

Wirksamkeit manual-basierter Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Zwangsstörungen im klinischen, Patienten- und Elternurteil



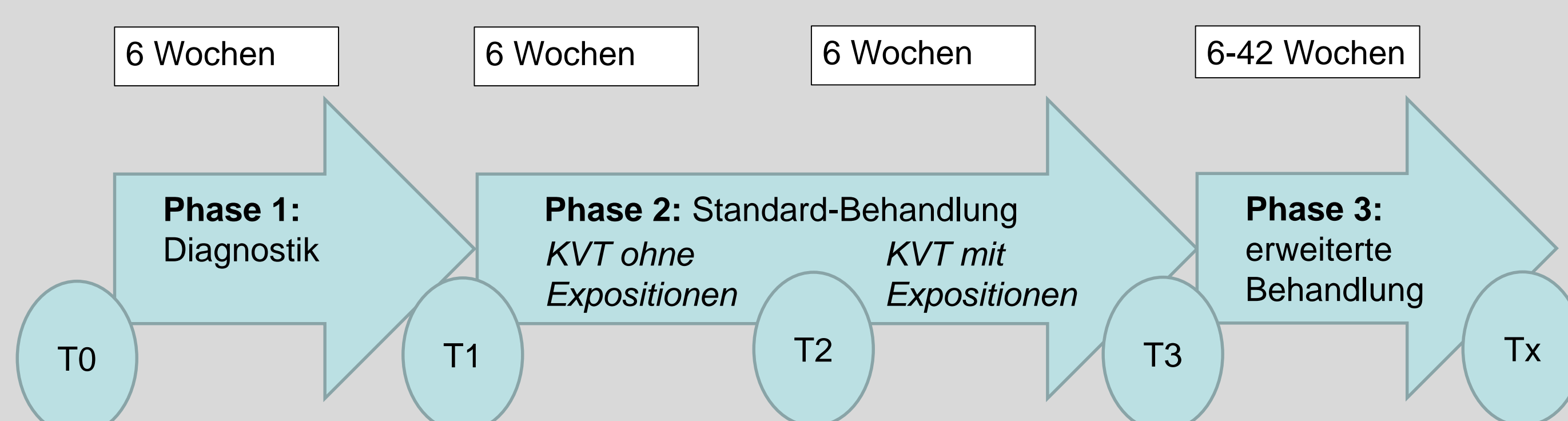
Julia Adam, Hildegard Goletz, Christopher Hautmann, Julia Plück & Manfred Döpfner

Ziele der Studie

In der vorliegenden Studie wird die Wirksamkeit manual-basierter, ambulanter Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Zwangsstörungen ($n = 38$) im klinischen Alltagssetting (Effectiveness-Studie) untersucht, im Speziellen die Wirksamkeit des Therapieprogramms für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen – Zwänge (THAZ-Zwänge; Goletz & Döpfner, in Vorb.) hinsichtlich der folgenden Fragestellungen:

- (1) Lassen sich signifikante Reduktionen der Zwangssymptomatik, komorbiden Symptomatik und Funktionsbeeinträchtigungen im klinischen Urteil sowie Patienten- und Elternurteil erzielen?
- (2) Gibt es signifikante Unterschiede in der Wirksamkeit angewandter Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT)?
- (3) Ist eine Behandlungsdauer > 12 Sitzungen effektiv?

Studiendesign & Behandlung



Die Wirksamkeit THAZ-basierter, ambulanter Psychotherapie wurde anhand eines Eigenkontrollgruppen-Designs untersucht. Die 6-wöchige Diagnostikphase beinhaltete eine Leistungsdiagnostik und ein klinisches Elterninterview. Die 12-wöchige Standard-Behandlung umfasste eine KVT, nach den ersten 6 Wochen wurden erste Expositionen mit Reaktionsmanagement durchgeführt. Nach der Standard-Behandlung wurde die KVT, inklusive der Expositionen, 6 bis 42 Wochen fortgesetzt, je nach individuellem Behandlungsbedarf. Die gesamte Behandlung dauerte dementsprechend 18 bis 54 wöchentliche Sitzungen à 50 Minuten, bis zu 100 Minuten für Expositionen. Zusätzliche Elternsitzungen wurden abhängig von der individuellen Problemkonstellation angeboten. Sobald die Zwangssymptomatik im subklinischen Bereich (CY-BOCS-D Ratingskala ≤ 7 ; Bossert-Zaudig & Niedermeier, 2002) lag, wurde die Behandlung mit einer 6-wöchigen multimodalen Rückfallprophylaxe beendet (tx = individuelles Behandlungsende), spätestens aber nach 54 Behandlungssitzungen (t10 = letzter möglicher Messzeitpunkt).

Literatur

Bossert-Zaudig, S. & Niedermeier, N. (2002). *Therapiebegleitende Diagnostik und Messinstrumente bei Zwangsstörungen*. In M. Zaudig, W. Hauke & U. Hegerl (Hrsg.), *Die Zwangsstörung. Diagnostik und Therapie* (S. 79-90). Stuttgart: Schattauer. // Goletz, H. & Döpfner, M. (in Vorb.). *Zwangsstörungen: Ein Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ)* – Band 3. Göttingen: Hogrefe. // Goletz, H., & Döpfner, M. (2018). Die klinische Beurteilung von Zwangssymptomen bei Kindern und Jugendlichen - Eine Studie mit der Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS). *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 48, 178-193. // Jacobson, N.S., Roberts, L.J., Berns, S.B. & McGlinchey, J.B. (1999). Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: description, application and alternatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 300-307. // Jacobson, N.S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.

Stichprobe

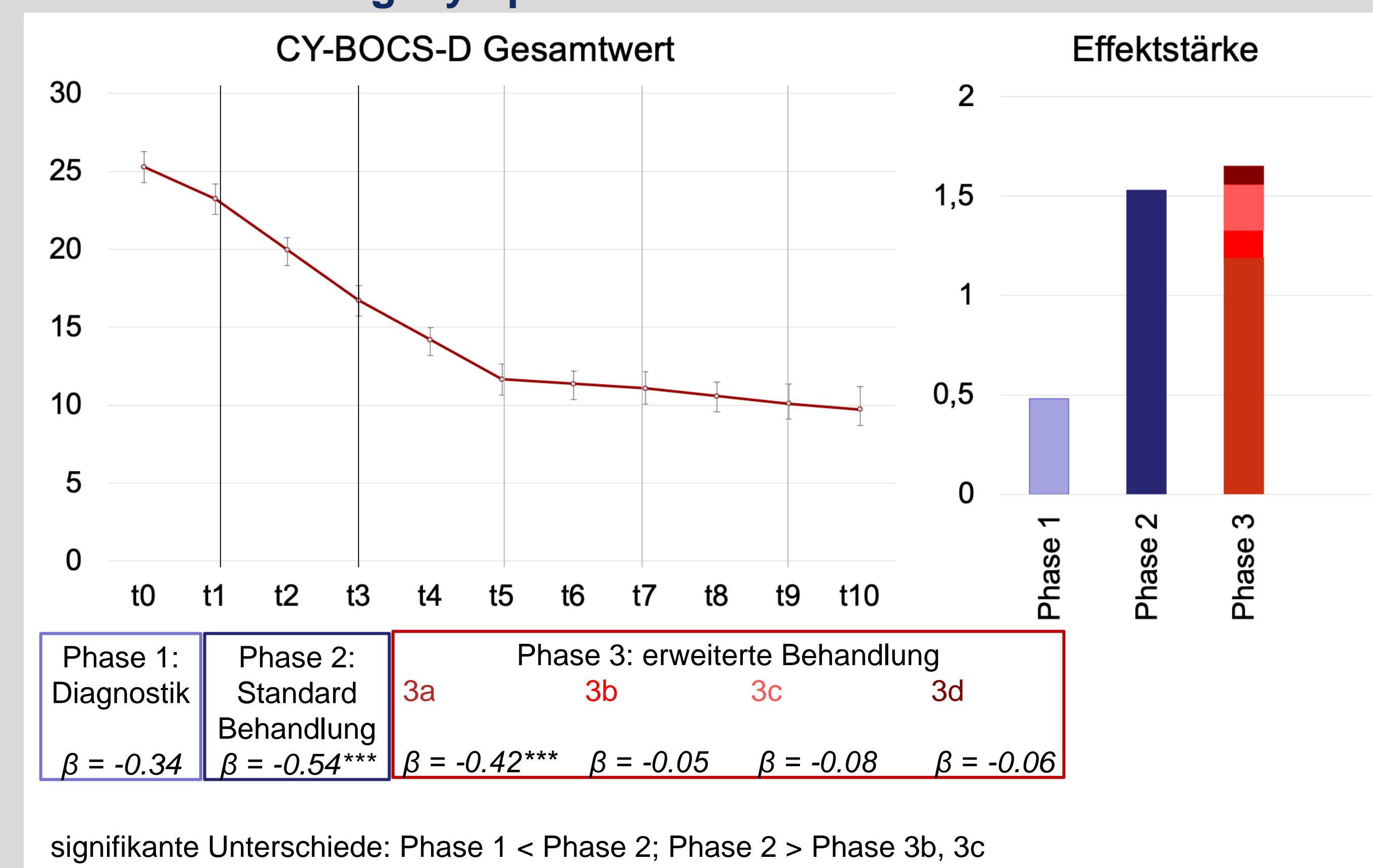
Alter (Jahre): Mittelwert (SD), Altersspannweite	13,28 (3,56), 6,50-20,17
Jungen: n (%)	16 (42,1)
Schweregrad Zwangssymptomatik (CY-BOCS-D Rating Skala Gesamtwert): Mittelwert (SD), Spannweite	25,05 (4,26), 17-33
Komorbide Diagnose: n (%)	9 (23,7)
• Depressive Episode (F32.0, F32.1)	5 (13,2)
• ADS (F98.8)	2 (5,3)
• Tourette Syndrom (F95.2)	1 (2,6)
• Trennungsangst (F93.0)	1 (2,6)
Zwangsspezifische Medikation: n (%)	4 (10,5)

Anmerkung. CY-BOCS-D = Deutsche Fassung der Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Goletz & Döpfner, 2018)

Ergebnisse

Alle Patient*innen, die die Behandlung per Protokoll beendeten, benötigten > 12 Sitzungen ($M = 41,09$, $SD = 14,24$; Spannweite 18 bis 54). Multilevel-Analysen zeigten eine signifikante Verbesserung der Zwangssymptomatik und daraus resultierender Funktionsbeeinträchtigung und Belastung während der Standard-Behandlung sowie der Behandlungswochen 12 bis 24 mit moderaten bis hohe Effektstärken. Nach Behandlungswoche 48 stagnierten Fortschritte.

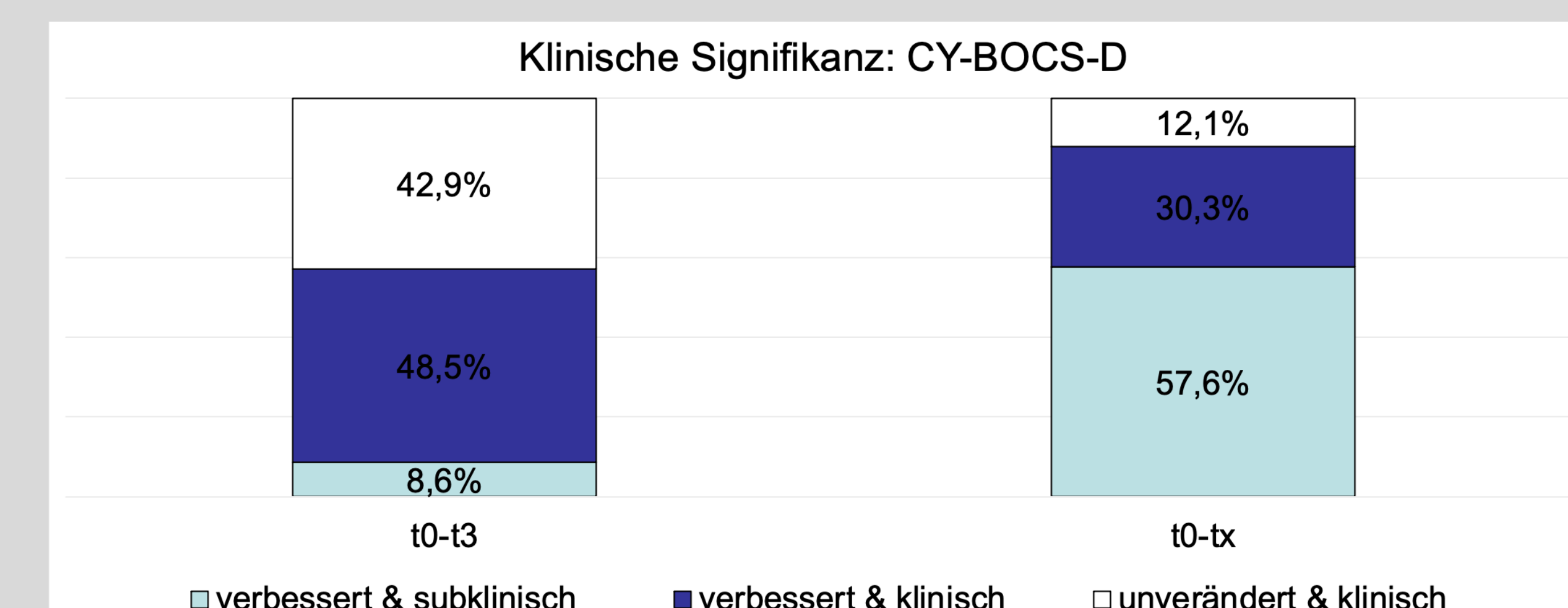
Verlauf der Zwangssymptomatik im klinischen Urteil



Anmerkung. CY-BOCS-D = Deutsche Fassung der Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Goletz & Döpfner, 2018)
*** $p \leq .001$

Prä-post-Analysen zeigten signifikante niedrige bis moderate Effekte auf komorbide Symptome, insbesondere internalisierende Probleme, eingeschlossen Angst und Depression.

Standard-Behandlung vs. erweiterte Behandlung



Anmerkung. CY-BOCS-D = Deutsche Fassung der Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Goletz & Döpfner, 2018)
klinisch = CY-BOCS-D > 7, subklinisch = CY-BOCS-D ≤ 7 (Bossert-Zaudig & Niedermeier, 2002)
Reliable Change Index (RCI); Jacobson & Truax, 1991; Jacobson et al., 1999
verschlechtert = $RCI > 1.96$, unverändert = $-1.96 \leq RCI \leq 1.96$, verbessert = $RCI \leq -1.96$

KVT ohne Expositionen vs. KVT mit Expositionen

Der Vergleich zwischen KVT-Komponenten zeigte einige signifikante Unterschiede zugunsten der expositionsbasierten KVT, v.a. im Hinblick auf die Abnahme des unangenehmen Gefühls, das durch zwangsauslösende Stimuli hervorgerufen wurde.

Diskussion

- (1) Im Verlauf der THAZ-basierten KVT reduzieren sich Zwangssymptomatik, komorbide Symptomatik und Funktionsbeeinträchtigung im klinischen Urteil sowie Patienten- und Elternurteil.
- (2) Im Verlauf der KVT führt die Durchführung von Expositionen mit Reaktionsmanagement zur einer weiteren Symptomverminderung und einem teilweise zusätzlichen positiven Effekt.
- (3) Eine individuelle Behandlungsdauer > 12 Sitzungen verbessert deutlich die Behandlungseffekte. Nach Behandlungssitzung 24 nehmen die Effekte deutlich ab, nach Behandlungssitzung 48 scheint keine wesentliche Symptomverbesserung mehr erwartbar.

Limitationen

- kein verblindetes oder unabhängiges klinisches Urteil
- geringe Komorbiditätsrate (komorbide Symptome, nicht aber Diagnosen wurden systematisch erfasst)
- keine randomisierte Kontrollgruppenstudie
- Autoren des THAZ-Manuals sind Mitglieder der Forschungsgruppe