

Fortbildung



Um Zwänge noch effektiver zu durchbrechen, sind therapeutisch begleitete Konfrontationsübungen im häuslichen Umfeld von entscheidender Bedeutung.

© Kevin Carden / stock.adobe.com (Symbolbild mit Fotomodell!)

Videokonferenzbasiertes Home-Treatment

Zwangsstörungen noch effektiver behandeln

In der S3-Leitlinie Zwangsstörungen wird empfohlen, therapeutisch begleitete Expositionen auch im häuslichen Umfeld der Patienten durchzuführen. Die videokonferenzbasierte Exposition stellt eine innovative Methode zur wohnortfernen Behandlung dar, deren Akzeptanz und Durchführbarkeit im Folgenden diskutiert wird.

SIMONE PFEUFFER, MATTHIAS FAVREAU, ULRICH VODERHOLZER

Zwangsstörungen zählen zu den häufigen psychischen Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter mit meist ersten Symptomen schon in der Kindheit und Jugend. Das Manifestationsalter liegt vorwiegend etwa zwischen dem 18. und 25. Lebensjahr. Zwangsstörungen werden oft verheimlicht, die Behandlungslatenzen sind länger und die Behandlungsraten niedriger als bei den meisten anderen psychischen Erkrankungen. Sie bestehen oft lebenslang mit einer hohen Rate psychiatrischer Komorbiditäten (oft sekundär) und starken Auswirkungen auf den Alltag, auf schulische sowie berufliche Leistungsfähigkeit und soziale Beziehungen [1, 2, 3].

Eine skandinavische Registerstudie belegte im Jahr 2018 erstmals bedeutsam eingeschränkte Bildungschancen bei Zwangserkrankungen [2]. Vor allem bei einem frühen Beginn und einem chronischen Verlauf ergeben sich für Betroffenen der schulischen und beruflichen Entwicklung. Die Registerstudie weist darauf hin, dass bei Zwangserkrankungen eine möglichst frühzeitige Erkennung und leitliniengerechte Behandlung zur Vorbeugung von Krankheitsfolgen sowie zur Förderung der Teilhabe am ge-

sellschaftlichen Leben von besonderer Bedeutung sind.

Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit Exposition und Reaktionsmanagement ist bei Zwangsstörungen die Therapie erster Wahl. Expositionen sollen dabei größtmöglichen Realitätscharakter aufweisen. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist die therapeutische Allianz, ohne die sich die Patienten nicht auf begleitete Expositionen einlassen können. In der S3-Leitlinie Zwangsstörungen wird zudem empfohlen, therapeutisch begleitete Expositionen auch im häuslichen Umfeld durchzuführen. Aufgrund organisatorischer Schwierigkeiten und einer zu großen Distanz zum Wohnort wird Patienten diese Option oft vorenthalten. Die Nutzung neuer Medien stellt hierbei eine vielversprechende Alternative dar [1, 3, 4, 5].

Behandlungskonzept mit drei Phasen

In unserer Klinik werden Betroffene mit einer Zwangserkrankung ab dem zwölften Lebensjahr störungsspezifisch nach der S3-Leitlinie behandelt. Die stationäre Therapie der Zwänge (T) beinhaltet drei Phasen und ist in ein multimodales, integratives psychotherapeutisches Behandlungskonzept eingebettet:

Phase 1 dient dem Motivationsaufbau und der Psychoedukation. Hier werden die Voraussetzungen für das Kernstück der Behandlung geschaffen und die Expositionsübungen mit Reaktionsmanagement vorbereitet. Für die Dauer dieser Phase werden circa drei Wochen eingeplant.

Daran schließt sich Phase 2 an, die Phase der hochfrequenten Expositionen. Im Vordergrund steht die Durchführung therapeutisch begleiteter und im Verlauf unbegleiteter Zwangsexpositionen. Die Expositionsbegleitung dient der emotionalen Unterstützung der Patienten dabei, die Übungen durchzuführen und sich ihrer Angst zu stellen, die Expositionsbegleitung dient nicht der Kontrolle, ob die Patienten zum Beispiel den Herd ausgeschaltet haben. Für diese Phase wird ein Zeitraum von mindestens vier Wochen vorgesehen.

In der Phase 3, die eine Dauer von rund zwei Wochen hat, steht die Rückfallprophylaxe sowie der Transfer des im klinischen Setting Erlernten in den Alltag im Fokus. Dazu gehören unter anderem die Vorbereitung des privaten, schulischen und/oder beruflichen Wiedereinstiegs, die Kontaktaufnahme zum ambulanten Therapeuten und – wenn ein ambulanter Therapeut nicht zur Ver-

Tab. 1: Drei Phasen der stationären Behandlung von Zwängen

Phase 1 Motivationsaufbau Psychoedukation	Phase 2 Hochfrequente Expositionen	Phase 3 Rückfallprophylaxe/Tansfer
(1–3 Wochen)	(4–6 Wochen)	(1–2 Wochen)
Einzelpsychotherapie	Einzelpsychotherapie	Einzelpsychotherapie
Zwangsbewältigungsgruppe	Zwangsbewältigungsgruppe	Zwangsbewältigungsgruppe
Zwangsprotokollgruppe	Zwangsprotokollgruppe	Zwangsprotokollgruppe
themenoffene Gruppe	themenoffene Gruppe	themenoffene Gruppe
Angehörigengespräch	Angehörigengespräch	Angehörigengespräch
	begleitete Einzelexposition	Einzelexposition
	Gruppenexposition	Gruppenexposition
	Peer-Therapie Zwang	
	Angehörigenseminar	videobegleitete Heimexposition

fügung steht – die Anbahnung einer Online-Therapie (z. B. MindDoc). Ein wesentlicher Bestandteil dieser Phase ist das Home Treatment, das, wenn es nicht live therapeutenbegleitet stattfinden kann, unbedingt videogestützt durchgeführt werden soll (Tab. 1), wie auch folgendes Fallbeispiel verdeutlicht.

Fallbericht Ordnungszwänge

Julia, 15 Jahre, leidet unter anderem an Ordnungszwängen. Ihr Zimmer und mittlerweile auch nahezu das gesamte Haus ihrer Familie hält sie penibel in Ordnung. In ihrem Kleiderschrank ist alles akkurat zusammengefaltet, millimetergenau zusammengeschichtet und nach Farben sortiert. Im Haus hat jedes Teil seinen Platz, nichts liegt herum, alles wird sofort aufgeräumt. Wenn ein Familienmitglied sich nicht an die von ihr vorgegebene Ordnung hält, muss Julia über Stunden alles wieder „in Ordnung“ bringen.

Nachdem Julia die Phase 1 und 2 der stationären Behandlung ihrer Zwangssymptomatik durchlaufen und im klinischen Setting bereits sehr gute Behandlungserfolge erzielt hat, steht nun der Transfer des Erlernten ins heimische Umfeld an. Julia wird eine videobasierte, therapeutisch begleitete Exposition zu Hause durchführen. Dort bringt sie nach Anweisung des Therapeuten ihren Kleiderschrank selbst durcheinander, indem sie beispielsweise Kleidung her-

ausnimmt und ungefaltet wieder zurücklegt, die farbliche Sortierung durcheinanderbringt oder T-Shirts und Pull-over mischt. Im restlichen Haus stellt sie Gegenstände an ungewohnte Orte und verteilt Dinge aus Schränken und Regalen wahllos im Haus. Um Vermeidungsstrategien zu verhindern, entschließt sich Julia, mit sich selbst einen Vertrag („Stichtagsvertrag“) abzuschließen, um bestimmte übertriebene Ordnungsstrategien wie farbliche Sortierung oder exakte Positionierung dauerhaft aufzugeben. Sie wird weiterhin für einige Zeit absichtlich Dinge überall herumliegen lassen. Ihre Eltern weilt sie in ihren Vertrag ein und auch diese dürfen und sollen Gegenstände ohne vorherige Absprache mit ihrer Tochter im Haus verändern.

Videokonferenzbasierte Exposition als Home-Treatment

Aktuell werden in unserer Klinik videokonferenzbasierte Expositionen im heimischen Umfeld erprobt, bei denen die Patienten via Smartphone-App mit dem Therapeuten in der Klinik verbunden sind (Abb. 1). Erstmals werden dabei videobasierte Heimexpositionen sowohl mit therapeutenbegleiteten Expositionen in der Klinik als auch mit den bisher üblichen selbstständigen Heimexpositionen (Kontrollgruppe) verglichen, und zwar hinsichtlich Behandlungserwartung [6], Einfluss auf die therapeutische

Allianz [7] und Bewertung der Therapie-stunde [8]. Zudem bewerten die Patienten die Benutzerfreundlichkeit [9] und Natürlichkeit [10] des technischen Equipments. Bislang haben 100 Patienten mit der Hauptdiagnose einer Zwangsstörung an der laufenden Studie teilgenommen.

Technisches Equipment

Für videobasierte Expositionen im heimischen Umfeld ist für den Therapeuten ein PC oder Laptop mit Internetzugang, Kamera und Mikrofon sowie die Installation einer datengesicherten App (z. B. Vidyo) notwendig. Die Patienten benötigen ein Smartphone, auf dem das gleiche Videokonferenzsystem mit gesicherter Datenübertragung installiert ist. Je nach geplanter Exposition ist zur Befestigung des Smartphones ein Stativ oder Brustgurt für den Patienten sinnvoll (Abb. 1).

Limitationen

Einschränkungen bezüglich der Ausführung von videobegleiteten Expositionen könnten technische Probleme wie eine mangelhafte WLAN-Verbindung sein. In diesem Fall sollte die Exposition telefonbegleitet weitergeführt werden. Auch sollte vor Beginn der Exposition sichergestellt sein, dass das Handy ausreichend geladen ist.

Der Umgang mit einer möglicherweise auftretenden Krise der Patienten zu Hause sollte vor Beginn der videobegleiteten Exposition in Form eines Krisenplans vorbesprochen sein, in dem das individuelle Vorgehen festgehalten ist. Bei jugendlichen Patienten sollten auch die Eltern über den Krisenplan informiert sein.

Videobasierte Exposition als Erfolg versprechende Methode

Das Videokonferenzsetting wird von den Patienten als natürlich und das technische Equipment als benutzerfreundlich bewertet (Abb. 2). Zwischen videobasierten Heimexpositionen und Expositionen in der Klinik zeigt sich kein signifikanter Unterschied hinsichtlich Behandlungserwartung, therapeutischer Allianz und Sitzungsbewertung. Videobasierte Expositionen werden als äquivalente Behandlungsmethode bewertet.

Verglichen mit selbstständigen Heimexpositionen erzielten videobasierte Expositionen signifikant höhere Werte in der therapeutischen Allianz und der allgemeinen Sitzungsbewertung. Deskriptiv gehen videobasierte Expositionen zudem mit einer höheren Behandlungserwartung einher (Abb. 3).

Pandemiebedingter Aufschwung digitaler Medien

Insgesamt hat die Entwicklung der Videokonferenztherapie durch die COVID-19-Pandemie einen enormen zusätzlichen Schub erfahren. In dem neuesten Review wird der derzeitige Stand der empirischen Literatur zur Nutzung von Videokonferenztherapien für die Psychotherapie bei erwachsenen Patienten mit psychischen Störungen zusammengefasst [11]. Auch bei anderen Indikationen wie Essstörungen und Angststörungen ist die Nutzung dieser Technologie möglich und sehr sinnvoll. So wird auch in der aktuellen Studie von Simpson und Mitarbeitern [12] aufgezeigt, dass eine Videokonferenztherapie ein sehr gutes Mittel ist, Patienten mit einer Zwangserkrankung aufgrund vielseitiger, unüberwindbarer Hürden überhaupt einen Zugang zu einer Therapie zu ermöglichen.

Erste noch unveröffentlichte Analysen eines Vergleichs der Patienten, die während des stationären Aufenthaltes begleitete Heimexpositionen erhielten, mit den Patienten, die Exposition nur als Hausaufgabe zu Hause durchführten, zeigten Hinweise für eine höhere Symptomreduktion bei den Patienten, die per Videokonferenz eine Expositionsbegleitung als Home-Treatment erhalten hatten.

Weitere Erfahrungen belegen Wirksamkeit

Daten zum Home-Treatment gibt es auch aus dem kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich von einer Tübinger Arbeitsgruppe, die kürzlich ihre positiven Erfahrungen in einer ersten Veröffentlichung dokumentiert hat [13]. Im Rahmen dieses Therapiekonzeptes wurden Kinder mit Zwangsstörungen nur einmal persönlich gesehen, alle weiteren Sitzungen mit KVT wurden über Videokonferenz bei den Betroffenen zu Hause durchgeführt. 89% akzeptierten diese



Abb. 1: Technisches Equipment zur Durchführung der videobasierten Expositionen

© U. Vorderholzer

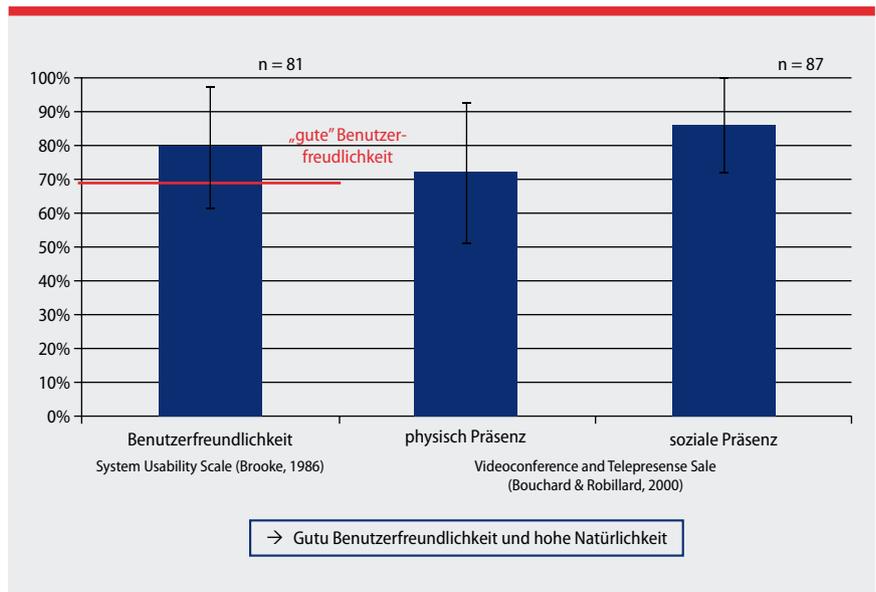


Abb. 2: Bewertung des Videokonferenzsettings hinsichtlich Natürlichkeit (soziale und physische Präsenz) und Benutzerfreundlichkeit anhand subjektiver Angaben auf der Videoconferencing Telepresence Scale (VTS) und der System Usability Scale (SUS). Werte über 70% bilden eine gute Benutzerfreundlichkeit und hohe Natürlichkeit ab.

Form der Therapie und zwei Drittel hätten die persönliche Therapie im Face-to-face-Kontakt nicht vorgezogen. Die Teilnehmer betonten, dass die Expositionen mit Reaktionsverhinderung in den Triggersituationen im häuslichen Umfeld sehr nützlich waren. Bei allen Patienten kam es zu einer nachweislichen Verbesserung der Zwangssymptomatik. Auch unsere eigenen Analysen (noch unveröffentlichte Daten) zeigen, dass die Be-

handlungserfolge mit zusätzlicher videokonferenzbasierter Exposition im häuslichen Umfeld gegenüber einer üblichen Therapie gesteigert werden können. Videokonferenzbasierte Therapie mit Exposition in den häuslichen Triggersituationen ist daher eine hervorragende Ergänzung in der stationären Therapie von Zwangsstörungen und könnte eine sehr gute Option für die Erweiterung der ambulanten Therapie darstel-

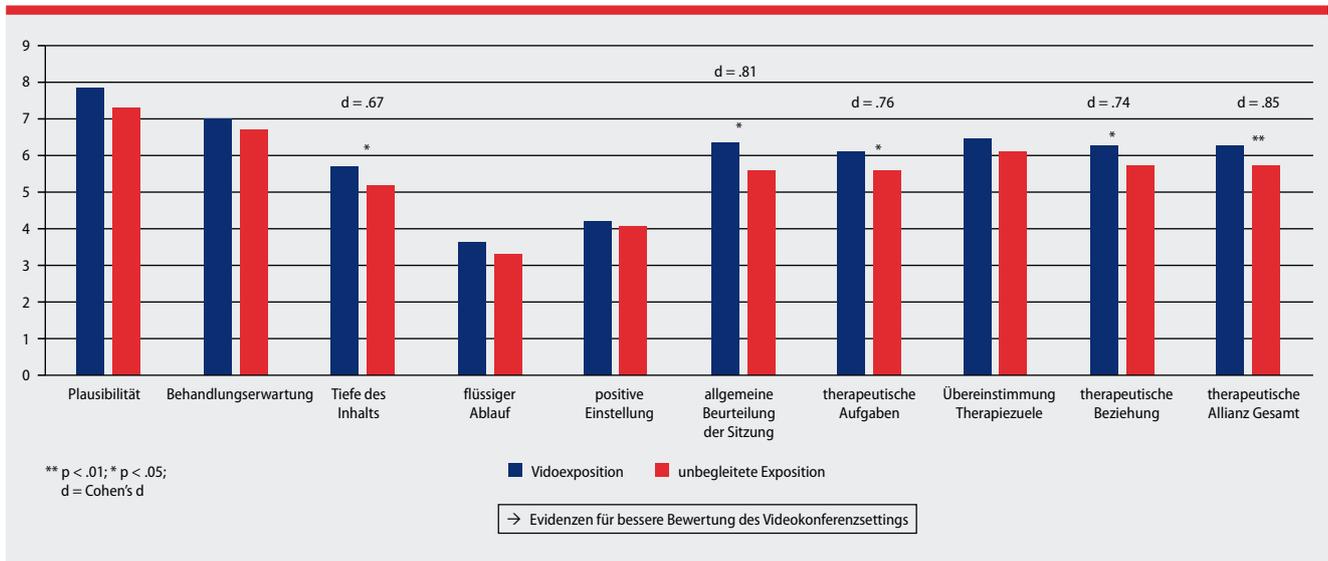


Abb. 3: Vergleich von Video-Heimexposition und unbegleiteter Heimexposition hinsichtlich Bewertung der therapeutischen Beziehung, Behandlungserwartung und Sitzungszufriedenheit durch die Patienten anhand der Fragebögen CEQ [6], SEQ [8] und WAI-SR [7].

len, um auch in diesem Setting die häusliche Begleitung zu bereichern.

Fazit für die Praxis

Die vorliegende Untersuchung liefert Hinweise, dass videokonferenzbasierte Expositionen eine innovative und Erfolg versprechende Methode zur häuslichen Behandlung von Zwangsstörungen sind und eine nützliche Ergänzung zur evidenzbasierten Face-to-face-Therapie darstellen können. Videobasierte Expositionen bieten die Möglichkeit, therapeutische Maßnahmen direkt in den Alltag und die Umgebung der Patienten einzubetten.

Schlussendlich ermöglicht diese Technik eine bessere Umsetzung der Leitlinienempfehlungen in der Behandlung von Zwängen.

Literatur

- Stein DJ, Costa DL, Lochner C, Miguel EC, Reddy YJ, Shavitt RG, Simpson HB. Obsessive-compulsive disorder. Nature Reviews Disease Primers. 2019;5(1):1–21
- Pérez-Vigil A, de la Cruz LF, Brander G, Isomura K, Jangmo A, Feldman I, Mataix-Cols D. Association of obsessive-compulsive disorder with objective indicators of educational attainment: a nationwide register-based sibling control study. JAMA psychiatry. 2018;75(1):47–55
- American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®) 2013
- World Health Organization. The 11th Revision of the International Classification of Diseases. ICD-11 for Mortality and Morbidity

- Statistics. 2020; <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Accessed 1 Feb 2020
- Külz AK, Hassenpflug K, Riemann D, Linster HW, Dornberg M, Vorderholzer U. Ambulante psychotherapeutische Versorgung bei Zwangserkrankungen. Ppmp-Psychotherapie- Psychosomatik- Medizinische Psychologie. 2010;60(06):194–201
- Devilley, GJ, Borkovec TD. Psychometric properties of the credibility/expectancy questionnaire. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry. 2000;31(2):73–86
- Wilmers F, Dinger U, Strack M, Leichsenring F, Schauenburg H. Therapist effects on outcome and alliance in inpatient psychotherapy. Journal of clinical psychology. 2008;64(3):344–54
- Stiles WB, Snow JS. Counseling session impact as viewed by novice counselors and their clients. Journal of Counseling Psychology. 1984;31(1), 3. Stiles, Snow
- Bangor A, Kortum PT, Miller JT. An empirical evaluation of the system usability scale. Intl. Journal of Human-Computer Interaction, 2008;24(6):574–94
- Bouchard S, Robillard G. Validation de l'échelle de télé-présence en vidéoconférence. [Validation of the scale of telepresence in videoconference]. Unpublished manuscript, University of Quebec at Hull. VTS; Bouchard & Robillard, 2000
- Thomas N, McDonald C, de Boer K, Brand RM, Nedeljkovic M, Seabrook L. Review of the current empirical literature on using videoconferencing to deliver individual psychotherapies to adults with mental health problems. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2021
- Simpson S, Richardson L, Pietrabissa G, Castelnovo G, Reid C. Videotherapy and therapeutic alliance in the age of COVID-19. Clinical Psychology & Psychotherapy. 2021;28(2):409–21

- Hollmann K, Allgaier K, Hohnerker CS, Lautenbacher H, Bizu V, Nickola M, Conzelmann A. Internet-based cognitive behavioral therapy in children and adolescents with obsessive compulsive disorder: a feasibility study. Journal of Neural Transmission. 2021;1–15

AUTORIN/AUTOREN

Dr. med. Simone Pfeuffer

Schön Klinik Roseneck
Am Roseneck 6
83209 Prien am
Chiemsee
SPfeuffer@schoen-
klinik.de



Matthias Favreau M.Sc.

Schön Klinik Roseneck
Am Roseneck 6, 83209
Prien am Chiemsee
Klinik für Psychiatrie
und Psychotherapie
der LMU München



Prof. Dr. med. Ulrich Vorderholzer

Schön Klinik Roseneck
Am Roseneck 6
83209 Prien am
Chiemsee