

Wietersheim J von, Kordy H, Kächele H (2004): Stationäre psychodynamische Behandlungsprogramme bei Essstörungen. Die Multizentrische Studie zur psychodynamischen Therapie von Essstörungen (MZ-ESS). In: Herzog W, Munz D, Kächele H (Hrsg): *Essstörungen. Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte*. 2. Auflage. Schattauer, Stuttgart, S 3-15

## **Stationäre Psychodynamische Behandlungsprogramme bei Essstörungen**

### **Die Multizentrische Studie zur psychodynamischen Therapie von Essstörungen (MZ-ESS)**

J. von Wietersheim, H. Kordy, H. Kächele und MZ-ESS

#### **1. Einleitung und Zielsetzung**

Die Behandlungssituation für essgestörte Patientinnen<sup>1</sup> stellte sich Anfang der 90er Jahre (und auch heute noch) als äußerst heterogen dar. Es gibt eine große Zahl von psychosomatischen und psychotherapeutischen Kliniken, in denen diese Patientinnen behandelt werden, vor und nach diesen Behandlungen finden häufig ambulante Therapien statt. Die stationären Behandlungsangebote sind sehr unterschiedlich, so schwankt die Behandlungsdauer dieser Patientinnen zwischen minimal vier Wochen bis zu einem Jahr und länger. Viele Kliniken behandeln in einem Bereich von ca. 8-12 Wochen. Auch das in den Kliniken durchgeführte Programm ist sehr unterschiedlich. Dies bezieht sich sowohl auf die Art und Häufigkeit der angebotenen Therapien wie auch auf eine mögliche Spezialisierung im Rahmen der Essstörungenbehandlung. So werden in einigen Kliniken essgestörte Patientinnen gemeinsam mit Patienten anderer Diagnosegruppen behandelt, in anderen Einrichtungen gibt es spezialisierte Gruppenbehandlungen bis hin zu einer Klinik, die nur Essstörungspatienten behandelt. Gleichzeitig ist bekannt, dass essgestörte Patientinnen schwer zu behandeln sind und es lange dauert, bis sich Erfolge einstellen. Ein Teil der Patientinnen bleibt auch chronisch krank oder verstirbt.

Diese problematische und unbefriedigende Situation war der Ausgangspunkt für die Initialisierung einer multizentrischen Studie, in der unter naturalistischen Bedingungen der Verlauf von Magersucht und Bulimie während und nach einer stationären

---

<sup>1</sup> Wegen der bekannten Geschlechterverteilung bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa wird in dieser Arbeit nur die weibliche Form verwendet, männliche Patienten sind ebenso damit gemeint.

Behandlung untersucht werden sollte. Dabei war es das Ziel, psychodynamisch orientierte Kliniken und deren Behandlung zu beforschen.

Die Initiative für dieses Projekt ging von H. Kächele und der Forschungsstelle für Psychotherapie in Stuttgart aus. Sehr viele Vorarbeiten waren für das Zustandekommen dieser Studie notwendig. Interessierte Kliniken mussten gewonnen werden, in einer Vielzahl von Treffen entwickelten die beteiligten Kliniker und Wissenschaftler einen gemeinsamen Forschungsantrag, der letztendlich vom damaligen Bundesministerium für Forschung und Technologie bewilligt wurde. Auf diesen Treffen wurde aber auch deutlich, wie unterschiedlich essgestörte Patientinnen behandelt wurden. Es ergab sich ein reger wissenschaftlicher und klinischer Austausch. Aus diesen Forschungsforen entstand letztendlich auch die Idee zu dem vorliegenden Buch, in dem sich auch die teilnehmenden Kliniken im Klinikführer darstellen.

Folgende Hauptfragestellungen sollten im Rahmen der multizentrischen Essstörungsstudie beantwortet werden:

- 1.) Wie werden Essstörungen in der psychodynamischen-klinischen Alltagspraxis behandelt? Was erklärt die unterschiedliche Intensität und Dauer?
- 2.) Welche Ergebnisse werden während der stationären Behandlung und innerhalb eines Katamnesezeitraums von 2½ Jahren erreicht?
- 3.) Welche Patienten- bzw. Krankheitsmerkmale beeinflussen die Ergebnisse?
- 4.) Welchen Einfluss haben Dauer und Intensität der Behandlungen auf die Ergebnisse?

## **2. Stichprobe**

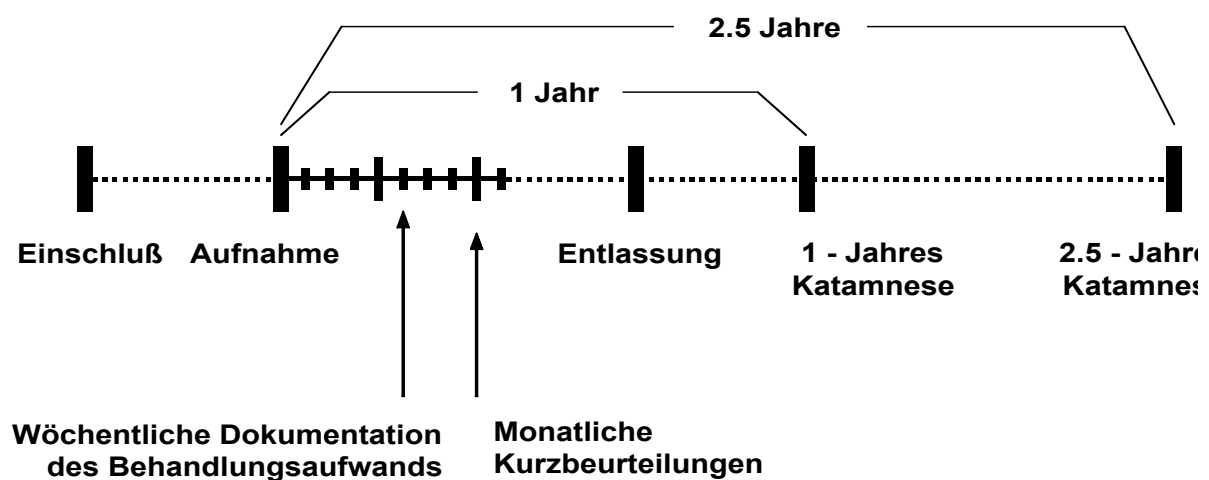
Von November 1993 bis September 1995 wurden von 43 Kliniken aus dem gesamten Bundesgebiet 1247 Patientinnen in die Studie eingebracht. Eingeschlossen wurden möglichst alle erwachsenen Patientinnen, die im genannten Zeitraum eine der beteiligten Kliniken aufsuchten und die Kriterien für die Diagnosen Anorexia nervosa, Bulimia nervosa bzw. ein gleichzeitiges Zutreffen der Kriterien von Anorexia- und Bulimia nervosa nach DSM-III-R erfüllten. Ausgeschlossen wurden nur solche Patientinnen, die

entweder die Teilnahme verweigerten oder die physisch, psychisch oder intellektuell zu einer Teilnahme nicht in der Lage waren.

Insgesamt gehörten 355 Patientinnen zur Diagnosegruppe Anorexia nervosa, 647 erfüllten die Kriterien zur Bulimia nervosa (BN), 169 die Kriterien von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa (Doppeldiagnose, AN&BN). Der Anteil männlicher Patienten betrug weniger als 4 %. Die Patientinnen waren zwischen 17 und 57 Jahre alt, der Altersmittelwert betrug in der Anorexie-Gruppe 24,8 Jahre (SD = 5,6) und in der Bulimie-Gruppe 25,9 Jahre (SD = 6,3). Die mittlere Erkrankungsdauer lag bei 7,4 Jahren.

Abbildung 1 zeigt die Zeitpunkte, an denen Daten erhoben wurden. Es wurde eine Vielzahl von Daten zur Symptomatik, zur Persönlichkeit sowie zur familiären und sozialen Situation erhoben. Die Symptomatik wurde sowohl aus Sicht der Patientinnen wie auch der Therapeuten bzw. Interviewer erfasst. Zur 2½-Jahres-Katamnese wurde ein ausführliches Interview durchgeführt, in dem nicht nur die momentane Situation der Patientinnen, sondern auch der Krankheitsverlauf erfasst wurde.

Abbildung 1 : Messzeitpunkte im Rahmen der multizentrischen Essstörungsstudie



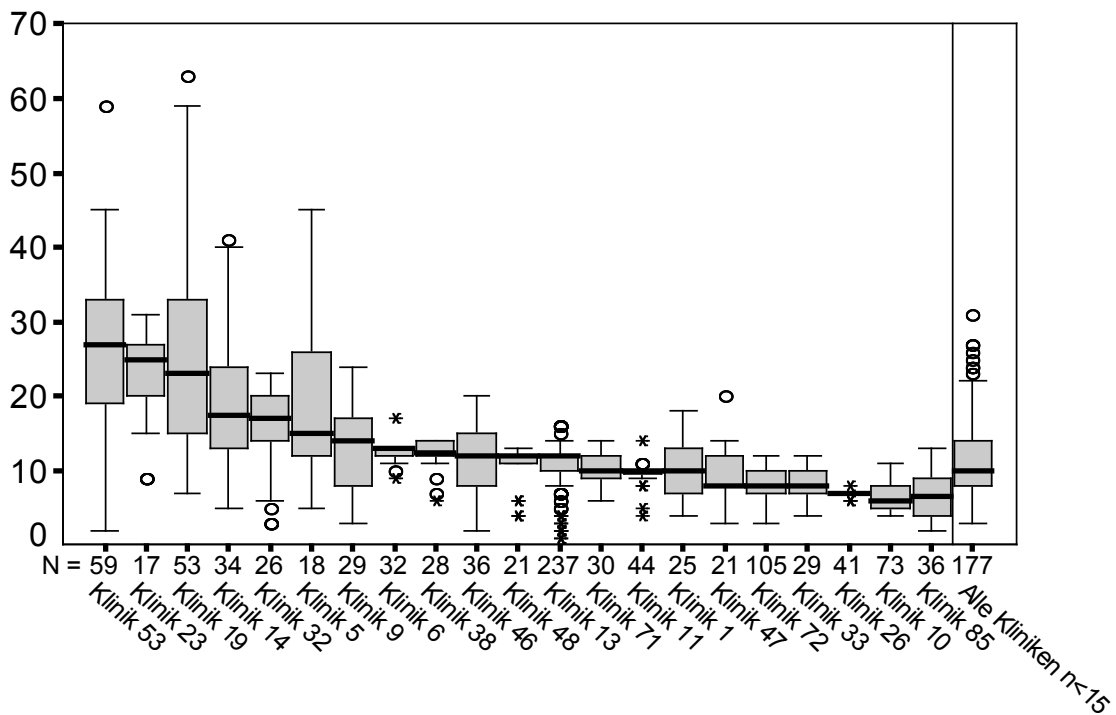
Zur Nachuntersuchung 2½ Jahre nach Therapiebeginn konnten Daten von ca. 75 % der Patientinnen erhoben werden. Das ausführliche Katamnese-Interview konnte mit 781 Patientinnen (66,7 %) durchgeführt werden. Patientinnen, die an der 2½ Jahres-Katamnese teilnahmen, unterschieden sich nur wenig von den nicht teilnehmenden.

## **2. Stationäre Behandlungen**

Die Dauer der durchgeführten stationären Behandlungen war sehr unterschiedlich, der Median der Aufenthaltsdauer lag bei 11 Wochen. Das Spektrum reichte von 4,3 (5. Perzentil) bis zu 27,9 Wochen (95. Perzentil). Ganz wenige Patientinnen wurden noch länger behandelt (siehe Abb. 2). Die Behandlungen der Klinik mit der längsten Aufenthaltsdauer (Klinik 53, Median 26,6 Wochen) war über viermal länger als in der Klinik mit der kürzesten (Klinik 85, Median 6,3 Wochen). Es gibt Kliniken mit einer relativ homogenen Behandlungsdauer für alle Patientinnen (Klinik 32 und Klinik 11), während andere stark variieren (Klinik 53 oder Klinik 19).

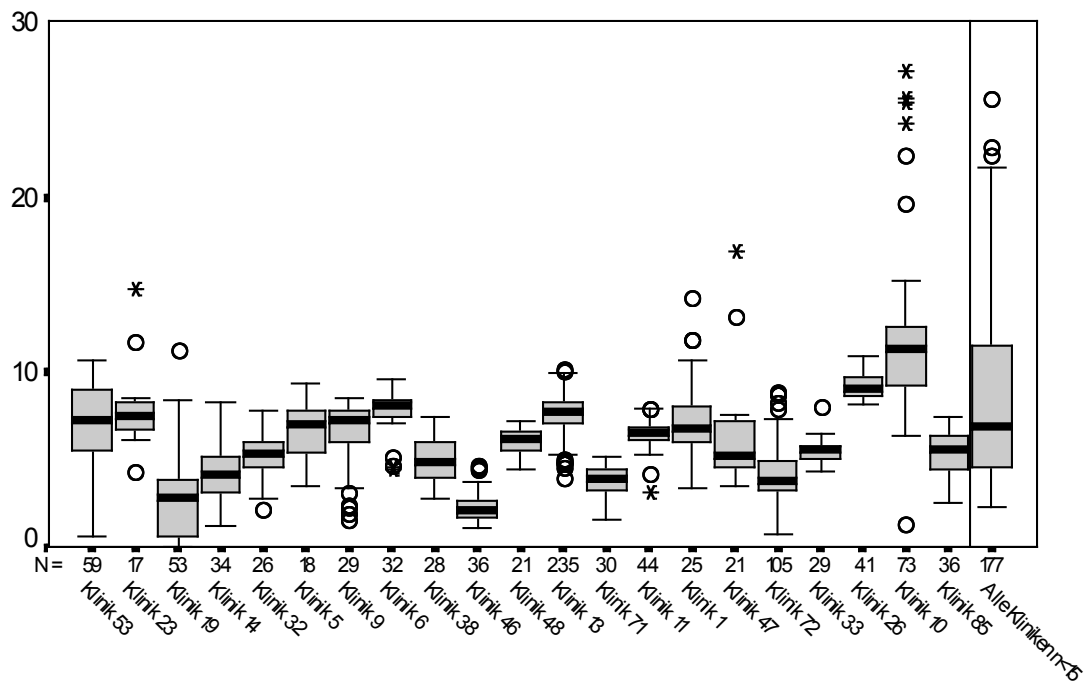
Vergleicht man die Kliniken in Bezug auf die Intensität der angewandten Behandlung – als Intensitätsparameter wurde die Zahl der Therapiestunden pro Woche gewählt – erhält man ein anderes Bild (siehe Abb. 3, die Kliniken sind in derselben Weise geordnet wie in Abb. 2). Hier steht z. B. die Klinik mit der zweitkürzesten Behandlung (Klinik 10) hinsichtlich der Intensität an erster Stelle. Beide Bilder zusammen demonstrieren, wie unterschiedlich das Therapieangebot der verschiedenen Kliniken gestaltet ist. Der wöchentliche Stundenplan umfasste bei den Patientinnen im Median 13 Stunden Therapie. In den Abbildungen 2 und 3 werden so genannte Box-Plots verwendet. Der schwarze Balken in der Mitte der grauen Flächen markiert den Median, die grauen Flächen dokumentieren den Bereich vom 25. zum 75. Perzentil.

Abb. 2 Dauer der stationären Behandlungen (in Wochen) in den teilnehmenden Kliniken



Anmerkung: Dargestellt sind Boxplots, die graue Fläche bildet den Bereich vom 25. zum 75. Perzentil ab, der Querstich in der grauen Fläche den Median. Die langen Striche markieren den Bereich vom minimalen zu maximalen Werten, ° und \* markieren Ausreißer und Extremwerte.

Abb. 3 : Intensität der stationären Behandlungen (in Stunden)



### 3. Zur Problematik der Erfolgsdefinition

Essgestörte Patientinnen zeigen Beeinträchtigungen nicht nur in Form ihrer Symptomatik wie Untergewicht, Angst vor dem Dickwerden, Essanfälle, Erbrechen, sondern auch Beeinträchtigungen im Bereich der Persönlichkeit (Depressivität, schlechtes Selbstwertgefühl), der Beziehung zu anderen (Freunde, Familie, Kollegen) und im sozial-medizinischen Bereich (Krankschreibungen, Verlust des Arbeitsplatzes, Wiederholungen in Schule und Studium). Daher war zunächst geplant, Kriterien für Erfolge in verschiedenen Bereichen (Symptomatik, Persönlichkeit, Familie, Soziales) zu definieren und aus diesem eine umfassende Erfolgsdefinition zu erstellen. Nach kurzer Zeit zeigte sich aber, dass dies zu großen methodischen Problemen führte und im vorgesehenen Zeitrahmen nicht zu realisieren war. Daher mussten sich die Hauptauswertungen auf das Kriterium „Symptomatischer Erfolg“ beziehen. Aber auch hier ergeben sich Schwierigkeiten. Anorexie und Bulimie werden nicht nur definiert über objektive Kriterien wie Untergewicht und Anzahl der Essanfälle, sondern auch durch eher weiche Kriterien wie Angst vor dem Dickwerden und Körperschemastörung.

Zudem kann bei diesen eher subjektiv gefärbten Kriterien einerseits die Patienteneinschätzung, andererseits auch die Therapeuten bzw. Interviewereinschätzung in die Erfolgsbeurteilung eingehen.

In Tabelle 1 sind die verwendeten Erfolgskriterien für Anorexia nervosa und Bulimia nervosa dargestellt, für die Doppeldiagnose musste entsprechend der Erfolg für beide Gruppen gegeben sein. Zudem wird die verwendete Abstufung der Erfolge gezeigt.

Tab. 1: Kriterien und Abstufungen für den Therapieerfolg

	Syptombereich	Kriterium für Erfolg
Anorexia nervosa	Untergewicht	Prozentualer BMI $\geq$ 85 %
	Furcht vor Gewichtszunahme	leicht oder gar nicht (Skala von gar nicht bis sehr stark)
	Störung der Körperwahrnehmung	leicht oder gar nicht (Skala von gar nicht bis sehr stark)
Bulimia nervosa	Essanfälle	< 2 Essanfälle pro Woche
	Gewichtsreduzierende Maßnahmen	Kein Erbrechen, Gebrauch von Laxantien oder strenges Diäten
	Beschäftigung mit Körper und Gewicht	$\leq$ gelegentlich (Skala von nie bis immer)

Dargestellt sind die Erfolgskriterien aus der Therapeutenbeurteilung.

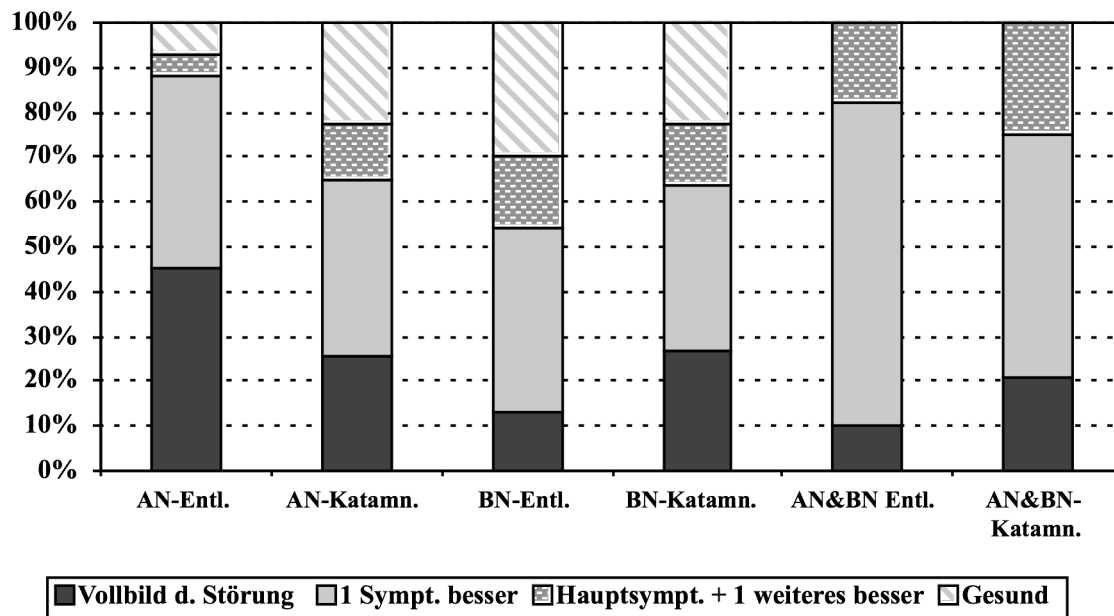
<b>Abstufungen des Therapieerfolgs:</b>
I. Alle aufgelisteten Symptome erfolgreich verändert (im gesunden Bereich)
II. Hauptsymptom (Untergewicht bei der Anorexia nervosa, Essanfälle bei der Bulimia nervosa) und ein weiteres erfolgreich verändert
III. Ein Symptom erfolgreich verändert
IV. Kein Symptom erfolgreich verändert (d.h. alle Symptome im kranken Bereich)

## 5. Ergebnisse

### 5.1 Symptomatischer Therapieerfolg

In Abb. 4 sind die Erfolgsraten zum Zeitpunkt der Entlassung und zum Katamnesezeitpunkt 2½ Jahre nach Beginn der Therapie dargestellt.

Abb. 4: Ergebnisse zum Entlassungszeitpunkt und zur Katamnese



Es zeigt sich, dass nur ganz wenige Patienten nach der stationären Behandlung als vollständig gesund gelten können. Zum Katamnesezeitpunkt zeigen ca. 22 % der Anorexie- und der Bulimiepatientinnen keine Essstörungssymptomatik. Weitere 11 % berichten eine geringe Symptomatik, diese aber nicht im Hauptsymptom (Untergewicht bzw. Essanfälle). Bei den Doppeldiagnosen gibt es keine Patientin, die vollständig gesundet ist, ca. 25 % von ihnen weisen aber eine deutliche Besserung auf. Insgesamt zeigen die Ergebnisse, wie langwierig die Krankheitsverläufe sind. Über 20 % der Patientinnen erfüllen zum Katamnesezeitpunkt noch das Vollbild der Störung nach DSM-III-R. Viele haben sich nur geringfügig verbessert.



## 5.2 Der Einfluss der stationären Behandlungsdauer und anderer Prädiktoren auf den Erfolg

Eine Vielzahl von Variablen, die zum Teil auch in der Studie erfasst wurden, können mit dem Erfolg nach 2½ Jahren verknüpft sein. Diese Variablen beeinflussen sich zum Teil aber auch gegenseitig. Um mögliche Verzerrungen in dieser nicht randomisierten Studien zu korrigieren, wurde ein methodisch sehr anspruchsvolles Verfahren eingesetzt (Logistische Regression und Propensity-Scores, siehe Kächele et. al, 2001). Mit diesem Verfahren wurde auch der Einfluss der stationären Behandlungsdauer auf den Erfolg nach 2½ Jahren untersucht. Die Behandlungsdauern wurden hierzu in zwei gleich große Gruppen eingeteilt, die Grenze (Median) lag bei etwa 11 Wochen. Es zeigte sich, dass sich die Erfolgsraten für kurze und lange Behandlungsdauern nicht unterschieden, die Behandlungsdauern demnach keinen deutlichen Effekt auf den Erfolg hatten. Nur für den Entlassungszeitpunkt ließ sich bei den Bulimie-Patientinnen ein Unterschied erkennen. Hiernach hätten Patientinnen mit Bulimie bei kurzer Behandlungsdauer einen besseren Erfolg. Klinisch ist das aber wohl nur so zu erklären, dass bulimische Patientinnen eine Zeitlang ihre Symptomatik auch willentlich recht gut unterdrücken können, es bei längerfristiger Behandlung aber auch während der stationären Behandlung zu Rückfällen kommt. Betont werden soll, dass die Aussage „die Behandlungsdauer hat keinen Einfluss auf den Erfolg nach 2½ Jahren“ nur für die untersuchten Behandlungsdauern zwischen etwa 6 Wochen und 4 Monaten gelten kann. Diese Aussage gilt sowohl für die Bulimie– wie auch für die Anorexie Patientinnen. Auch die Behandlungsintensität (Zahl der Therapiestunden pro Woche) hatte keinen bedeutsamen Einfluss auf den Erfolg nach 2½ Jahren.

Auch andere Prädiktoren für den Erfolg wurden untersucht. Bei den Anorexie-Patientinnen waren ein niedriges Gewicht zu Behandlungsbeginn, eine lange Erkrankungsdauer und ausgeprägte Abweichungen in den Persönlichkeitsskalen des Freiburger Persönlichkeitsinventars (FPI-R) Risikofaktoren für niedrige Erfolgsraten. Dagegen waren für Patientinnen die Erfolgsaussichten günstiger, die über einen sexuellen Missbrauch berichteten, die ein höheres Zielgewicht angegeben hatten oder die sich durch die Essstörung stärker beeinträchtigt beschrieben. Bei der Bulimia nervosa waren eine gute Therapiemotivation, eine eher kurze Erkrankungsdauer und

eine geringe Anzahl von Vorbehandlungen mit leicht erhöhten Erfolgsraten verbunden. Insgesamt war die Anpassungsgüte für die Prädiktions-Modelle bescheiden (Anorexie: Varianzaufklärung 39%, nach Korrektur durch ein Bootstrap-Verfahren 15%. Bulimie: Anteil erklärter Varianzaufklärung 18 %, nach Bootstrap-Korrekturen nur 3%). Insofern ist eine Prädiktion auf Grund der beschriebenen Variablen kaum möglich.

Der Unterschied zwischen den Kliniken hinsichtlich Intensität und Aufenthaltsdauer ließ sich nicht durch die Patientendaten erklären. Kliniken, die länger behandelten, hatte nicht die schwerer gestörten Patienten. Auch innerhalb der Kliniken waren keine einheitlichen Muster zu erkennen. So kann es z.B. sein, dass eine stärker gestörte Patientin relativ schnell die Behandlung selber abbricht oder entlassen wird, ebenso kann sie auch eine besonders lange Behandlung bekommen.

Es hat den Anschein, dass es klinikspezifische Faktoren gibt, die die Länge des Aufenthalts bestimmen: So gibt es eventuell klinikinterne Regeln (z.B. mittlere Behandlungsdauer ca. 10 Wochen), darüber hinausgehende, längere Behandlungsdauern bräuchten eine besondere Begründung (z.B. besonders schwierige Patientin). Aber auch externe Einflüsse (Arbeitssituation der Patientin, familiäre Situation, Verhalten der Krankenkassen) könnten hier eine Rolle spielen. Eine empirische gestützte Begründung für oder gegen eine bestimmte Behandlungsdauer lässt sich bisher nicht herleiten.

### **5.3 Ergebnisse im Bereich von Persönlichkeitsmerkmalen**

Zu den Zeitpunkten Aufnahme, Entlassung und Katamnese wurden jeweils das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R, Fahrenberg et. al., 1989) sowie das Narzissmus-Inventar (Deneke und Hilgenstock, 1989) vorgelegt. Die Tabellen 2 und 3 zeigen die Ergebnisse von Anorexie- und Bulimie-Patientinnen. Aus Platzgründen wurden die Daten von Patientinnen mit Doppeldiagnose nicht dargestellt. Diese hatten jedoch die stärksten Auffälligkeiten im Persönlichkeitsbereich.

Tab. 2: FPI-Skalen (Stanine) des zu den Zeitpunkten „Aufnahme“, „Entlassung“ und „Katamnese“.

FPI	Anorexie			Bulimie		
	Aufnahme	Entlassung	Katamnese	Aufnahme	Entlassung	Katamnese
Lebenszufriedenheit	2.7 ±1.4	3.1 ±1.6	3.5 ±1.8	2.7 ±1.2	3.1 ±1.4	3.6 ±1.8
Soziale Orientierung	5.9 ±1.8	5.5 ±1.7	5.1 ±1.8	5.6 ±1.8	5.1 ±1.9	5.0 ±1.8
Leistungsorientierung	4.8 ±1.9	5.2 ±1.9	5.1 ±1.9	4.5 ±1.9	4.9 ±1.9	4.8 ±2.0
Gehemmtheit	6.8 ±1.9	6.4 ±1.8	6.1 ±2.0	6.4 ±2.0	6.0 ±2.0	5.9 ±2.1
Erregbarkeit	6.4 ±1.7	6.3 ±1.8	6.2 ±1.8	6.4 ±1.8	6.3 ±1.8	6.2 ±1.9
Aggressivität	4.6 ±1.9	4.8 ±1.9	4.9 ±1.7	5.2 ±1.9	5.4 ±2.0	5.4 ±1.7
Beanspruchung	6.1 ±1.5	5.8 ±1.6	5.7 ±1.7	6.1 ±1.6	5.8 ±1.7	5.7 ±1.8
Körperliche Beschwerden	6.8 ±1.9	6.1 ±2.0	6.2 ±2.1	6.7 ±1.7	6.1 ±1.8	5.7 ±2.0
Gesundheitssorgen	4.3 ±2.1	4.3 ±2.1	4.0 ±2.1	3.7 ±1.8	3.9 ±2.0	4.0 ±2.0
Offenheit	5.3 ±1.8	5.4 ±1.8	5.3 ±1.8	6.0 ±1.8	6.0 ±1.9	6.0 ±1.7
Extraversion	3.4 ±1.9	4.0 ±1.9	3.9 ±1.9	4.1 ±2.1	4.6 ±2.1	4.4 ±2.0
Emotionalität	7.1 ±1.6	6.8 ±1.9	6.6 ±2.0	7.3 ±1.4	6.9 ±1.7	6.6 ±2.0

Dargestellt werden Mittelwert und Standardabweichung (Anorexie N=229, Bulimie N=405).

Tab. 3: Die Skalen des Narzissmusinventars zu den Zeitpunkten „Aufnahme“, „Entlassung“ und „Katamnese“.

Narzissmusinventar	Anorexie			Bulimie		
	Aufnahme	Entlassung	Katamnese	Aufnahme	Entlassung	Katamnese
Ohnmächtiges Selbst	32.3 ±9.7	27.2 ±10.1	27.1 ±11.2	33.1 ±9.5	27.3 ±10	26.1 ±10.9
Affekt-/Impulskontrollverlust	30.7 ±8.5	28.6 ±8.9	27.9 ±9.1	33.3 ±8.8	30.2 ±8.6	29.2 ±9.1
Derealisation/ Depersonalisation	29.9 ±10.7	25.3 ±10.6	24.7 ±11.7	29.8 ±10.5	25 ±10.3	24.0 ±11.1
Basales Hoffnungspotential	30.2 ±9.3	32.1 ±9.6	32.3 ±9.5	28.9 ±9.4	32.0 ±9.6	33.8 ±9.7
Kleinheitsselbst	35.1 ±8.7	31.9 ±9.0	32.3 ±9.3	34.9 ±8.8	31.2 ±8.9	30.3 ±9.3
Negatives Körperselbst	30.0 ±11.1	24.5 ±10.9	25.2 ±12.5	31.2 ±11.4	24.7 ±11.4	24 ±12.2
Soziale Isolierung	30.8 ±8.6	28.5 ±8.6	28.3 ±8.7	29.4 ±8.6	27.5 ±8.2	27.1 ±9
Größenselbst	24.3 ±7.0	26.1 ±6.9	26.7 ±6.8	26.4 ±7.4	28.2 ±7.0	28.8 ±7.2
Narzisstische Wut	26.8 ±8.1	26.6 ±7.7	26.4 ±7.6	28.1 ±8.1	27.8 ±7.6	27.3 ±7.8
Objektbewertung	26.9 ±7.1	25.4 ±7.3	26.7 ±7.7	28.7 ±7.2	26.7 ±7.5	27 ±7.6
Symbiotischer Selbstschutz	38.7 ±5.7	36.0 ±6.3	37.4 ±6.4	37.6 ±6.5	35.4 ±6.6	36.7 ±6.5
Hypochondrische Angstbindung	26.1 ±9.4	23.0 ±9.3	22.7 ±9.6	25.7 ±9	22.5 ±8.5	23.1 ±9.1
Narzißtischer Krankheitsgewinn	24.6 ±9.3	22.6 ±9.3	21.4 ±10.3	21.4 ±8.7	19.0 ±8.1	19.4 ±8.9

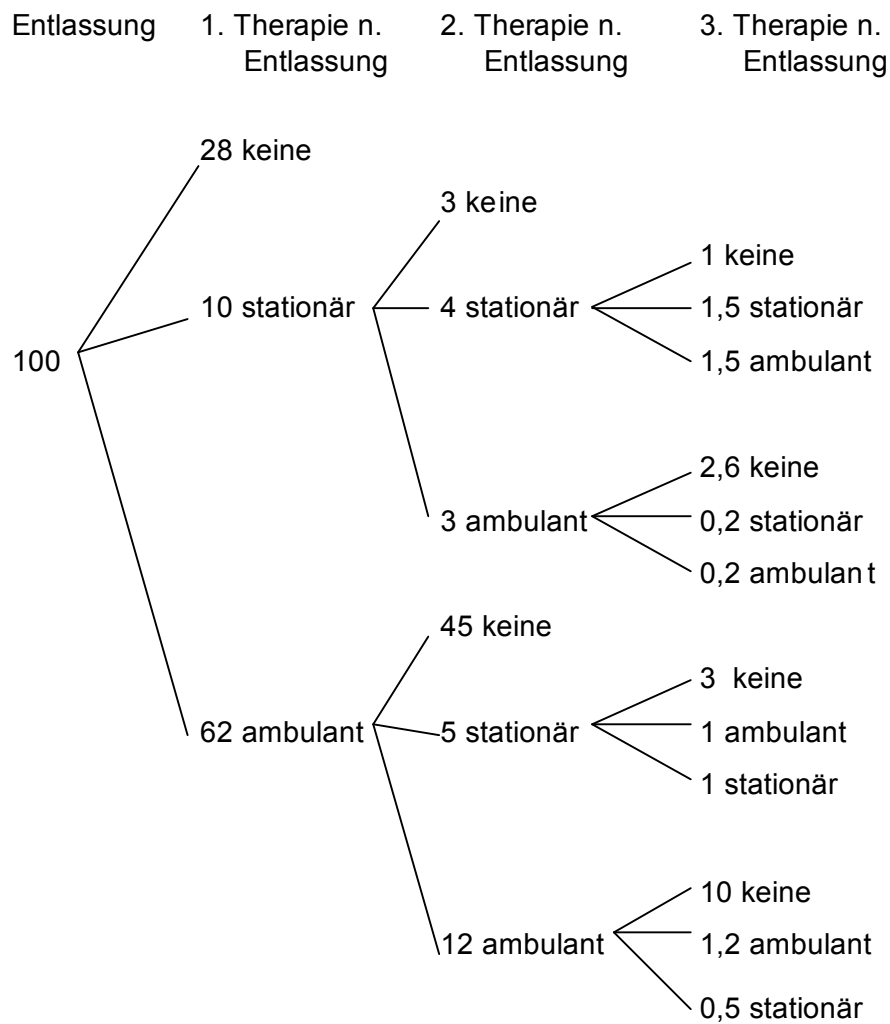
Dargestellt werden Mittelwert und Standardabweichung (Anorexie N=229, Bulimie N=405).

Es ist zu ersehen, dass im FPI-R deutliche Beeinträchtigungen zum Aufnahmezeitpunkt zu finden sind (geringe Lebenszufriedenheit, hohe Gehemmtheit, hohe Erregbarkeit, starke körperliche Beschwerden sowie erhöhte Emotionalität). Alle diese Werte haben sich zum Entlassungszeitpunkt in Richtung Norm (Staninewert 5) verbessert. Die Werte zum Katamnesezeitpunkt ähneln denen des Entlassungszeitpunktes, teilweise sind sie auch noch besser. Normwerte werden aber überwiegend nicht erreicht. Beim Narzissmus-Inventar zeigen sich auffällig hohe (pathologische) Werte in vielen Skalen, insbesondere im Ohnmächtigen Selbst, im Kleinheitsselbst und im Symbiotischen Selbstschutz. Auch hier finden deutliche Veränderungen zwischen Aufnahme und Entlassung statt, aber nur wenige zwischen Entlassungszeitpunkt und Katamnese. Dieses Ergebnis könnte so interpretiert werden, dass die relativ intensiven Psychotherapien, die während einer stationären Behandlung stattfinden, einen deutlichen Einfluss haben und die sich daran anschließende Zeit im Alltagsleben, zum Teil auch unter Fortführung der ambulanten Therapien (siehe unten), nur einen geringeren Einfluss hat. Insofern könnte hier auch eine Begründung für die Notwendigkeit solcher stationären Behandlungen zu sehen sein. Ausführlich ist die Veränderung der Persönlichkeitsmerkmale und die Darstellung des Erfolges im Bereich der Persönlichkeit bei von Wietersheim et. al. (2001) dargestellt.

#### **5.4 Behandlungen nach der stationären Therapie**

Erwartungsgemäß ging eine größere Zahl von Patientinnen im Anschluss an die initiale stationäre Behandlung in weiterführende, meist ambulante Psychotherapien. In Abbildung 5 ist die Verteilung der Gesamtstichprobe auf verschiedene Therapieformen dargestellt, die Verteilung bei den Bulimie- und den Anorexie-Patientinnen war sehr ähnlich. Zu erkennen ist, dass viele Patienten zunächst in weiterführende ambulante Therapien gehen, einige aber auch erneut, manchmal in Folge hintereinander, in stationäre Therapie gehen (müssen). Insgesamt wird deutlich, dass es bei diesen Patientinnen wenig sinnvoll ist, von dem Einfluss einer einzelnen Therapie auszugehen, sondern dass es sich vielmehr bei vielen um eine Folge von Behandlungen handelt.

Abb. 5: Therapien nach Entlassung aus stationärer Behandlung (in Prozent)



## 6. Weitere Entwicklung und Ausblick

Das Design und die Erhebungsinstrumente der Multizentrischen Essstörungsstudie waren der Ausgangspunkt für eine europaweite Studie, die von der Forschungsstelle für Psychotherapie in Stuttgart initialisiert und von der Europäischen Gemeinschaft gefördert wurde (Projekt COST-B6). Es nahmen insgesamt 19 Länder teil. Auch hier war es das Ziel, den Verlauf von Magersucht und Bulimie nach einer initialen Behandlung und 2½ Jahren Beobachtungszeit zu untersuchen. Deutlich wurde, dass die Behandlungen in unterschiedlichen Gesundheitssystemen auch sehr verschieden sind. Die Ergebnisse sind noch nicht publiziert, wurden aber auf Kongressen vorgestellt (Kordy, 2002). Als ein Hauptergebnis zeigte sich, dass die teilnehmenden Einrichtungen aus den Niederlanden wesentlich bessere Erfolge erzielten als die der anderen europäischen Länder. Vermutlich ist das spezielle therapeutische Setting in den Niederlanden hierfür verantwortlich. Dort gibt es insgesamt 12 spezialisierte Zentren für Essstörungen, die regional bezogen sowohl stationäre und teilstationäre wie auch ambulante Behandlungen anbieten. Damit ist eine Therapiekette gegeben, in der derselbe Therapeut die ambulante wie auch die stationäre Behandlung übernehmen kann. Wichtig ist sicherlich auch, dass nach einem gemeinsamen Konzept innerhalb dieser Kette gearbeitet wird.

Es wäre sehr wünschenswert gewesen, im Anschluss an die 2½-Jahres-Katamnese eine weitere, z. B. nach 6 Jahren, durchzuführen. Damit wäre es noch besser möglich gewesen, den Verlauf der Patientinnen, die verschiedenen therapeutischen Bemühungen und deren Erfolge zu dokumentieren. Nach 6 Jahren wäre zu erwarten, dass es etwa der Hälfte der Patientinnen gut geht. Entsprechende Anträge wurden an die fördernden Einrichtungen (Deutsche Forschungsgemeinschaft, Christina-Barz-Stiftung) gestellt, leider wurden diese jedoch abgelehnt.

Viele Daten sind bisher noch nicht ausgewertet oder nicht publiziert worden. Dies gilt für die Familienfragebögen (SYMLOG, Familien-Klima-Skalen), detaillierte Verlaufsanalysen und sozialmedizinische Daten. Mit den Daten sind auch klinikspezifische Auswertungen möglich, in der jede Klinik untersuchen kann, wie sich die eigenen Patientinnen entwickelt haben. Die Datensätze stehen hierfür zur Verfügung, allerdings braucht es nicht wenig Arbeitszeit und einiges Fachwissen, um mit diesen auch zur

arbeiten. Aus der multizentrischen Essstörungsstudie entstand eine größere Zahl von weiteren Doktorarbeiten und Publikationen, die unten aufgelistet sind.

## **7. Diskussion**

Ein wesentlicher und sehr erfreulicher Aspekt ist, dass sich die Studie in dieser Größe überhaupt planen und durchführen ließ. Hierfür war ein sehr großes Engagement von Seiten der Forschungsstelle aber auch der beteiligten Kliniken und den für die Koordination und Datenerhebung eingesetzten Moderatoren notwendig. Hierfür sei allen gedankt. Gleichzeitig hatte diese Studie auch den Effekt, dass sich viele Kliniker wissenschaftlich intensiver mit den Essstörungen und deren Behandlungen auseinander setzten, und über die vielen Darstellungen und Diskussionen auch viel neues Wissen erworben wurde. So hat sich auch ein Netzwerk von interessierten Klinikern und Forschern gebildet, es wäre sehr schön, wenn diese Kontakte sich auch in weiteren Studien als hilfreich erwiesen.

Hinsichtlich des Verlaufs von Essstörungen zeigten sich wenig positive Ergebnisse, nur etwa einem Drittel der magersüchtigen und der bulimischen Patientinnen geht es nach 2½ Jahren einigermaßen gut. Diese Daten passen zwar gut zu denen anderer Studien (z. B. Fichter 1997, 1999), gleichzeitig zeigt sich aber in der europäischen Studie, dass es durchaus Therapiemodelle gibt, die etwas mehr Erfolg versprechen. Deutlich wird, dass es sich bei den untersuchten Essstörungen um sehr langfristig verlaufende und teilweise auch chronifizierende Erkrankungen handelt. Dass die Therapiedauer und die Intensität im Rahmen der untersuchten Zeiträume von 6 Wochen bis mehr als 3 Monaten keinen Effekt auf das Ergebnis nach der Therapie, aber auch nach 2½ Jahren hat, gibt zu denken. Einfache Dosis-Wirkungs-Modelle, wie sie aus der medikamentösen Forschung stammen, scheinen hier nicht zu greifen. Besonders viel oder besonders lange Therapie führt nicht automatisch zu deutlich besseren Ergebnissen. Allerdings muss hier betont werden, dass es sich um eine beobachtende Studie handelt, Therapiedauer und –Intensität konnten nicht frei verändert werden. Innerhalb der Kliniken gibt es vermutlich eigene, klinikspezifische Regeln, die bisher empirisch nicht begründbar sind. Fraglich ist auch, ob es weitere, bisher nicht erkannte Daten auf Seiten der Patientinnen gibt, die mitbestimmen, wann es zu einer deutlichen Veränderung des Krankheitsverlaufes kommen kann und wann nicht. Hier ist noch

vieles rätselhaft und ungeklärt. Hier sollten auch weitere Forschungen ansetzen. Die Erkenntnis, dass die meisten Patientinnen vor der im Rahmen der Studie untersuchten stationären Behandlung in ambulanter Therapie waren und sich hinterher überwiegend auch in ambulante, zum Teil auch weitere stationäre Therapie begeben, zeigt zum einen, dass es in unserem Gesundheitssystem durchaus möglich ist, entsprechende ambulante Therapieplätze zu finden. Dies war vor einem Jahrzehnt noch nicht der Fall. Forschungsmethodisch bedeutet dies aber auch, dass es kaum möglich ist, Therapieerfolge auf eine einzelne Therapie zurückzuführen. Vielmehr müssten die vorhergehenden und nachfolgenden Therapien im Rahmen einer Therapiekette berücksichtigt werden. Zu diskutieren ist auch ein „subjektiver Faktor“, evtl. gibt es bestimmte Zeitpunkte, an denen die Patientinnen besonders bereit zu einer persönlichen Veränderung sind. So gibt es noch viele klinische und wissenschaftliche Herausforderungen, um diese Krankheitsbilder besser zu verstehen und auch erfolgreicher zu behandeln.

## 8. Literatur

- Deneke FW, Hilgenstock B. Das Narzissmusinventar. Bern: Huber 1989.
- Fahrenberg J, Hampel R, Selg H. Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI. 5 Aufl. Göttingen: Hogrefe 1989.
- Fichter MM, Quadflieg N. Six year course of bulimia nervosa. Int J Eat Disord 1997; 22: 361-384.
- Fichter MM, Quadflieg N. Six-Year Course and Outcome of Anorexia Nervosa. Int J Eat Disord 1999; 26: 359-385.
- Kächele H für die Studiengruppe MZ-ESS. Eine multizentrische Studie zu Aufwand und Erfolg bei psychodynamischer Therapie von Eßstörungen - Studiendesign und erste Ergebnisse. Psychother Psychosom med Psychol 1999; 49: 100-108.
- Kächele H, Kordy H, Richard M. Therapy amount and outcome of inpatient psychodynamic treatment of eating disorders in Germany: Data from a multicenter study. Psychotherapy Research 2001; 11: 239-257.
- Kordy H, COST Action B6. Effektivität von Psychotherapie bei Essstörungen in 8 europäischen Ländern. Psychother Psychosom med Psychol 2002; 52: 100.
- Wietersheim J von, Malewski P, Jäger B, Köpp W, Gitzinger I, Köhler P, Grabhorn R. Der Einfluß von stationärer psychodynamischer Psychotherapie auf Persönlichkeitsmerkmale von Patientinnen mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa – Ergebnisse der multizentrischen Eßstörungenstudie. Z Psychosom Med Psychother 2001; 47: 366-379.



## 9. Weitere Publikation aus der Studie

- Hannöver W, Richard M, Hansen N, Martinovich Z, Kordy H & Project TR-EAT. A Classification Tree Model for Decision-Making in Clinical Practice: Application on the German Multicenter Study on Eating Disorders, Project TR-EAT. Psychotherapy Research (im Druck).
- Hettinger R. Empirische Persönlichkeitsdiagnostik von eßgestörten Patientinnen - Einblicke in die Forschung. In: Schmitt G, Seifert T, Kächele H (Hrsg.). Stationäre analytische Psychotherapie - Zur Gestaltung polyvalenter Therapieräume bei der Behandlung von Anorexie und Bulimie. Stuttgart, New York: Schattauer 1993, 165-193.
- Jäger B, Köpp W & MZ-ESS. Die multizentrische Studie zur psychodynamischen Therapie von Eßstörungen. Psychotherapeutenforum (PTF) 1998; 3: 4-6.
- Jäger B, Wietersheim J von. Die tiefenpsychologisch fundierte Behandlung der Bulimia nervosa. Psychother Psychosom med Psychol 1996; 47: 322-331.
- Kächele H für die Studiengruppe MZ-ESS. Eine multizentrische Studie zu Aufwand und Erfolg bei psychodynamischer Therapie von Eßstörungen - Studiendesign und erste Ergebnisse. Psychother Psychosom med Psychol 1999; 49: 100-108.
- Köpp W, Grabhorn R, Herzog W, Deter HC, Wietersheim J von, Kröger F. Gibt es charakteristische Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Eßgestörten? Sexuologie 1999; 6: 158-166.
- Köpp W, Kallenbach B. Anorexie und Bulimie bei Männern: Zum Erscheinungsbild zweier Frauenkrankheiten beim männlichen Geschlecht. Sexuologie 1999; 6: 167-178.
- Kordy H, Krämer B, Palmer RL, Papezova H, Pellet J, Richard M, Treasure J & COST Action B6. Remission, Recovery, Relapse and Recurrence in Eating Disorders: Conceptualisation and Illustration of a Validation Strategy. J Clin Psychol (submit).
- Kordy H, Treasure J. Effectiveness and efficiency of psychotherapy treatment programmes. The European Collaborative Longitudinal Observational Study on Eating Disorders (ECLOS-ED). In: Bria P, Ciocca A, De Risio S (Eds). Psychotherapeutic issues on eating disorders. Rom: Sociata Editrice Universo, 1998; 1-8.
- Krämer YB. Konzeptualisierung und Analyse von Verlaufsveränderungen bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. Unveröffentlichte Dissertation, Medizinische Fakultät der Universität Ulm 2000.
- Oelschlägel-Akiyoshi J. Begriffe, Methoden und Anwendung am Beispiel der Stationären Psychotherapie von Anorexia nervosa. Unveröffentlichte Dissertation. Medizinische Fakultät der Universität Ulm 1998.
- Richard M. Die Konzeptualisierung und Operationalisierung von Therapie-Response und seine Bedeutung für die Behandlungsplanung in einem verlaufsorientierten Qualitätsmanagement. Unveröffentlichte Dissertation, Psychologisches Institut, Universität Heidelberg, 2001.