.252)	-.248 (.155)	-.079 (.682)	-.167 (.389)
EDI Gesamt Prä		1,000	.237 (.127)	.349* (.044)	.053 (.761)
BSI GSI Prä			1,000	.099 (.569)	.304 (.081)
EDI Gesamt Post				1,000	.197 (.255)
BSI GSI Post					1,000



Hypothese 5



- ▶ **Hypothese 5a:** Je besser der Remissionsgrad zum Katamnesezeitpunkt, desto geringer sind die esstörungspathologischen Maße (gemessen über den Gesamtwert des EDI-2) zu Therapiebeginn und –ende.



- ▶ **Hypothese 5b:** Dieser Zusammenhang wird ebenfalls für den Remissionsgrad zum Katamnesezeitpunkt und der allgemeinen körperlichen und psychischen Belastung (gemessen über den BSI des GSI) angenommen.

→ Es zeigt sich eine Tendenz in die angenommene Richtung.



Diskussion

- ▶ Unterschiedliche Gruppenstärke in den Vergleichsgruppen
- ▶ z.T. zu geringe Gruppenstärken
- ▶ Verzerrung: viele gaben an, nicht teilnehmen zu wollen, weil die Essstörung „kein Thema mehr sei“
- ▶ kein klinisches Interview, sondern Fragebogen



Es ist schon seltsam.

Auf dem Weg nach Hause habe ich mich mental auf die Beantwortung der E-Mail vorbereitet und wollte mit ganz vielen Worten antworten. Und nun? Was lässt sich schon in der Zahl 46[kg] ausdrücken?

Nichts Persönliches.

Und doch habe ich ein Leben hinter mir, in dem ich mir genau das angetan habe: Meine Gefühle und Wertschätzungen meinem Leben gegenüber auf eine Zahl auf einer Waage zu reduzieren.

Ihren Buchgutschein habe ich übrigens ziemlich passend verwendet. Nämlich in ein Frühstücksbrett, auf dem steht: "Es gibt jetzt eine neue Bezeichnung für Genuss- man nennt sie Kalorie..." :)

Fragen?

Vielen Dank für eure Aufmerksamkeit!

