

1 Einführung

Soziale Folgen von ungewöhnlichen Überzeugungen sind während der Sars-CoV-19-Pandemie stark in den Fokus der öffentlichen Aufmerksamkeit gelangt. Einige Menschen haben erlebt, dass Bekannte, Freunde oder Arbeitskollegen Verschwörungserzählungen zuneigen oder in Bezug auf medizinische Behandlungen (Impfungen etc.) oder Regeln zum Gesundheitsschutz und deren Notwendigkeit unterschiedliche Ansichten hatten und großer Diskussionsbedarf bestand. Viele Menschen machten hier die Erfahrung, dass man sich in Bezug auf die Pandemie immer weniger auf eine gemeinsame Sichtweise einigen konnte und einige Personen teilweise rationalen Argumenten nicht zugänglich waren. Gleichzeitig bestanden viele Sorgen, den Kontakt untereinander zu verlieren und über die oben genannten Themen in Konflikte zu geraten, die sich nicht mehr auflösen lassen.

Dies sind typische Situationen von Familien, Freundes-, Bekannten- und Kollegenkreise, in denen Personen eine ungewöhnliche Überzeugung entwickeln. Dazu gehört bspw. die Überzeugung, von einer feindlichen Organisation verfolgt zu werden oder über ungewöhnliche Fähigkeiten oder Talente zu verfügen, in einer Beziehung mit einer berühmten Person zu sein oder Personen aus einer feindlich gesinnten Organisation als Stimmen zu hören. Auch in diesen Fällen versuchen viele Familienmitglieder, die Personen davon zu überzeugen, dass keine Gefahr besteht oder es die feindliche Macht nicht gibt. Allerdings hilft das häufig nicht weiter und führt nicht dazu, dass Personen mit psychotischen Störungen ihre Ängste vor der Verfolgung oder die ungewöhnlichen Überzeugungen verlieren. Insofern sind die Sorgen und Nöte von Angehörigen, Freunden, Bekannten und Kollegen von Personen mit psychotischen Störungen in der Allgemeinbevölkerung angekommen.

Auch andere Symptome der psychotischen Erkrankungen können zu Problemen in Familien-, Freundes- und Bekanntenkreisen führen, bspw. beängstigende Halluzinationen oder Antriebsprobleme. Diese können dazu führen, dass Betroffene nicht mehr das Haus verlassen oder den ganzen Tag über im Bett liegen und es ihnen nicht gelingt, aktiv zu werden, sich um sich selbst zu kümmern und andere Menschen zu treffen. Die Probleme der Betroffenen, sich zu Aktivitäten zu motivieren, sind häufig ebenfalls Streitthema, da die Familie oder der Freundes- und Bekanntenkreis annehmen, dass die Patienten die Antriebsprobleme leicht durch eigene Kraft überwinden können (»Er/Sie muss sich einfach nur aufraffen«), was aber häufig nicht gelingt.

Andere Probleme, wie Veränderungen der Sprache sowie Probleme mit der Konzentration oder dem Gedächtnis, können dazu führen, dass sich Patienten an Gesprächen nicht mehr gut beteiligen können, da die Konzentration fehlt oder sie Angst haben, Gesprächsinhalte zu vergessen. Diese Symptome können auch Auswirkungen auf die Wiederaufnahme der Schul- oder Berufsausbildung oder -tätigkeit sowie eines Studienganges haben, da hier soziale Probleme und Leistungsprobleme zu befürchten sind.

Somit ergeben sich viele verschiedene Ansatzpunkte für ein psychotherapeutisches Behandlungsangebot für Menschen mit Psychosen.

Kognitive Verhaltenstherapie von Psychosen: Wirksamkeit

Kognitive Verhaltenstherapie bei Psychosen ist gemäß dem *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE, 2019) definiert als manualisierte Einzeltherapie über mindestens 16 Sitzungen, die den Patienten dabei helfen kann, Zusammenhänge zwischen ihren Gedanken, Gefühlen und ihrem Verhalten und ihren aktuellen und vergangenen Symptomen bzw. ihrem Wohlergehen zu finden. Kognitive Verhaltenstherapie ist verbunden mit einer Überprüfung der eigenen Wahrnehmungen, Überzeugungen oder Schlussfolgerungen in Bezug auf die belastenden Symptome. Die folgenden Komponenten sind Bestandteile von Kognitiver Verhaltenstherapie für Menschen mit Psychosen:

- (1) der Aufbau einer tragfähigen Beziehung mittels geschichtstherapeutischer Techniken und einer empathischen und entpathologisierenden Haltung gegenüber den Symptomen und der Erkrankung sowie die gemeinsame Entwicklung individueller Erklärungsmodelle für psychotische Symptome
- (2) psychoedukative Interventionen zum verbesserten Verständnis der Erkrankung sowie der Behandlungsoptionen (z.B. Medikation), Initiierung weiterer Behandlungsoptionen, wenn ein Wunsch danach besteht
- (3) Vereinbarung von individuellen Therapiezielen, an denen sich der Aufbau und Ablauf der Therapie orientiert
- (4) Arbeit an den individuellen Therapiezielen: Es werden Interventionen aus verschiedenen Bereichen ausgewählt (Wahn, Halluzinationen, Negativsymptome, Grübeln, Depression, Selbstwertprobleme, komorbide Störungen)
- (5) Interventionen zur Rückfallprävention und zum Abschluss der Therapie

In aktuell etwa 63 randomisiert-kontrollierten Studien und inzwischen 13 Metaanalysen (Review der Metaanalysen von Lincoln & Pedersen, 2019) erwies sich Kognitive Verhaltenstherapie als wirksam im Vergleich zu sog. Treatment as Usual (z. B. pharmakologische Therapie und Beratung). Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) führte zu einer Reduktion der Gesamtsymptomatik und der Positivsymptomatik, die Effekte entsprechen einem mittleren Effekt (Bighelli et al., 2018; Jauhar et al., 2014; Lincoln & Pedersen, 2019; Turner et al., 2014; Wykes et al., 2008). Auch im Vergleich zu unterstützenden Gesprächen (Supportive Therapie) erwies sich KVT als wirksamer in Bezug auf die Reduktion von Positivsymptomatik (Bighelli et al., 2018), die Effekte sind hier etwas geringer. Im Bereich der Negativsymptomatik ist KVT im Vergleich etwas weniger wirksam (Jauhar et al., 2014; Lutgens et al., 2017). KVT kann auch Patienten angeboten werden, die keine antipsychotische Medikation einnehmen möchten, in einer randomisiert-kontrollierten Studie erwies sich KVT auch in dieser Patientengruppe als wirksam (Morrison et al., 2014). Bei Patienten, die Prodromalsymptome einer psychotischen Störung entwickelt haben, führt KVT zu weniger Übergängen in psychotische Störungen (Hutton & Taylor, 2014; Zheng et al., 2021).

Auch im deutschsprachigen Raum wurden zwei randomisiert-kontrollierte Wirksamkeitsstudien erfolgreich abgeschlossen. KVT zeigte sich in einer multizentrischen Studie (»Positive-Studie«: Klingberg et al., 2011) bei ambulant behandelten Patienten mit persistierender Positivsymptomatik als wirksamer im Vergleich zu einer unspezifischen supportiven Psychotherapie. In der zweiten randomisiert-kontrollierten Studie (Lincoln et al., 2012) erwies sich KVT auch in der ambulanten psychotherapeutischen Routine-Versorgung als wirksamer, machbarer und empfehlenswerter Ansatz. In der Nachfolgestudie im Prä-post-Design ohne Wartekontrollgruppe konnte das Team um Lincoln nachweisen, dass bereits nach etwa 16 Stunden eine deutliche Symptomverbesserung eintrat (Lincoln et al., 2016).

Als Konsequenz wurde individualisierte KVT als Behandlungsempfehlung in die Leitlinien des *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE, 2019), in die neue S3-Leitlinie der *Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde* (DGPPN, 2019) und in die Leitlinie der *Deutschen Gesellschaft für Psychologie* (DGPs; Lincoln et al., 2019) aufgenommen.

Kognitive Verhaltenstherapie: aktuelle Weiterentwicklungen

Die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) für Patienten mit Psychosen befindet sich in einem stetigen Weiterentwicklungsprozess. Damit ist die Hoffnung verbunden, die Effektivität des Ansatzes weiter steigern zu können. Dies soll einerseits über ein besseres Verständnis der Entstehung und Aufrechterhaltung der psychotischen Symptome erfolgen, andererseits durch die Entwicklung spezifischerer Interventionen für bestimmte Zielgruppen.

Einige Interventionen der KVT erwiesen sich insbesondere bei Patienten mit akut bestehenden Wahnüberzeugungen auch gemäß unseren Erfahrungen als teilweise schwierig durchführbar. Dazu gehören insbesondere kognitive Interventionen, mit deren Hilfe Wahnüberzeugungen und die mit ih-

nen verbundenen automatischen Gedanken und Bewertungen überprüft und hinterfragt werden sollen. Die Veränderung wahnhafter Überzeugung und die Erarbeitung einer alternativen Erklärung für Stimmen und Verfolgungserfahrungen ist subjektiv im Akutbereich mit der Gefahr verbunden, dass Patienten anmerken: »Schön, dass Sie mit mir an meiner Bewertung arbeiten möchten, ich möchte das aber nicht, ich werde nämlich wirklich verfolgt.«

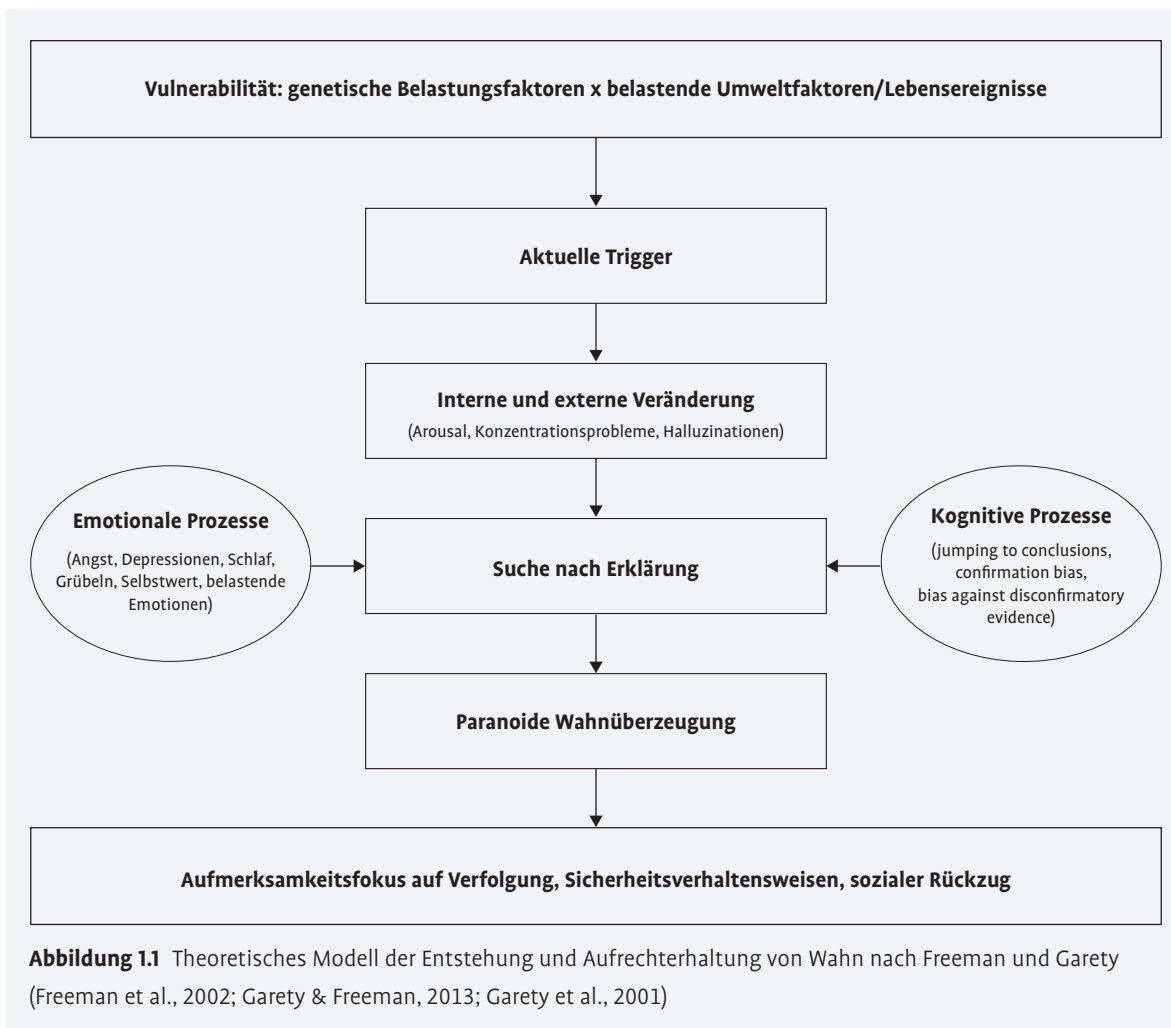
Dieser Eindruck stimmt mit Ergebnissen aus Metaanalysen überein, die die Wirkung von KVT auf Wahnsymptomatik analysierten (im Vergleich zur Standardbehandlung): KVT erreichte hier nur einen kleinen Effekt, der über einen Follow-up-Zeitraum von 18 Monaten nicht stabil war (Mehl et al., 2015; van der Gaag et al., 2014). Auch scheint KVT bei Wahnüberzeugungen nicht wirksamer zu sein als andere unspezifische Interventionen (Supportive Therapie). Zu diesen Ergebnissen passt, dass Patienten in Sitzungen, in denen Wahnüberzeugungen direkt hinterfragt werden, die therapeutische Beziehung weniger positiv bewerten (Wittorf et al., 2013).

Interventionist causal Approach. Basierend auf diesen Erfahrungen und Studienergebnissen wurden für Patienten mit Wahn andere kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen entwickelt bzw. adaptiert, die die Wahnüberzeugung weniger in den Fokus nahmen und zu verändern suchten. Die Interventionen basierten auf dem sog. »Interventionist causal approach« (Kendler & Campbell, 2009), dessen Idee darin besteht, statt an den belastenden Symptomen an kausalen Faktoren zu arbeiten, die die Symptome »verursachen« (für eine Zusammenfassung s. a. Mehl et al., 2018). Die Auswahl der kausalen Faktoren erfolgte basierend auf den kognitionswissenschaftlichen Modellen zur Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung von Wahn und Positivsymptomatik. In den Modellen wird angenommen, dass die Entstehung und Aufrechterhaltung von Wahn durch kognitive Verarbeitungsstile und emotionale Prozesse begünstigt bzw. mediiert wird, wie im folgenden Kasten erklärt wird.

■ Exkurs • Kognitionswissenschaftliche Modelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Wahn und Halluzinationen

In den kognitionswissenschaftlichen Modellen (Freeman et al., 2002; Garety & Freeman, 2013; Garety et al., 2001) führen biologische Vulnerabilitätsfaktoren in Interaktion mit belastenden Lebensereignissen und aktuellen Auslösern/Triggern zu einer erhöhten Stressbelastung, durch die erste Prodromalsymptome wie Wahrnehmungsveränderungen (Halluzinationen), erhöhte Anspannung (Arousal) oder Konzentrationsprobleme verursacht werden. Individuen versuchen in einem nächsten Schritt, eine Erklärung für die ungewöhnlichen Wahrnehmungen und Symptome zu finden. Dieser Prozess wird auf der einen Seite durch bestimmte kognitive Verarbeitungsstile, auf der anderen Seite durch emotionale Prozesse mediiert bzw. beeinflusst. Die (paranoide) Wahnüberzeugung stellt das Endresultat dieses Erklärungsversuchs dar (s. Abb. 1.1).

Zu den **kognitiven Verarbeitungsstilen** wird z. B. die Tendenz von Patienten mit psychotischen Störungen gerechnet, wenig Informationen zu sammeln, sondern schnelle Schlussfolgerungen zu treffen, der sog. »Jumping to conclusions-Bias« (JTC-Bias; Huq et al., 1988). Eine weitere Denkverzerrung ist der sog. »Bias against disconfirmatory evidence« (BADE), die Tendenz, Informationen, die der eigenen Überzeugung widersprechen, nicht mehr wahrzunehmen (Moritz & Woodward, 2006). Im Bereich der emotionalen Faktoren, die möglicherweise an der Entstehung und Aufrechterhaltung von Wahn beteiligt sind, werden Angst und andere belastende Emotionen, Depressionen, negativer Selbstwert und negative Selbst- und Fremdschemata sowie Grübeln und Schlafprobleme diskutiert. Zu den aufrechterhaltenden Faktoren von Wahnüberzeugungen werden in dem theoretischen Modell sozialer Rückzug, Sicherheitsverhaltensweisen und Bedrohungsmonitoring gerechnet.



Gezielte Interventionen bei Wahn/Targeted Interventions/Feeling-Safe-Programm

Die Arbeitsgruppe um Daniel Freeman entwickelte basierend auf den theoretischen Modellen verschiedene gezielte (»targeted«) Interventionen, die sich auf die Veränderung kognitiver Verarbeitungsstile und emotionaler Prozesse fokussieren. Zu den Entwicklungen, die jeweils in ersten Pilotstudien und randomisiert-kontrollierten Studien in ihrer Wirksamkeit überprüft wurden, zählt bspw. das *Maudsley Reasoning Training*, das auf die Reduktion des JTC-Bias abzielt und sich in einer randomisiert-kontrollierten Studien im Vergleich zur Standardbehandlung als erfolgreich erwies (Waller et al., 2015).

Feeling-Safe-Programm. Im Bereich emotionaler Prozesse entwickelten Freeman und seine Arbeitsgruppe Interventionen, die sich insbesondere auf die Verbesserung des Selbstwerts fokussierten. Die erste randomisiert-kontrollierte Pilotstudie weist auf eine erfolgreiche Interventionsmethode im Vergleich zur Standardbehandlung hin (Freeman et al., 2014). Zwei weitere randomisiert-kontrollierte Studien konzentrierten sich auf die Reduktion von Grübel- und Sorgenprozessen durch die Erarbeitung von Vor- und Nachteilen von Grübeln, Reduktion von Grübelverhalten und Aufbau positiver Aktivitäten. In diesen Studien verbesserten sich sowohl Grübel- und Sorgenverhalten als auch die Überzeugungsstärke der paranoiden Wahnüberzeugungen im Vergleich zur Standardbehandlung (Foster et al., 2010; Freeman et al., 2015). Aktuell wurden von der Arbeitsgruppe die einzelnen Interventionsmethoden in ein gemeinsames Programm implementiert, das Feeling-Safe-Programm für Patienten mit persistierendem Wahn. Das Gesamtprogramm ist modularisiert und auf die Bedürfnisse der Patienten zugeschnitten, die Interventionen zielen auf die Verbesserung des Schlafs, Reduktion von Sorgenverhalten, Verbesserung von Selbstvertrauen, Reduktion kognitiver Verzerrungen, Interventionen bei Belastung durch

Stimmen und Interventionen, um sich insgesamt sicherer im Kontakt mit anderen Personen zu fühlen. Im Vergleich zu unterstützenden Gesprächen waren Patienten, die das Programm erhielten, nach der Intervention weniger stark von ihren Wahnüberzeugungen überzeugt und beschrieben insgesamt weniger Wahnüberzeugungen (Freeman et al., 2021). Unklar ist jedoch, inwiefern die neu entwickelten Interventionen auch tatsächlich klassischen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen im Hinblick auf die Reduktion von Wahn überlegen sind.

Interventionen bei Negativsymptomatik und für Patienten mit chronifizierten psychischen Störungen

Ein aktueller weiterer Fokus der Weiterentwicklung Kognitiver Verhaltenstherapie liegt auf der Verbesserung des Behandlungserfolgs für Patienten mit chronifizierter Negativsymptomatik. Unter Verwendung eines für diese Gruppe adaptierten individualisierten Ansatzes konnten in einer randomisiert-kontrollierten Studie der Arbeitsgruppe um Aaron T. Beck (Grant et al., 2012) sogar Patienten mit ausgeprägter Negativsymptomatik, niedrigem sozialen Funktionsniveau und ausgeprägten neuropsychologischen Defiziten über 18 Monate erfolgreich behandelt werden, die Negativsymptomatik verbesserte sich im Vergleich zur Standardbehandlung. Ähnliche Ergebnisse konnten in einer ersten Pilotstudie auch mit einer kürzeren Behandlungsdauer erreicht werden (Staring et al., 2013). Die Arbeitsgruppe um Beck implementierte ihre Behandlung erfolgreich in vielen psychiatrischen und forensischen Kliniken und publizierte ihren Ansatz in einem Manual (Beck et al., 2020), das sich dadurch hervorhebt, dass auch sehr niedrigschwellige Interventionen für Co-Therapeuten beschrieben werden, sodass es für viele Settings gut passt, in denen sehr chronifizierte Patienten behandelt werden.

Interventionen bei Angststörungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen

Da viele Patienten unter komorbiden Angststörungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen leiden, wurden verschiedene Interventionen, die bei Angststörungen wirksam sind, in die Behandlung von Patienten mit Psychosen implementiert. Dazu zählt Expositionsbasierte Kognitive Verhaltenstherapie (Prolonged Exposure) sowie Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Beide Interventionen erwiesen sich in einer randomisiert-kontrollierten Studie im Vergleich zu einer Standardbehandlung als wirksam in Bezug auf die Verbesserung der posttraumatischen Belastungssymptome sowie als sicher im Hinblick auf Symptomverschlechterung der Patienten (z. B. ausgelöst durch die Traumaexposition; van den Berg et al., 2015).

Die »Dritte Welle« der Verhaltenstherapie in der Psychosenbehandlung

Neben der Weiterentwicklung klassischer Ansätze der KVT wurden in den letzten Jahrzehnten Interventionen und Therapien entwickelt und in ihrer Wirksamkeit getestet, die der sog. »Dritten Welle« der Verhaltenstherapie zuzurechnen sind (Hayes et al., 1999). Gemeinsam ist diesen Therapieansätzen, dass ungünstige automatische Gedanken nicht mehr direkt durch kognitive Interventionen und Verhaltensexperimente verändert werden, sondern dass den Patienten Strategien zum verbesserten Umgang mit den dysfunktionalen Gedanken, Gefühlen, Erinnerungen und anderen inneren Ereignissen (z. B. Stimmen) vermittelt werden. Ein weiteres Ziel besteht darin, dass Patienten (metakognitive) Einsichten über diese dysfunktionalen Gedanken, Erinnerungen, Emotionen oder Symptome erlangen und weniger automatisiert auf diese reagieren. Häufig wird dies durch das Training von Achtsamkeit erreicht, einer bestimmten Form der Aufmerksamkeit, die bewusst auf den aktuellen Moment gerichtet, aber nicht bewertend ist (Kabat-Zinn & Kappen, 2013).

Achtsamkeitsbasierte Kognitive Verhaltenstherapie. Zu diesen neuen Therapien wird die Mindfulness-based/achtsamkeitsbasierte Kognitive Verhaltenstherapie (Mindfulness-based Cognitive Therapy [MBCT]; Segal et al., 2002; Teasdale et al., 2000) gezählt, in der den Patienten Akzeptanz für die belastenden Symptome vermittelt wird. Zusätzlich werden Meditationstechniken eingeübt, die dazu dienen, Achtsamkeit zu trainieren, um die eigene Aufmerksamkeit gezielter steuern zu können. In einer ersten Pilotstudie erzielte eine MBCT-Gruppenintervention für Menschen mit Psychosen signifikante Prä-post-Effekte (Randall et al., 2016). Die Arbeitsgruppe um Chadwick entwickelte ebenfalls Acht-