

**Kognitive Verhaltenstherapie bei Psychosen (KVTP)**

**Schriftliche Arbeit im Rahmen des Kurses**

**Psychosen (Grundlagen und Interventionen)**

Abgabetermin: 29.11.2022

Autorin: Aline Spraul

Immatrikulationsnummer: 19-213-487

Kontakt: [aline.spraul@unifr.ch](mailto:aline.spraul@unifr.ch)

Herbstsemester 2022

# **Zusammenfassung der Arbeit**

Zusammenfassend lässt sich darstellen, dass die KVTP, die von gängigen Leitlinien empfohlen wird, sich an den generellen Wirkmechanismen der KVT orientiert und in drei Behandlungsphasen (Anfangs-, Haupt-, und Abschlussphase) gegliedert wird. Dabei zeichnet sich jede dieser drei Phasen durch verschiedene Behandlungselemente aus: In der Anfangsphase der Therapie steht der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung im Mittelpunkt, wobei ein Hindernis beim Aufbau dieser Negativsymptome darstellen können, wie Jung et al. herausfanden. Weiterhin wird in dieser Phase der Therapie ein individuelles Störungsbild erarbeitet, wobei aus diesem die jeweiligen Therapieziele hervorgehen. In der Hauptphase der Therapie ist die Veränderung belastender Symptome von zentraler Bedeutung: Einerseits werden Positivsymptome wie erstens Wahnvorstellungen durch das Prüfen dieser auf deren Wahrheitsgehalt sowie zweitens Halluzinationen mittels Coping-Strategien verändert; andererseits werden Negativsymptome bearbeitet. Ziel der Abschlussphase der Therapie ist es, die erlernten Therapieinhalte selbstständig umzusetzen und Strategien zur Verhinderung sowie zum Umgang mit Rückschlägen zu erarbeiten. Mehr als 30 Studien ermittelten erstens nur einen kleinen signifikanten Effekt der KVTP auf die Symptome einer Psychose und zweitens keinen Vorteil dieses Heilkundeansatzes gegenüber anderen Therapierichtungen.

**Inhaltsverzeichnis**

[**Zusammenfassung der Arbeit** 2](#_Toc120648406)

[**1.** **Geschichte der Behandlungen von Psychosen** 3](#_Toc120648407)

[**2.** **Grundsätze der Kognitive Verhaltenstherapie** 3](#_Toc120648408)

[**2.1 Grundsätze der Kognitive Verhaltenstherapie bei Psychosen** 4](#_Toc120648409)

[**3.** **Der Ablauf einer KVTP** 4](#_Toc120648410)

[**3.1** **Die Anfangsphase der Therapie** 5](#_Toc120648411)

[**Exkurs: Beschreibung der Studie “Negative, not positive symptoms predict the early therapeutic alliance in cognitive behavioral therapy for psychosis”** 6](#_Toc120648412)

[**3.2 Die Hauptphase der Therapie** 8](#_Toc120648413)

[**3.2.1 Intervention bei der Positivsymptomatik** 8](#_Toc120648414)

[**3.2.2 Intervention bei Negativsymptomatik** 10](#_Toc120648415)

[**3.3 Integration von behavioralen Therapiestrategien** 10](#_Toc120648416)

[**3.4 Die Abschlussphase der Therapie** 11](#_Toc120648417)

[**4.** **Wirksamkeit der KVTP** 11](#_Toc120648418)

[**5.** **Fazit** 11](#_Toc120648419)

[**6.** **Literaturverzeichnis** 12](#_Toc120648420)

# **Geschichte der Behandlungen von Psychosen**

Psychotische Störungen stellen Krankheitsbilder dar, die nicht nur mit erheblichem Leid für die meist bereits früh in ihrem Leben erkrankten Betroffenen und deren Familien, sondern auch mit gesundheitlichen Beschwerden und Verzweiflung einhergehen: So kann eine Erkrankung aus diesem Spektrum sowohl bei der Berufsausbildung und im sozialen Leben erhebliche Einschränkung verursachen, aber auch die Lebensqualität der Betroffenen und derer Familien ein Leben lang einschränken (Addington & Lecomte, 2012; Mander & Kingdon, 2015). Daher ist es erforderlich, dass Patient\*innen sowohl psychotherapeutische und psychopharmakologische als auch soziale Unterstützung erhalten. Lange Zeit wurden den Psychosen eine biologische Ursache zugeschrieben, weshalb diese Erkrankung mit Medikamenten, wie mit dem in den 1950er-Jahren entwickelten Antipsychotikum Chlorpromazin, behandelt wurde. Dieses ging jedoch, wie viele der modernen Antipsychotika heute noch, mit erheblichen Nebenwirkungen einher (Addington & Lecomte, 2012). Ziel war es daher, eine psychotherapeutische Therapie, die keine Nebenwirkungen nach sich zieht, zu entwickeln. Diese psychotherapeutische Behandlung sollte erstens bereits in einer frühen Phase der Erkrankung ansetzen, zweitens das Funktionsniveau der Patient\*innen aufrecht erhalten und drittens die Rückfallquote verringern (Addington & Lecomte, 2012; Mander & Kingdon, 2015). Besonders in England wurde die Entwicklung einer wirksamen psychotherapeutischen Behandlung bei Psychosen forciert, wodurch die heute vielfach angewendete kognitive Verhaltenstherapie bei Psychosen (KVTP) entwickelt wurde (Klingberg & Hesse, 2013).

# **Grundsätze der Kognitive Verhaltenstherapie**

Die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) stellt eine wirksame Behandlungsform bei zahlreichen psychischen Störungen, darunter Angststörungen und Depressionen dar. Der Ursprung dieses Heilkundeansatzes ist in den 1960er-Jahren zu finden; dieser Therapieansatz verbindet dabei behaviorale Ansätze mit kognitiv-behavioralen Ansätze (Mander & Kingdon, 2015; Addington & Lecomte, 2012). Definiert wird die KVT als eine psychotherapeutische Grundorientierung, die auf der empirischen Psychologie basiert und verschiedene Techniken und Behandlungsmaßnahmen vereint. Grundpfeiler der KVT stellen dabei erstens die Orientierung an der empirischen Psychologie (theoretische Konzepte und therapeutische Methoden werden operationalisiert), zweitens eine Orientierung an gegenwärtigen Problemen, drittens eine Orientierung an konkreten Zielen (Therapeut\*in und Patient\*in legen sich auf gemeinsame Ziele fest) sowie viertens das Ansetzen an den prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Problembedingungen dar. Darüber hinaus strebt die KVT nach Transparenz, sodass Patient\*innen zu jeder Zeit das therapeutische Vorgehen nachvollziehen können (Margraf & Schneider, 2018). Ziel der KVT ist es, sich hinderlichen Gedanken, Glaubenssätzen und Gefühlen sowie deren Auswirkungen auf die Wahrnehmung und daraus resultierenden emotionale und behaviorale Reaktionen bewusst zu werden und diese zu bearbeiten (Mander & Kingdon, 2015; Addington & Lecomte, 2012).

## **2.1 Grundsätze der Kognitive Verhaltenstherapie bei Psychosen**

Die KVTP weist keine grundsätzlichen Besonderheiten im Vergleich zur KVT auf, vielmehr handelt es sich bei dieser Intervention um eine störungsspezifische Anpassung der allgemeinen Prinzipien der KVT (Mander & Kingdon, 2015). Im Rahmen der KVTP wurden besonders in den letzten 20 Jahren zahlreiche Strategien zur Behandlung von Psychosen entwickelt, wobei stets die Grundpfeiler der modernen, empirischen KVT als Orientierung dienten. Wie auch diese nimmt die KVTP Bezug auf empirisch geprüfte Ansatzpunkte der Therapie, indem sie auf psychologische Störungsmodelle zurückgreift und empirisch belegte Behandlungsstrategien anwendet. Auch ist die Orientierung an aktuellen Problemen der Patient\*innen von zentraler Bedeutung. Kognitiven Prozessen wird darüber hinaus eine zentrale Bedeutung in der Therapie beigemessen (Klingberg & Hesse, 2013). Ziel der KVTP ist es, die Symptomatik der Betroffenen zu verringern und den Patient\*innen dazu zu verhelfen, individuelle Lebensziele weiter zu verfolgen und die Teilhabe am alltäglichen Leben und die Lebenszufriedenheit der Betroffenen zu stärken (Korff & Lincoln, 2022). Für die KVTP vergibt die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) für alle Patient\*innen, unabhängig der Störungsphase, eine starke Empfehlung (den Empfehlungsgrad «A») (Korff & Lincoln, 2022). Darüber hinaus wird dieser Therapieansatz in nahezu allen international publizierten Behandlungsleitlinien als Routineversorgung empfohlen (Klingberg & Hesse, 2013).

# **Der Ablauf einer KVTP**

Die KVTP gliedert sich in drei Behandlungsphasen: Erstens in die Anfangsphase, zweitens in die Hauptphase und drittens in die Abschlussphase der Therapie.

**Abbildung 1**

*Die drei Phasen einer KVTP.*

## **Die Anfangsphase der Therapie**

Zu Beginn der Therapie wird die Grundlage für die weitere Behandlung geschaffen: Dabei steht besonders der Aufbau einer tragfähigen Beziehung zwischen Patient\*in und Therapeut\*in im Mittelpunkt. Ein Hindernis dabei können die Wahninhalte sowie das damit einhergehende Misstrauen gegenüber dem/der Therapeut\*in darstellen, weshalb der/die Behandler\*in eine wertschätzende Haltung vertreten und das Erleben des/der Patient\*in sowie die damit einhergehenden Belastungen verstehen sollte. Auch sollte der/die Patient\*in darüber unterrichten werden, dass Wahn und Halluzinationen als dimensionales Konstrukt zu verstehen sind und bestimmte Stressoren bei jedem Menschen Halluzinationen und Wahn auslösen können (Korff & Lincoln, 2022). Ein weiterer bedeutender Bestandteil während der Anfangsphase der Therapie stellt das Erarbeiten eines individuellen Störungsmodells dar, in dem sowohl auslösende als auch aufrechterhaltende Faktoren (bspw. Angst, Schlafstörungen und ein geringer Selbstwert) Beachtung finden und auch Ansätze für therapeutische Veränderungen und Therapieziele integriert sowie formuliert werden (Korff & Lincoln, 2022; Klingberg & Hesse, 2013). Dabei sollte darauf geachtet werden, dass die Behandlungsziele gemeinsam erarbeitet werden, an den/die Patient\*in individuell angepasst sind sowie dass der/die Patient\*in während der Behandlung die Verbindung zwischen Intervention und Therapieziel immer nachvollziehen kann (Korff & Lincoln, 2022). Die Orientierung an den Behandlungszielen stellt auch ein wesentlicher Faktor zur Motivationsförderung, einem weiteren wichtigen Bestandteil der Anfangsphase der Therapie, dar (Klingberg & Hesse, 2013).

# **Exkurs: Beschreibung der Studie “Negative, not positive symptoms predict the early therapeutic alliance in cognitive behavioral therapy for psychosis”**

Die vorliegende Studie von Jung et al., die im Jahr 2014 im Journal «Psychotherapy Research» publiziert wurde, basiert auf bereits veröffentlichten Studien, die aufzeigen konnten, dass eine bessere therapeutische Beziehung bei psychotischen Erkrankungen erstens mit einer besseren Behandlungs-Adhärenz, zweitens mit einer stärkeren Symptomreduktion und drittens mit einer Verbesserung der sozialen Fertigkeit und der Lebensqualität sowie viertens mit einem besseren generellen Outcome nach der Therapie einhergeht. Daher ist es von besonderer Relevanz, Faktoren zu ermitteln, die die therapeutische Beziehung beeinflussen oder sogar vorhersagen können. Ziel der vorliegenden Studie war es daher, erstens ein besseres Verständnis über hilfreiche oder hinderliche Prädiktoren einer frühen therapeutischen Beziehung in der KVTP zu gewinnen, zweitens sollten Ergebnissen vorangegangener Studien repliziert werden und drittens war es das Ziel, weitere Faktoren, die in vorangegangenen Studien nicht Untersuchungsgegenstand waren, näher zu betrachten, so etwa den Einfluss der Depression, der Theory of Mind und der Medikamenten-Adhärenz auf die therapeutische Beziehung. Zunächst wurden 80 Patient\*innen, bei denen eine psychotische Störung gemäß des DSM-IV mittels des Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) diagnostiziert worden war sowie sieben Therapeut\*innen rekrutiert. Letztgenannte hatten zuvor ein KVTP-Training abgeschlossen, bzw. absolvierten dieses gerade. Die Teilnahmevoraussetzung der Studie, dass die Patient\*innen, bis zu ihrer fünften Sitzung mindestens zwei Sitzungsblätter bearbeitet haben sollten, erfüllten 24 Patient\*innen, die in der Folge ausgeschlossen wurden, nicht. Die Patient\*innen der vorliegenden Studie wurden mit KVTP ambulant gemäß eines publizierten KVTP-Manuals (Lincoln, 2006) behandelt. Als Materialien wurde der Fragebogen «Short Inventory of Psychotherapy and Counseling (STEP)» zur Erhebung der therapeutischen Beziehung (anhand von drei Items) nach jeder Sitzung sowohl durch die Patient\*innen als auch durch die Therapeut\*innen bearbeitet. Zu Beginn der Studie wurden die Patient\*innen gebeten, die «Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)» zur Erhebung von psychotischen Symptomen, die «Calgary Depression Rating Scale for Schizophrenia (CDSS)» zur Erfassung einer Depression, den «Global Severity Index (GSI)» zur Erfassung der gesamten Psychopathologie, die «Global Assessment of Functioning Score (GAF)» zur Erfassungen des allgemeinen Funktionsniveaus, die «Role Functioning Scale (RFS)» zur Beurteilung des sozialen Funktionsniveaus sowie eine Filmaufgabe und die «second-order false belief task» zur Beurteilung der Theory of Mind zu bearbeiten. Die Medikamenten-Adhärenz wurde durch die Therapeut\*innen am Ende der Therapie beurteilt.

**Abbildung 2**

*Vorgehen bei der beschriebenen Studie.*

Mittels der vorliegenden Studie konnte ermittelt werden, dass erstens die Einschätzung der Therapeut\*innen (*Mdn* = 5.33; *z* = 5.23, *p* < .001, *r* = -.50) mit jener der Patient\*innen (*Mdn* = 6.19) bzgl. der Ausprägung der therapeutischen Beziehung zu Beginn der Therapie hoch korrelierte. Höhere Einschätzungen der Patient\*innen bzgl. der therapeutischen Beziehung gingen mit einer geringeren Ausprägung der negativen (*r* = -.32, *p* < .01) und der generellen (*r* = -.27, *p* < .05) Symptomatik sowie mit weniger depressiven Symptomen (*r* = -. 26, *p* < .05) in den jeweiligen Fragebögen einher. Höhere Werte im GAF gingen ebenfalls mit einer durch die Patient\*innen als besser eingeschätzten therapeutischen Beziehung einher (*r* = .27, *p* < .05), ebenso wie die Fähigkeit, die Emotionen anderer besser einzuschätzen (*r* = .34, *p* < .01). Schätzten die Therapeut\*innen die therapeutische Beziehung als stärker ausgeprägt ein, so ging dies ebenfalls mit einer geringeren Ausprägung der negativen Symptomatik (*r* = -.32, *p* < .01), einer besseren Medikamenten-Adhärenz und einer höheren Ausprägung des sozialen Funktionsniveaus (*r* = .20, *p* < .05) einher. Die Negativsymptomatik stellte den einzigen negativen Prädiktor für die Einschätzung der Patient\*innen (*β* = -.51, *t* = -4.19, *p* <. 001) und der Therapeut\*innen (*β* = -.29, *t* = -2.06, *p* =. 045) bzgl. der therapeutischen Beziehung dar. Die Forschenden gelangten auf Basis der vorliegenden Studie zu dem Schluss, dass die Negativsymptomatik einen negativen Prädiktor für die Bildung einer therapeutischen Allianz sowohl auf Seiten der Therapeut\*innen als auch auf Seiten der Patient\*innen darstellt. Ein Grund hierfür könnte sein, dass sich Therapeut\*innen bei der Behandlung der Positivsymptomatik sicherer fühlen, als bei der Behandlung der Negativsymptomatik. Daher scheint der Aufbau einer tragfähigen Beziehung zu Patient\*innen mit einer weniger ausgeprägten Negativsymptomatik leichter zu gelingen. Andererseits scheinen dysfunktionale Überzeugungen und negative Selbsteinschätzungen, die mit der Negativsymptomatik der Patient\*innen einhergehen, negative Auswirkungen auf den Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung zu haben. Limitation der vorliegenden Studie ergeben sich erstens aus der geringen Größe der Stichprobe (56 Patient\*innen); für eine größere Teststärke könnten in zukünftigen Studien mehr Patient\*innen miteinbezogen werden. Bezüglich der verwendeten Materialien ist kritisch zu beurteilen, dass die therapeutische Beziehung lediglich anhand von drei Items eingeschätzt wurde. Auch sollten zukünftige Studien untersuchen, ob die Negativsymptomatik nur bei der KVTP oder auch bei anderen therapeutischen Interventionen einen hinderlichen Einflussfaktor beim Aufbau tragfähiger therapeutischer Beziehungen darstellt. Aus den Erkenntnissen der Studie kann geschlossen werden, dass bessere Interventionen gegen die Negativsymptomatik entwickelt werden sollten, um so tragfähigere therapeutische Beziehungen bereits zu Beginn der Therapie entwickeln zu können (Jung et al., 2014).

## **3.2 Die Hauptphase der Therapie**

Im Mittelpunkt der Hauptphase der Therapie steht erstens die Bearbeitung belastender Symptome (sowohl von Positiv- als auch Negativsymptome), zweitens können die Bewältigungskompetenzen der Patient\*innen verbessert werden, drittens können Angehörige in diese Therapiephase in die Therapie miteinbezogen werden (Korff & Lincoln, 2022).

### **3.2.1 Intervention bei der Positivsymptomatik**

Bei der Bearbeitung der Positivsymptomatik werden besonders Denkstörungen, Wahnvorstellungen und Halluzinationen in den Mittelpunkt der Therapie gestellt, wobei diese mittels einer mehrdimensionalen Behandlung bearbeitet werden (Mander & Kingdon, 2015). Wahnvorstellungen werden insbesondere dann bearbeitet, wenn diese für das Erreichen des Therapieziels hinderlich sind, mit einer Selbst- oder Fremdgefährdung einhergehen oder aber wenn deren Bearbeitung ein Therapieziel des/der Patient\*in darstellt. Zu beachten ist, dass dies erst dann indiziert ist, wenn eine stabile therapeutische Beziehung besteht. Bei der Bearbeitung von Wahnvorstellungen werden die Wahninhalte als Hypothese betrachtet, die wahr, teilweise wahr oder aber falsch sein können. Der Wahrheitsgehalt dieser Hypothesen kann mittels verschiedener Techniken überprüft werden: Erstens kann der/ die Patient\*in den Wahrheitsgehalt der eigenen Annahmen bzw. Überzeugungen mittels einer Skala (von 0-100 %) einschätzen und dabei auch Gründe finden, die gegen die eigene Überzeugung sprechen (Korff & Lincoln, 2022). Zweitens besteht die Möglichkeit, die Wahninhalte mittels eines Vier-Felder-Schemas auf deren Wahrheitsgehalt zu überprüfen: In diesem können die Konsequenzen des Beibehaltens oder Aufgebens der Überzeugungen aufgezeigt, weitere alternative Erklärungsansätze gesammelt und anschließend die Annahmen des/der Patient\*in in Verhaltensexperimenten überprüft werden. Der dritte Ansatz in der Behandlung der Wahnsymptomatik stellen Virtual-Reality-Verfahren dar, bei denen die Patient\*innen in einer kontrollierten Umgebung mit ihren Ängsten und Wahnvorstellungen konfrontiert werden. Die vierte Möglichkeit zur Behandlung der Wahnsymptomatik ist das Metakognitive Training, das Denkprozesse in den Mittelpunkt der Behandlung stellt und mittels verschiedener Techniken «ungünstige» Kognitionen wie voreiliges Schlussfolgern oder aber kognitive Verzerrungen erklärt, bearbeitet und einen funktionaleren Umgang mit diesen erarbeitet (Korff & Lincoln, 2022; Margraf & Schneider, 2018; Klingberg & Hesse, 2013).

Eines der Ziele bei der Bearbeitung von Halluzinationen ist es, einerseits die Kontrolle über die akustischen oder visuellen Halluzinationen zu erhöhen und andererseits die negativen Einschränkungen, die mit diesen Symptomen einhergehen, zu verringern. Ein möglicher Ansatzpunkt bei der Bearbeitung von Halluzinationen stellt die Identifikation auslösender Belastungsfaktoren (akute Stressoren wie Streit, Grübeln, Selbstzweifel) und typische Reaktionen auf diese (sozialer Rückzug oder verbales Reagieren) dar. Durch das Führen eines Selbstbeobachtungsprotokolls, in dem einerseits auslösende Situationen oder Stressoren, andererseits Reaktion auf diese, die Dauer dieser Reaktion sowie die damit einhergehende Belastung beschrieben werden, können Zusammenhänge zwischen Stressoren und den Halluzinationen gefunden werden. Auch kann sich der/die Patient\*in Unterschiede in der Dauer und der Intensität der Reaktionen bewusst werden. Ziel dieses Vorgehen ist es, das Kontrollempfinden des/der Patient\*in zu fördern und Coping-Strategien zu entwickeln. Mögliche Coping-Strategien stellen erstens Ablenkungen (vorwärts/rückwärts zählen, singen, Gegenstände benennen), zweitens Entspannung (Atementspannung, Progressive Muskelrelaxation), und drittens sich entweder den «Stimmen» zuzuwenden oder diese zu begrenzen (bspw. «Stimmen» beschreiben oder diesen nur eine gewisse Zeit lang antworten) dar (Korff & Lincoln, 2022). Zu beachten ist jedoch, dass besonders die Ablenkungsstrategie nur kurzfristig gute Effekte erzielt und keinen Einfluss auf die eigentlich auslösenden Faktoren hat. Im Gegensatz dazu können Entspannungsstrategien und das Sprechen über die «Stimmen» die Selbstwirksamkeit der Patient\*innen fördern, die zugrundeliegenden Faktoren sowie die dysfunktionalen Überzeugungen positiv beeinflussen. Wie auch bei der Bearbeitung der Wahnsymptomatik, können die Befürchtungen mittels Verhaltensexperimenten überprüft und dysfunktionale Überzeugungen bearbeitet werden. Neuere Ansätze für Verhaltensexperimente stellen erstens die Avatar-Therapie und zweitens die Relating-Therapie dar. Bei dem erstgenannten Therapieansatz wird für die «Stimmen» ein digitales Abbild entworfen, mit welchem die Patient\*innen in Kontakt treten können. Bei dem zweitgenannten Therapieansatz kann mittels Rollenspielen einerseits die Interaktion mit den Stimmen, andererseits auch die Interaktion mit realen Menschen verbessert und die Reaktion auf die Halluzinationen verändert werden (Korff & Lincoln, 2022; Margraf & Schneider, 2018; Klingberg & Hesse, 2013).

### **3.2.2 Intervention bei Negativsymptomatik**

Die Interventionen bei Negativsymptomatik beruhen auf klassischen Modellen zu negativen Auswirkungen von demotivierenden Überzeugungen, auch wenn diese Modelle noch nicht so ausgefeilt sind, wie jene der Positivsymptome. Besondere Bedeutung bei der Behandlung von Negativsymptomen wird dabei den generalisierten negativen Erwartungen (wenig Erfolg zu haben, sozial nicht anerkannt zu sein oder aber über wenig Ressourcen und Kompetenzen zu verfügen) beigemessen. Diese Faktoren können einerseits eine wichtige Rolle in der Aufrechterhaltung der Erkrankung spielen, andererseits können diese aber auch durch langjährige Krankheitsverläufe verstärkt werden (Klingberg & Hesse, 2013). Weiterhin sollten auch Defizite im Bereich der Antizipation von Freude, der Problemlösefertigkeit und dem Setzen von Zielen bearbeitet werden. Möglich ist dies, indem sich Patient\*innen in Etappen aufgeteilte Ziele setzen, die es lohnenswert machen, ihr Aktivitätsniveau zu steigern. Auch sollte die Motivation mittels der Fähigkeit zur Antizipation von Freude gefördert werden (Korff & Lincoln, 2022). Von besonderer Wichtigkeit sind auch Angehörige, respektive das soziale Umfeld der betroffenen Person; so stellen diese einerseits einen wichtigen Pfeiler der Unterstützung in der Therapie dar, andererseits sollte das Bedürfnis der Angehörigen nach Information, sowie nach Unterstützung in der Therapie berücksichtigt werden (Klingberg & Hesse, 2013).

**3.3 Integration von behavioralen Therapiestrategien**

Neben den kognitiven Strategien werden auch behaviorale Strategien in die Arbeit mit Psychosepatient\*innen eingebaut: So können Therapeut\*innen einerseits mittels verbaler Verstärkung gezeigte, förderliche Verhaltensweisen positiv verstärken. Darüber hinaus können Therapeut\*innen mit dem Prinzip des «Lernen am Modell» positiv auf die Stressbewältigung und den Aufbau sozialer Kompetenzen einwirken (Klingberg & Hesse, 2013).

## **3.4 Die Abschlussphase der Therapie**

Ziel der Abschlussphase der Therapie ist es, dass Patient\*innen die erlernten Therapieinhalte, Skills und Copingstrategien selbstständig umsetzen und den Umgang mit einem möglichen Rückfall gemeinsam mit der behandelnden Person erarbeitet (Klingberg & Hesse, 2013). Anschließend wird herausgearbeitet, welche Strategien sich eignen, um akutpsychotische Episoden abzumildern. Weiterhin wird durch die Therapeut\*innen vermittelt, dass Rückfälle zwar möglich sind, diese aber keine Katastrophe darstellen; Ziel ist es dabei, die übermäßige Angst vor Rückfällen zu verringern. Ein weiterer wichtiger Inhalt der letzten Phase der Therapie stellt die Identifikation von individuellen Frühwarnzeichen und ungünstigen Bewältigungsstrategien einerseits und andererseits das Erarbeiten von Strategien zur Verhinderung dieser dar (Korff & Lincoln, 2022).

# **Wirksamkeit der KVTP**

Zahlreiche Metaanalysen untersuchten in den vergangenen beiden Jahrzehnten die Wirksamkeit der KVTP. So wies die Metaanalyse von Jauhar et al., die nur methodisch anspruchsvolle Studien inkludierte, lediglich eine geringe Effektstärke der KVTP bezogen auf erstens alle Symptome (-0.33 (95% CI -0.47 bis -0.19, p < .001)), zweitens die Positivsymptomatik (-. 25 (95% CI -.37 bis -.13, p <. 001)) und drittens die Negativsymptomatik (-.13 (95% CI -.25 bis -.01, p = .03) nach (Jauhar et al., 2014). Darüber hinaus konnte auch kein klarer Vorteil der KVTP gegenüber anderen psychosozialen Therapien bezogen auf die Suizidprävention, auf die generelle psychiatrische Symptomatik, die Lebensqualität, Rückfälle oder Klinikwiederaufnahmen durch Jones et al. nachgewiesen werden. Zu dem Zeitpunkt der Veröffentlichung der Studie konnte kein erheblicher Vorteil der KVTP gegenüber anderen therapeutischen Interventionen nachgewiesen werden (Jones et al., 2012). Allerdings zeigte sich eine signifikante Überlegenheit gegenüber der Standardbehandlung bzw. medikamentösen Behandlung, wenn KVTP in den Therapieplan integriert wurde (Klingberg & Hesse, 2013).

# **Fazit**

Als Fazit kann aus der vorliegenden Arbeit die Schlussfolgerung extrahiert werden, dass die KVTP, die sich an den Grundsätzen der KVT orientiert, zwar nur eine kleine Effektstärke bezogen auf vorhandene Symptome aufweist. Dennoch sollte die KVTP in den Behandlungsplan integriert werden, da dieses Vorgehen der Standardbehandlung mit Medikamenten signifikant überlegen ist. Weiterhin ist an dieser Stelle kritisch anzumerken, dass keine der derzeitig verfügbaren Therapien, insbesondere auch die Pharmakotherapie, eine vollständige Heilung mit sich bringt. Darüber hinaus geht die KVTP im Gegensatz zu der Psychopharmakotherapie nicht mit Nebenwirkungen einher. Als offene Forschungsfrage könnte in zukünftigen Studien untersucht werden, wie mittels der KVTP noch wirksamer behandelt werden könnte, bspw. indem Therapieansätze anderer psychotherapeutischer Verfahren intergiert werden. Ein weiterer Forschungsansatz, um die KVTP noch wirksamer zu gestalten, könnte das Erforschen der Negativsymptomatik und deren Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung darstellen: In Therapiemanualen kommt bislang besonders der Positivsymptomatik und weniger der Negativsymptomatik eine tragende Rolle zu. Da aber die Negativsymptomatik die therapeutische Beziehung signifikant negativ beeinflussen kann und somit einen geringeren Effekt der Behandlung nach sich ziehen kann, sollten weitere Behandlungsansätze, die sich auf die Negativsymptomatik beziehen, entwickelt und erforscht werden und die Behandlung dieser Symptomatik in künftigen Therapiemanualen aufgegriffen werden.

# **Literaturverzeichnis**

Addington, J., & Lecomte, T. (2012). Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. F1000 Medicine Reports, 4, 6. https://doi.org/10.3410/M4-6

Jauhar, S., McKenna, P. J., Radua, J., Fung, E., Salvador, R., & Laws, K. R. (2014). Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: Systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 204(1), 20–29. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.116285

Jones, C., Hacker, D., Cormac, I., Meaden, A., & Irving, C. B. (2012). Cognitive behaviour therapy versus other psychosocial treatments for schizophrenia. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 4, CD008712. https://doi.org/10.1002/14651858.CD008712.pub2

Jung, E., Wiesjahn, M., & Lincoln, T. M. (2014). Negative, not positive symptoms predict the early therapeutic alliance in cognitive behavioral therapy for psychosis. Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research, 24(2), 171–183. https://doi.org/10.1080/10503307.2013.851425

Klingberg, S., & Hesse, K. (2013). Kognitive Verhaltenstherapie bei schizophrenen Psychosen. Psychotherapeut, 58(4), 352–356. https://doi.org/10.1007/s00278-013-0999-z

Korff, S., & Lincoln, T. (2022). Kognitive Verhaltenstherapie bei Psychosen. InFo Neurologie + Psychiatrie, 24(4), 34–43. https://doi.org/10.1007/s15005-022-2314-4

Mander, H., & Kingdon, D. (2015). The evolution of cognitive-behavioral therapy for psychosis. Psychology Research and Behavior Management, 8, 63–69. https://doi.org/10.2147/PRBM.S52267

Margraf, J. & Schneider, S. (2018). Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen psychologischer Therapie (4. Aufl.). Springer.