

Online-Therapie und Schreibtherapie für posttraumatische Belastungsstörungen

Prof. Dr. Christine Knaevelsrud
Freie Universität, Berlin





Einführung & Definition

Wirksamkeit



**Die virtuelle
therapeutische Beziehung**

**Exemplarische
Forschungsansätze**



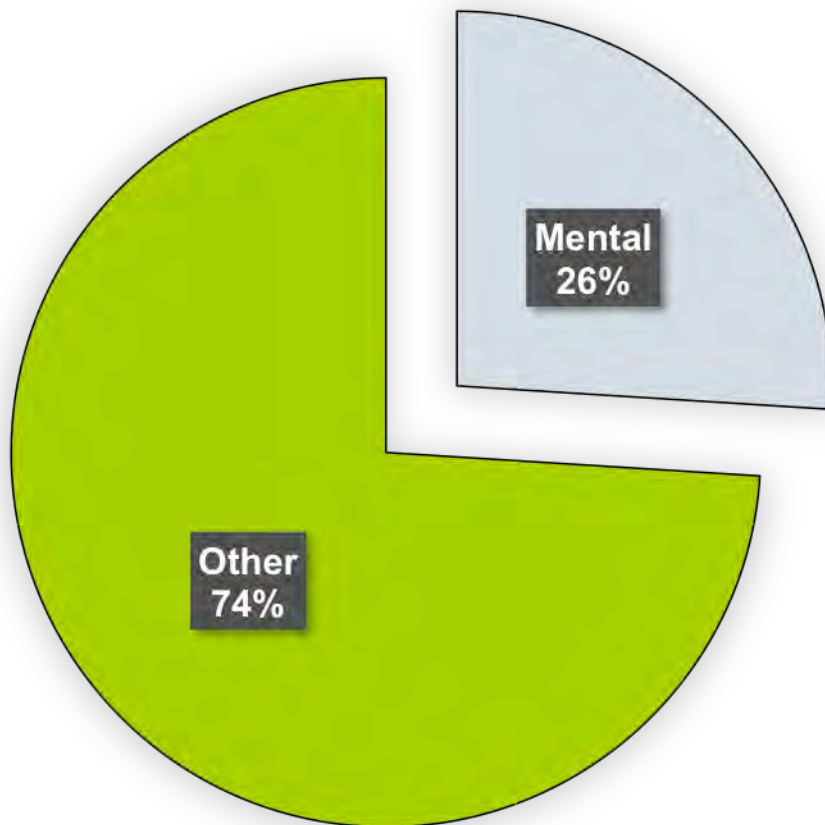
**Potential &
Ausblick**



Hintergrund

Psychische Störungen und ihre Folgen

Disease-related burden (Europe)



- 13 Wochen Wartezeit bis Erstgespräch
- 27 Wochen bis Therapiebeginn
- 10% erhalten evidenzbasierte pharmakologische oder psychotherapeutische Intervention

(Wittchen & Jacobi, 2005; BPtK, 2011; 2013)

Inanspruchnahme von Psychotherapie —

Wann nehmen traumatisierte Erwachsene professionelle Hilfe an?

Wahrgenommene Barrieren

- Scham, Angst vor **Stigmatisierung**
- Furcht vor sozialen Konsequenzen
- geringe **health literacy**
- behandlungsbezogene Unwissenheit & Sorgen
- Mangel an **Ressourcen**
- finanzieller und zeitlicher Aufwand
- traumaspezifische **Hemmungen**

Wahrgenommene Vermittler



Ergebnisse eines systematisches
Reviews ($N = 36$ Studien)

Wann nehmen traumatisierte Erwachsene professionelle Hilfe an?

Wahrgenommene Barrieren

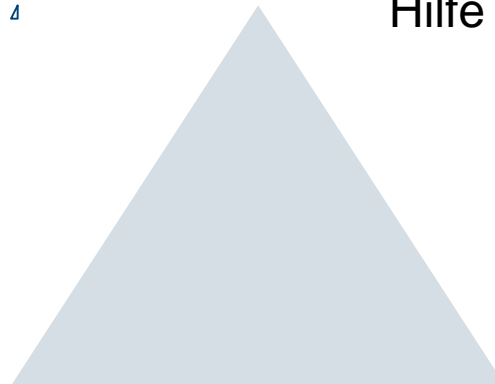
♦

4

Wahrgenommene Vermittler

- **peer support**
- Vertrauen erleben, gesellschaftliche Akzeptanz
- **Schweregrad** der psychischen Störung & Änderungswunsch
- Bezugspersonen nicht mit eigenen Problemen belasten wollen
- positive **Erfahrungen** mit professioneller Hilfe

Ergebnisse eines systematisches Reviews ($N = 36$ Studien)



Qualität Online Information für PTBS

Vor 12 Jahren... (Bremner et al., 2006)

- 42% falsche oder schädliche Informationen
- 18% mit wissenschaftlichen Referenzen
- 50% nicht von klinischen Experten entwickelt (oder autorisiert)

Heute ...


- DISCERN Qualitätsbewertung für Webseiten über PTSD
- 51,8 (SD: 13,2) (Grohol et al., 2014)
- Cut-off für gute oder bessere Qualität 40 (Khazaal et al, 2012)
- Informationen über PTSD mittlerweile sehr gut (im Vergleich zu anderen Erkrankungen)

Einordnung onlinetherapeutischer Interventionen

Internet und Smartphone als...

- **Informationsquelle**
(Informationsseiten, interaktive, automatisierte Programme) ⚡
- **Kommunikationsmittel**
(Email, Chat, Skype etc.) ⚡

Behandlungsansatz

▶  **Online-basierte Selbsthilfe**
(nicht therapeutisch unterstützt)

▶  **Therapeutisch gestützte manualisierte Intervention**

▶  **Mail-/ Chat-/Video-Beratung Therapie etc.**

Ausmaß der therapeutischen Unterstützung ▼

(erweitert nach Berger, 2012)

Internet und Smartphone als...

- **Informationsmedium**
(Informationsseiten, interaktive, automatisierte Programme)
- **Kommunikationsmedium**
(Email, Chat, Skype etc.)
- **Diagnostisches Tool**
(Tracking on Websites, Ambulatory Assessment, Sensoric Info, GPS)

Forschungsmedium

-  **Online-basierte Selbsthilfe**
(nicht therapeutisch unterstützt)
-  **Therapeutisch gestützte manualisierte Intervention**
-  **Mail-/ Chat-/Video-Counseling Therapy etc.**
-  **Monitoring, Prädiktion, Forschung**

Internet und Smartphone als...

- **Informationsmedium**
(Informationsseiten, interaktive, automatisierte Programme)
- **Kommunikationsmedium**
(Email, Chat, Skype etc.)
- **Diagnostisches Tool**
(Tracking on Websites, Ambulatory Assessment, Sensoric Info, GPS)

Forschungsmedium

-  **Online-basierte Selbsthilfe**
(nicht therapeutisch unterstützt)
-  **Therapeutisch gestützte manualisierte Intervention**
-  **Mail-/ Chat-/Video-Counseling Therapy etc.**
-  **Monitoring, Prädiktion, Forschung**

Wirksamkeit



Broad range of interventions: selected RCTs

Table 1 Conditions for which guided Internet-delivered psychological treatment has been tested in research (randomized controlled trials)

Psychiatric conditions	Somatic conditions/ health problems	Other
Depression (including postpartum depression)	Headache	Couples therapy
Bipolar disorder	Tinnitus	Parent training
Panic disorder	Diabetes	Stress problems
Social phobia	Insomnia	Perfectionism
Specific phobia	Childhood encopresis	Burnout
Mixed anxiety/depression	Chronic pain	Procrastination
Health anxiety	Cancer	Bereavement
Obsessive-compulsive disorder	Irritable bowel syndrome	Infertility distress
Generalized anxiety disorder	Erectile dysfunction	Body dissatisfaction
Posttraumatic stress disorder	Hearing loss	Grief
Pathological gambling	Chronic fatigue	
Bulimia and eating disorders	Multiple sclerosis	
Body dysmorphic disorder	Obesity	
Drug addictions	Smoking	
Attention-deficit/hyperactivity disorder		

(Andersson, 2016)

Ausgewählte Pre-Post-Effektstärken von Onlineinterventionen

- Metaanalytische Evidenz für fast alle großen Störungsbereiche

- Mittlere bis große Effektstärken für primäre Symptomatik

	Number of Studies	Controlled Effect Size
Mayo-Wilson & Montgomery 2013	Angst (PD, SAD, GAD) k = 72	0.67 [.55 - .78]
Richards & Richardson (2012)	Depression k = 19	0.56 [.41-.71]
Küster, Niemeyer & Knaevelsrud (2016)	PTBS k = 8	0.95 [.46 - 1.43]
Kinder & Jugendliche Ebert et al. (2015)	Angst, Depression, Transdiagnostisch	0.68 [.45 - .92] 0.76 [.41 – 1.12] 0.94 [.23 - 1.66]

Vergleich Onlineintervention vs konventionelle Psychotherapie

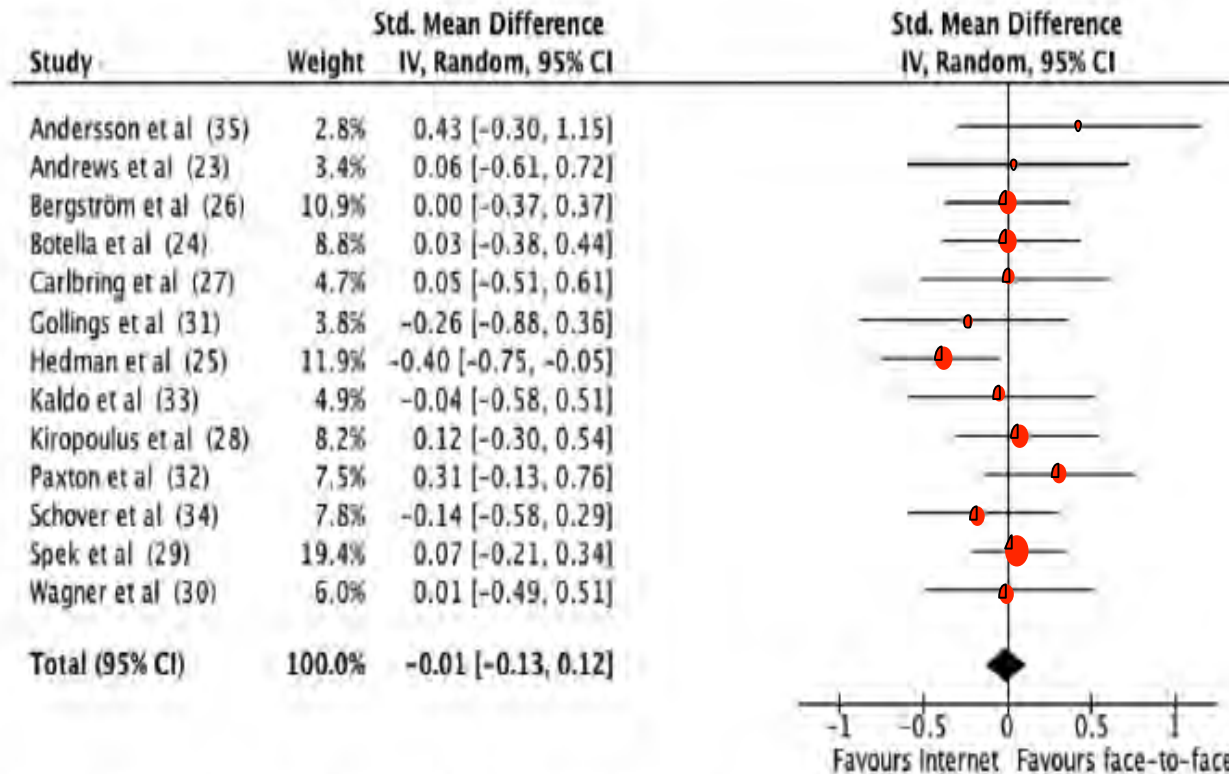
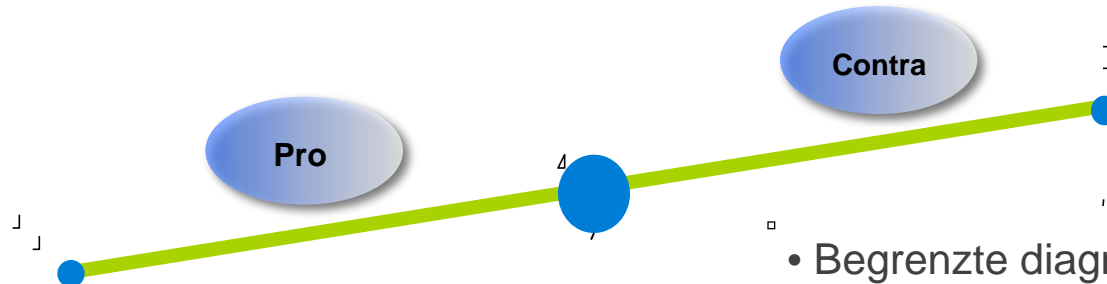


Figure 3 Forest plot displaying effect sizes of studies comparing guided Internet-based treatment with face-to-face treatment

(Andersson et al., 2014, 2016)

Potential und Herausforderungen der Onlinetherapie



- Barrierefreiheit (Flexibilität/ Erreichbarkeit/Hürden)
- Erleichterte Selbstöffnung
- Aktive Einbindung von Patienten
- Archivierung

- Begrenzte diagnostische Möglichkeiten
- Begrenzte Krisenintervention
- Eingeschränkte non-verbale Signale

Die (virtuelle) therapeutische Beziehung



Die therapeutische Beziehung

Therapeutische Beziehung hat drei wesentliche Komponenten:

Komponente der therapeutischen Allianz

Beispielitem des WAI (Munder et al., 2010)

Gefühlte Übereinstimmung in den (therapeutischen) Zielen

„Mein/e Therapeut/in und ich stimmen darin überein, woran es für mich wichtig ist zu arbeiten.“

Gefühlte Übereinstimmung in den Aufgaben

„Ich glaube, dass es richtig ist, wie wir an meinem Problem arbeiten.“

Affektive Beziehung „Bindung“

„Mein/e Therapeut/in und ich achten einander.“

nach Bordin (1975)

Ausmaß des therapeutischen Kontakts und Behandlungseffekt in Online-Therapien

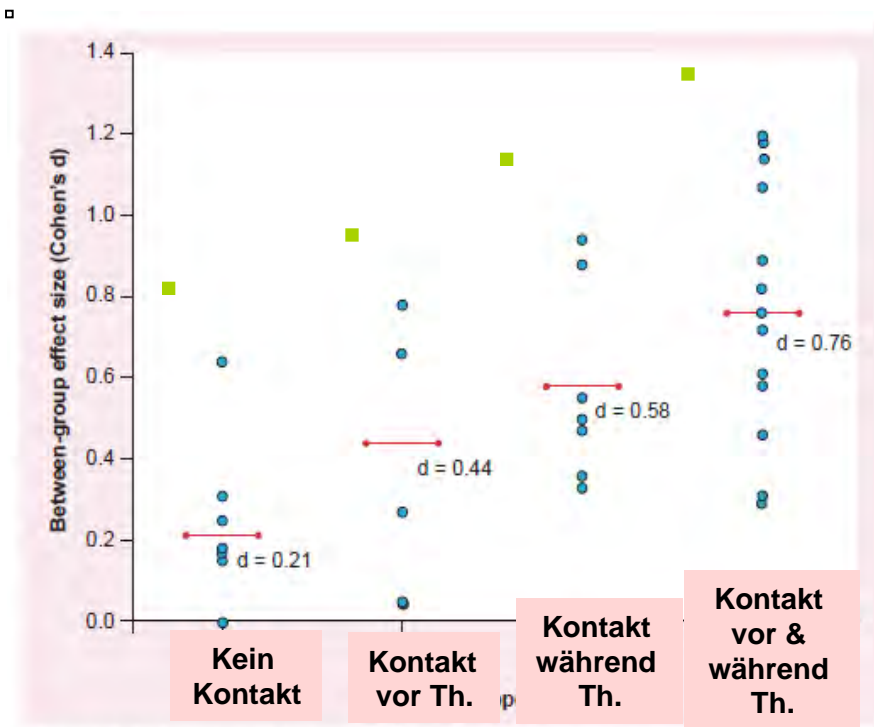


Figure 1. Categories of degree of support. The degrees of support are defined as follows: 0, no therapist contact either before nor during treatment; 1, contact before treatment only; 2, contact during treatment only; and 3, contact both before and during treatment. The large dots represent effect sizes (Cohen's *d*) between internet-delivered cognitive-behavioral therapy conditions and controls. The horizontal lines between the smaller dots lines represent the average effect size per category of degree of support.

Keine signifikanten Unterschiede bzgl. Beziehungsqualität zwischen Onlinetherapie & ambulanter Therapie

(Klasen, Böttche & Knaevelsrud, 2012)

Bewertung der therapeutischen Beziehung ist kein konsistenter Outcome Prädiktor

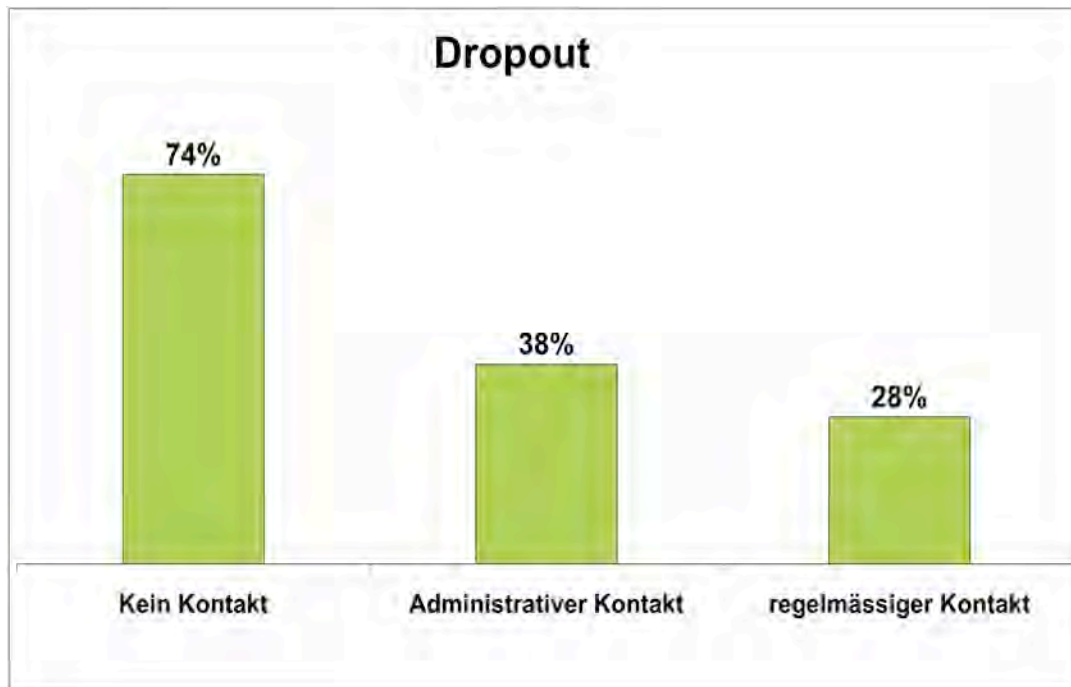
(Knaevelsrud et al., 2006; Sucala et al., 2012)

→ Behandlungseffekte größer je mehr Therapeutenkontakt (Johannsen et al., 2012)

Adhärenz und Dropout

Abbruchraten zwischen Online- und „Face-to-face“-Therapie vergleichbar
(van Ballegooijen et al. 2014)

Grosse Varianz zwischen verschiedenen Störungsbildern
→ Eher störungs- als methodenspezifisches Phänomen



→ Dropout geringer je mehr Kontakt zum Therapeuten
(Richards & Richardson, 2012)

Gründe für Abbruch (Aardoom et al., 2013)

- Motivations-/Zeitmangel
- keine Verbesserung
- **fehlender f2f-Kontakt**
- **technische Probleme**
- Bevorzugung von Medikation
- Mangel an Interesse
- erlebte Belastungen durch das Programm
- Erleben einer akuten depressiven Episode oder körperliche Erkrankungen

Gründe im f2f-Kontext:

lange Weg- und Anfahrtszeiten (Bados et al., 2007)

Abbruchverhalten weniger methoden- als eher störungsspezifisch

Interaktion primär verbal

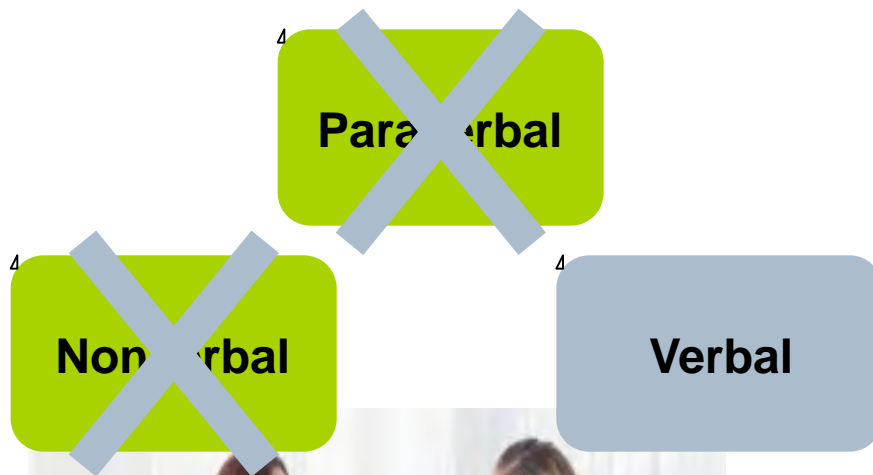
⁴
Paraverbal

⁴
Nonverbal

⁴
Verbal

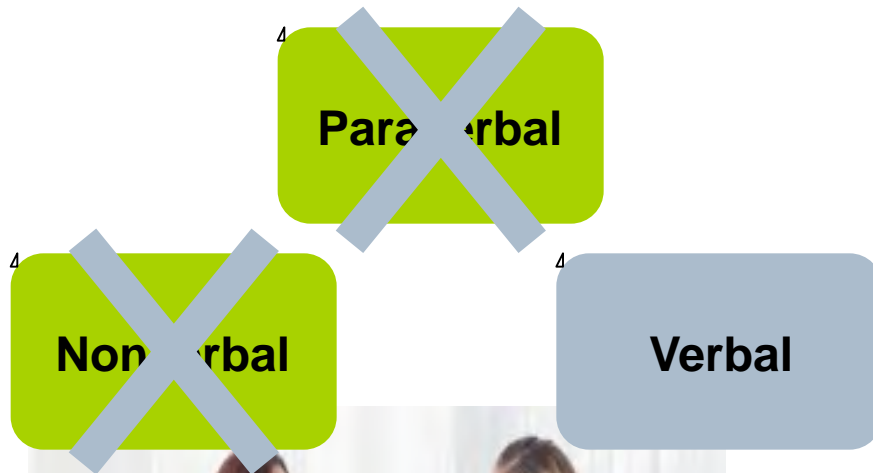


Interaktion primär verbal



- Therapeutische Interaktion basiert auf verbaler (schriftlicher) Kommunikation
- Der Therapeut/Patient erhält i. d. R. keine sofortige Rückmeldung (z. B. Nicken, Stirnrunzeln)
- Weniger Informationen über den emotionalen Zustand des Patienten
- Notwendigkeit zur impliziten Risikoabschätzung

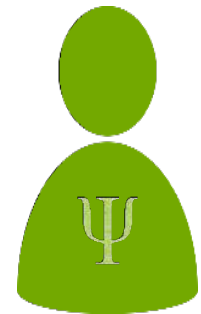
Interaktion primär verbal



- Sehr bewusste, unmissverständliche Verwendung der Sprache
- Die gesamte Kommunikation wird archiviert (kann anderen mitgeteilt/ veröffentlicht werden)
- Schreiben ist zeitaufwendiger als Sprechen
- Die asynchrone Kommunikation ermöglicht intensive Reflexion, Intervention und Supervision

Therapeuten-Input & Feedback in der Onlinetherapie

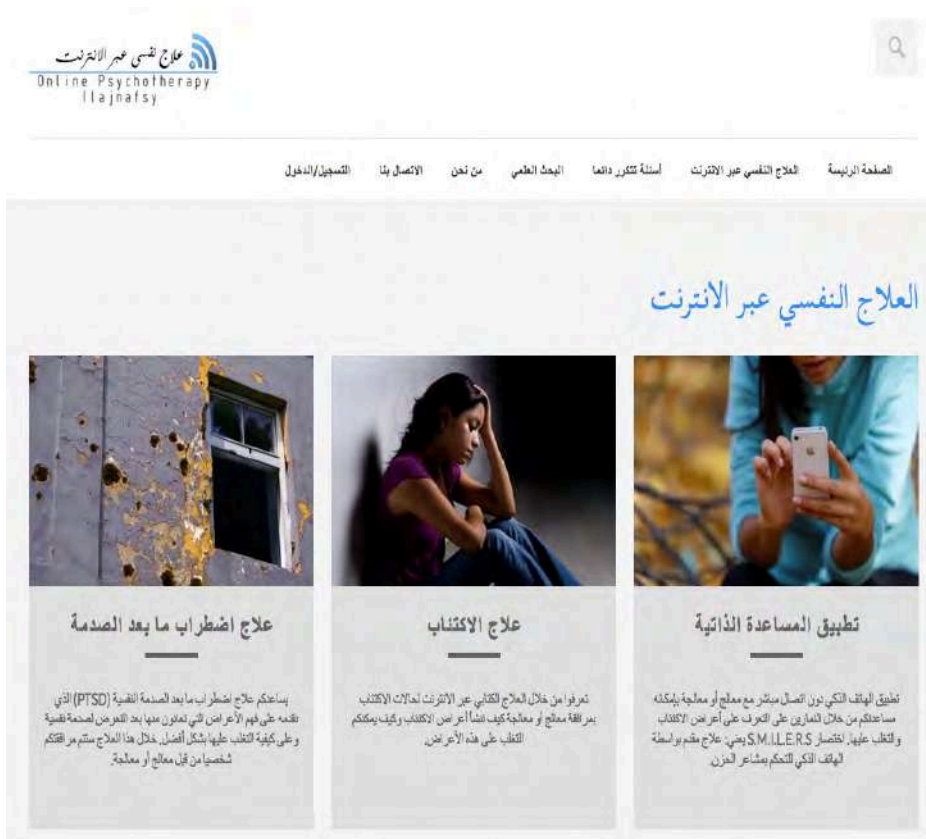
- Förderung der therapeutischen Beziehung
- Aufgabefokussierung
- Förderung von Selbstwirksamkeit
- Psychoedukation
- Empathische Rückmeldung
- Förderung von Hoffnung und positiver Therapieerwartungen
- Zusammenfassen und Paraphrasieren



(Paxling et al., 2013; Schneider et al., 2016)

Dismantelungstudie zur onlinebasierten Behandlung der posttraumatischer Belastungsstörungen in Krisen- und Kriegsregionen

Ilajnafsy: Onlinegestützte, arabischsprachige Interventionen in Krisen- und Kriegsregionen



Kulturell adaptierte Version des Interapy Manual
(Lange et al. 2003, Knaevelsrud et al., 2007, 2010)

Pilotstudy (Wagner, Schulz, & Knaevelsrud, 2012)

Randomized controlled trial
(Knaevelsrud et al., 2015)

Potenzial von e-mental health approaches in Entwicklungsländern (Bockting et al. 2016)

Methode: Behandlungsprinzipien

Basiert auf Interapy-Behandlungsprotokoll für PTBS und Depression (Lange et al., 2003): übersetzt und kulturell adaptiert für den arabischen Sprachraum

Strukturiertes Behandlungsprotokoll

- Kognitiv-behaviorale Schreibtherapie
- Ausschließlich Internetbasiert

Behandlungsdauer:

- 10 Behandlungssitzungen (ca 5-6 Wochen)
- Wöchentlich à 45 Minuten



Patient plant Schreibtermine vor jeder Behandlungsphase

Rückmeldung der Therapeuten erfolgt innerhalb 48 h

Behandlungsteams

- Arabisch-sprachige Therapeuten und Psychologen aus dem gesamten arabischen Sprachraum
- Alle Therapeuten absolvieren spezifisches Curriculum
- Feste Behandlungsteam in Berlin und in Ägypten & Jordanien
- Wöchentliche Supervision face-to-face oder via Video-Conference

Vergleich zweier (äquivalenter) onlinebasierter Behandlungsmanuale für PTBS (a, b) bestehend aus (a) Selbstkonfrontation, kognitiver Umstrukturierung und Social Sharing und (b) Selbstkonfrontation und Social Sharing

Fragen:

- 1a. Zeigen sich Unterschiede in der Effektivität ?
- 1b. Zeigen sich Unterschiede in der Stabilität der Effekte ?
2. Zeigen sich Unterschiede im Symptomverlauf über die Zeit der Behandlung?

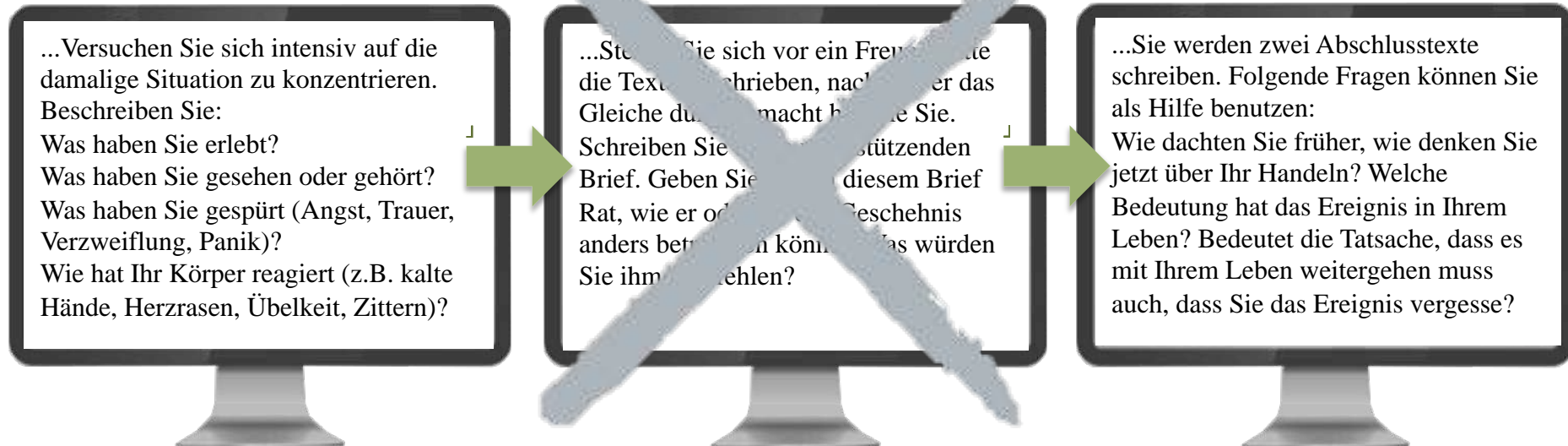


Methode: Intervention

Modul 1 Exposition

Modul 2 Kognitive Umstrukturierung

Modul 3 Social Sharing



Langzeittherapie (LZT): Modul 1 + Modul 2 + Modul 3 (5 Wochen)

Kurzzeittherapie (KZT): Modul 1 + Modul 3 (3 Wochen)

Stichprobe ($N = 207$)

Geschlecht: ♂ 28.5% ($n = 59$) ♀ 71.5% ($n = 148$)

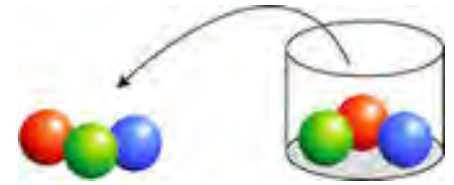
Alter: 18 bis 47 ($M = 25.8$, $SD = 5.3$)

Herkunftsland: Ägypten 25 %, Saudi Arabien 17 %, Jordanien 13 %

Primärtrauma: Sexuelle Gewalt/Sexueller Missbrauch 39% ($n = 81$)

Physische Gewalt/Folter/Krieg 14% ($n = 29$)

Sonstiges (z.B. unnatürlicher/gewaltsamer Tod) 46% ($n = 97$)



KZT ($N = 95$) vs. LZT ($N = 112$)

Keine Unterschiede hinsichtlich ...

... Geschlecht ($\chi^2(1) = 2.46$, $p = .11$)

... Alter ($t(205) = .48$, $p = .62$)

... Anzahl traumatischer Events ($t(205) = .04$, $p = .96$)

... PTBS Symptomschwere ($t(205) = .52$, $p = .6$)

... Depression ($t(205) = .962$, $p = .337$) & Angst ($t(205) = 1.152$, $p = .251$)



1) Ergebnisse – ANOVA Completer

**

	Zeit	Gruppe		Gruppe			Zeit			Gruppe x Zeit		
		LZT M	KZT M	df_{within}	F	p	df_{within}	F	p	df_{within}	F	p
PDS	Pre	8.78	8.55	234.94	.33	.564	203.47	82.39	<.001	205.64	.03	.961
Intrusion	Post	4.27	3.79									
	FU	3.85	3.47									
PDS	Pre	14.24	13.38	210.43	.28	.592	203.58	110.41	<.001	201.68	1.20	.301
Vermeidung	Post	7.2	5.99									
	FU	6.07	6.55									
PDS	Pre	10.35	10.74	173.51	.29	.59	205.78	106.59	<.001	197.36	.49	.608
Hyperarousal	Post	5.42	5.03									
	FU	4.43	4.83									
PDS	Pre	33.36	32.66	245.03	.06	.795	208.28	142.72	<.001	207.07	.55	.576
Gesamr	Post	16.89	14.81									
	FU	14.35	14.85									
HSCL-25	Pre	2.81	2.83	235.84	.28	.591	201.69	78.14	<.001	206.68	.38	.684
Angst	Post	1.91	2.06									
	FU	1.95	2.02									
HSCL-25	Pre	3.05	3.02	256.68	.53	.465	207.42	126.32	<.001	207.97	.501	.606
Depression	Post	1.96	2.06									
	FU	1.98	2.07									

Post Hoc Analyse:

- Veränderung von Prä zu Post
- Keine Veränderung von Post zu FU

- **Kein signifikanter Gruppeneffekt**
- **Kein signifikanter Interaktionseffekt**

1) Ergebnisse – ANOVA Intention-to-treat

**

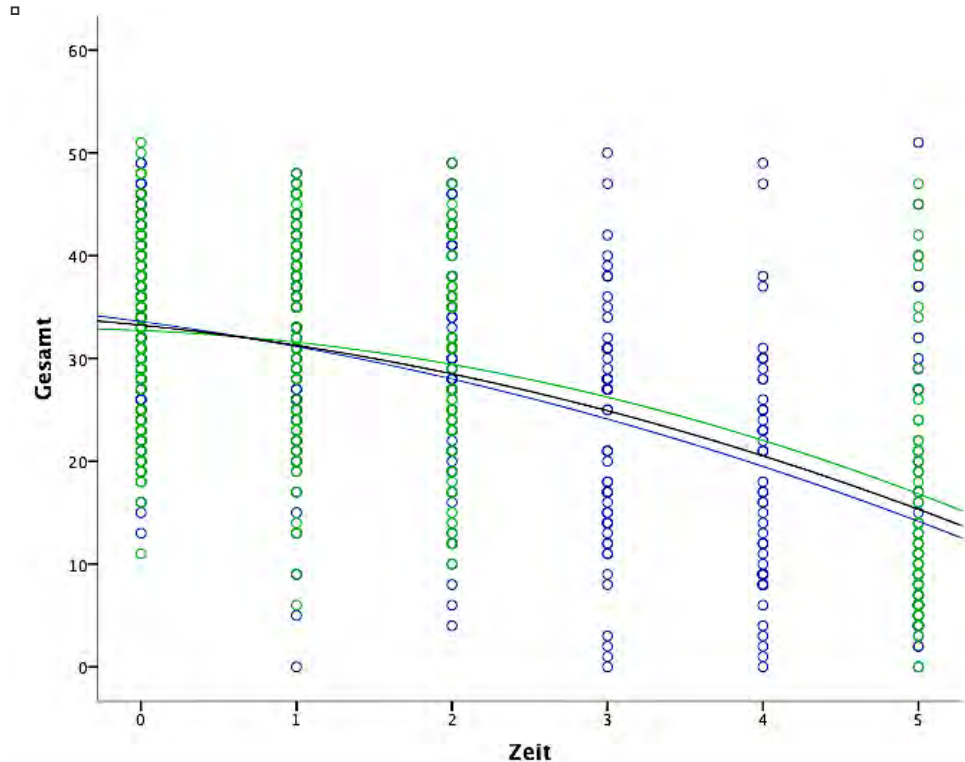
	Zeit	Gruppe		Gruppe			Zeit			Gruppe x Zeit		
		LZT M	KZT M	df_{within}	F	p	df_{within}	F	p	df_{within}	F	p
PDS	Pre	8.78	8.69	217.93	.05	.816	343.56	154.89	<.001	320.42	.06	.934
Intrusion	Post	4.22	4.34									
	FU	3.74	3.85									
PDS	Pre	13.96	14.09	149.14	.16	.688	330.75	259.39	<.001	257.15	.36	.691
Vermeidung	Post	6.79	7.21									
	FU	6.61	6.36									
PDS	Pre	10.62	9.96	128.4	.16	.684	340.78	194.46	<.001	217.44	.87	.419
Hyperarousal	Post	5.29	5.51									
	FU	4.85	4.64									
PDS	Pre	33.36	32.75	253.46	.07	.779	391.47	340.19	<.001	353.49	.42	.652
Gesamt	Post	16.30	17.06									
	FU	15.20	14.85									
HSCL-25	Pre	2.92	2.82	202.74	.22	.637	319.50	177.81	<.001	321.75	.26	.763
Angst	Post	2.10	1.98									
	FU	2.02	1.98									
HSCL-25	Pre	3.13	3.06	346.54	.57	.448	375.82	342.71	<.001	373.34	.01	.985
Depression	Post	2.09	2.02									
	FU	2.07	2.01									

Post Hoc Analyse:

- Veränderung von Prä zu Post
- Keine Veränderung von Post zu FU

- **Kein signifikanter Gruppeneffekt**
- **Kein signifikanter Interaktionseffekt**

2) Ergebnisse - Verlaufsanalyse



Gesamtfunktion:

$$y_{ij} = 33.23 - 1.562 * (\text{Zeit}_{ij}) + .4042 * (\text{Zeit}_{ij})^2$$

LZT:

$$y_{0j} = 33.59 - 1.96 * (\text{Zeit}_{0j}) - .38 * (\text{Zeit}_{0j})^2$$

KZT:

$$y_{1j} = 32.75 - .9 * (\text{Zeit}_{1j}) - .46 * (\text{Zeit}_{1j})^2$$

➔ Quadratische Funktion gibt den Verlauf der Symptomatik am besten wieder

➔ Gruppenzugehörigkeit hat keinen signifikanten Einfluss auf den Symptomverlauf

$$(\gamma_{11} = 1.05, t(449) = .80, p = .41; \gamma_{21} = -.07, t(449) = -.30, p = .76)$$

Zwischenfazit

- Klinisch bedeutsame und anhaltende Symptomreduktion trotz unsicherer und instabiler Umgebung
- Die Ergebnisse bestätigen das Potential kurzer, effizienter und expositionsfokussierter Verfahren, insbesondere in erschweren Settings (z.B. in Postkonfliktregionen)
- Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Therapiegruppen im Therapieverlauf
- Hohes Potential von psychologischen Versorgungsmöglichkeiten im Bereich der humanitären Entwicklungszusammenarbeit



Internettherapie findet hohe Akzeptanz (Studien, Versorgungsalltag)

- Im europäischen Ausland bereits im regulären Versorgungssystem integriert (u.a. Richtlinien: National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Swedish National Board of Health and Welfare (2010)

Internettherapie ist flexibel und leicht zugänglich

- Niedrige Hemmschwelle
- Ergänzung zu herkömmlichen zeit- und ortsgebundenen Therapien
- Erleichterte Multilingualität von Angeboten
- Einbezug von anderen Betroffenen, Partnern und Angehörigen

Voraussetzung für klinische Implementierung

Entwicklung einheitlicher Qualitätsstandards

- standardisierte, wissenschaftlich evaluierte Programme
- Qualifikation und Qualifizierung der Therapeuten
- Datenschutz und Datensicherheit

Überprüfung geltender gesetzlicher Rahmenbedingungen

- Vereinbarkeit mit Berufsordnung und Verankerung im Sozialrecht

Wissenschaftliche Begleitung

- Wirksamkeit und Nutzen durch Versorgungsforschung
- Nachweis im Versorgungsalltag

FRAGEN...