

Neue Wege zur erfolgreichen Behandlung der Anorexia nervosa: Eine prospektive Kohortenstudie zu Wirkmechanismen bei Patientinnen in stationärer Behandlung

(Projekt Nr. 05-10)

Author

Bernd Löwe

Ziel

In einer prospektiven Studie sollen Prädiktoren des Therapieerfolgs und psychologische Wirkmechanismen in der stationären Behandlung der Anorexia nervosa (AN) überprüft werden. Dabei sollen klinische und psychologische Variablen sowie störungsübergreifende theoretische Modelle wie die Konsistenztheorie (Grawe, 2006) und die Self-Determination Theorie (Ryan & Deci, 2008) berücksichtigt werden. Zu den potentiellen Prädiktoren und Wirkmechanismen, die untersucht werden sollen, gehören: Befriedigung psychischer Grundbedürfnisse im Behandlungsprozess, emotionale Involviertheit und Therapie-Commitment der Patientinnen, störungsspezifische Kognitionen und Verhalten, die therapeutische Allianz, Selbstwert, Depressivität und Ängstlichkeit.

Hintergrund

Bei Patientinnen mit AN ist die Mortalität im Vergleich zu gleichaltrigen gesunden Frauen um den Faktor 10 erhöht. Damit ist AN die psychische Störung mit der schlechtesten Lebenszeitprognose. In Anbetracht dieser hohen Mortalität erscheint es besonders wichtig, die Wirksamkeit von Behandlungsoptionen zu steigern, da diese oftmals als enttäuschend beurteilt wird. Im Besonderen betrifft dies die stationäre Behandlung, die vor allem für schwer und lange erkrankte Patientinnen in Frage kommt. Eines der wichtigsten Ziele dieser stationären Behandlungen ist die Stabilisierung des Gewichts bzw. des Body-Mass-Index' (BMI), da diese Zielgrößen zum Zeitpunkt der Entlassung die Prognose im Weiteren deutlich beeinflussen. Dennoch wurden bisher selten Prädiktoren der Gewichtsveränderung und Wirkmechanismen in der stationären Behandlung bei AN untersucht.

Die Überprüfung psychologischer Prädiktoren und Wirkmechanismen soll der Optimierung der stationären Behandlung sowie der Weiterentwicklung effektiver Therapieformen dienen.

Methode

In einer multizentrischen, prospektiven, naturalistischen Studie wurden AN-Patientinnen zur Aufnahme, zur Entlassung und wöchentlich während der stationären Behandlung befragt. Die Studie wurde bei Patientinnen im Alter zwischen 16 und 65 Jahren durchgeführt, die mit einer primären AN Diagnose an einer der drei teilnehmenden psychosomatischen Kliniken stationär behandelt wurden.

Zur Aufnahme und Entlassung wurden folgende Fragebögen bzw. Daten erhoben: EDI-2, PHQ 9, PHQ-15, GAD-7, FEVER sowie das Gewicht. Weitere soziodemografische und klinische Angaben wie Körpergröße, Alter, Ersterkrankungsalter, Vorbehandlungen, AN-Subtyp, Partnerschaft, Lebenssituation wurden zur Aufnahme erfragt. Wöchentlich im Verlauf der Behandlung wurde das Gewicht und der CPQ-AN (Change Process Questionnaire-Anorexia nervosa) erhoben.

Für die Einschätzung der Effektivität der Therapien wurden T-Tests und Effektstärken (Cohens D) gerechnet. Bedeutsame Prädiktoren wurden anhand stufenweiser linearer Regression mit der Zielgröße Veränderung im BMI (Delta-BMI) ermittelt. Mittels Pfadanalyse wurden die Zusammenhänge zwischen Body-Mass-Index (BMI), AN-spezifischen Kognitionen und Verhaltensweisen und den übergeordneten Prozessfaktoren

Befriedigung psychologischer Grundbedürfnisse (Bedürfnis nach Kompetenzerleben, Bedürfnis nach Verbundenheit und emotionaler Akzeptanz, Selbstwert und Selbstwirksamkeitserwartung), emotionale Involviertheit und Therapie-Commitment, sowie Allianz und Behandlungszuversicht analysiert.

Ergebnisse

Von den 208 Patientinnen mit AN, die konsekutiv eingeschlossen wurden, brachen 32 Patientinnen die Behandlung vorzeitig ab (15,4%). Auf die Ergebnisse der 176 Patientinnen, die die Behandlung regulär beendeten, wird im Folgenden primär fokussiert. Das Durchschnittsalter der Patientinnen lag bei 27,1 Jahren (SD=8,9). Mit einem mittleren BMI zur Aufnahme von 15,0 kg/m² (SD=1,6) wurden die Patientinnen durchschnittlich 10,7 Wochen (SD=5,5) stationär behandelt. Bei Entlassung lag der BMI im Mittel bei 17,1 kg/m² (SD=1,5).

Große Effektstärken für die Veränderung zwischen Aufnahme und Entlassung zeigten sich für den BMI (ES=1.35, $t=-20.1$, $p<.001$) sowie die mittels PHQ-9 selbsteingeschätzte Depressivität (ES=1.17, $t=15.3$, $p<.001$), deutlich kleinere Effekte für die essstörungsbezogenen psychologischen Variablen EDI-2 Schlankheitsstreben (ES=.51, $t=7.3$, $p<.001$) und Unzufriedenheit mit dem Körper (ES=.14, $t=2.2$, $p=.029$).

Prädiktiv für einen größeren BMI-Zuwachs über die stationäre Behandlung hinweg waren eine längere Dauer der Behandlung ($\beta=0.17$, $p<.001$), ein niedrigerer Aufnahme-BMI ($\beta=-0.16$, $p=.004$), ein Bildungsabschluss unter dem Universitätsabschluss ($\beta=-0.51$, $p=.016$) und niedrigere Werte in der EDI-2 Subskala ‚Ineffektivität‘ zur Aufnahme ($\beta=-0.02$, $p=.018$). Keinen Einfluss dagegen zeigten die folgenden Variablen: Studienzentrum, Alter, Ersterkrankungsalter, Wohnsituation, Partnerschaft, vorangegangene Hospitalisierung, selbsteingeschätzte Depression, Angst und somatische Symptome (PHQ-9, GAD-7, PHQ-15), selbsteingeschätzte Therapiemotivation (FEVER) sowie alle anderen EDI-2 Subskalen. Das vorliegende Modell konnte einen Großteil der Varianz der stationären BMI-Veränderung aufklären (60% Adj. R²).

Bei der Untersuchung der Wirkmechanismen zeigte sich, dass höhere Werte in den Skalen Grundbedürfnisbefriedigung und emotionale Involviertheit und Therapie-Commitment zu Therapiebeginn signifikant positiv den BMI zur Therapiemitte beeinflussten. Des Weiteren hing eine höhere Grundbedürfnisbefriedigung zu Beginn mit geringeren AN-spezifischen Kognitionen und Verhaltensweisen zum Therapieende zusammen. Es wurden zusätzlich wurden verschiedenen Interaktionen zwischen den Prozessfaktoren untereinander beobachtet, der Faktor Allianz und Behandlungszuversicht wirkte jedoch nicht auf die Outcome-Variablen.

Schlussfolgerungen

Die von uns untersuchten stationären Therapien erwiesen sich in Bezug auf die BMI-Zunahme als hoch effektiv. Nichtsdestotrotz liegen in der vorliegenden Stichprobe wie auch in vergangenen Studien die Patientinnen mit regulärem Therapieabschluss bei Entlassung im Mittel noch immer unter der diagnostisch bedeutsamen BMI-Grenze von 17,5 kg/m².

Der stärkste Einflussfaktor auf die stationäre Gewichtszunahme – die Therapiedauer – wirkt augenscheinlich, nichtsdestotrotz ist der Befund in den gesundheitspolitischen Debatten um die Verkürzung von Aufenthaltsdauern relevant. Aus einer klinischen Perspektive ist besonders die Bedeutung der EDI-2 Subskala „Ineffektivität“ interessant. Konzeptuell ähnelt diese Skala dem Selbstwert oder der Selbstwirksamkeitserwartung. Demnach zeigen Patientinnen mit höherer selbsteingeschätzter Ineffektivität bzw. niedrigerem Selbstwert ein ungünstigeres Therapieergebnis. Dies bestätigen andere empirische Befunde wie beispielsweise die der ANTOP-Studie, die den Selbstwert als bedeutsamen Prädiktor in ambulanten Therapien gefunden haben. Die Relevanz von Selbstwertinterventionen für das Therapieergebnis sollte weiter untersucht werden. Als weitere Risikogruppe erwiesen sich Patientinnen mit höherem Bildungsgrad (Universitätsabschluss). Die Bedeutsamkeit des Aufnahme-BMI spricht wahrscheinlich in erster Linie für eine Regression zur Mitte.

Die Ergebnisse des Pfadmodells sprechen für die allgemeinen theoretischen Annahmen der Konsistenztheorie und der Self-Determination Theorie und unterstreichen die Bedeutung einer frühen Befriedigung psychischer Grundbedürfnisse im Behandlungsprozess sowohl in Bezug auf die Entwicklung des BMIs (zur Therapiemitte) als auch von AN-bezogenen Kognitionen und Verhaltensweisen (zum Therapieende). Individuelle Bedürfnisse nach Kompetenzerleben, Verbundenheit und

Selbstwirksamkeitserwartung sollten zu Beginn der stationären Therapie flexibel adressiert werden können. Zudem erscheint es empfehlenswert zu Therapiebeginn die Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit persönlichen Themen und das Therapie-Commitment zu erfragen und zu fördern.

Publikationen

Gumz A, Kästner D, Raczka KA, Weigel A, Osen B, Rose M, Meyer B, Wollburg E, Voderholzer U, Karacic M, Vettorazzi E, Löwe B. Aggregating factors of the change process in the treatment of Anorexia nervosa. *Eat Behav.* 2015; 19: 81-85.

Gumz A, Kästner D, Weigel A, Daubmann A, Osen B, Karacic M, Wollburg E, Voderholzer U, Löwe B. The change process in adult Anorexia nervosa inpatient treatment – A path model. Under Review.

Kästner D, Gumz A, Osen B, Voderholzer U, Wollburg E, Karacic M, Meyer B, Rose M, Löwe, B. Predictors of outcome in inpatients with anorexia nervosa – a prospective multi-centre study. *Psychother Psychosom.* 2015;84:255-257.

Wollburg E, Meyer B, Osen B, Löwe B. Psychological Change Mechanisms in Anorexia Nervosa Treatments: How Much Do We Know? *J Clin Psychol.* 2013;69(7):762-773.

The project was funded by the Swiss Anorexia Nervosa Foundation.