

Herausforderung Zwangsstörung: KVT effektiv gestalten

Fortbildungsreihe der Psychotherapeutenkammer
Berlin 2022 „Wissenschaft trifft Praxis“

Prof. Dr. Benedikt Reuter

Professor für Medizinische Psychologie und Soziologie
MSB - Medical School Berlin

Diese Präsentation dient ausschließlich
Fortbildungszwecken und der Kommunikation
wissenschaftlicher Erkenntnisse. Die unerlaubte
Nutzung, Vervielfältigung und Weitergabe der
nachfolgenden Inhalte ist nicht gestattet.



Überblick

- Update: Symptomdimensionen, Diagnose (ICD-11)
- Behandlungsempfehlung nach S3-Leitlinie (Revision 2022)
- Wirksamkeit von KVT:
 randomisiert-kontrollierte Studien vs. Routinebedingungen
- Wirksame Elemente & Prozesse:
 Forschungsergebnisse & Praxiserfahrung

Zwangssymptome

Zwangsgedanken (ZG)

„der Herd könnte an sein“

„ich könnte pädophil sein“

„ich habe jemanden verletzt“

„ich bin verkeimt“

„der Wasserfleck stört mich“

„ich habe das Wort nicht
richtig geschrieben“

„nicht richtig durch die Tür
gegangen“

Angst

Ekel

**Unbe-
hagen**

Zwangshandlungen (ZG)

exzessiv Kontrollieren

überprüfen ob ich erregt bin
den Weg nochmal abgehen

exzessiv Hände waschen

Oberfläche immer wieder
polieren

immer wieder neu schreiben

durch die Tür gehen bis
es „richtig“ ist

Befürchtungen

materielle
Schäden

sich schuldig
machen

soziale
Ausgrenzung

Krankheit / Tod

Chaos

Zwangssymptome: Dimensionen

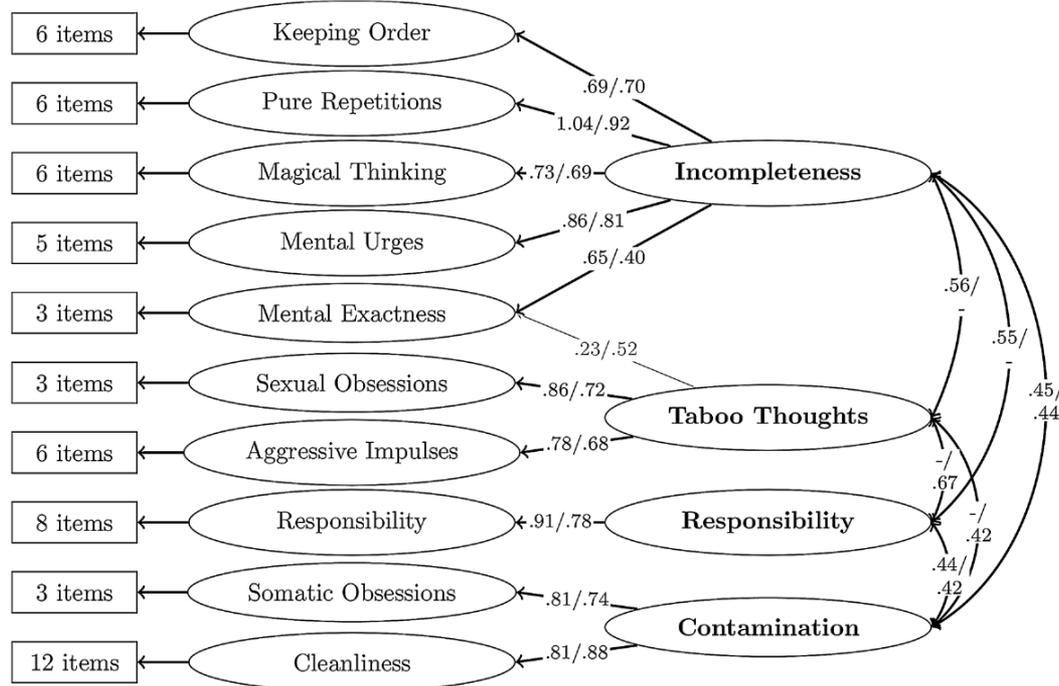


Fig. 3. Notes: Only loadings and correlations with $p < .05$ are displayed. Values are sample A/sample B.

Quelle: Schulze, Kathmann & Reuter (2018). *J Anxiety Disord* 56, 63-73

ICD-11: Zentrales Diagnosekriterium

Vorliegen von Zwangsgedanken und/oder –handlungen

- **Zwangsgedanken:** **wiederkehrende** und **anhaltende Gedanken** (z.B. an Kontamination), **Vorstellungen** (z.B. von Gewaltszenen) oder **Impulse** (z.B. jemanden zu erstechen), die als **intrusiv** und **ungewollt** erlebt werden sowie gewöhnlich mit **Angst** assoziiert werden [...]
- **Zwangshandlungen:** **wiederkehrende Verhaltensweisen** oder **Rituale**, einschließlich **mentaler Handlungen**, zu denen sich Betroffene aufgrund eines Zwangsgedankens, rigider Regeln oder um einen **Zustand der Vollständigkeit** zu erreichen gezwungen fühlen [...] **nicht in realistischer Weise mit dem gefürchteten Ereignis verbunden** (z.B. ordnen, um Schädigung von geliebten Menschen vorzubeugen) oder **eindeutig übertrieben** (e.g., stundenlanges Duschen, um Krankheiten vorzubeugen)

Quelle: <https://icd.who.int/browse11/> (eigene Übersetzung)

ICD-11: Veränderungen zu ICD-10

- **Funktionale Unterscheidung** von
 - **Zwangsgedanken (ZG, obsessions):** intrusive, ungewollte & emotionsauslösende mentale Prozesse
 - **Zwangshandlungen (ZH, compulsions):** willkürliche Verhaltensweisen oder Gedanken, die Emotion regulieren sollen
- **Aufgabe Subtypen** bezüglich ZG/ZH (vorwiegend ZG/vorwiegend ZH/ gemischt)
- **neue Subtypen:** gute o. angemessene / wenig / fehlende Einsicht
- Einordnung in neues Kapitel **„Zwangsstörung & verwandte Störungen“**
= Störungen mit wiederkehrenden Gedanken & Verhaltensweisen
u.a. mit Körperdysmorphie St., Pathologisches Horten, Hypochondrie,
körperbezogene repetetive Bewegungsstörungen (Trichotillomanie u.a.)

S3-Leitlinie Zwangsstörung (2022)

S3-Leitlinie „Bei einer Zwangsstörung soll eine **störungsspezifische Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) einschließlich Exposition** als **Psychotherapie der ersten Wahl** angeboten werden.“ Empfehlungsgrad: A

S3-Leitlinie „Die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit Exposition **kann** mit dem **Ziel eines schnelleren Wirkungseintritts und/oder bei Vorliegen einer komorbiden, mindestens mittelgradigen depressiven Episode** durch eine **leitliniengerechte Psychopharmakotherapie mit SSRI oder Clomipramin** ergänzt werden. Empfehlungsgrad: 0

S3-Leitlinie Zwangsstörung (2022)

S3-Leitlinie „Eine Monotherapie mit Medikamenten ist indiziert, wenn Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) abgelehnt wird oder wegen der Schwere der Symptomatik keine KVT durchgeführt werden kann, KVT wegen langer Wartezeiten oder mangelnder Ressourcen nicht zur Verfügung steht oder damit die **Bereitschaft** des Patienten, **sich auf weitere Therapiemaßnahmen (KVT) einzulassen**, erhöht werden kann.“ Empfehlungsgrad: Expertenkonsens

S3-Leitlinie „Die psychopharmakologische Therapie einer Zwangsstörung mit SSRI/Clomipramin soll mit einer Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) mit Expositionen kombiniert werden.“ Empfehlungsgrad: A

S3-Leitlinie Zwangsstörung

Evidenzbasis:

Tab. 1 Empfehlungsgrade	
A	„Soll“-Empfehlung: zumindest eine randomisierte kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz, die sich direkt auf die jeweilige Empfehlung bezieht und nicht extrapoliert wurde (Evidenzebenen Ia und Ib)
B	„Sollte“-Empfehlung: gut durchgeführte klinische Studien, aber keine randomisierten klinischen Studien, mit direktem Bezug zur Empfehlung (Evidenzebenen II und III) oder Extrapolation von Evidenzebene I, falls der Bezug zur spezifischen Fragestellung fehlt
0	„Kann“-Empfehlung: Bericht von Expertenkreisen oder Expertenmeinungen und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten (Evidenzebene IV) oder Extrapolation von Evidenzebene Ia, Ib oder III. Diese Einstufung zeigt an, dass direkt anwendbare klinische Studien von guter Qualität nicht vorhanden oder nicht verfügbar sind
KKP	(Klinischer Konsenspunkt): empfohlen als gute klinische Praxis im Konsens und aufgrund der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Leitliniengruppe, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist

Ia: systematische
Reviews/Metaanalysen
Ib: einzelne RCTs

Aus: Voderholzer et al. (2022), *Nervenarzt*, 678-687

Efficacy: Metaanalysen

Metaanalyse von Olatunji et al. (2013)

- 16 RCT-Studien, 756 Patienten
- KVT > Kontrollgruppe: Hedge`s **$g = 1.39$**

Metaanalyse von Öst et al. (2015)

- Insgesamt $k = 37$ RCT-Studien, 2414 Patienten
- KVT > Warteliste ($k=15$): **$g = 1.33$**
- KVT > Psychologisches Placebo ($k=8$): **$g = 1.29$**
- 62-65% Response / 43-52% klinisch signifikant

Randomisiert-kontrollierte Studien (RCTs)

Zentrale Vorteile

- **Kontrollgruppen** → größere Veränderung in der Interventionsgruppe zeigt spezifische Effekte an
 - **Randomisierung** → Gruppeneffekte sind nicht auf vorbestehende Unterschiede bzw. Selbstselektion zurückzuführen
- ➔ notwendig zum Nachweis spezifischer Effekte einer Intervention

RCTs: Beispielstudie (Foa et al., 2005)

- Kontrollgruppendesign
 - 1) Exposition mit Reaktionsverhinderung (ERV)
 - 2) Serotonin-Wiederaufnahmehemmer: Clomipramin (Cl)
 - 3) Kombination ERV + SRI
 - 4) Pillenplacebo
- Randomisierung
- Manualisierte Therapie
 - Woche 1: 2 h „information gathering“
 - Woche 2-4: 15 x 2h ERV (täglich)
 - Woche 5-12: 8 x 1 h „maintenance“

RCTs: Beispielstudie (Foa et al., 2005)

Primary Outcome:

Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)

Fremdbeurteilung

10 Items

Zwangsgedanken

Zwangshandlungen

Jeweils:

Zeitaufwand

Beeinträchtigung

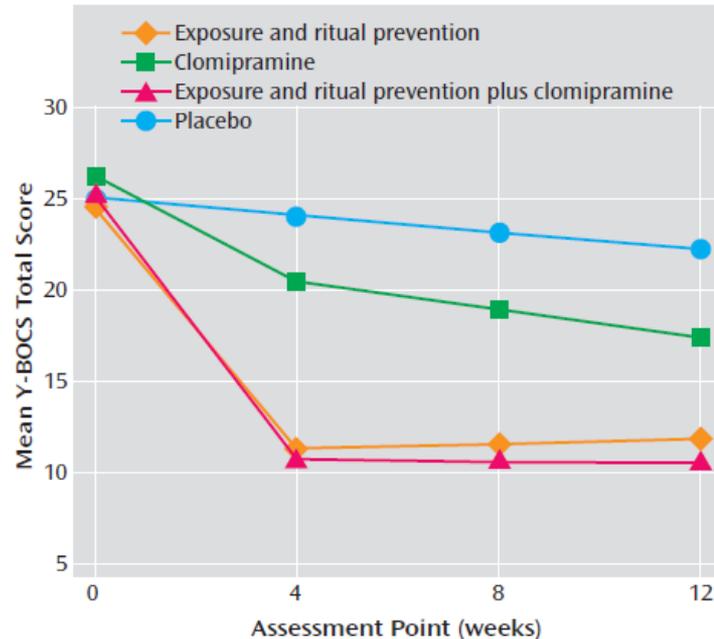
Leiden

Widerstand

Kontrolle

RCT: Ergebnisse aus Foa et al. (2005)

FIGURE 2. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) Scores of Patients With Obsessive-Compulsive Disorder in a 12-Week Randomized, Placebo-Controlled Trial Comparing the Effects of Treatment With Exposure and Ritual Prevention, Clomipramine, and Their Combination^a

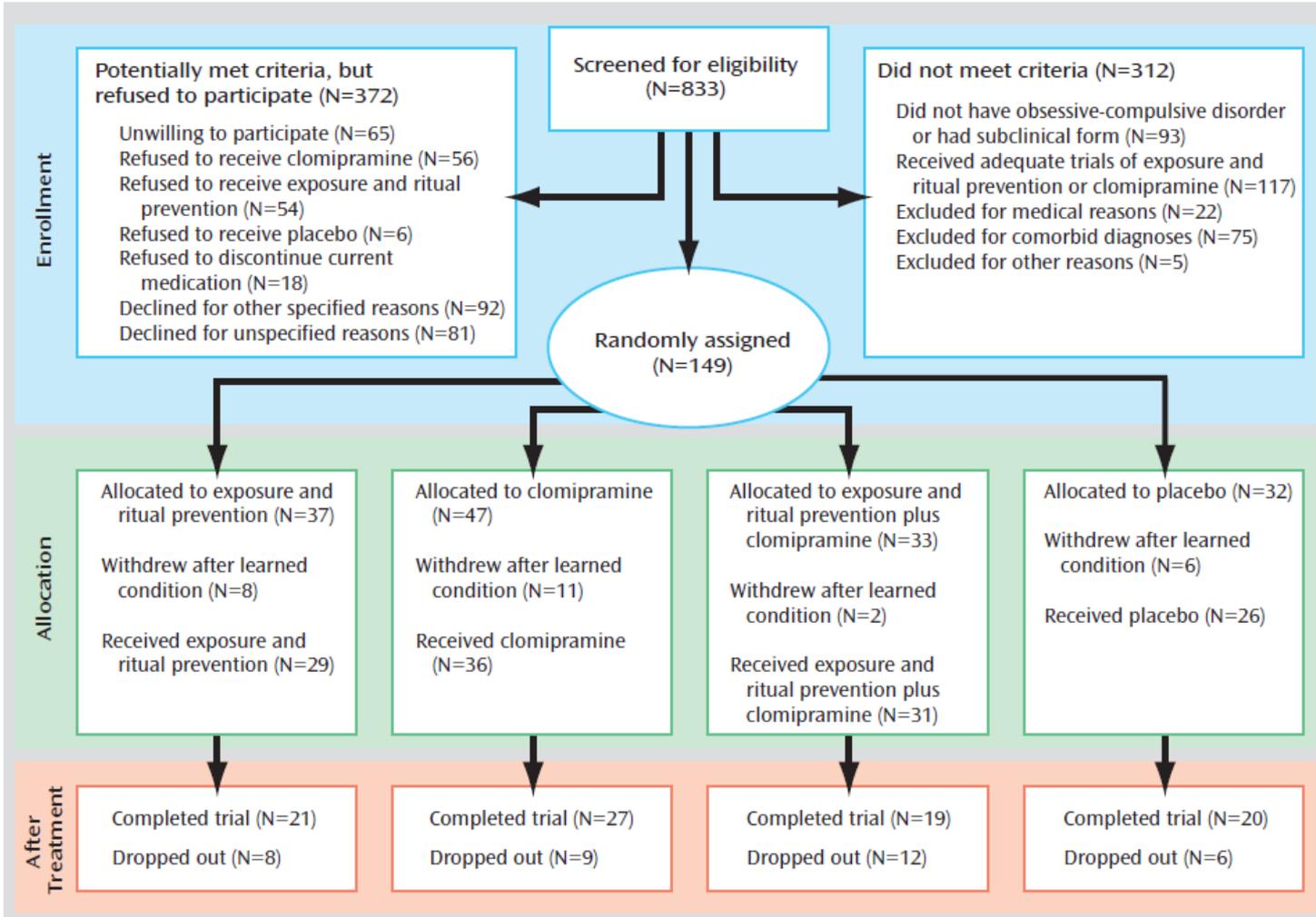


Statistik:

ERV = ERV + CI < CI allein < Placebo

Aus: Foa et al. (2005), *American Journal of Psychiatry*, 162(1), 151-61

FIGURE 1. Flowchart of a 12-Week Randomized, Placebo-Controlled Trial Comparing the Effects of Exposure and Ritual Prevention, Clomipramine, and Their Combination in the Treatment of Patients With Obsessive-Compulsive Disorder



Aus: Foa et al. (2005), *American Journal of Psychiatry*, 162(1), 151-61

RCTs: Fazit

Randomisiert-kontrollierte Studien (RCTs) zeigen

- dass KVT bei Zwangsstörung sehr wirksam ist
- dass die Wirkung mit hoher Wahrscheinlichkeit und zu großen Teilen auf die spezifische Intervention zurückzuführen ist

Problem: Studienpopulation \neq behandlingssuchende Population

➔ Wirkt KVT unter typischen Versorgungsbedingungen genauso gut wie in RCTs?

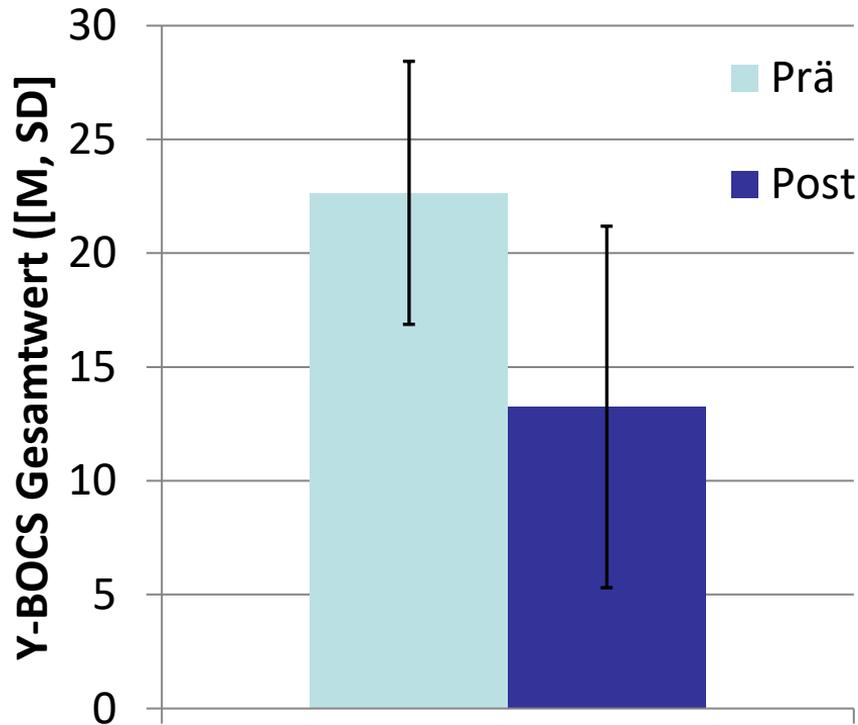
KVT unter Routinebedingungen

Prä-post Messung bei Einzel-KVT in einer Hochschulambulanz¹

- Zuweisung aus Berliner Versorgungskontext
- wenig Ausschlusskriterien (akute Psychose, Substanzabhängigkeit, neurologische Erkrankungen)
- nicht manualisierte Behandlung (Zeitraum 2010-2016)
- große Stichprobe: N = 393
- ca. 66% der Patient:innen mit komorbider Störung
- ca. 20% der Patient:innen mit Persönlichkeitsstörung

¹Kathmann, Jacobi, Elsner & Reuter (2022), *Psychotherapy and Psychosomatics*

Kathmann et al. (2022)¹: Ergebnisse



$$d_{pooled} = 1,47$$

Statistisch signifikante
Besserung **60%**
Remission **47%**
Nicht-reliable
Veränderung **38%**
Verschlechterung **3%**

¹Kathmann, Jacobi, Elsner & Reuter (2022), *Psychotherapy and Psychosomatics*

KVT unter Routinebedingungen

- Auch unter Routinebedingungen erleben mehr als die Hälfte der Patient:innen eine nachweisbare Abnahme belastender Zwangssymptome
- fast die Hälfte erreicht Remission
- Aber: „Luft nach oben“

➔ Wie sollte Kognitive Verhaltenstherapie durchgeführt werden, um möglichst erfolgreich zu sein?

Forschung & Praxiserfahrungen

Vereinfachtes KVT Erklärungsmodell (nach Salkovskis)

Zwangsgedanken (ZG)



Bewertung/Befürchtung



Angst / Anspannung

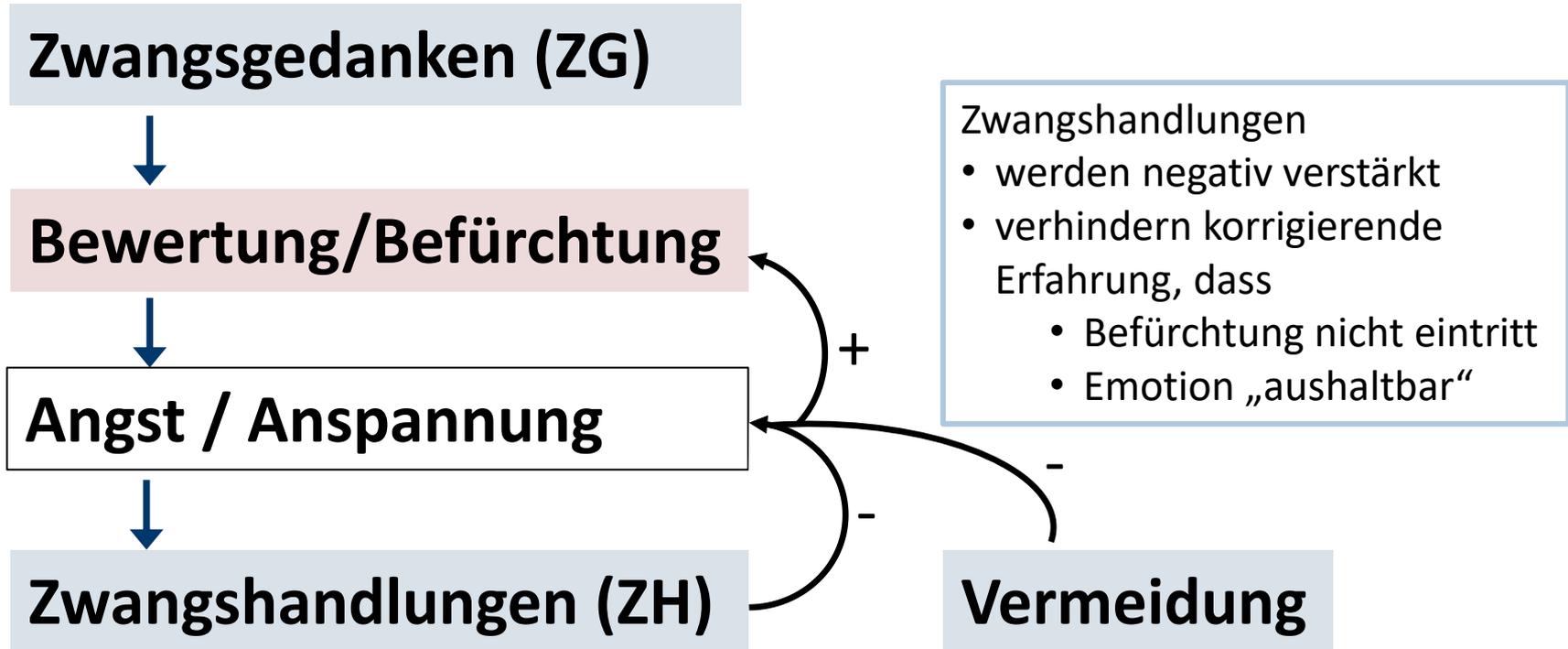


Zwangshandlungen (ZH)

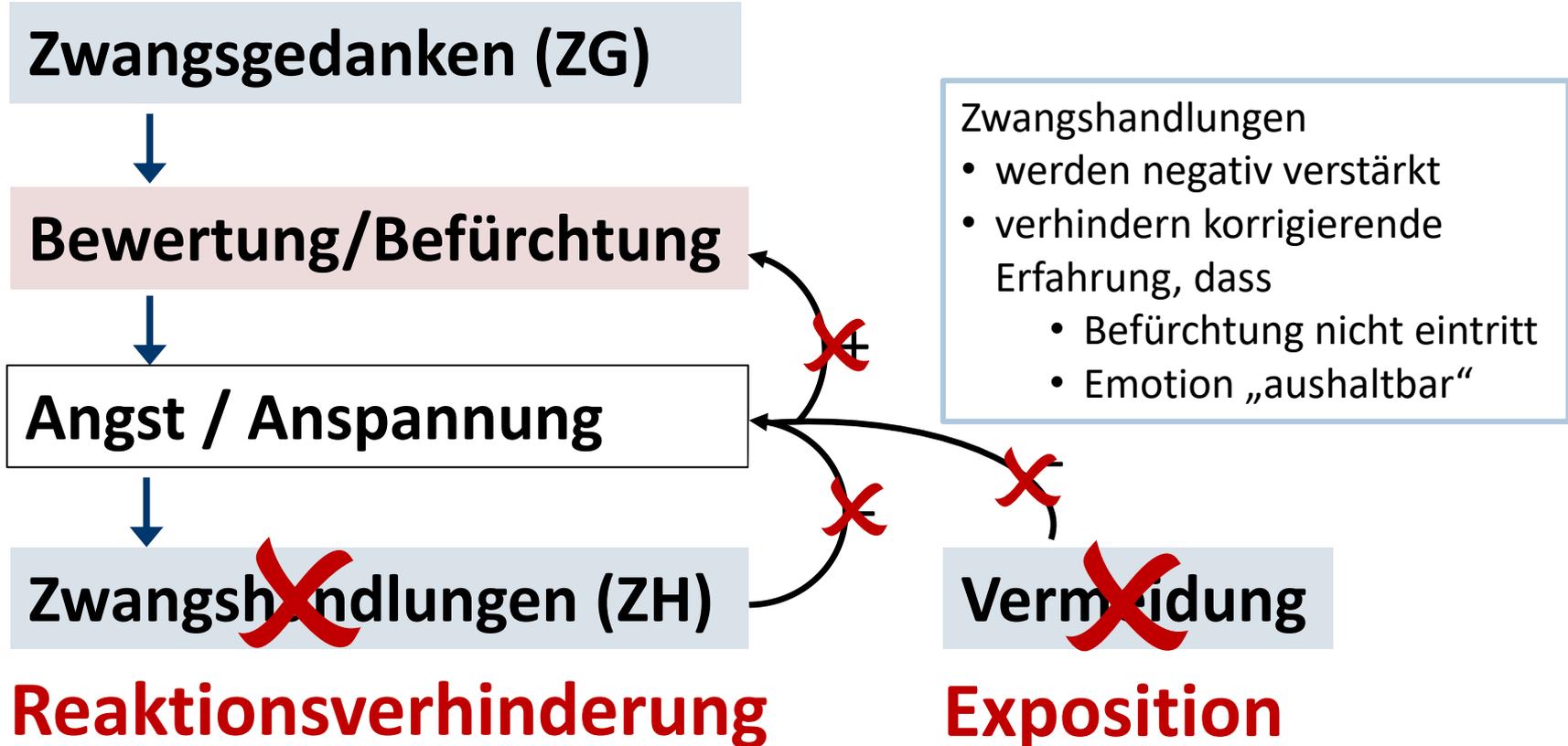
Intrusionen mit typischen ZG-Inhalten sind normal (treten bei 90% der Menschen auf)
z.B. „Habe ich Herd ausgemacht?“, „Habe ich das Kind unsittlich berührt?“

Die Gedanken sind bedeutsam!
Das Haus könnte abbrennen
Ich werde mich infizieren / Ekel nicht aushalten
Ich könnte pädophil / pervers / böse sein
→ GEFAHR!

Vereinfachtes KVT Erklärungsmodell (nach Salkovskis)



Behandlungsrational



Exposition mit Reaktionsverhinderung (ERV)

- **Exposition** = nicht mehr vermeiden
Aufsuchen von Situationen, die Zwangsgedanken auslösen
- **Reaktionsverhinderung** = nicht mehr neutralisieren,
Zwangshandlungen freiwillig weglassen
- **Ziel: Erleben**, dass Befürchtungen nicht eintreffen
→ Veränderung der Bewertung von ZG

- **Foa et al. (1983): Emotional Processing Theory (EPT)**
 - ERV führt zur Löschung konditionierter Reaktionen
 - Voraussetzung (unter anderem): Within Session Habituation (WSH), Between Session Habituation (BSH)
- **Craske et al. (2008, 2014): Inhibitory Learning Theory (ILT)**
 - ERV führt nicht zur Löschung konditionierter Reaktionen, sondern zur Bildung neuer Assoziationen, die bestehende konditionierte Reaktionen inhibieren
 - Habituation kann involviert sein, ist aber keine notwendige Voraussetzung
 - Betonung anderer Prozesse, z.B. Erwartungsverletzung

Empirische Untersuchungen

- einzelne Befunde zu möglicher Bedeutung von Within-Session-Habituation (z.B. Foa et al., 1978)
- *Inhibitory Learning Theory (ILT)* v.a. durch Lernexperimente & klinische Studien bei Angststörungen begründet (vgl. Craske et al., 2014)
- Kaum Evidenz aus **klinischen Studien** zur **Zwangsstörung**

Elsner et al. (2022):

Methoden

- 110 Patient:innen in manualbasierter KVT
- Standardisierung erster Expositionsübung, identische Wiederholung nach 1-3 d
- Erfassung **erwarteter & tatsächlicher Intensität** von **Angst/Anspannung**: **Subjective Units of Distress (SUD)** von 0 bis 10

Prozessvariablen

- **WSH Within Session Habituation**: max. SUD – SUD Übungsende
- **BSH Between Session Habituation**: max. SUD Übung 2 – max. SUD Übung 1
- **EV Erwartungsverletzung**: erwartete SUD – tatsächliche SUD (Übungsende)

Ergebnisse & Schlussfolgerung

- Vorhersage: WSH → Symptomreduktion / EV → Remission
- **WSH kann zum Therapieerfolg** beitragen, ist aber nicht notwendig
- für klinisch relevante Veränderung spielt **Erwartungsverletzung größere Rolle**

Klinische Schlussfolgerungen

- Exposition lang genug gestalten, dass WSH eintreten kann
- aber: Ziel von ERV = neue Erfahrung, nicht Habituation
- vgl. Abramowitz & Jacoby (2016): Orientierung an ILT
 - „Habituationsrational“ vermittelt, dass Angst/Emotion schädlich ist
 - ERV sollte jedoch **Angst- bzw. Emotionstoleranz** fördern
 - besser: auf **(emotionsbezogene) Erwartungen** fokussieren
 - Exposition sollte möglichst verschiedene auslösende Reize berücksichtigen: explizit auch **Gedankenkonfrontation (!)**
 - für Generalisierung des Lernerfolgs ist es vor allem wichtig, Exposition in **möglichst unterschiedlichen Kontexten** durchzuführen

Emotionsfokussierte Exposition: Beispiel

Frau M. erwartet „unerträgliche Angst“, wenn Sie nach Benutzung des Herdes ihre Wohnung verlässt. Sie weiss, dass der Herd noch nie angeblieben ist, aber fürchtet, dass sie die Vorstellung, dass es doch passieren könnte „nicht aushält“. Zur Exposition benutzt Sie den Herd, macht ihn aus, verlässt das Haus ohne zu kontrollieren, und entfernt sich weit von der Wohnung. Dabei konfrontiert sie sich mit den aufkommenden Zwangsgedanken, konzentriert sich auf das starke Angstgefühl und macht die Erfahrung, dass Sie die Angst erleben kann ohne sich beruhigen oder gar zurückfahren zu müssen. Am Ende der vorher festgelegten Zeitdauer der Gedankenkonfrontation stellt sie fest, dass ihre Anspannung weniger stark ist als sie erwartet hat. Durch häufiges Wiederholen ähnlicher Übungen in unterschiedlichen Kontexten macht sie implizit die Erfahrung, dass durch ihr verändertes Verhalten keine schlimmen Ereignisse passieren.

Ausgewählte Einflussfaktoren des Therapieerfolgs

- **Einsicht** (z.B. Himle et al., 2006)
- **Patient:innenadhärenz** (z.B. Abramowitz et al., 2002; Wheaton et al., 2016)
- **Häufigkeit & Intensität von Expositionsübungen**
(z.B. Voderholzer et al., 2020)

Einsicht → Herausarbeiten Problemdefinition¹

- Erfragen: Sieht Pat. **objektive Gefahr** oder **emotionales Problem**?
- Befürchtungen **konkretisieren** („Was würde tatsächlich passieren, wenn Sie den Herd nicht mehrfach kontrollieren?“)
- 3 Gruppen
 - **Keine Befürchtung** objektiver Schädigung
(z.B. bei Ekel vor Schmutz)
 - **große kognitive Distanz** („Ich fürchte, das Haus könnte abbrennen, aber ich weiss, dass das extrem unwahrscheinlich ist.“)
 - **Ambivalenz** bzw. **geringe bis fehlende kognitive Distanz** („Wenn ich Kontrollen aufgabe, könnte bzw. wird tatsächlich das Haus abbrennen.“)

**Emotionale
Problemdefinition
reflektieren**

→ **kognitive / metakognitive Therapiestrategien**

z.B. geschätzte Wahrscheinlichkeiten konkretisieren & überprüfen
Annahmen zur Gedanken-Ereignis-Fusion überprüfen

¹Lakatos & Reinecker (2016), Fricke (2016)

Patient:innenadhärenz

Quantität & Qualität der Durchführung von Exposition & Reaktionsverhinderung
= konsistentester Prädiktor für Therapieerfolg (Voderholzer et al., 2022a)

S3-Leitlinie „Therapeuten sollen im Verlauf einer Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) die Adhärenz von Patient:innen (Umsetzung vereinbarter Expositionsübungen zwischen den Therapiesitzungen) fördern und überprüfen, um ein gutes Therapieergebnis sicherzustellen.“

Evtl. noch wichtiger: Wie gut gelingt **„Reaktionsverhinderung im Alltag“**?
(Wheaton et al. 2016)

Praxiserfahrung:

- Schwierigkeiten / Abbruch ≠ Misserfolg, sondern weitere Erfahrung
- gemeinsame Analyse der Gründe:
 - Gefahrwahrnehmung? Emotionsvermeidung / Motivation?
 - andere Störfaktoren: Lebensbedingungen / Konflikte?
- nicht nach vermeintlich erfolglosen ersten Übungen Therapiestrategie wechseln

Patient:innenadhärenz

Praxiserfahrung: mögliche Einflussfaktoren

- Verständnis des **Behandlungsrationalis** (vgl. Abramowitz, 2002)
- Therapeutische Beziehung
 - Vertrauen / Bindung → empathisches Verstehen & aufrichtiges Ernstnehmen der (oft von außen schwer nachvollziehbaren) Gedankengänge
 - Übereinstimmung in Zielen & Mitteln (Wolf et al., 2021)
 - Konkrete Zielvereinbarungen im Hinblick auf Zwangshandlungen!
- Annäherungsziele stärken: „Wofür ist mir das wichtig?“
- Anfänglich begleitete Übungen

S3-Leitlinie „In der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) sollen die Expositionen in Begleitung von Therapeuten angeboten werden und auf eine Überführung in das Selbstmanagement des Patienten abzielen.“
Empfehlungsgrad: Expertenkonsens

Häufigkeit & Intensität von Exposition

- Therapien sind tendenziell erfolgreicher, je häufiger und intensiver Exposition durchgeführt wird (z.B. Voderholzer et al., 2020)
- besonders intensive Formate (z.B. täglich 2h Exposition oder Blockbehandlung über vier Tage) zeigen besonders hohe Effektstärken und Remissionsraten (z.B. Foa et al., 2005; Hansen et al., 2018)
- kein Beleg für Überlegenheit intensiver Formate aus direkten Vergleichen

S3-Leitlinie „Besteht die Möglichkeit der Durchführung hochfrequenter Exposition mit Reaktionsmanagement (Blockexposition an unmittelbar konsekutiven Therapietagen; mindestens aber zwei lange Expositionseinheiten pro Woche), sollte diese Anwendung genutzt werden.“

Empfehlungsgrad B

Wie viel ERV ist notwendig?

Mögliche Antwort: So viel, dass **nachhaltiger Therapieerfolg** erreicht wird.

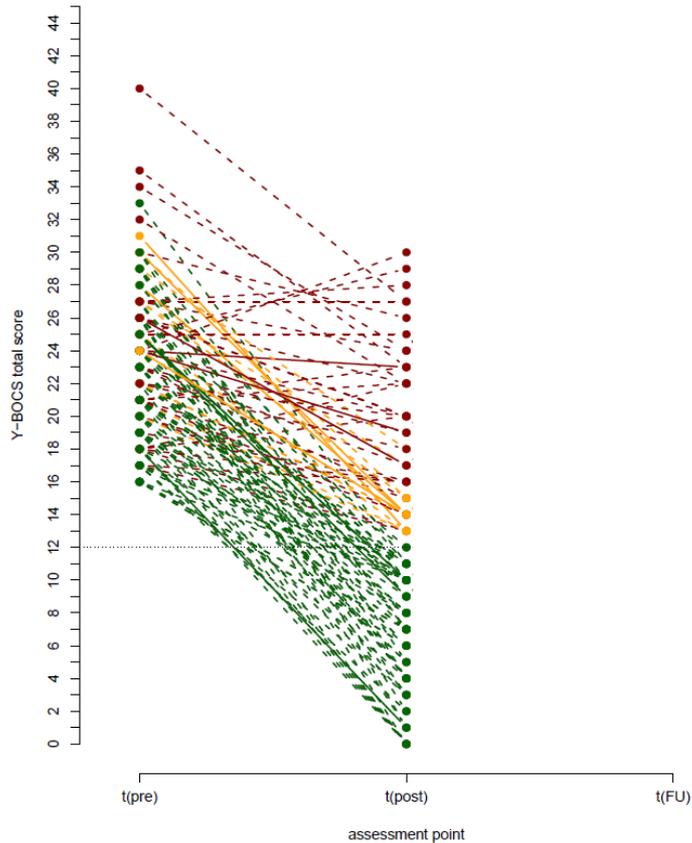
Wann ist der Therapieerfolg nachhaltig?

Übliche Therapieerfolgskriterien:

- Response: 35% Symptomreduktion (Y-BOCS)
- Remission: Y-BOCS Gesamtwert ≤ 12

Frage: Sagen diese Kriterien langfristige Stabilität vorher?

ERV: Therapiedauer



KVT bei Patienten mit Zwangsstörung

Behandlungsergebnisse der Routinebehandlung in
einer Hochschulambulanz

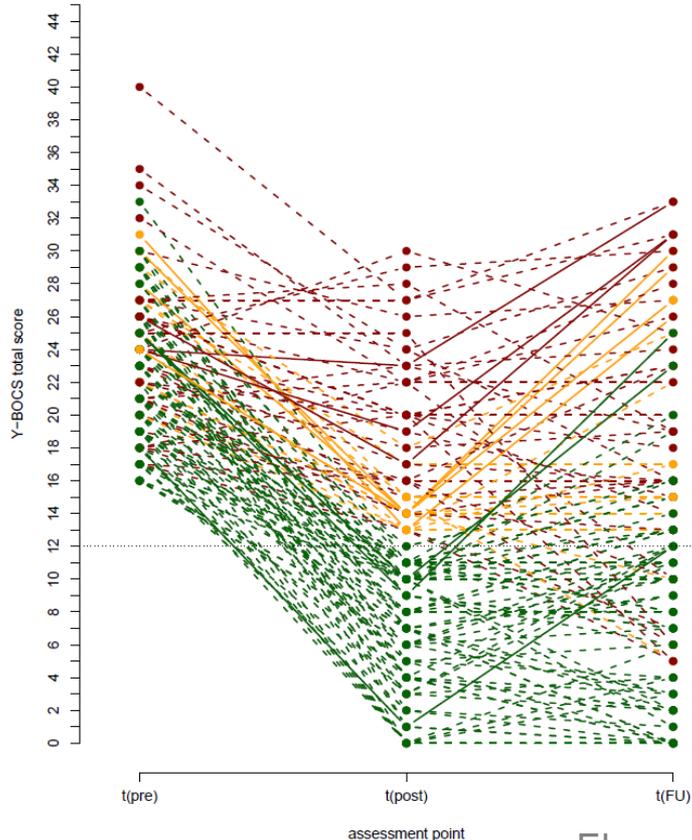
(Einzelverläufe, N = 120)

- keine Response zu t_{post}
- Response zu t_{post}
- Remission zu t_{post}

— Verschlechterung zu t_{FU}

- - - keine Verschlechterung zu t_{FU}

ERV: Therapiedauer



KVT bei Patienten mit Zwangsstörung

Behandlungsergebnisse der Routinebehandlung in
einer Hochschulambulanz
(Einzelverläufe, N = 120)

- keine Response zu t_{post}
- Response zu t_{post}
- Remission zu t_{post}

— Verschlechterung zu t_{FU}

- - - keine Verschlechterung zu t_{FU}

Wahrscheinlichkeit für Verschlechterung nach Therapie:
Response vs. Remission: OR = 8,8

**Optimaler Wert zur Vorhersage langfristiger Remission:
Y-BOCS Gesamtwert ≤ 12**

Ist es sinnvoll, ERV-Behandlung zu verlängern, wenn Remission noch nicht eingetreten ist?

Ja!

- Simpson et al. (2021): RCT
 - 137 medizierte Patient:innen, 25,5 Stunden ERV → 64% ohne Remission
 - Nicht-Remittierte: Verlängerung um 12 Stunden → **62% Remission**
- Reuter et al. (in Vorbereitung): Routinebehandlung
 - 231 Patient:innen, 45 Einheiten KVT (= 37,5 h) → 53% ohne Remission
 - Nicht-Remittierte: Verlängerung um M = 26 Sitzungen → **43% Remission**

S3-Leitlinie Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit Exposition sollte unter der Voraussetzung eines Ansprechens auf dieses Vorgehen bis zum Erreichen einer klinischen Remission fortgeführt werden (Y-BOCS-Gesamtwert) bei Therapieende. Empfehlungsgrad B

ERV-basierte KVT: Fazit

- mit ERV-basierter KVT erreichen etwa 50% der Betroffenen einen weitgehenden & nachhaltigen Rückgang der Belastung durch Zwangssymptome
- wahrscheinlich wirksame Elemente einer Behandlung sind
 - (kognitive) Verschiebung der Problemdefinition bei geringer Einsicht
 - Vermittlung eines auf die:den Patient:in abgestimmten Behandlungsrationalis
 - Exposition & Reaktionsverhinderung als Gelegenheit zum Erwerb von neuen Erfahrungen & Toleranz gegenüber eigenen aversiven Gefühlen
 - Förderung der Adhärenz durch Stärkung der Annäherungsziele, anfängliche Begleitung in der ERV & stringentes Monitoring der Adhärenz

Behandlungsalternativen bei fortbestehender Symptomatik

- Pharmakotherapie mit SSRI
- Psychotherapeutische Ansätze, die nach S3-Leitlinie erwogen werden können (Empfehlungsgrad 0)
 - Akzeptanz- & Commitmenttherapie
 - Metakognitive Therapie
 - Inferenzbasierte Kognitive Therapie
 - Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie
- repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) (nur kurzfristige Symptomlinderung)
- tiefe Hirnstimulation (Schwerstbetroffene mit therapierefraktärer ZS, Indikationsstellung durch spezialisierte Zentren)

Bisher keine ausreichende Evidenz dass

- gleich gute Wirkung wie KVT
- wirksam bei Nichtansprechen auf KVT

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Prof. Dr. Benedikt Reuter

Professor für Medizinische Psychologie und Soziologie
benedikt.reuter@medicalschooll-berlin.de

Literatur: Überblick / Manuale

Abramowitz JS, Jacoby RJ. Obsessive-compulsive Disorder in Adults. Boston: Hogrefe; 2015.

Benoy, Ch. & Walter, M. (2022, Hrsg.). Zwangsstörung Grundlagen – Formen – Interventionen. Stuttgart: Kohlhammer.

Clark, D.A. (2020). Cognitive-Behavioral Therapy for OCD and Its Subtypes. New York: The Guilford Press.

Fricke, S. (2016). Therapie-Tools Zwangsstörungen. Weinheim: Beltz

Lakatos & Reinecker (2016). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. Ein Therapiemanual*. Göttingen: Hogrefe.

Salkovskis, Ertle & Kirk (2018). Zwangsstörungen. In Margraf, J. & Schneider, S. (eds.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 2*. Berlin: Springer.

Wilhelm & Steketee (2006). Cognitive Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. A Guide for Professionals. Oakland: New Harbinger.

Voderholzer U, Rubart, A., Favreau, M., et al. S3-Leitlinie Zwangsstörungen - Langversion. Erste Revision im Juni 2022. AWMF online 2022.

Literatur: Forschungsarbeiten

- Abramowitz, J.S., Franklin, M.E., Zoellner, L.A., DiBernardo, C.L. (2002). Treatment compliance and outcome in obsessive-compulsive disorder. *Behav Modif*, 26(4):447-63.
- Elsner, B., Jacobi, T., Kischkel, E., Schulze, D., & Reuter, B. (2022). Mechanisms of exposure and response prevention in obsessive-compulsive disorder: effects of habituation and expectancy violation on short-term outcome in cognitive behavioral therapy. *BMC Psychiatry*, 27;22(1):66.
- Elsner B, Wolfsberger F, Srp J, et al. Long-Term Stability of Benefits of Cognitive Behavioral Therapy for Obsessive Compulsive Disorder Depends on Symptom Remission During Treatment. *Clinical Psychology in Europe* 2020 03/31;2.
- Foa EB, Liebowitz MR, Kozak MJ, et al. Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry* 2005 Jan;162(1):151-61.
- Hansen B, Kvale G, Hagen K, Havnen A, Öst LG. The Bergen 4-day treatment for OCD: four years follow-up of concentrated ERP in a clinical mental health setting. *Cognitive behaviour therapy* 2019 Mar;48(2):89-105.
- Kathmann N, Jacobi T, Elsner B, Reuter B. Effectiveness of Individual Cognitive-Behavioral Therapy and Predictors of Outcome in Adult Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychotherapy and psychosomatics* 2022;91(2):123-35.
- Olatunji BO, Davis ML, Powers MB, Smits JA. Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. *J Psychiatr Res* 2013 Jan;47(1):33-41.
- Öst LG, Havnen A, Hansen B, Kvale G. Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993-2014. *Clinical psychology review* 2015 Aug;40:156-69.
- Schulze D, Kathmann N, Reuter B. Getting it just right: A reevaluation of OCD symptom dimensions integrating traditional and Bayesian approaches. *J Anxiety Disord* 2018 May;56:63-73.
- Simpson, H.B., Foa, E.B., Wheaton, M.G., et al. (2021). Maximizing remission from cognitive-behavioral therapy in medicated adults with obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*, 143:103890. doi: 10.1016/j.brat.2021.103890.
- Wheaton MG, Galfalvy H, Steinman SA, Wall MM, Foa EB, Simpson HB. Patient adherence and treatment outcome with exposure and response prevention for OCD: Which components of adherence matter and who becomes well? *Behaviour research and therapy* 2016 Oct;85:6-12.
- Wolf N, van Oppen P, Hoogendoorn AW, van Balkom AJLM, Visser HAD. Therapeutic Alliance and Treatment Outcome in Cognitive Behavior Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. *Front Psychiatry* 2022, 13:658693.