



Forum für Ess-Störungen



Psychologisches Institut

Abt. Klinische Psychologie & Psychotherapie

Studienergebnisse

Rückfälle bei Essstörungen: Betrachtung von personalen Ressourcen und Risikofaktoren (Eine Katamneseerhebung)

Diplomarbeit:

Maike Gielsdorf

(Maike_Gielsdorf@hotmail.com)

Die vorliegende Studie wurde durch die langjährige ambulante Arbeit mit Menschen, die an Essstörungen erkrankten, in der psychotherapeutischen Praxis *Forum für Ess-Störungen* in Wiesbaden realisiert. Dazu wurden ehemalige Patienten, die ihre Therapie erfolgreich abgeschlossen haben, rekrutiert. Da ein geringer Teil der Stichprobe auch Männer umfasst, wird zur Vereinfachung der Lesbarkeit die männliche Schreibweise herangezogen, auch wenn sich die Beschreibung auf beide Geschlechter oder ausschließlich auf Frauen bezieht. Es wird darauf verwiesen, dass diese Schreibweise keiner besonderen Wertung unterliegt. Die Studie ist als Gesamtwerk sowohl in elektronischer, als auch in gedruckter Form im *Forum für Ess-Störungen* einsehbar. Die hier aufgeführten Ergebnisse stellen eine Zusammenfassung dar.

Hintergrund: Bisher fehlen Studien zur Erforschung von Rückfällen in die Essstörungssymptomatik im ambulanten Setting, obwohl dieses die Regelversorgung darstellt. Zu Rückfallquoten und Risikofaktoren liegen keine einheitlichen Ergebnisse vor. Neuere Studien verweisen auf gesundheitsfördernde personale Ressourcen bei der Genesung von Essstörungen. Ein Zusammenhang mit der Entwicklung nach Therapieende wurde bisher nicht betrachtet.

Ziel: Die Untersuchung dient zum einen der Ermittlung von langfristigen Rückfallquoten nach ambulanter Therapie. Zum anderen soll die Identifizierung von Risikofaktoren und personalen Ressourcen zur Verbesserung der Rückfallprophylaxe beitragen.

Methode: Es wurde eine naturalistische Katamneseerhebung durchgeführt. Die Rekrutierung der Stichprobe ist in Abbildung 1 zusammengefasst. Diese bestand aus 102 (w = 99; m = 3) ehemaligen Patienten des *Forum für Ess-Störungen* in Wiesbaden, die zu Therapiebeginn als Hauptdiagnose eine Essstörung (Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Binge Eating Störung und atypische Anorexia Nervosa/ Bulimia Nervosa), gemäß dem Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-IV), aufwiesen. Es wurden nur Patienten eingeschlossen, die zum Therapieende den Status der Remission erreicht hatten (d.h. keine DSM-IV Diagnose mehr vorliegend). Zum Katamnesezeitpunkt wurde die Essstörungssymptomatik, die psychische Symptombelastung sowie die personalen Ressourcen *Kohärenzsinn*, *Selbstwirksamkeitserwartung* und *Selbstwertgefühl* erhoben. Für 20 Patienten der Substichprobe lagen ebenso Messwerte zur allgemeinen und essstörungsspezifischen Psychopathologie zum Therapieende (Postmesszeitpunkt) vor. Die verschiedenen Messzeitpunkte sowie eingesetzten Messinstrumente sind in Tabelle 1 dargestellt. Die Rückfalldiagnostik orientierte sich an den DSM-IV Kriterien, die mittels Fragebogen erfasst wurden. Neben Mittelwertvergleichen wurden Korrelations- und Regressionsanalysen durchgeführt.

Tabelle 1 Vorliegende Daten zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten

Therapiebeginn	Therapieende	Katamnese
<u>Diagnostik durch Therapeuten:</u> Diagnostik nach DSM-IV	<u>Diagnostik durch Therapeuten:</u> Therapieerfolg (1-10)	<u>Diagnostik durch Fragebogen:</u> Katamnesefragebogen (Diagnosekriterien nach DSM-IV)
	<u>Objektive Daten:</u> Brief Symptom Inventory (BSI) (nur für Substichprobe)	<u>Objektive Daten:</u> Brief Symptom Inventory (BSI)
	Eating Disorder Inventory (EDI) (nur für Substichprobe)	Eating Disorder Inventory (EDI)
		Sense-of-Coherence Skala (SOC-13)
		Allgemeine Selbstwirksamkeitsskala (SWE)
		Rosenberg Self-Esteem Scale (R-SES)

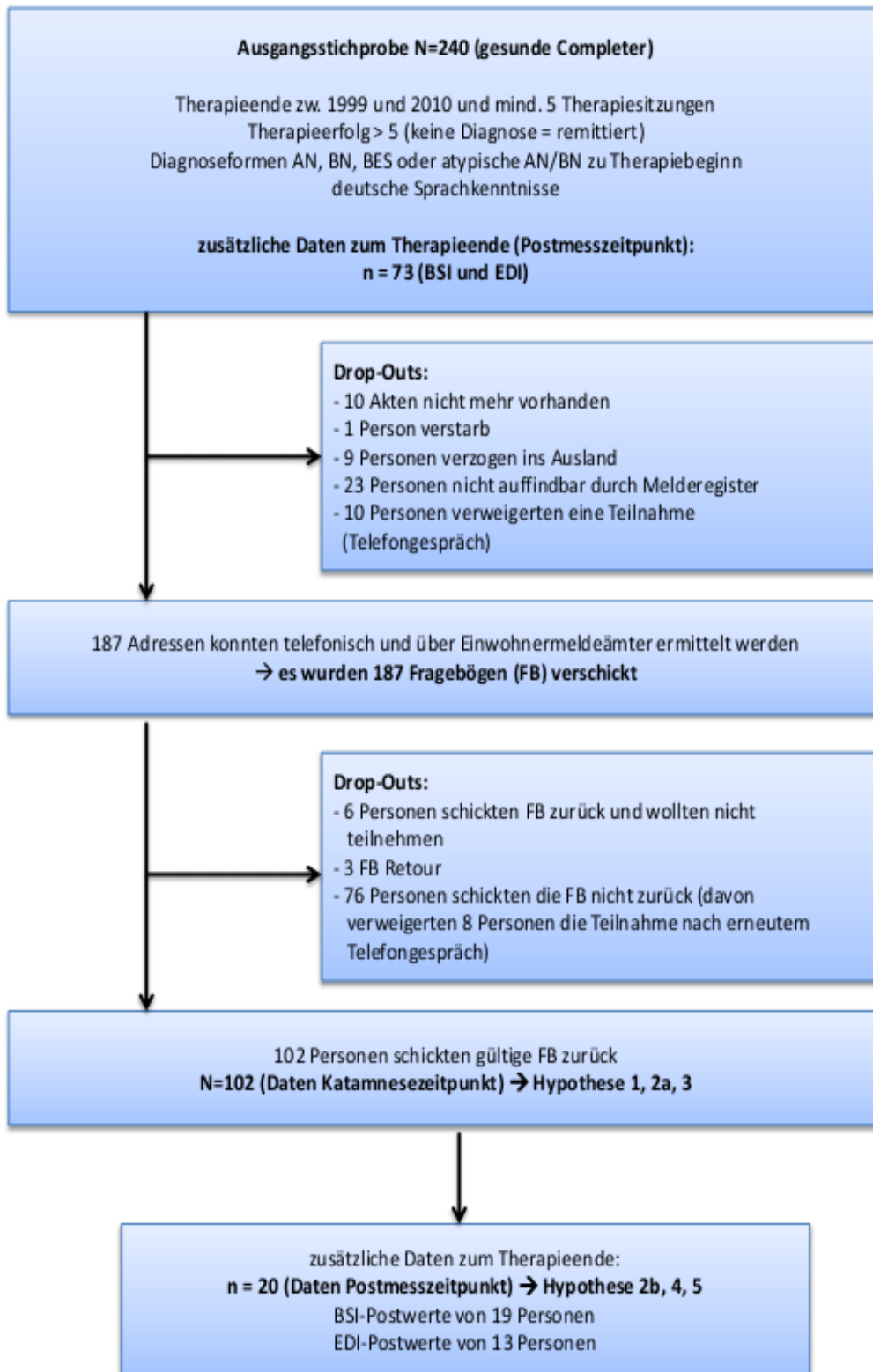


Abbildung 1 Patientenpfad in Anlehnung an das Consort-Modell (Hiller et al., 2009)

Anmerkung: **N** = Stichprobengröße; **n** = Teilstichprobengröße; **AN** = Anorexia Nervosa; **BN** = Bulimia Nervosa; **BES** = Binge Eating Störung; **BSI** = Brief Symptom Inventory; **EDI** = Eating Disorder Inventory

Ergebnisse: Nach durchschnittlich 8 Jahren ergab sich eine transdiagnostische Rückfallrate von 32,4% (Abbildung 2). Auf Ebene der einzelnen Störungsbilder fiel die Rückfallrate für die Binge Eating Störung am höchsten aus (48,0%), gefolgt von der Anorexia Nervosa (31,0%) und der Bulimia Nervosa (22,9%) (Abbildung 3). Patienten mit aufrechterhaltenem Remissionsstatus zum Katamnesezeitpunkt zeigten eine signifikant geringere essstörungsspezifische und allgemeine Psychopathologie sowie eine signifikant höhere Ausprägung der personalen Ressource *Selbstwertgefühl* als rückfällige Patienten. Desweiteren korrelierte der Therapieerfolg (Therapieende) signifikant positiv mit den personalen Ressourcen *Selbstwertgefühl* und *Kohärenzsinn* (Katamnesezeitpunkt). Es konnten keine Risikofaktoren auf transdiagnostischer Ebene identifiziert werden.

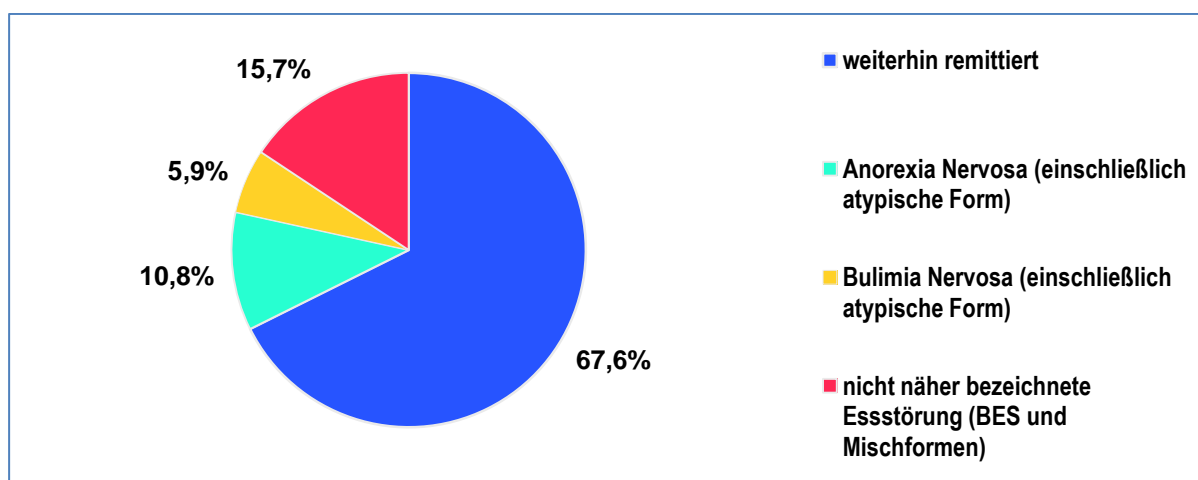


Abbildung 2 Verteilung der Diagnosen zum Katamnesezeitpunkt in der Gesamtstichprobe (N = 102)

Anmerkung: BES = Binge Eating Störung (wird im DSM-IV unter der Diagnose Nicht *näher bezeichnete Essstörung* aufgeführt)

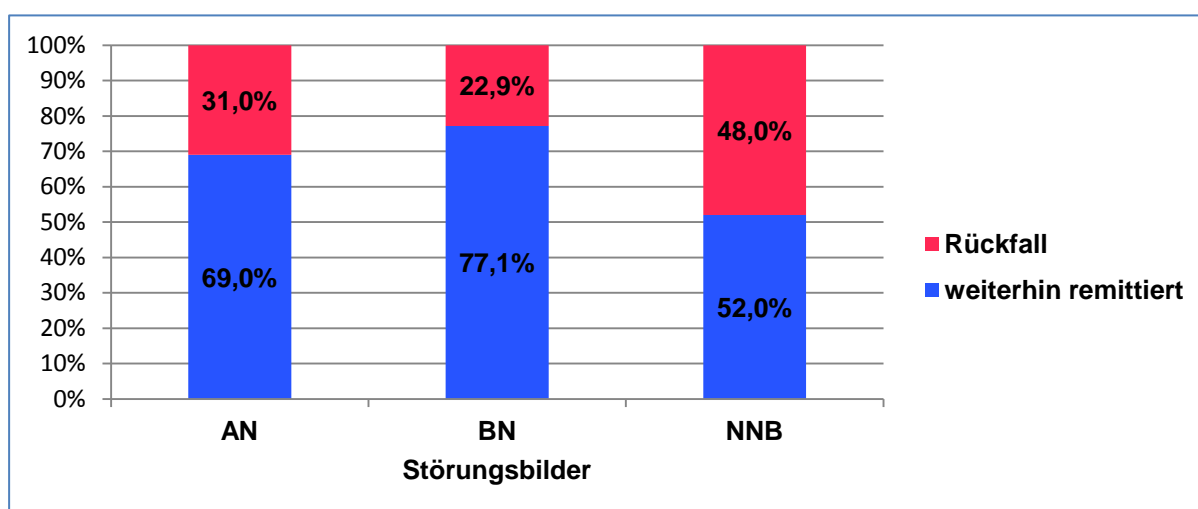


Abbildung 2 Rückfallquoten innerhalb der Störungsbilder zum Katamnesezeitpunkt

Anmerkung: AN = Anorexia Nervosa; BN = Bulimia Nervosa; NNB = Nicht näher bezeichnete Essstörung

22 (21,6%) Personen gaben an, dass einem Rückfall im Katamnesezeitraum bestimmte Lebensereignisse vorausgingen, deren Häufigkeiten in Abbildung 4 abgebildet sind. Bei der Beantwortung der Frage waren Mehrfachnennungen möglich, sodass 38 Angaben ausgewertet werden konnten. Am häufigsten wurden berufliche Veränderungen angeführt, gefolgt von Schwangerschaft, Tod/Krankheit einer nahestehenden Person sowie Scheidung oder Trennung vom Partner.

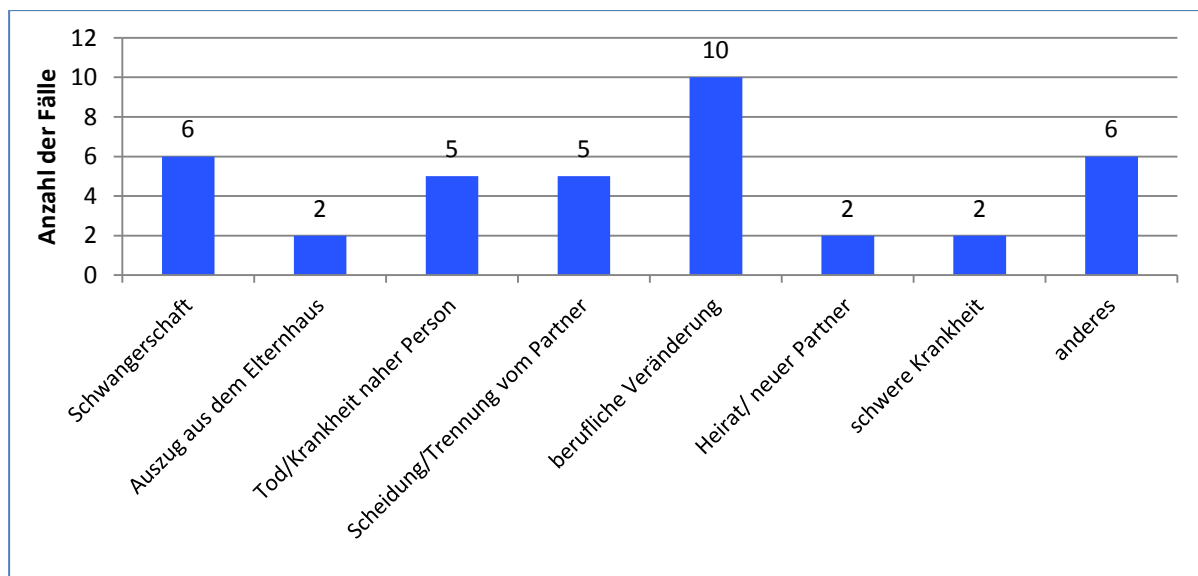


Abbildung 3 Häufigkeit verschiedener Lebensereignisse vor einem Rückfall im Katamnesezeitraum

Auf die Frage, was die Betroffenen als Auslöser für die Wiederkehr der Essstörungssymptomatik ansehen, waren die häufigsten Antworten:

- Stress: allgemein, beruflicher Leistungsdruck, Überforderung, Mobbing
- Probleme in sozialen Beziehungen: familiär, freundschaftlich und in der Partnerschaft
- Verluste: Trennung vom Partner, Freundschaftsbrüche, Tod
- negative Affektivität: Depression, Leere, Unlust
- Unzufriedenheit
- Einsamkeit
- Angst und Unsicherheit
- gewichtsbezogene Selbstbewertung und geringe Selbstakzeptanz
- fehlende Kontrolle: Essverhalten, Süßigkeiten, Portionsgrößen
- Störung war zum Therapieende noch nicht überwunden oder Therapie zu kurz
- Auslöser nicht einschätzbar

Insgesamt nahmen 17 (16,7%) Personen der Gesamtstichprobe (N=102) nach Beendigung der Therapie im *Forum für Ess-Störungen* eine oder mehrere Leistungen und Therapien in Anspruch. 7 (38,9%) Patienten nahmen oder nehmen eine erneute ambulante Behandlung im *Forum für Ess-Störungen* war. Desweiteren berichteten 7 (38,9%) Personen von einer erneuten ambulanten Behandlung in einer anderen Einrichtung und 8 (44,4%) Personen, dass sie in stationärer Behandlung waren. Eine Person (5,6%) nahm die Unterstützung einer Selbsthilfegruppe in Anspruch und zwei Personen (11,1%) sonstige Leistungen.

Diskussion: 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 konnten das Selbstwertgefühl und der Kohärenzsinn 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. Zudem scheint ein hoher Kohärenzsinn ebenso mit einem guten Therapieerfolg zusammenzuhängen.