



Universität Hamburg

DER FORSCHUNG | DER LEHRE | DER BILDUNG

Schizophrenie – wo kann eine Psychotherapie ansetzen?

Prof. Tania Lincoln
Klinische Psychologie und Psychotherapie,
Fachbereich Psychologie
Universität Hamburg

Vortrag am 25. Juni 2015

Symposium 2015 der DPtV – Psychotherapeutische
Behandlung schwerer psychischer Störungen.



Alte Dogmen

Jaspers 1913

Wahn und Halluzinationen
sind rational nicht zugänglich

Unbehandelbar?



Psychotische Phänomene liegen auf einem Kontinuum zum normalen Erleben

	Population	Patienten
... Sie beobachtet werden	25%	62%
... jemand versucht mit Absicht, Ihnen zu schaden	24%	56%
... Sie verfolgt werden	9%	56%
... Dinge im Fernsehen/Zeitung speziell für Sie geschrieben sind	14%	41%
... Menschen telepathisch kommunizieren können	38%	46%
... Ihre Gedanken so lebhaft sind, dass andere sie hören	13%	33%

Das Kontinuum paranoider Überzeugungen



“There was a guy spooking me out – tried to get away from him. Didn’t like his face. I’m sure he looked at me more than a couple of times though might be imagining it.”

“There’s something dodgy about one guy. Like he was about to do something – assault someone, plant a bomb, say something not nice to me, be aggressive.”

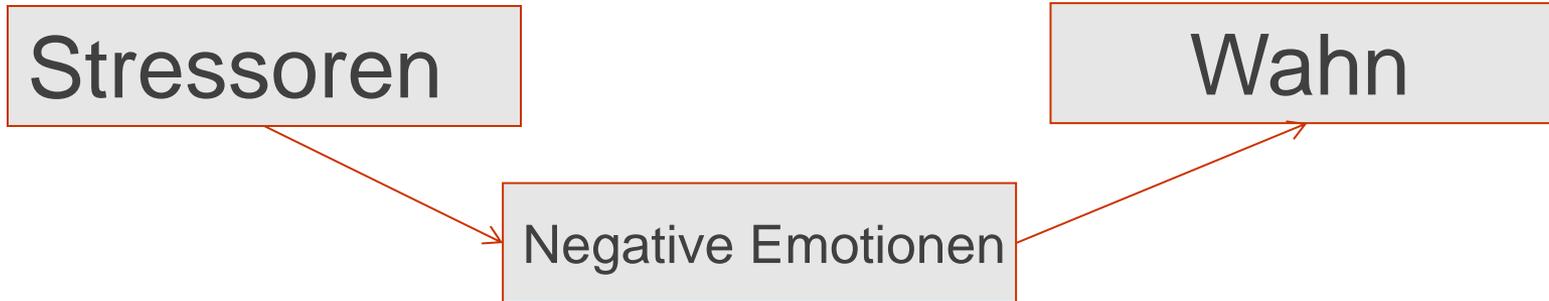
Wie entstehen wahnhaftige Gedanken?



Moritz, S., Burnette, P., Sperber, S., Köther, U., & Lincoln, T.M. (2011). Elucidating the black box from stress to paranoia. *Schizophrenia Bulletin*, 37 (6), 1311-1317.

Kesting, M.L., Bredenpohl, M., Klenke, J., Westermann, S., & Lincoln, T.M. (2013). The impact of social stress on self-esteem and paranoia: An experimental study. *Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 4, 122-128.

Wie entstehen wahnhaftige Gedanken?



Lincoln et al. (2009). Impact of stress on paranoia. An experimental study of moderators and mediators. *Psychological Medicine.*, 39, 1129-1139.

Freeman et al. (2012). Insomnia, worry, anxiety and depression as predictors of the occurrence and persistence of paranoid thinking. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 1195-1203.

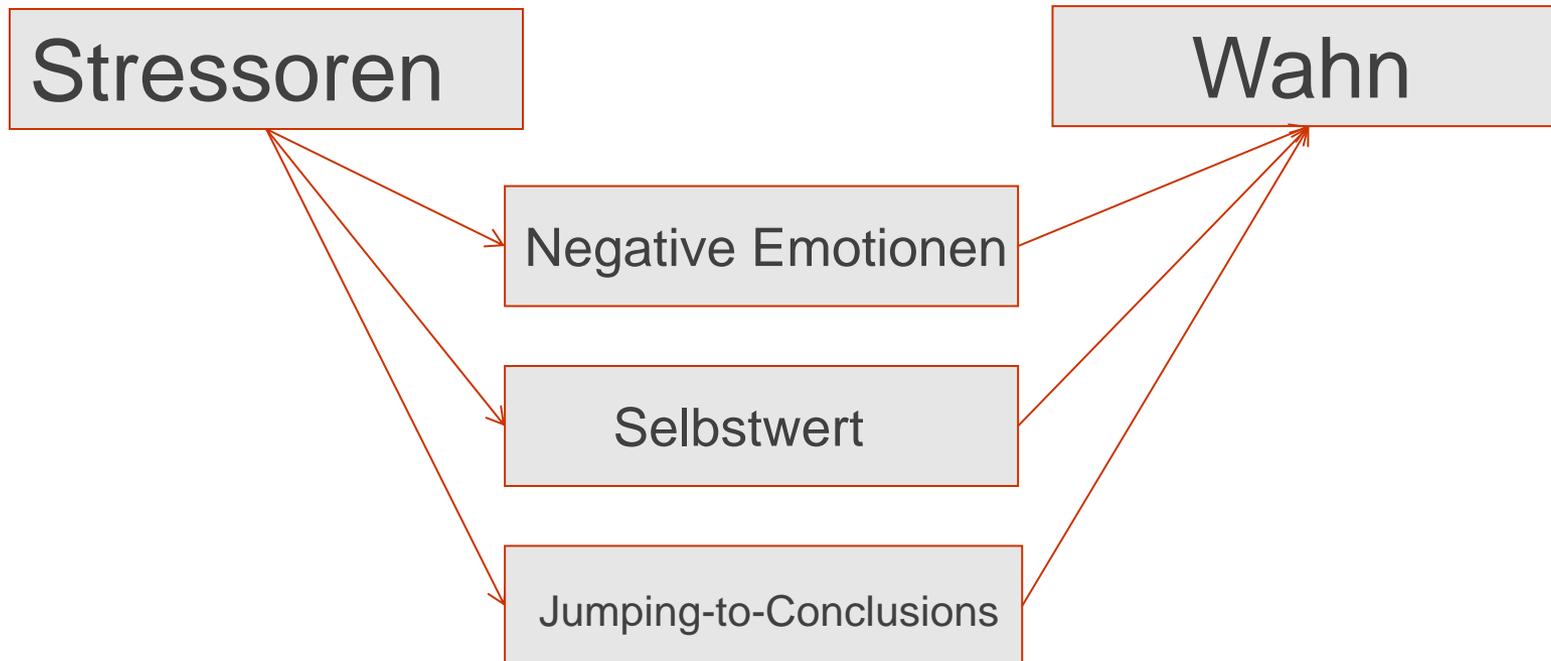
Westermann et al. (2013). Maladaptive cognitive emotion regulation prospectively predicts subclinical paranoia. *Cognitive Therapy and Research*, 37 (4), 881-885.

Lincoln et al. (in press). Dealing with feeling. Specific emotion regulations skills predict responses to stress in psychosis. *Psychiatry Research*.

Wie entstehen wahnhaftige Gedanken?



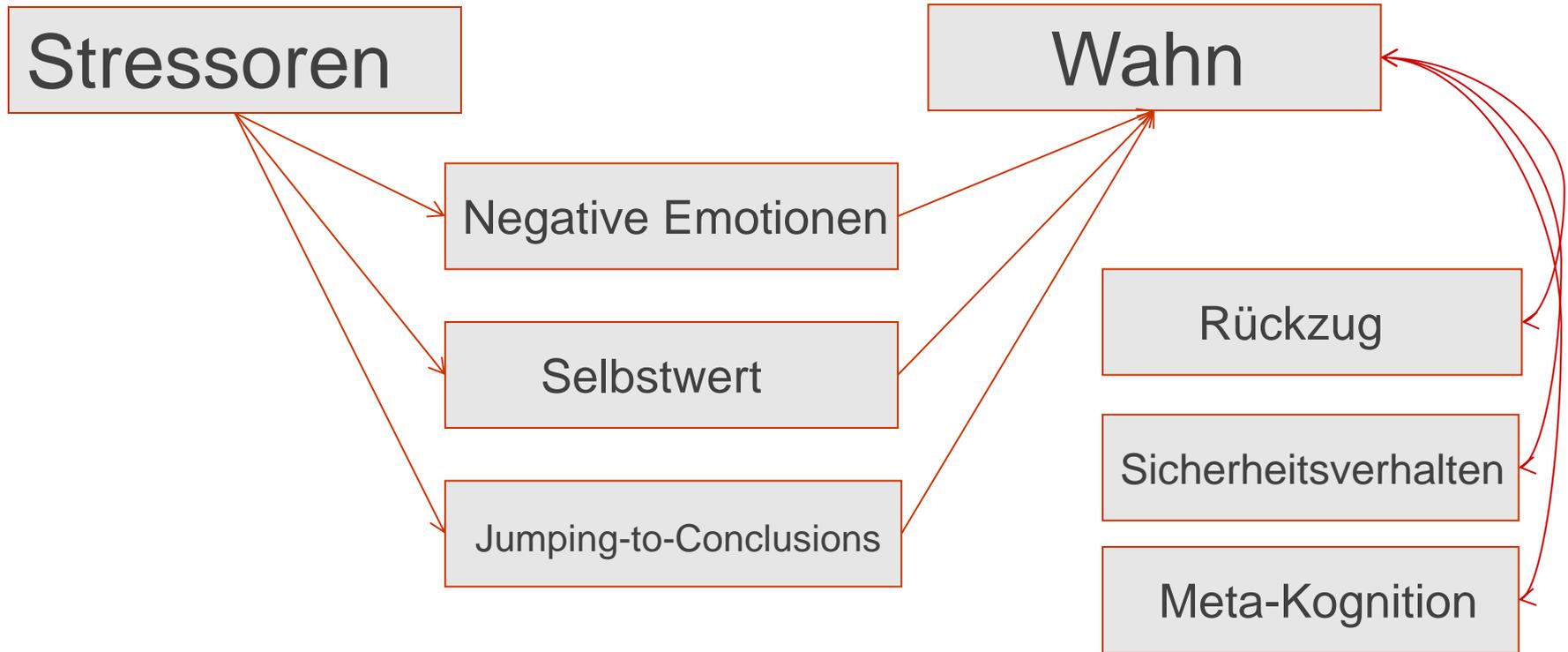
Wie entstehen wahnhaftige Gedanken?



Ziegler et al. (2009). Leistet voreiliges Schlussfolgern einen Beitrag zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Wahn? Ein systematisches und quantitatives Review. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 57, 125-136.

Lincoln et al. (2010) The effect of state-anxiety on paranoid ideation and Jumping to Conclusions. An experimental investigation. *Schizophrenia Bulletin* 36 (6), 1140-1148.

Wie entstehen wahnhaftige Gedanken?



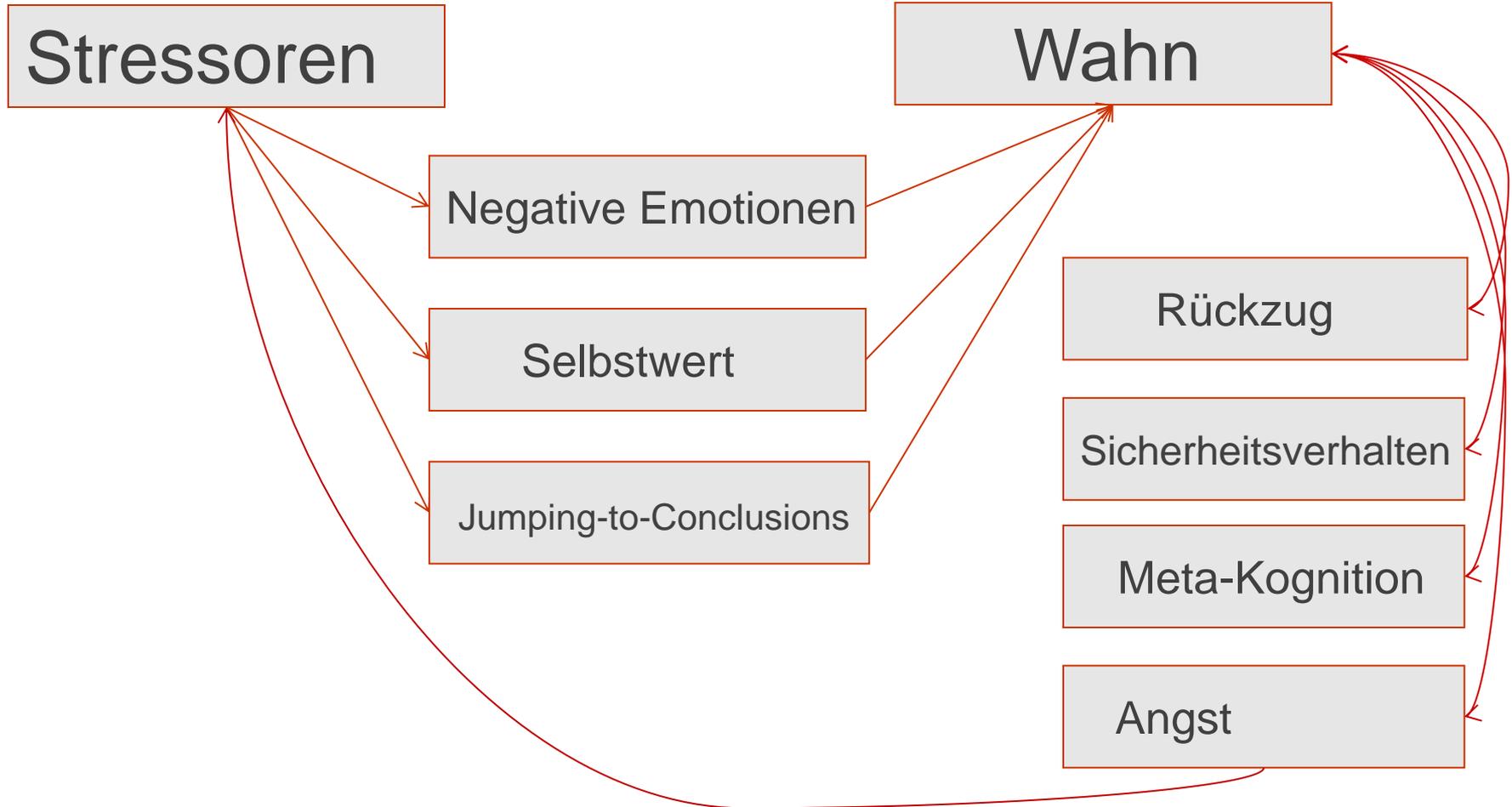
Lincoln et al. (2014). Frequency and correlates of maladaptive responses to paranoid thoughts in patients with psychosis compared to a population sample. *Cognitive Neuropsychiatry*, 19(6):509-26. doi: 10.1080/13546805.2014.93122

Lincoln et al. (2010). Is there a functional way of responding to paranoid intrusions? *Cognitive Neuropsychiatry*, 15 377-399.

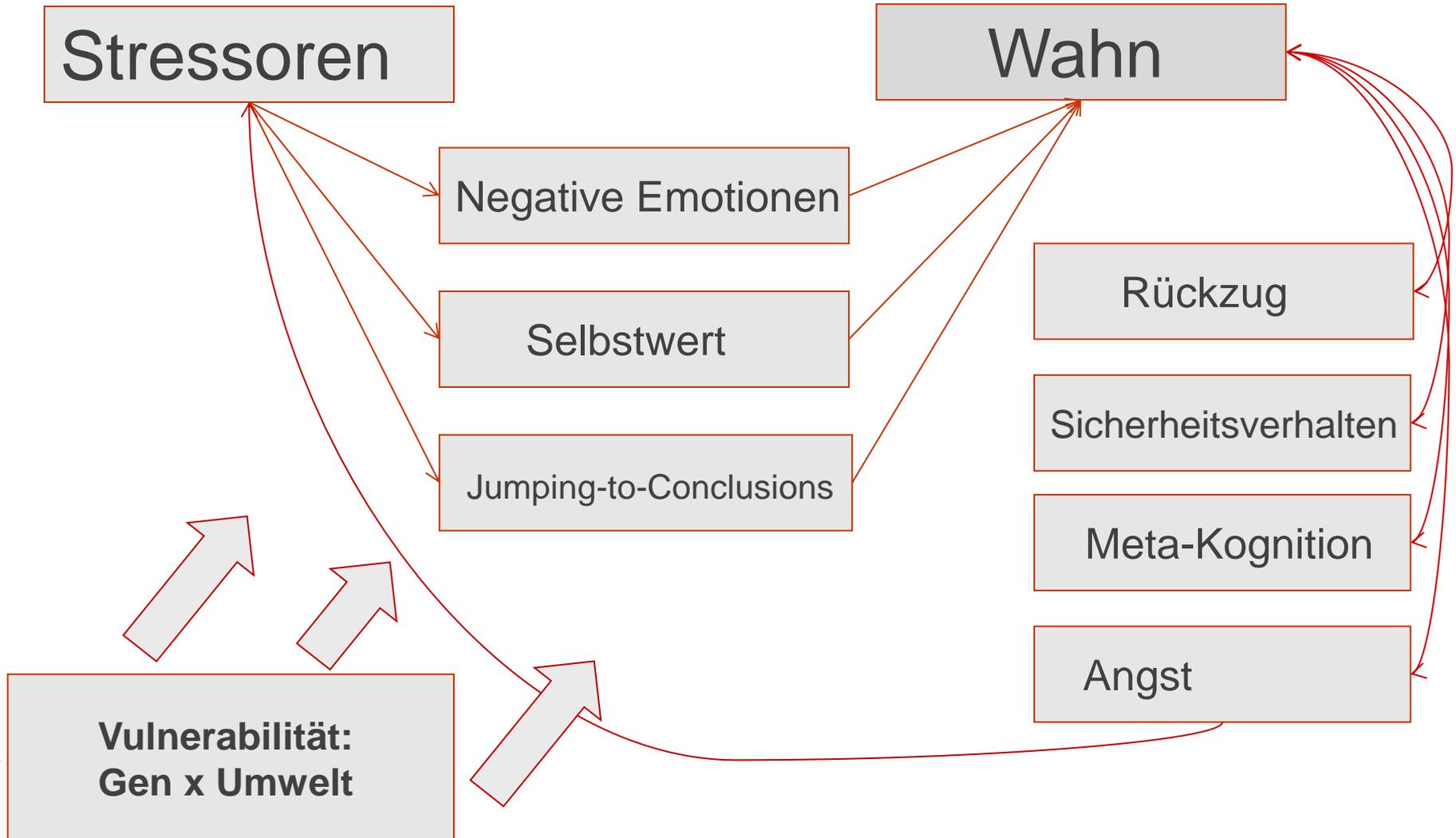
Morrison, A. et al. (2005). The Beliefs about Paranoia Scale: Preliminary validation of a meta-cognitive approach to conceptualizing paranoia. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23, 265-280.

Fergusson et al. (2005). Psychological investigation of the structure of paranoia in a general population. *British Journal of*

Wie entstehen wahnhaftige Gedanken?



Wie entstehen wahnhaftige Gedanken?



Therapie von Wahn: Überblick

**1. Beziehungsaufbau
& Diagnostik**

**2. Individuelles
Erklärungsmodell**

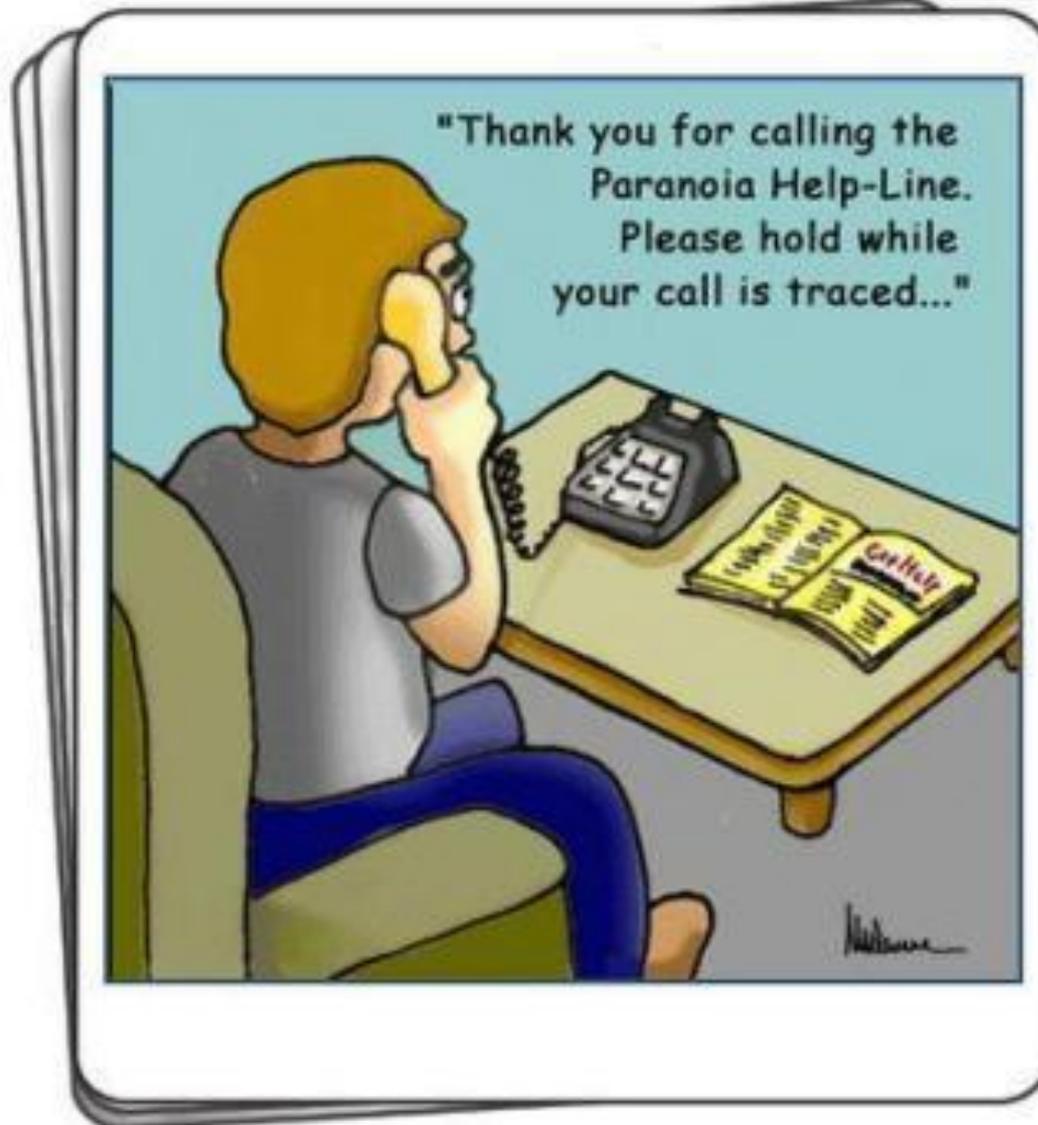
**3. Kognitive
Umstrukturierung von
Wahn**

**4. Arbeit an den auslösenden
und aufrechterhaltenden
Faktoren von Wahn und
Halluzinationen**

**5. Arbeit an den
Konzepten über sich und
andere**

6. Rückfallprävention

Therapie: Beziehungsaufbau



Therapie: Erarbeitung eines Erklärungsmodells

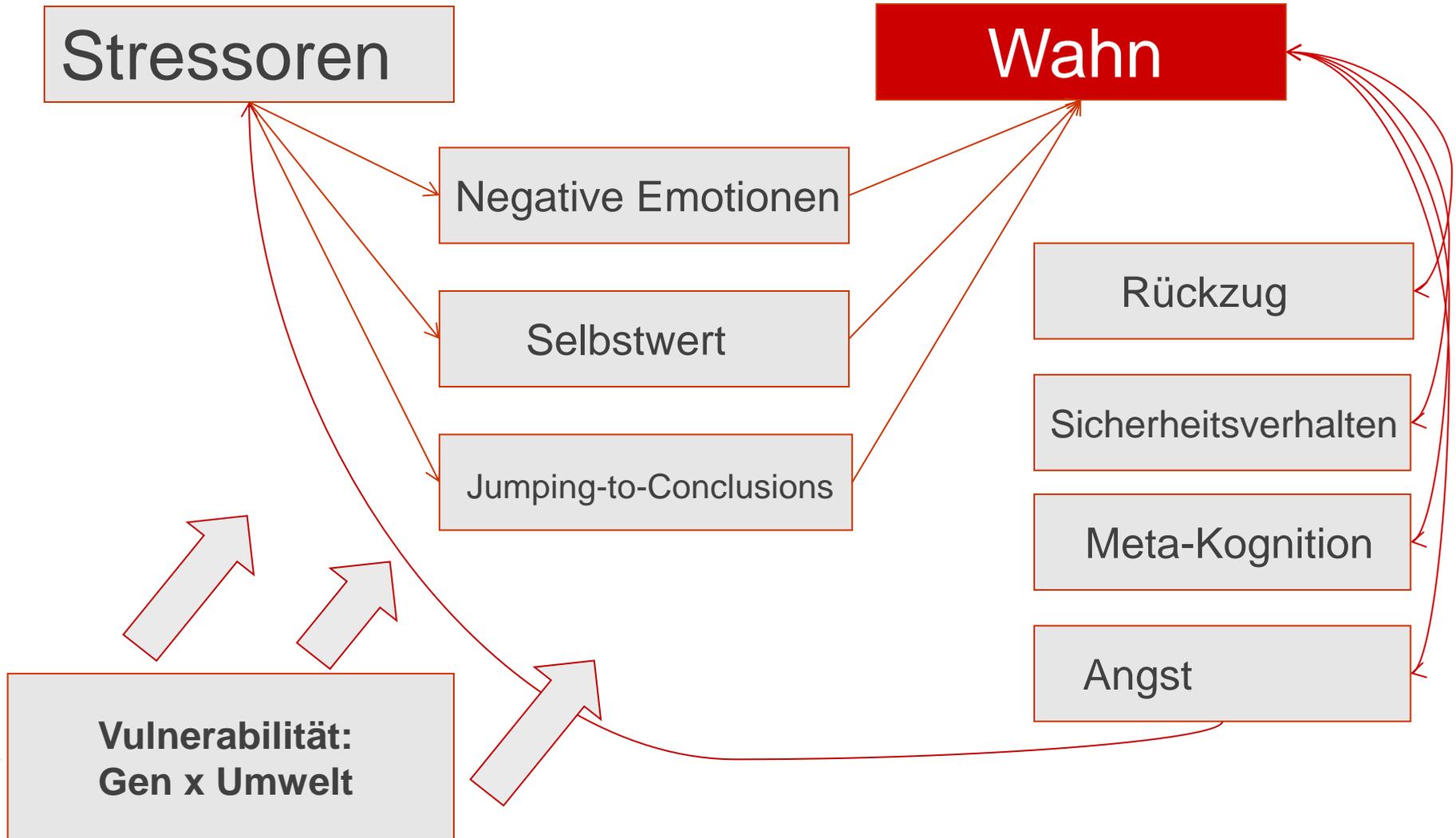
Mögliche Komponenten:

- **Vulnerabilität:** genetische Disposition und/oder frühere traumatisierende o. negative interpersonelle Erfahrungen, Schemata
- **Auslöser:** Stressoren
- **Verstärkende Faktoren:** Umgang mit negativen Emotionen, instabiler Selbstwert, kognitive Stile
- **Aufrechterhaltung:** Bewertungen der Symptome, Strategien

Therapeutisches Vorgehen:

- gemeinsame Suche danach, warum Symptome entstanden sind und was sie aufrecht erhält
- Erklärungen als flexible Hypothesen darstellen, die geprüft werden können
- Verständlichkeit der Symptomentwicklung betonen
- Klarmachen, dass Probleme auf unterschiedlichen Ebenen erklärt werden können
- Behandlungsansätze ableiten
- Probleme vorhersagen

Wie entstehen wahnhaftige Gedanken?



Therapie: Kognitive Interventionen für Wahn

- Erfassung des gesamten Beweismaterials.

Motivationsphase

Fallbeispiel

HYPOTHESE

•Ich werde seit Jahren vergiftet. Dies geschieht durch Vergiftung von Nahrungsmitteln, die ich kaufe, Giftgasattacken und Manipulation von persönlichen Dingen in meiner Wohnung

Fallbeispiel

BEWEISE

- In dieser Zeit jemanden kennen gelernt, der nicht einschätzbar war und immer wieder Andeutungen über Geheimdienstarbeit machte.
- Hab mich in dieser Zeit häufig mit Büchern in ein Cafe gesetzt und hatte den Eindruck, dass Leute mich am Nebentisch merkwürdig anschauen und über mich reden. Beispielsweise hat eine Frau am Nebentisch zu einer anderen gesagt. „Der *Stefan* kann Realität und Traum nicht mehr unterscheiden.“
- Unerklärliche körperliche Veränderungen
- Zwei Männer haben versucht, mich für eine Tätigkeit als Geldanlagenberater anzuwerben. Dabei haben sie gesagt, ihre Arbeit sei „Magie“.

Therapie: Kognitive Interventionen für Wahn

- Erfassung des gesamten Beweismaterials.
- Wahnhafte Überzeugungen als nachvollziehbare Reaktion auf ungewöhnliche Erfahrungen sehen.
- Beschäftigung damit, wie Überzeugungen entstehen und aufrechterhalten werden.
- Besprechung ungewollter Konsequenzen von einer Aufgabe der Überzeugungen.

Motivationsphase

<p>Annahme: </p> <p>Realität: </p>	<p>Ich gehe davon aus, dass ich verfolgt werde</p>	<p>Ich gehe davon aus, dass ich nicht verfolgt werde</p>
<p>Ich werde verfolgt</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Ich vertraue anderen Menschen fälschlicherweise • Ich nehme umsonst Medikamente • Ich verpasse die Gelegenheit, die Sache aufzudecken
<p>Ich werde nicht verfolgt</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ich beschuldige Leute fälschlicherweise • Ich verpasse die Möglichkeit, mich um eine mögliche psychische Erkrankung oder körperliche Probleme zu kümmern • Nachforschungen beim Verfassungsschutz sind vergebene Liebesmüh 	

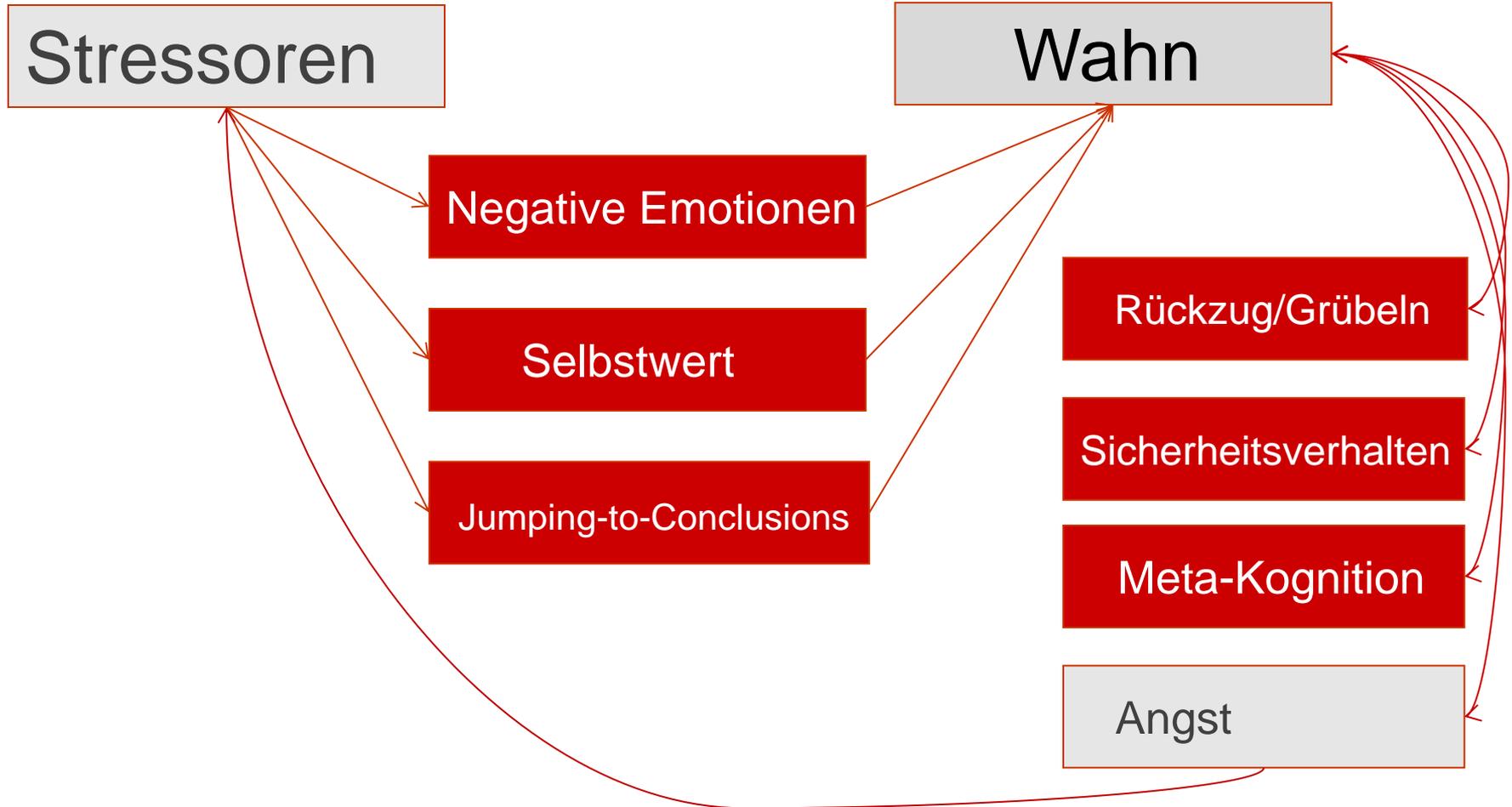
Therapie: Kognitive Interventionen für Wahn

•Überzeugungen in Frage stellen

Bearbeitung der Überzeugungsstärke

- Interpretationen und Wahrscheinlichkeitseinschätzungen für Anhaltspunkte (Protokollblatt)
- Selbstbeobachtungsaufgaben
- Rollenspiele/Modelle
- Ungereimtheiten aufdecken
- Verhaltensexperimente/Verhaltensänderung
- Identifikation zu Grunde liegender Schemata

Wie entstehen wahnhaftige Gedanken?



Eines Morgens...



Ereignis

**Stimmen
hören, die
andere nicht
hören**

Gedanken

Ich werde verrückt

Ich habe Schizophrenie

**Ich verliere meine
Arbeit**

**Die Leute werden
Angst vor mir haben**

Mein Leben ist ruiniert

**Ich werde
weggeschlossen
werden**

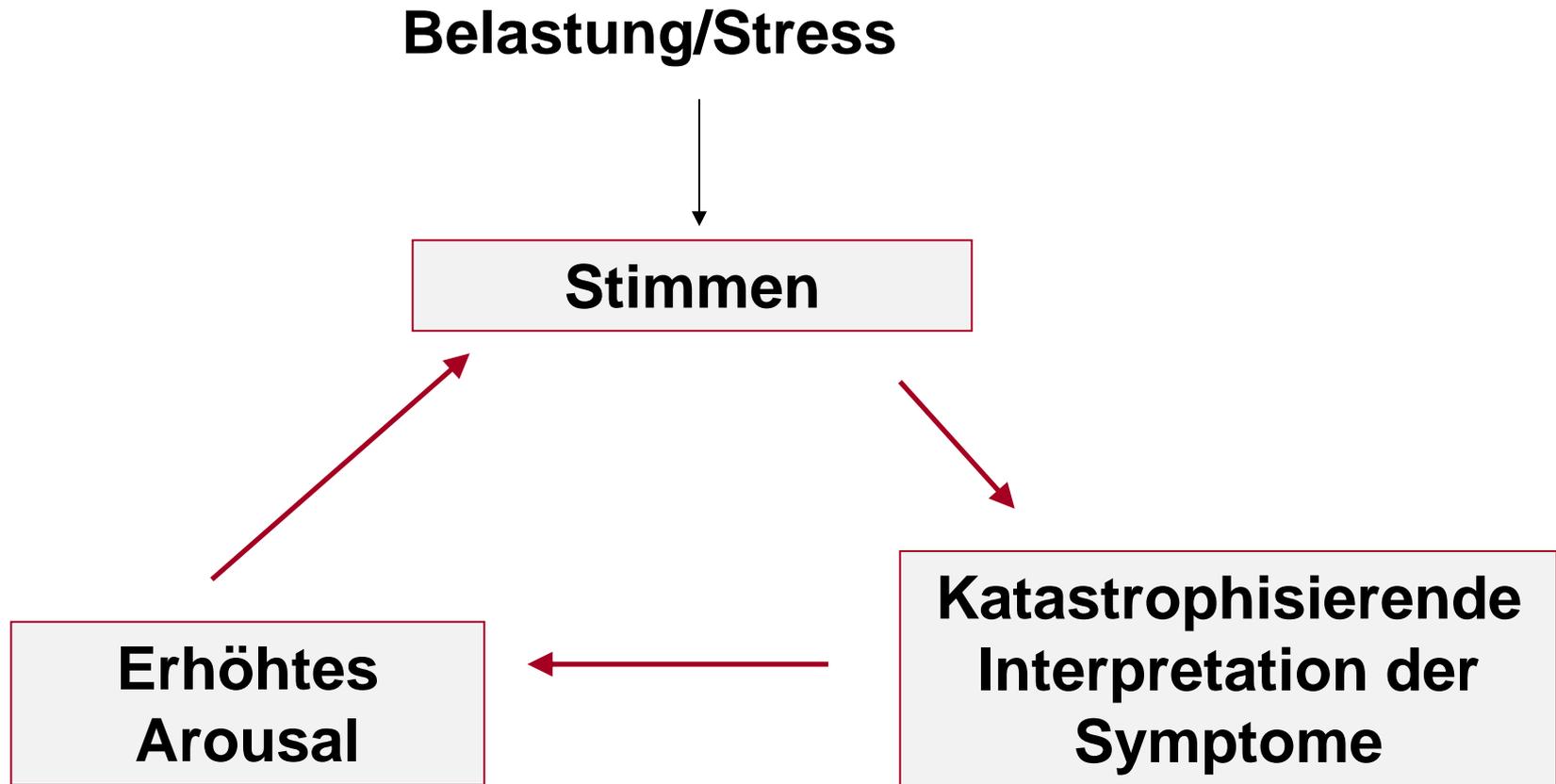
Gefühl

Angst

Verzweiflung

**Hoffnungs-
losigkeit**

Therapie: Interventionen für Stimmen

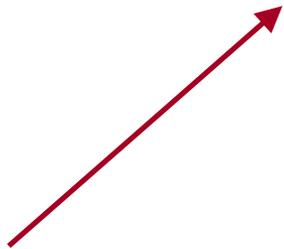


Therapie: Interventionen für Stimmen

Belastung/Stress



Stimmen



**Wahnhafte
Interpretation
der Symptome**

**Erhöhtes Arousal
Misstrauen
Rückzug
Sicherheitsverhalten**



Ereignis

**Stimmen hören,
die andere nicht
hören**

Gedanken

**Das ist eine Folge des
ganzen Stresses in
letzter Zeit**

**Personen, die nicht
als "verrückt"
angesehen werden,
können Stimmen
hören und normal
weiterleben**

**Ich kann mein Leben
wieder in den Griff
bekommen**

Gefühle

Erleichterung

Hoffnung

Therapie: Rückfallprävention

Individuelles Rückfallprofil erstellen – möglichst spezifisch

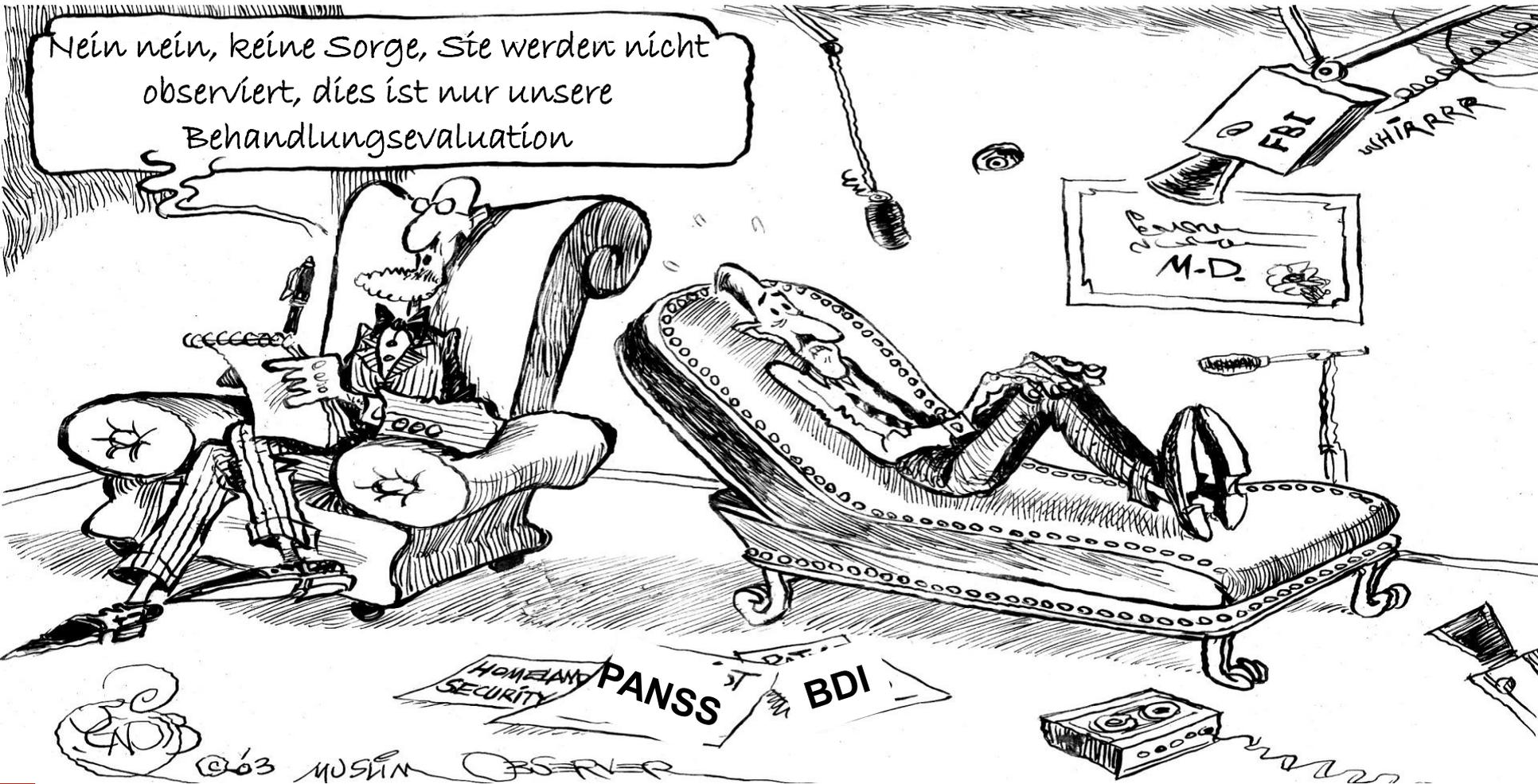
Umgang mit rückfallbegünstigenden Kognitionen

Aktionsplan erstellen

- **Ansprechpersonen, Unterstützter festlegen**
- **Einbezug von Freunden, Angehörigen, Therapeuten**
- **Stress-Reduktion ohne Rückzug**
- **Positive, entspannende Tätigkeiten: Wer tut mir gut?**

Rückfallprävention

Evaluation

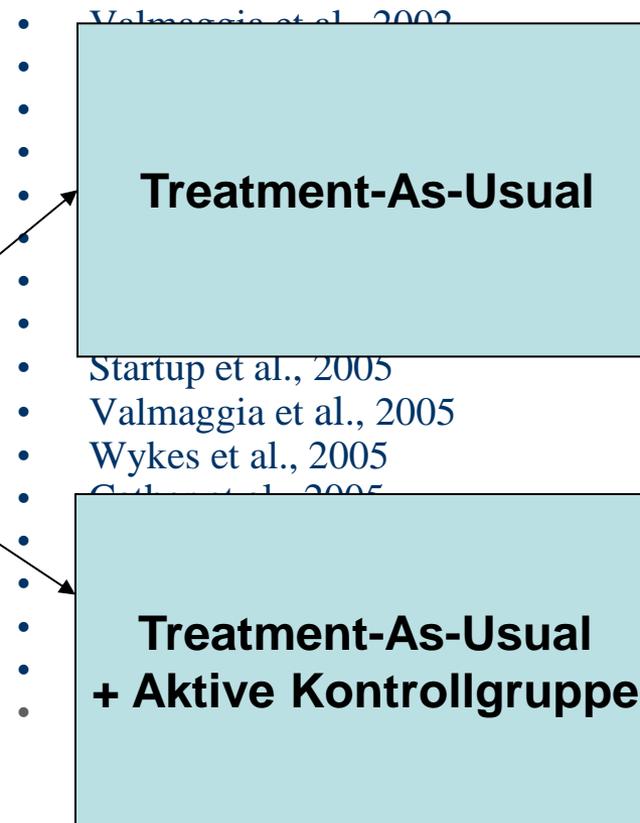


Evaluation: (R)CTs von CBT für Positivsymptomatik

- Tarrier et al., 1993
- Garety et al., 1994
- Bentall et al., 1994
- Bradshaw, 1996
- Drury et al., 1996a
- Kemp, 1996
- Kuipers et al., 1997
- Hogarty, 1997
- Haddock et al., 1998
- Tarrier et al., 1998
- Levine, et al., 1998
- Pinto et al. 1999;
- Sensky et al. 2000
- Barrowclough et al., 2001
- Lewis et al., 2002
- Turkington et al., 2002
- Hall & Tarrier, 2002
- Valmaggia et al., 2002
- Granholm et al., 2002
- Rector et al., 2003;
- Durham et al., 2003
- Gumley et al., 2003
- Jolley et al., 2003
- Wiersma et al., 2004
- Bechdolf et al., 2004
- Startup et al., 2005
- Valmaggia et al., 2005
- Wykes et al., 2005
- Cather et al., 2005
- Wykes et al., 2005
- Gaudiano & Herbert, 2006
- Barrowclough et al., 2006
- Garety et al., 2008
- ...

Evaluation: (R)CTs von CBT für Positivsymptomatik

- Tarrier et al., 1993
- Garety et al., 1994
- Bentall et al., 1994
- Bradshaw, 1996
- Drury et al., 1996a
- Kemp, 1996
- Kuiper
- Hogart
- Haddo
- Tarrier
- Levine
- Pinto
- Sensky et al. 2000
- Barrowclough et al., 2001
- Lewis et al., 2002
- Turkington et al., 2002
- Hall & Tarrier, 2002



Evaluation: Meta-Analysen von CBT für Positivsymptomatik

- **Wykes et al. (2008)**

- **ES Zielsymptom (33 Studien) = .40 (95% CI: .25 - .55)**

- **ES “rigorous” RCTs (12 Studien) = .22 (95% CI: .02 - .43)**

- **Signifikante Effekte zwischen .35 – .44 für:**

- ✓ **Positivsymptomatik (32 Studien)**

- ✓ **Negativsymptomatik (23 Studien)**

- ✓ **Funktionsniveau (15 Studien)**

- ✓ **Depression (13 Studien)**

Moving From Efficacy to Effectiveness in Cognitive Behavioral Therapy for Psychosis: A Randomized Clinical Practice Trial

Tania M. Lincoln, Michael Ziegler, Stephanie Mehl, Marie-Luise Kesting, Eva Lüllmann, Stefan Westermann, and Winfried Rief
Philipps University Marburg

Objective: Randomized controlled trials have attested the efficacy of cognitive behavioral therapy (CBT) in reducing psychotic symptoms. Now, studies are needed to investigate its effectiveness in routine clinical practice settings. **Method:** Eighty patients with schizophrenia spectrum disorders who were seeking outpatient treatment were randomized to a specialized cognitive behavioral intervention for psychosis (CBTp; $n = 40$) or a wait list ($n = 40$). The CBTp group was assessed at baseline, posttreatment, and 1-year follow-up. The wait list group was assessed at baseline, after a 4-month waiting period, at posttreatment, and after 1 year. The primary outcome measure was the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). **Results:** The CBTp group showed significant improvement over the wait list group for the total PANSS score at posttreatment–postwaiting. CBTp was also superior to the wait list group in regard to the secondary outcomes positive symptoms, general psychopathology, depression, and functioning, but not in regard to negative symptoms. The number of dropouts during the treatment phases was low (11.3%). Participants perceived the treatment as helpful (98%) and considered themselves improved (92%). Significant pre- and posttreatment effect sizes varied between 0.77 for general psychopathology and 0.38 for delusional conviction. The positive effects of treatment could be maintained at 1-year follow-up, although the number of patients who had deteriorated was higher than at postassessment. **Conclusions:** Large proportions of patients in clinical practice settings benefit

Stichprobe

Information über Fachärzte

Erstgespräch (n=106)

Randomisiert (n=80)

Ausgeschlossen
Kriterien nicht erfüllt: 12
Kein Interesse: 6
Andere Gründe
(Sprache, Entfernung,
Krankenkasse): 8

Kognitive VT (n=40)

Wartegruppe (n=40)

Dropout
In DG: 2
In TH: 4

Dropout
In Wartezeit: 1

Analysiert (n=34) (40)

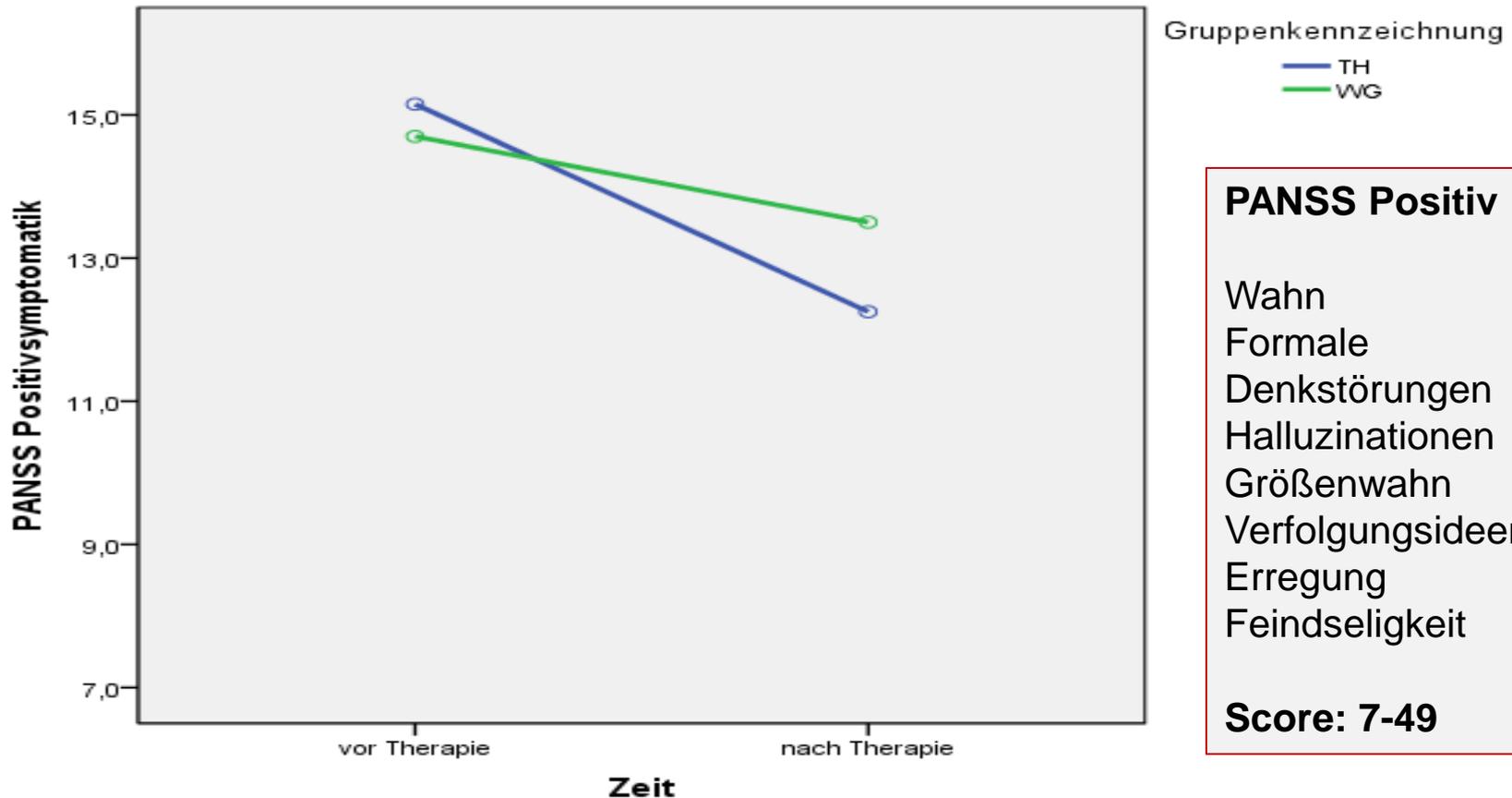
Analysiert (n=39) (40)

Dropout
In TH: 5

Analysiert (n=34) (40)

1-Jahres Follow-Up (n=66) (80)

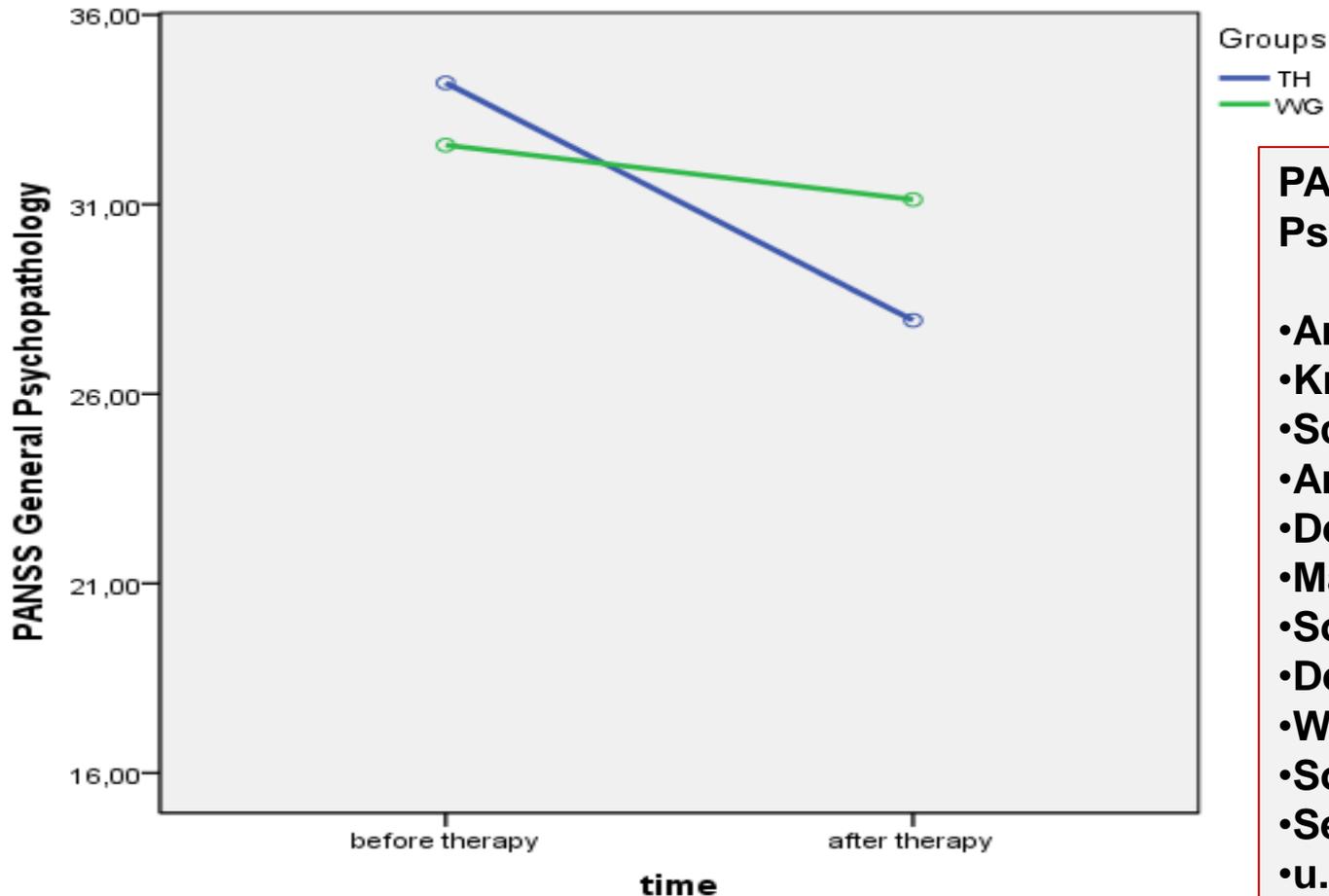
Veränderung der Positivsymptomatik



Haupteffekt Zeit: $F=26.3$ ($p \leq .001$)

Zeit x Gruppe: $F=4.5$ ($p \leq .05$)

Allgemeine Psychopathologie



Haupteffekt Zeit: $F=29.6$ ($p \leq .001$)

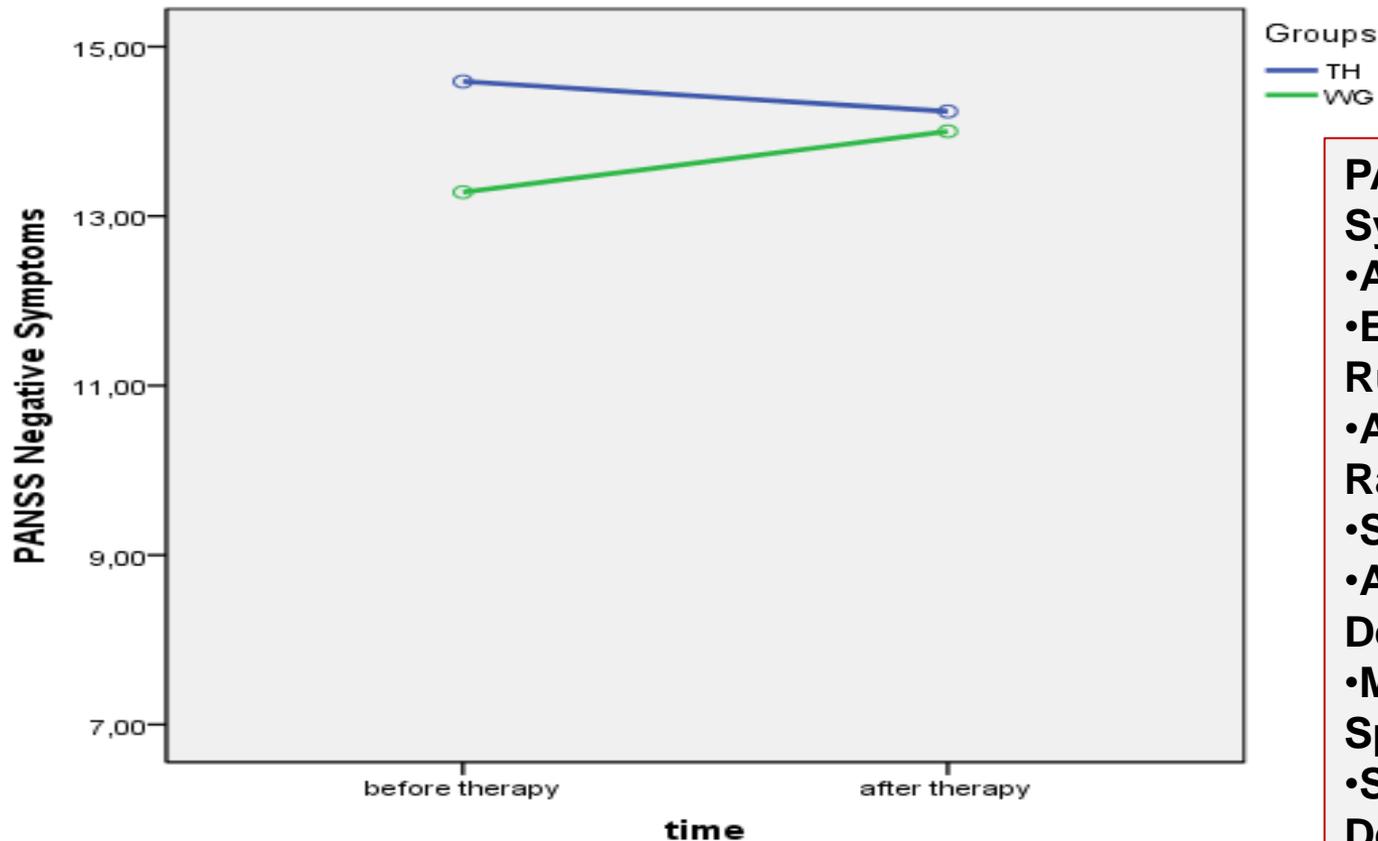
Zeit x Gruppe: $F=11.6$ ($p \leq .001$)

PANSS Allgemeine Psychopathologie

- Angst
- Krankheitseinsicht
- Schuld
- Anspannung
- Depression
- Manierismen
- Sorge
- Desorientiertheit
- Willensschwäche
- Sozialer Rückzug
- Selbstbezogenheit
- u.a.

Score: 16-112

Negativsymptomatik



PANSS Negativ Symptomatik

- Affektverflachung
- Emotionaler Rückzug
- Affektiver Rapport
- Soziale Passivität
- Abstraktes Denken
- Mangel an Spontanität
- Stereotypes Denken.

Time: $F=0.4$ (n.s.)

Time x Group: $F=0.9$ (n.s.)

Score: 7-49

Positive Therapeutenerfahrungen



- „Große Dankbarkeit der Patienten: *Endlich hört mir mal jemand richtig zu!*“
- „Die Kooperation mit Ärzten und Betreuern klappt gut“
- „So *verrückt* sind die Wahngedanken gar nicht, häufig verbirgt sich dahinter eine ganz normale Logik im Sinne der Lerngeschichte, Grundannahmen etc.“
- „So *anders* sind die Patienten und damit auch die therapeutische Arbeit nicht!“



Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: a single-blind randomised controlled trial



Anthony P Morrison, Douglas Turkington, Melissa Pyle, Helen Spencer, Alison Brabban, Graham Dunn, Tom Christodoulides, Rob Dudley, Nicola Chapman, Pauline Callcott, Tim Grace, Victoria Lumley, Laura Drage, Sarah Tully, Kerry Irving, Anna Cummings, Rory Byrne, Linda M Davies, Paul Hutton

Summary

Background Antipsychotic drugs are usually the first line of treatment for schizophrenia; however, many patients refuse or discontinue their pharmacological treatment. We aimed to establish whether cognitive therapy was effective in reducing psychiatric symptoms in people with schizophrenia spectrum disorders who had chosen not to take antipsychotic drugs.

Methods We did a single-blind randomised controlled trial at two UK centres between Feb 15, 2010, and May 30, 2013. Participants aged 16–65 years with schizophrenia spectrum disorders, who had chosen not to take antipsychotic drugs for psychosis, were randomly assigned (1:1), by a computerised system with permuted block sizes of four or six, to receive cognitive therapy plus treatment as usual, or treatment as usual alone. Randomisation was stratified by study site. Outcome assessors were masked to group allocation. Our primary outcome was total score on the positive and negative syndrome scale (PANSS), which we assessed at baseline, and at months 3, 6, 9, 12, 15, and 18. Analysis was by intention to treat, with an ANCOVA model adjusted for site, age, sex, and baseline symptoms. This study is registered as an International Standard Randomised Controlled Trial, number 29607432.

Published Online
February 6, 2014
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62000-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62000-0)

See Online/Commentary
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62000-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62000-0)

School of Psychology
Sciences
(Prof A P Morrison, M Pyle BSc, N Chapman D Clin Psychol, S Tully MSc, P Hutton PhD) and Centre for Biostatistics and Centre for Bioinformatics (Prof G Dunn PhD) Institute for Health Economics and Public Health

Psychological Interventions for Psychosis: A Meta-Analysis of Comparative Outcome Studies

David Trevor Turner, M.Sc.,
M.Sc.Res.

Mark van der Gaag, Ph.D.

Eirini Karyotaki, M.Sc.Res.

Pim Cuijpers, Ph.D.

Objective: Meta-analyses have demonstrated the efficacy of various interventions for psychosis, and a small number of studies have compared such interventions. The aim of this study was to provide further insight into the relative efficacy of psychological interventions for psychosis.

Method: Forty-eight outcome trials comparing psychological interventions for psychosis were identified. The comparisons included 3,295 participants. Categorization of interventions resulted in six interventions being compared against other interventions pooled. Hedges' g was calculated for all comparisons. Risk of bias was assessed using four items of the Cochrane risk of bias tool, and sensitivity analyses were conducted. Researcher allegiance was assessed, and sensitivity analyses were conducted for robust significant findings.

Results: Cognitive-behavioral therapy (CBT) was significantly more efficacious than

other interventions pooled in reducing positive symptoms ($g=0.16$). This finding was robust in all sensitivity analyses for risk of bias but lost significance in sensitivity analyses for researcher allegiance, which suffered from low power. Social skills training was significantly more efficacious in reducing negative symptoms ($g=0.27$). This finding was robust in sensitivity analyses for risk of bias and researcher allegiance. Significant findings for CBT, social skills training, and cognitive remediation for overall symptoms were not robust after sensitivity analyses. CBT was significantly more efficacious when compared directly with befriending for overall symptoms ($g=0.42$) and supportive counseling for positive symptoms ($g=0.23$).

Conclusions: There are small but reliable differences in efficacy between psychological interventions for psychosis, and they occur in a pattern consistent with the specific factors of particular interventions.

Ende und Diskussion
