

Therapeutische Adhärenz in der Kognitiven Verhaltenstherapie der Binge Eating-Störung
[Therapeutic Adherence in Cognitive-Behavioral Therapy for Binge-Eating Disorder]

Brauhardt, A.¹, de Zwaan, M.², Herpertz, S.³, Zipfel, S.⁴,
Svaldi, J.⁵, Friederich, H.-C.⁶ & Hilbert, A.¹

¹ Universitätsmedizin Leipzig, Integriertes Forschungs- und Behandlungszentrum

AdipositasErkrankungen, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie

² Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie

³ LWL Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum, Klinik für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie

⁴ Universitätsklinikum Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

⁵ Universität Freiburg, Institut für Psychologie, Klinische Psychologie und Psychotherapie

⁶ Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und
Psychosomatik

KORRESPONDENZ:

Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Anne Brauhardt; Universitätsmedizin Leipzig, Integriertes

Forschungs- und Behandlungszentrum AdipositasErkrankungen, Medizinische Psychologie
und Medizinische Soziologie; Philipp-Rosenthal-Straße 27, 04103 Leipzig.

Tel.: +493419715364; Fax: +493419715359; Email: anne.brauhardt@medizin.uni-leipzig.de

The final publication is available at Springer via [http://dx.doi.org/10.1007/s00278-015-0018-](http://dx.doi.org/10.1007/s00278-015-0018-7)

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund. Für die durch wiederkehrende Essanfälle gekennzeichnete Binge Eating-Störung (BES) wurde die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) als Behandlungsmethode der Wahl etabliert. Zum Psychotherapieprozess, welcher das Therapieergebnis beeinflusst, ist jedoch wenig bekannt.

Fragestellung. Da Untersuchungen zum Prozessaspekt der therapeutischen Adhärenz Unterschiede zwischen Patienten eines Therapeuten sowie zwischen verschiedenen Therapeuten belegen, soll der Einfluss von Patienten- und Therapeutenmerkmalen auf die therapeutische Adhärenz geprüft werden.

Methode. In einer prospektiven, multizentrischen, randomisiert-kontrollierten Behandlungsstudie zum Wirksamkeitsvergleich von KVT und Internet-basierter angeleiteter Selbsthilfe (INTERBED) wurde die therapeutische Adhärenz in der KVT durch unabhängige Rater erfasst. Patienten- und Therapeutenmerkmale wurden mittels Interview und Selbstbericht erhoben.

Ergebnisse. Soziodemografische Merkmale wie ein geringeres Bildungsniveau der Patienten und weibliches Geschlecht der Therapeuten wurden als signifikante Prädiktoren einer höheren therapeutischen Adhärenz identifiziert. Störungsspezifische Merkmale der Patienten waren nicht mit der therapeutischen Adhärenz assoziiert. Therapeutenmerkmale wie ein geringerer Ausbildungsgrad, eine geringere erlebte therapeutische Kompetenz und höhere Erwartungen sowie ein höheres emotionales Wohlbefinden der Therapeuten sagten eine höhere therapeutische Adhärenz vorher.

Diskussion. Die etablierte hohe therapeutische Adhärenz erschien unabhängig vom Patienten, während einige Therapeutenmerkmale als Prädiktoren identifiziert wurden. Ungünstige Einflüsse auf die therapeutische Adhärenz bedürfen weiterer Erforschung und einer stärkeren Berücksichtigung in der Ausbildung von Therapeuten.

Schlüsselwörter: Therapeutische Adhärenz, Kognitive Verhaltenstherapie, Binge-Eating-Störung, Patientenmerkmale, Therapeutenmerkmale

ABSTRACT

Background. Cognitive-behavioral therapy (CBT) has been established as the treatment of choice for binge-eating disorder (BED) which is characterized by recurrent binge eating episodes. However, only little is known about the impact of the psychotherapeutic process on treatment outcomes.

Objectives. While studies concerning the process aspect of therapist adherence found differences between patients from one therapist as well as differences between therapists, the impact of patient and therapist characteristics on therapist adherence will be investigated.

Methods. In a prospective multicenter randomized-controlled trial comparing CBT to Internet-based guided self-help (INTERBED), the therapist adherence to CBT was determined by independent raters. Patient and therapist characteristics were obtained via interview and self-report questionnaires.

Results. Sociodemographic characteristics including lower education in patients and female sex in therapists were identified as predictors of higher therapist adherence. Disorder-specific characteristics of patients were not associated with the therapist adherence. Therapist characteristics including less postgraduate therapist training, lower self-rated therapeutic competence, and higher expectations as well as higher emotional well-being of therapists predicted higher therapist adherence.

Conclusions. The high level of therapist adherence was mostly independent from patients, while some therapist characteristics were identified as predictors. Adverse impacts on therapist adherence should be investigated further and might be considered in therapeutic training.

Key words: Therapeutic adherence, Cognitive-behavioral therapy, Binge-eating disorder, Patient characteristics, Therapist characteristics

TRAILER

Zahlreiche Untersuchungen zur Binge-Eating-Störung führten zur Etablierung als eigenständige Essstörungsdiagnose. Im Zuge dieser Forschung konnte die Kognitive Verhaltenstherapie als Behandlungsmethode der Wahl für die Binge-Eating-Störung belegt werden. Jedoch sind damit verbundene psychotherapeutische Prozessaspekte wie die therapeutische Adhärenz bisher nur wenig systematisch erforscht worden. Während Einflüsse auf das Therapieergebnis bereits untersucht wurden, ist zu Einflussfaktoren wie Patienten- und Therapeutenmerkmalen auf den Prozessaspekt der therapeutischen Adhärenz wenig bekannt.

HINTERGRUND

Die Binge-Eating-Störung (BES) ist durch wiederkehrende objektive Essanfälle gekennzeichnet während derer Betroffene (a) eine Nahrungsmenge aufnehmen, die definitiv größer ist, als die meisten Leute unter ähnlichen Umständen essen würden, und (b) das Erleben eines Kontrollverlusts beschreiben (APA, 2013). Kompensatorische Maßnahmen wie selbstherbeigeführtes Erbrechen oder exzessives Sporttreiben zur Gewichtskontrolle treten nicht regelmäßig auf. Die BES geht mit einer erhöhten Essstörungs- und allgemeinen Psychopathologie, einer reduzierten Lebensqualität sowie mit Übergewicht und Adipositas einher. In der aktuellen evidenzbasierten S3-Leitlinie wird zur Behandlung der BES die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) empfohlen (Herpertz et al., 2011), während zu Aspekten des Psychotherapieprozesses und der therapeutischen Adhärenz und deren möglichen Auswirkungen auf den Therapieerfolg in der KVT wenig bekannt ist (Brauhardt et al., 2014a). Die therapeutische Adhärenz beschreibt dabei das Ausmaß, in welchem Therapeuten im Behandlungsmanual oder -konzept vorgesehene Interventionen umsetzen (Weck et al., 2011).

Die therapeutische Adhärenz stellt eine wichtige Voraussetzung zur Interpretation von Therapieergebnissen dar und wurde bisher vor allem in Psychotherapiestudien untersucht (Weck et al., 2011). Nur im Falle hoher therapeutischer Adhärenz sollte eine Schlussfolgerung auf die Effizienz einer Behandlung gezogen werden (Weck et al., 2011). Für die klinische Praxis bedeutet dies, dass bei einer hinreichenden Orientierung an evidenzbasierten Manualen oder Konzepten mit großer Wahrscheinlichkeit vergleichbare Therapieerfolge erzielt werden, wie sie in den Manualen oder Konzepten zugrundeliegenden Evaluationsstudien berichtet werden. Wiederum ist im Fall einer geringen oder nicht erhobenen therapeutischen Adhärenz nicht zu klären, ob fehlende Therapieerfolge tatsächlich auf eine ineffektive Behandlung, zu starke Abweichungen vom Manual oder andere Faktoren zurückgehen. Bisher sind systematische Untersuchungen zur therapeutischen Adhärenz selten. Während einzelne Studien einen bedeutsamen Einfluss der therapeutischen Adhärenz auf den Therapieerfolg nachwiesen, ergab sich in einer ersten Metaanalyse kein bedeutsamer Zusammenhang ($r = 0.02$; Webb et al., 2010). Jedoch sind einige methodische Einschränkungen in dieser Arbeit zu berücksichtigen, wie der Einsatz unreliabler Messinstrumente, die Bewertung nur weniger Sitzungen (meist zu Beginn der Therapie) oder die Annahme eines linearen Zusammenhangs zwischen therapeutischer Adhärenz und dem Behandlungserfolg. Dabei wird in der Literatur diskutiert, ob nicht bereits das Überschreiten eines gewissen Mindestmaßes an therapeutischer Adhärenz für eine erfolgreiche Behandlung ausreicht (Loeb et al., 2005) oder ein mittleres Ausmaß der therapeutischen Adhärenz einen günstigen Behandlungsausgang vorhersagt i.S. der Annahme eines kurvilinearen Zusammenhangs (Huppert et al., 2006). Obwohl sich auch in aktuelleren Untersuchungen die therapeutische Adhärenz nicht auf den Behandlungserfolg auszuwirken scheint, belegen diese bedeutsame Unterschiede im Ausmaß therapeutischer Adhärenz zwischen verschiedenen Patienten eines Therapeuten sowie zwischen

verschiedenen Therapeuten (Boswell et al., 2013; Imel et al., 2011), was weiterer Aufklärung bedarf.

Einige aktuelle Studien zum Einfluss von Patientenmerkmalen konnten zeigen, dass mehr interpersonelle Probleme und eine geringere Motivation von Patienten zu einer geringeren therapeutischen Adhärenz führten (Boswell et al., 2013; Imel et al., 2011). Ähnlich fehlt es an Untersuchungen zum Einfluss von Therapeutenmerkmalen auf die therapeutische Adhärenz. Eine einzelne Studie belegte eine höhere therapeutische Adhärenz bei geringerer Erfahrung der Therapeuten (Brown et al., 2013).

ZIEL DER UNTERSUCHUNG

In einer prospektiven, multizentrischen, randomisiert-kontrollierten Behandlungsstudie zum Wirksamkeitsvergleich von KVT und Internet-basierter angeleiteter Selbsthilfe (INTERBED; de Zwaan et al., 2012) wurde die therapeutische Adhärenz in der KVT der BES mittels objektiver Ratings erfasst. Es wurde eine insgesamt hohe Ausprägung der therapeutischen Adhärenz belegt (Brauhardt et al., 2014b). In Übereinstimmung mit vorherigen Befunden (Boswell et al., 2013; Imel et al., 2011) ergaben sich dabei bedeutsame Unterschiede in der therapeutischen Adhärenz zwischen verschiedenen Therapeuten, während sich jedoch keine Unterschiede zwischen den Patienten eines Therapeuten zeigten (Brauhardt et al., 2014b). Eine erste Überprüfung von Patienten- und Therapeutenmerkmalen ergab keinen Einfluss von Essstörungssymptomen, Psychopathologie und Berufserfahrung auf die therapeutische Adhärenz. Um den Kenntnisstand weiter zu vergrößern, war es das Ziel dieser Studie, potenzielle Einflüsse soziodemografischer, anthropometrischer, störungs- und behandlungsbezogener Patientenmerkmale (z. B. Essstörungssymptome, Behandlungserwartungen) sowie soziodemografischer, arbeits- und behandlungsbezogener

sowie das emotionale Wohlbefinden betreffender Therapeutenmerkmale (z. B. Patientenzahl, Behandlungsmotivation, Burnout) auf die therapeutische Adhärenz zu untersuchen.

METHODEN

Patienten

Die Rekrutierung von Patienten erfolgte in sieben deutschen und schweizerischen Studienzentren von August 2010 bis Januar 2013. Positive Ethikvoten lagen vor. Die Einschlusskriterien umfassten die Diagnose einer BES nach DSM-IV-TR oder einer subsyndromalen BES (weniger als zwei Tage mit Essanfällen pro Woche in den letzten sechs Monaten, fehlendes Leiden, oder Erfüllen von lediglich zwei statt drei der fünf Verhaltensindikatoren). Weitere Einschlusskriterien waren Alter ≥ 18 Jahre, Body-Mass-Index (BMI) von $27,0 \text{ kg/m}^2$ bis $40,0 \text{ kg/m}^2$, verfügbarer Internetzugang und Einverständnis der Patienten. Ein Ausschluss erfolgte bei Vorliegen einer Bulimia nervosa, Substanzabhängigkeit, Manie, Suizidalität, Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis, bei laufender Psychotherapie, Teilnahme an anderen Therapiestudien, bei körperlichen Erkrankungen oder der Einnahme von Medikamenten mit unmittelbarem Einfluss auf Gewicht oder Essverhalten, Schwangerschaft/Stillzeit und nicht ausreichenden PC-Kenntnissen. Für eine detaillierte methodische Darstellung wird auf de Zwaan et al. (2012) verwiesen.

Insgesamt wurden $n = 89$ Patienten ($n = 77$ Frauen, 86,5%) in die KVT randomisiert. Das mittlere Alter betrug 43,14 Jahre ($SD = 11,81$). Der mittlere BMI entsprach einer Adipositas Grad I ($MW = 34,37 \text{ kg/m}^2$, $SD = 3,88$). Eine Schulbildung von weniger als 12 Jahren berichteten $n = 43$ Patienten (48,3%).

Therapeuten

Die KVT wurde in den Studienzentren von $n = 25$ Therapeuten (21 Frauen, 84,0%) mit einem Studienabschluss in Psychologie ($n = 21$, 84,0%) oder Medizin ($n = 4$, 16,0%) durchgeführt. Das mittlere Alter der Therapeuten betrug 31,84 Jahre ($SD = 5,83$), die mittlere Berufserfahrung lag bei 5,08 Jahren ($SD = 4,85$).

Die Therapeuten erhielten eine mehrtägige Einführung in die KVT der BES vor Studienbeginn. Zudem erfolgten im Studienverlauf wiederholte Trainings, zentrumsinterne Supervision und regelmäßige Emails zum Ausmaß der therapeutischen Adhärenz in spezifischen Sitzungen im Rahmen der Adhärenzkontrolle. Mit Verweis auf entsprechende Manualpassagen wurden dabei auch gezielte Vorschläge zur adhärenteren Umsetzung von Interventionen formuliert. Bei spezifischen Fragen wurde eine Kontaktaufnahme mit der Erstautorin des Manuals (AH) empfohlen.

Behandlung

Die KVT umfasst 20 Einzelsitzungen über einen Zeitraum von vier Monaten. Sie basiert auf dem Manual „Essanfälle und Adipositas: Ein Manual zur kognitiv-behavioralen Therapie der Binge-Eating-Störung“ (Hilbert & Tuschen-Caffier, 2010), welche sich in drei Therapiephasen gliedert. In einer initialen Phase zur Motivationssteigerung wird die kognitive Vorbereitung durchgeführt. In der Intensivphase stehen drei Module zum Essverhalten, Körperbild und Stress zur Verfügung. Abschließend erfolgt eine Selbstmanagementphase zur Rückfallprophylaxe. Im ersten Behandlungsmonat fanden zwei Sitzungen pro Woche statt, in Monat 2 bis 4 jeweils eine Sitzung pro Woche. Die Sitzungsdauer betrug 50 Minuten, wobei Doppelsitzungen von 100 Minuten für die kognitive Vorbereitung und Expositionen vorgesehen waren. Die Modulauswahl erfolgte je nach der individuellen Indikation eines Patienten.

Erhebungsinstrumente und Ablauf der Datenerhebung

Therapeutische Adhärenz. Zur Bewertung der therapeutischen Adhärenz wurde die *Adherence Control Form* (ACF; Brauhardt et al., 2014) für diese Behandlungsstudie entwickelt. Als Kernmerkmale adhärenenten Vorgehens wurden dabei Sitzungsstruktur, Inhaltliche Fokussierung, Systemimmanente Gesprächsführung, Allgemeine Gesprächsführungstechniken, Modulspezifische Techniken, Hausaufgabenbesprechung/-ableitung, Therapeutenrolle, Redeanteile sowie der Gesamteindruck erfasst (3-stufige Likertskala 0 = „gar nicht vorhanden“ bis 2 = „deutlich vorhanden“; Auswertung: Mittelwert über alle Items, möglicher Range 0-2). Die Bewertung der therapeutischen Adhärenz erfolgte durch eine Zufallsauswahl von fünf KVT-Sitzungen pro Patient. Durch das Ausscheiden von $n = 2$ (2,2%) Patienten vor Beginn der KVT erfolgte die Bewertung der therapeutischen Adhärenz für $n = 87$ (97,8%) Patienten. Insgesamt wurden somit $n = 418$ Sitzungen bewertet (20,0% aller stattgefundenen KVT-Sitzungen) mit einer erzielten mittleren therapeutischen Adhärenz von 1.69 ($SD = 0.28$; beobachteter Range 0.58-2.00). Für eine detaillierte Darstellung des methodischen Vorgehens zur unabhängigen Erfassung der therapeutischen Adhärenz und der psychometrischen Güte der ACF einschließlich der hohen Beurteilerüberstimmung wird auf Brauhardt et al. (2014b) verwiesen.

Patientenmerkmale. Soziodemografische (Alter, Geschlecht, Bildung) und anthropometrische Merkmale (BMI) wurden erhoben bzw. gemessen. Die Diagnosestellung der BES zum Einschluss erfolgte mit dem *Eating Disorder Examination* Interview (EDE; Hilbert et al., 2004). Psychische Komorbiditäten wurden mit dem *Strukturierten Klinischen Interview für DSM-IV, Achse-I* (SKID-I; Wittchen et al., 1997) erfasst. Die Einschätzung der Essstörungspsychopathologie (Restraint, Eating Concern, Weight Concern, Shape Concern und Global Score) erfolgte ebenfalls mit dem EDE Interview. Zur Erfassung der allgemeinen Psychopathologie (Depressivität) wurde das *Beck-Depressions-Inventar* (BDI-II; Hautzinger

et al., 2006) als Selbstbeurteilungsverfahren eingesetzt. Zur Erfassung des Selbstwertes wurde die *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES; von Collani & Herzberg, 2003) verwendet. Mittels visueller Analogskalen wurden als behandlungsbezogene Patientenmerkmale die *Erwartung* eines Therapieerfolgs oder die Zuversicht, diesen zu erreichen, die *Eignung* des Verfahrens und die *Motivation* für die Behandlung vor Beginn der KVT im Selbstbericht erhoben.

Therapeutenmerkmale. Soziodemografische und arbeitsbezogene Merkmale der Therapeuten einschließlich Alter, Geschlecht, Ausbildungsstand, Berufserfahrung und Patientenzahl wurden im Selbstbericht erfasst. In Anlehnung an die behandlungsbezogenen Patientenmerkmale erfolgte eine Erfassung der *Erwartung*, der *Eignung* des Verfahrens und der *Motivation* für die Behandlung aus Therapeutensicht für jeden Patienten durch visuelle Analogskalen. Die Erfassung der therapeutischen Kompetenz hinsichtlich der Merkmale Kognitiv-verhaltenstherapeutischer Skills, Flexibilität, Interpersoneller Skills sowie einer Gesamteinschätzung erfolgte mittels einer zum Selbstbericht adaptierten Version der *Evaluation of Therapist's Behavior Form* (ETBF; Kuyken & Tsivrikos, 2009). Zur Erhebung des emotionalen Wohlbefindens (Burnout) wurde das *Maslach Burnout Inventar* (MBI-HSS; Büssing & Perrar, 1992) eingesetzt, der sich aus den Komponenten Emotionale Erschöpfung, Persönliche Erfüllung und Depersonalisation zusammensetzt. Als Maß der sozialen Unterstützung durch Vorgesetzte, Kollegen, Partner und Andere wurde eine Subskala der *Salutogenetischen Subjektiven Arbeitsanalyse* (SALSA; Udris, 2006) eingesetzt.

Soziodemografische und arbeitsbezogene Merkmale wurden für insgesamt $n = 87$ Patienten-Therapeuten-Dyaden erfasst. Angaben zu weiteren Therapeutenmerkmalen erfolgten freiwillig und lagen für $n = 31$ (35,6%) Patienten-Therapeuten-Dyaden vor.

Statistische Auswertung

Die mittels ACF ermittelten Kennwerte der therapeutischen Adhärenz wichen signifikant von einer Normalverteilung ab ($p > 0.05$). Zur Untersuchung von Zusammenhängen zwischen der therapeutischen Adhärenz und Patienten- und Therapeutenmerkmalen wurden Korrelationskoeffizienten nach Spearman berechnet. Das Signifikanzniveau wurde auf $\alpha < 0,05$ festgesetzt (zweiseitige Testung). Die Interpretation von Effektstärken erfolgte nach Cohen (1988): kleiner Effekt bei $0,1 \leq r < 0,3$, mittlerer Effekt bei $0,3 \leq r < 0,5$ und großer Effekt bei $r \geq 0,5$. Zur Analyse der Daten wurde IBM SPSS Statistics 20.0 verwendet.

ERGEBNISSE

Einfluss von Patientenmerkmalen auf die therapeutische Adhärenz

Therapeuten erzielten ein signifikant höheres Ausmaß der therapeutischen Adhärenz bei Patienten mit geringerem Bildungsniveau ($r = -0,23, p = 0,03$; kleiner Effekt), während andere soziodemografische (Alter, Geschlecht) und anthropometrische Merkmale (BMI) die therapeutische Adhärenz nicht beeinflussten ($-0,12 \leq r \leq -0,001; p > 0.05$). Die Häufigkeit objektiver Essanfälle sowie die Essstörungspsychopathologie sagten das Ausmaß der therapeutischen Adhärenz nicht vorher ($-0,04 \leq r \leq 0,19; p > 0,05$). Weder die Häufigkeit psychischer Komorbidität noch das Ausmaß allgemeiner Psychopathologie oder der Selbstwert standen mit der therapeutischen Adhärenz in Beziehung ($-0,26 \leq r \leq -0,001; p > 0,05$). Die behandlungsbezogene Erwartung eines Therapieerfolgs, die Eignung des Verfahrens und die Motivation zur Behandlung hingen ebenfalls nicht mit der therapeutischen Adhärenz zusammen ($-0,05 \leq r \leq 0,05; p > 0,05$).

Einfluss von Therapeutenmerkmalen auf die therapeutische Adhärenz

Weibliche Therapeuten erzielten ein signifikant höheres Ausmaß an therapeutischer Adhärenz als männliche Therapeuten ($r = 0,27, p = 0,01$; kleiner Effekt). Andere soziodemografische (Alter) und arbeitsbezogene Merkmale (Berufserfahrung und Patientenzahl) wiesen keinen Zusammenhang mit der therapeutischen Adhärenz auf ($-0,32 \leq r \leq 0,01$; alle $p > 0,05$). Es zeigte sich jedoch, dass Therapeuten ohne begonnene Ausbildung ein signifikant höheres Ausmaß an therapeutischer Adhärenz erreichten als Therapeuten in Ausbildung/mit Abschluss ($r = 0,23, p = 0,03$; kleiner Effekt). Eine bessere therapeutische Adhärenz zeigte sich zudem bei Therapeuten mit einer höheren behandlungsbezogenen Erwartung an einen Therapieerfolg ($r = 0,49, p = 0,01$; mittlerer Effekt) und höherer Einschätzung der Eignung des Verfahrens ($r = 0,41, p = 0,02$; mittlerer Effekt), während die Motivation nicht mit der therapeutischen Adhärenz in Zusammenhang stand ($r = 0,30, p > 0,05$). Der Selbstbericht einer höheren Flexibilität ($r = -0,46, p = 0,01$; mittlerer Effekt) und besserer Interpersoneller Skills ($r = -0,50, p < 0,01$; großer Effekt) als Indikatoren der therapeutischen Kompetenz gingen mit einer geringeren therapeutischen Adhärenz einher. Die Einschätzungen der generellen Kompetenz und der KVT-Skills wiesen hingegen keinen Zusammenhang zur therapeutischen Adhärenz auf ($-0,26 \leq r \leq -0,17$; beide $p > 0,05$). Therapeuten mit einer höheren Emotionalen Erschöpfung als Burnoutindikator erzielten eine geringere therapeutische Adhärenz ($r = -0,37, p < 0,04$; mittlerer Effekt), während das Erleben von Persönlicher Erfüllung und Depersonalisation die therapeutische Adhärenz nicht vorhersagte ($-0,25 \leq r \leq -0,15$; alle $p > 0,05$). Das Ausmaß sozialer Unterstützung durch Vorgesetzte, Kollegen, Partner und Andere hatte keinen Einfluss auf die therapeutische Adhärenz ($r = -0,16, p > 0,05$).

DISKUSSION

Im Rahmen einer multizentrischen randomisiert-kontrollierten Behandlungsstudie (INTERBED) wurde der Einfluss von Patienten- und Therapeutenmerkmalen auf die therapeutische Adhärenz geprüft. Die Sicherstellung der therapeutischen Adhärenz dient dabei als Voraussetzung, erzielte Therapieerfolge auf spezifische Interventionen zurückführen zu können und etwaige Einflüsse anderer Faktoren auszuschließen. Insgesamt war die therapeutische Adhärenz weitgehend unabhängig von Patientenmerkmalen, während einige arbeits- und behandlungsbezogene sowie das emotionale Wohlbefinden betreffende Therapeutenmerkmale als Prädiktoren identifiziert wurden.

Als Patientenmerkmal sagte lediglich eine geringere Bildung eine signifikant höhere therapeutische Adhärenz vorher. Möglicherweise gelingt es Therapeuten besser, sich an Manualvorgaben zu halten, wenn Patienten die Interventionen weniger hinterfragen. Während andere aktuelle Untersuchungen zeigten, dass bei Patienten mit größerer Belastung und geringerer Motivation ein geringeres Ausmaß an therapeutischer Adhärenz erzielt wird (Boswell et al., 2013; Imel et al., 2011), erwies sich die therapeutische Adhärenz in dieser Behandlungsstudie als unabhängig von der Symptomschwere und Psychopathologie sowie der behandlungsbezogenen Erwartung an einen Therapieerfolg, der Eignung des Verfahrens und der Motivation zur Behandlung.

Entgegen bisheriger Forschungsergebnisse (Brown et al., 2013) hatte die Berufserfahrung der Therapeuten keinen bedeutsamen Einfluss auf die therapeutische Adhärenz, während jedoch Studientherapeuten ohne begonnene Psychotherapieausbildung eine höhere Orientierung an das Manual aufwiesen. Im Gegensatz dazu und in Übereinstimmung mit anderen Befunden (Webb et al., 2010) waren größere Expertise und höhere Kompetenz, beides erfasst durch den Selbstbericht der Therapeuten, mit geringerer therapeutischer Adhärenz verbunden. Möglicherweise führt ein größerer Erfahrungsschatz im Umgang mit Patienten bei erfahreneren Therapeuten zur Anwendung von über das

Manual hinausgehenden Interventionen. Darüber hinaus wurden die behandlungsbezogene Erwartung an einen Therapieerfolg und die Eignung des Verfahrens aus Therapeutesicht als positive Einflüsse auf die therapeutische Adhärenz identifiziert. Diese könnten aus der Verwendung eines evidenzbasierten Manuals (Hilbert & Tuschen-Caffier, 2010) resultieren, welche die Zuversicht auf ein positives Therapieergebnis gesteigert haben könnte. Im Gegensatz dazu erwies sich eine größere emotionale Erschöpfung als negativer Einfluss auf die therapeutische Adhärenz, während andere das emotionale Wohlbefinden betreffende Therapeutenmerkmale diese nicht bedeutsam beeinflussten. Möglicherweise stehen Therapeuten mit Burnoutsymptomatik geringere Ressourcen zur Verfügung, weshalb in der Folge die Aufrechterhaltung der therapeutischen Adhärenz nicht gewährleistet werden kann.

Methodische Aspekte

Während die systematische, bei großer Patientenzahl in einer großen Stichprobe von KVT-Sitzungen und mit einem evaluierten Instrument erfasste therapeutische Adhärenz (20,0% aller KVT-Sitzungen) eine deutliche Stärke der vorliegenden Untersuchung darstellt (Brauhardt et al., 2014), sollten einige methodische Einschränkungen bei der Interpretation der Ergebnisse beachtet werden. Eine Einschränkung ergibt sich aus dem Emailfeedback aus der Adhärenzkontrolle, welches das tatsächliche Ausmaß der therapeutischen Adhärenz beeinflusst und eventuell zu einem Deckeneffekt geführt haben könnte. Eine weitere Einschränkung bezieht sich auf die begrenzte Verfügbarkeit von selbstberichteten arbeits- und behandlungsbezogenen sowie das psychische Wohlbefinden betreffenden Therapeutenmerkmalen durch die Freiwilligkeit dieser Angaben durch die Therapeuten. Des Weiteren kamen zur Erfassung der Therapeutenmerkmale relativ kurze, überwiegend validierte Skalen zum Einsatz, um den Aufwand für die Therapeuten gering zu halten. Weiterführende Untersuchungen mit umfassenderen, reliablen und validen Verfahren wären

wünschenswert. Darüber hinaus wäre der Einsatz objektiver Verfahren beispielsweise zur Erfassung der therapeutischen Kompetenz ratsam, um mögliche Verzerrungen eines Selbstberichts zu umgehen.

Ausblick und Schlussfolgerungen

Generell scheint die Erfassung der therapeutischen Adhärenz in der klinischen Versorgung i. S. einer Prüfung der Umsetzung etablierter Manuale in der Praxis von großer Bedeutung, da Untersuchungen zur therapeutischen Adhärenz mehrheitlich auf die Psychotherapieforschung begrenzt sind. Es zeigte sich jedoch in der vorliegenden Untersuchungen dass die therapeutische Adhärenz kaum durch Patientenmerkmale, dagegen durch arbeits- und behandlungsbezogene sowie das emotionale Wohlbefinden betreffende Therapeutenmerkmale beeinflusst wurde.

Aktuelle Befragungen praktisch tätiger KVT-Therapeuten belegen, dass KVT-spezifische Interventionen wie z. B. der Einsatz von Essprotokollen in der Behandlung von Patienten mit Essstörungen trotz Verweis auf diese in etablierten Manualen nur selten standardmäßig eingesetzt werden (Waller et al., 2013). Dabei kann angenommen werden, dass die Gründe für ein Abweichen von den Behandlungsmanualen in der Praxis von den Gründen für Abweichungen in Therapiestudien variieren, z. B. durch das Vorliegen starker Komorbidität (Perepletchikova & Kazdin, 2005). Um die Behandlungsqualität i. S. einer hohen therapeutischen Adhärenz in der Umsetzung der S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen (Herpertz et al., 2011) zu sichern, sollten verschiedene Einflüsse des Therapeuten auf die Behandlungsqualität in der Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten berücksichtigt werden wie beispielsweise eine Unterstützung bei Burnout und eine Vermittlung von Zuversicht in Bezug auf den Einsatz von Manualen oder den Rückbezug auf evidenzbasierte Konzepte bei steigender Therapieerfahrung der Therapeuten.

Gezielte Studien zur Dissemination und Implementation (Fairburn & Wilson, 2013) könnten diesen Prozess unterstützen.

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

Die bereits zuvor gefundenen bedeutsamen Unterschiede in der Ausprägung der therapeutischen Adhärenz zwischen verschiedenen Therapeuten in der KVT der BES (Brauhardt et al., 2014b) erwiesen sich als weitgehend unabhängig von Patientenmerkmalen. Die Ergebnisse der Studie zeigen Therapeutengruppen auf, für welche eine Sicherung der therapeutischen Adhärenz wichtig sein könnte wie z. B. männliche Therapeuten, Therapeuten in fortgeschrittener Ausbildung oder mit Approbation, Therapeuten mit höherer emotionaler Erschöpfung und Therapeuten mit geringerer Erfolgserwartung und geringerer Einschätzung der Eignung des eingesetzten Verfahrens. Eine gezieltere Etablierung der in der S3-Leitlinie (Herpertz et al., 2011) festgehaltenen Behandlungsempfehlungen für Patienten mit Essstörungen in der klinischen Praxis könnten beispielweise durch wiederholte Trainings, regelmäßige Supervision sowie Intervision erreicht werden (Boswell et al., 2013; Brauhardt et al., 2014b).

EINHALTUNG ETHISCHER RICHTLINIEN UND INTERESSENKONFLIKT

Die Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit der vorliegenden Arbeit bestehen.

FÖRDERUNG

INTERBED und die vorliegende Arbeit wurden öffentlich gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF; FKZ 01GV0601 und FKZ 01EO1001).

DANKSAGUNG

Die Erstautorin dankt Dipl.-Psych. Sabrina Baldofski für ihre Hilfe in der Erstellung und Korrektur des Manuskripts.

LITERATUR

- American Psychiatric Association [APA] (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. APA, Washington, DC
- Boswell JF, Gallagher MW, Sauer-Zavala SE et al (2013). Patient characteristics and variability in adherence and competence in cognitive-behavioral therapy for panic disorder. *J Consult Clin Psychol* 81:443-454
- Brauhardt A, de Zwaan M, Herpertz S et al (2014b). Therapist adherence in individual cognitive-behavioral therapy for binge-eating disorder: Assessment, course, and predictors. *Behav Res Ther* 61:55-60.
- Brauhardt A, de Zwaan M, & Hilbert A (2014a). Der psychotherapeutische Prozess in der Behandlung von Essanfällen. *Z Psychiatr Psychol Psychother* 62:9-17.
- Brown LA, Craske MG, Glenn DE et al (2013). CBT competence in novice therapists improves anxiety outcomes. *Depress Anxiety* 30:97-115
- Büssing A, Perrar KM (1992). Die Messung von Burnout. Untersuchung einer deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D). *Diagnostica* 38:328-353
- Cohen J (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. Aufl.). Erlbaum, Hillsdale
- de Zwaan M, Herpertz S, Zipfel S et al (2012). INTERBED: Internet-based guided self-help for overweight and obese patients with full or subsyndromal binge eating disorder. A multicenter randomized controlled trial. *Trials* 13:220
- Fairburn CG, Wilson GT (2013). The dissemination and implementation of psychological treatments: Problems and solutions. *Int J Eat Disord* 46:516-521
- Hautzinger M, Keller F, Kuehner C (2006). *Beck Depressions-Inventar: Revision (BDI-II)*. Pearson, Frankfurt

- Herpertz S, Herpertz-Dahlmann B, Fichter M et al (2011). S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen. Springer, Heidelberg
- Hilbert A, Tuschen-Caffier B (2010). Essanfälle und Adipositas: Ein Manual zur kognitiv-behavioralen Therapie der Binge-Eating-Störung. Hogrefe, Göttingen
- Hilbert A, Tuschen-Caffier B, Ohms M (2004). Eating Disorder Examination: Deutschsprachige Version des strukturierten Essstörungsinterviews. Diagnostica 50:98-106.
- Huppert JD, Barlow DH, Gorman JM, et al (2006). The interaction of motivation and therapist adherence predicts outcome in cognitive behavioral therapy for panic disorder: Preliminary findings. Cogn Behav Pract 13:198e204.
- Imel ZE, Baer JS, Martino S et al (2011). Mutual influence in therapist competence and adherence to motivational enhancement therapy. Drug Alcohol Depend 115:229-236
- Kuyken W, Tsivrikos D (2009). Therapist competence, comorbidity and cognitive-behavioral therapy for depression. Psychother Psychosom 78:42-48
- Perepletchikova F, Kazdin AE (2005). Treatment integrity and therapeutic change: Issues and research recommendations. Clin Psychol 12:365-383.
- Udris I (2006). Salutogenese in der Arbeit - ein Paradigmenwechsel? Wirtschaftspsycho 8:4-13
- von Collani G, Herzberg PY (2003). Eine revidierte Fassung der deutschsprachigen Skala zum Selbstwertgefühl von Rosenberg. Z Diff Diagn Psychol 24:3-7
- Waller G, Stringer H, Meyer C (2012). What cognitive behavioral techniques do therapists report using when delivering cognitive behavioral therapy for eating disorder? J Consul Clin Psychol 30:171-175

Weck F, Bohn C, Ginzburg DM, Stangier U (2011). Behandlungsintegrität:

Implementierung, MEssung, Evaluation und Zusammenhänge zum Therapieerfolg.

Verhaltenstherapie 21:99-107

Webb CA, DeRubeis RJ, Barber JP (2010). Therapist adherence/competence and treatment

outcome: A meta-analytic review. J Consult Clin Psychol 78:200-211