

Dertig jaar psychosociale interventies bij schizofrenie

C. TAK, M.T. APPELO, R.J. VAN DEN BOSCH, D. WIERSMA

ACHTERGROND Er zijn veel psychosociale interventies die bij schizofrenie toegepast kunnen worden. De vraag is welke op wetenschappelijke evidentie gebaseerd zijn.

DOEL Dit artikel geeft een overzicht van 'the state of the art' met betrekking tot psychosociale interventies bij schizofrenie.

METHODE Om 'the state of the art' in beeld te krijgen, zijn in dertig jaargangen van acht toonaangevende tijdschriften op het gebied van de psychiatrie studies gezocht naar het effect van psychosociale interventies bij schizofrenie.

RESULTAAT In totaal werden er 73 studies gevonden.

CONCLUSIE Cognitieve gedragstherapie, psycho-educatie en socialevaardigheids- en probleemoplossingstraining in een ambulante setting dienen de kern te vormen van psychosociale interventies bij schizofrenie.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 2, 95-110]

TREFWOORDEN overzichtsartikel, psychosociale interventies, schizofrenie

Schizofrenie is een chronische ziekte waarmee patiënten kunnen leren leven. De basis van de behandeling is een medicamenteuze interventie gericht op het beperken van de psychotische ontregeling. Daarnaast kunnen psychosociale interventies worden toegepast om vooral de kwaliteit van leven te bevorderen. Patiënten, behandelaren, coördinatoren en managers zien zich hierbij geconfronteerd met een breed arsenaal aan mogelijkheden. Keuzes worden vaak gemaakt op basis van ervaring, persoonlijke voorkeur en beschikbaarheid van interventies. De overheid verplicht professionele hulpverleners echter steeds meer om een 'intuition-based'-beleid te verruilen voor een 'evidence-based'-praktijk. Daarvoor is een goed overzicht van effectieve interventies nodig.

Welke wetenschappelijke evidentie ligt ten grondslag aan de keuze voor een interventie?

Welke niet-medicamenteuze interventies zijn echt werkzaam bij schizofrenie? Om daar een antwoord op te krijgen is een literatuurinventarisatie uitgevoerd naar gecontroleerde psychosociale onderzoeken bij schizofrenie die tussen 1968 en 1997 zijn verschenen in acht gerenommeerde psychiatrische tijdschriften. De resultaten hiervan zijn ten slotte nog vergeleken met de conclusies van recente overzichten die ook onderzoeken uit andere tijdschriften samenvatten.

METHODE

Gebruikt zijn acht tijdschriften die in 1996 op het gebied van de psychiatrie een hoge citation ranking hadden (SCI Journal Citation Reports, 1996). In volgorde van hoogste naar laagste ranking gaat het om: *Archives of General Psychiatry*, *American Journal of Psychiatry*, *Journal of*

Clinical Psychopharmacology, *Journal of Clinical Psychiatry* (voor 1978: *Diseases of the Nervous System*), *British Journal of Psychiatry*, *Schizophrenia Research*, *Schizophrenia Bulletin* en *Psychological Medicine*.

Alle nummers van deze tijdschriften die zijn verschenen van 1968 tot en met 1997, werden elektronisch en met de hand doorzocht. Een onderzoek werd in het overzicht opgenomen wanneer (1) de doelgroep schizofrenie betrof, (2) er sprake was van statistische effectevaluatie van een inhoudelijk duidelijk omschreven niet-medicamenteuze, psychosociale interventie, en (3) er sprake was van een controleconditie of een baseline-meting. Elk onderzoek is vervolgens gescreend op (1) onderwerp, (2) onderzoekscondities, (3) aantal proefpersonen met een psychotische stoornis, (4) gebruikt classificatiesysteem, (5) afhankelijke variabelen, (6) statistische controle en (7) resultaten.

Overzichtsartikelen, ingezonden brieven, commentaren en samenvattingen werden niet geselecteerd. Een onderzoek werd niet in het overzicht opgenomen wanneer de uitgevoerde psychosociale interventies niet expliciet omschreven waren. Hierdoor zijn vooral enkele artikelen over *community treatment* en dagbehandeling buiten beschouwing gelaten. Ook gevalbeschrijvingen zijn niet in het overzicht opgenomen.

ALGEMENE BEVINDINGEN

De inventarisatie leverde 86 artikelen op die gezamenlijk over 73 verschillende onderzoeken gingen. Over drie onderzoeken zijn twee artikelen geschreven, over één onderzoek drie, en over twee onderzoeken vijf. In het *Journal of Clinical Psychopharmacology* werd geen enkel onderzoek gevonden. Het *British Journal of Psychiatry* is duidelijk koploper: 43 van de 86 artikelen (50%) zijn hierin gepubliceerd. Op de tweede plaats volgt *Archives of General Psychiatry* met 18 artikelen (21%). Daarna volgt *American Journal of Psychiatry* met 13 artikelen (15%). *Schizophrenia Bulletin*,

Journal of Clinical Psychiatry, *Psychological Medicine* en *Schizophrenia Research* sluiten de rij met respectievelijk 5 (6%), 4 (5%), 2 (2%) en 1 (1%) artikelen. In acht toonaangevende tijdschriften op het gebied van de psychiatrie zijn dus in de afgelopen dertig jaar slechts 2,9 artikelen per jaar verschenen over gecontroleerde onderzoeken naar psychosociale interventies bij schizofrenie. Dit is een gemiddelde van bijna 0,4 per tijdschrift per jaar.

Het overzicht betreft gecontroleerde onderzoeken. Waaruit bestonden de controlecondities? In 34% van de gevallen ($n = 25$) is er vergeleken met standaardzorg. Deze is lang niet altijd duidelijk geoperationaliseerd. Vaak betreft het een combinatie van medicatie en arbeids- of bezigheidstherapie. In 38% van de gevallen ($n = 28$) is de experimentele interventie vergeleken met een specifieke en duidelijk omschreven andere psychosociale of medicamenteuze interventie. Een baseline-meting of een wachtlijstconditie werd in 26% van de gevallen toegepast ($n = 19$). Eenmaal ging het om een vergelijking met nationale cijfers ($n = 1$; 1%).

Wat betreft het aantal proefpersonen per conditie ontstaat het beeld zoals weergegeven in tabel 1.

TABEL 1		
Aantal proefpersonen per onderzoeksconditie		
n per conditie	Aantal onderzoeken	% onderzoeken
<5	3	4
5-10	11	16
11-25	29	40
26-50	19	26
51-75	6	8
76-100	4	5
> 100	1	1
	n = 73	100%

De meeste onderzoeken (40%; $n = 29$) hebben tussen de 20 en 50 proefpersonen (tussen de 11 en 25

proefpersonen per conditie). In 30 onderzoeken (40%) zijn meer dan 50 proefpersonen (meer dan 25 per conditie) en 20% heeft 10 of minder proefpersonen per conditie. Zonder verdere berekeningen te doen kan op basis hiervan worden aangenomen dat de statistische kracht en generaliseerbaarheid van de resultaten in het algemeen laag is.

Met betrekking tot het classificatiesysteem geldt dat er tot ongeveer 1985 nauwelijks is vermeld hoe patiënten zijn geïdentificeerd. Daarna is er meer duidelijkheid en worden vooral de DSM-III(-R) en de ICD-10 gebruikt. Ook dit beperkt de generaliseerbaarheid van de resultaten.

De afhankelijke variabelen betreffen vrijwel altijd maten voor symptomen en algemeen (rol)functioneren. Niet zelden gaat het om onbekende of niet-gespecificeerde instrumenten. Deze worden vaak aangevuld met variabelen die specifiek gerelateerd zijn aan het doel van de experimentele interventie. Opvallend is het geringe aantal onderzoeken waarin de kosten van zorg zijn bepaald. (Hierbij kan worden opgemerkt dat deze variabele wel regelmatig wordt gemeten in onderzoeken over *community-treatment* en dagbehandeling die vanwege de afwezigheid van expliciet omschreven psychosociale interventies buiten dit onderzoek zijn gelaten.) Voor variabelen die de subjectieve beleving van patiënten operationaliseren, is helemaal weinig aandacht geweest.

Er is in de onderzoeken die in deze medische tijdschriften zijn gepubliceerd, weinig rekening gehouden met medicatie-effecten. Slechts in 36% van de gevallen ($n = 26$) is er gecontroleerd voor medicatie, al of niet in combinatie met andere variabelen. In 22% ($n = 16$) is er alleen voor niet-medicamenteuze onafhankelijke variabelen gecontroleerd. In totaal is er in 42% van de onderzoeken ($n = 31$) niet statistisch gecontroleerd voor variabelen waarop de condities voor aanvang van de interventie verschilden, is hierover niet gerapporteerd of is niet duidelijk of een statistische controle noodzakelijk was.

Samengevat kan worden opgemerkt dat er zeer weinig gecontroleerde onderzoeken naar psychosociale interventies bij schizofrenie zijn verschenen in de toonaangevende tijdschriften op het gebied van de psychiatrie. De onderzoeken die zijn verschenen, vertonen vaak methodologische tekortkomingen zoals een kleine proefgroep, onduidelijke classificatiecriteria en gebrekkige statistische controle. Bij het vaststellen van de effecten valt op dat er weinig aandacht wordt geschonken aan de kosten van zorg en aan de subjectieve beleving van patiënten. De resultaten van de onderzoeken moeten dan ook op voorhand met de nodige reserve worden geïnterpreteerd.

RESULTATEN

Voor een duidelijk overzicht zijn de 73 onderzoeken als volgt gecategoriseerd: (1) onderzoeken met betrekking tot trainingmethoden en vormen van bejegening ($n = 11$), (2) onderzoeken naar specifieke trainingen, therapieën of programmaonderdelen ($n = 27$), (3) onderzoek naar familie-interventies en psycho-educatie ($n = 25$), en (4) onderzoeken naar het effect van verschillende fysieke behandelcondities ($n = 10$).

METHODIEK EN BEJEGENING

In tabel 2 staan de onderzoeken naar bejegening en methodiek samengevat. Als belangrijkste bevinding geldt dat externe structuur door middel van voorgeschreven afdelingsprogramma's en klinische bekrachtigingsprogramma's tot conformistisch gedrag van patiënten binnen het ziekenhuis kan leiden. De effecten generaliseren echter niet buiten het ziekenhuis, en de structuur en de bekrachtigers hebben geen gunstig effect op symptomen. Het weghalen van de structuur lijkt een gunstig effect op de activiteit van patiënten te hebben en schept verwarring onder het personeel. Ten slotte lijken bij het leren van vaardigheden rollenspelen (een combinatie van modeling, imitatie en sociale bekrach-

TABEL 2 Methodiek en bejegening

Auteur / Jaar	Onderwerp / Vraag	Resultaat
Visher & O'Sullivan 1970	Effect van het weghalen van externe structuur (van een afdelingsprogramma) op symptomen en functioneren.	Patiënten worden actiever. Geen negatief effect op symptomen en functioneren. Personeel wordt onrustig, verliest controle.
Lubow 1971	Effect van taakvariatie op interactie tijdens arbeidstherapie.	Geen effect op sociale interacties.
Ludwig & Marx 1971	Effect van aandacht en structuur op gedrag in het ziekenhuis.	Combinatie van aandacht en structuur heeft positief effect op gedrag in het ziekenhuis.
Walker e.a. 1973	Effect van contingente bekrachtiging op productiviteit en sociaal gedrag.	Enig effect bij vooral slecht functionerende patiënten. Effect tijdens baseline-meting is groter dan tijdens interventie.
Baker e.a. 1974, 1977	Effect van <i>token economy</i> op gedrag en symptomen.	Geen (follow-up)effect.
Pattie e.a. 1975	Effect op werkprestatie van individuele stimulatie en begeleiding tijdens arbeidstherapie/werk.	Positief effect, maar niet meer dan taakvariatie.
Falloon e.a. 1977	Effect van rollenspelen, <i>modeling</i> en opdrachten op sociaal gedrag en maten voor welbevinden.	Geen generalisatie van effecten in de tijd. Rollenspel heeft de meeste toegevoegde waarde.
Griffiths & Gillingham 1978	Effect van <i>video-feedback</i> op zelfperceptie.	Kortdurend (zowel positief als negatief) effect.
Walker 1979	Effect van verschillende bekrachtigers tijdens een rehabilitatieprogramma op aanwezigheid en prestatie.	Bekrachtiger per product (loon naar prestatie) in combinatie met sociale bekrachtiging heeft meeste effect.
Higson e.a. 1985	Effect van maaltijden als bekrachtigers in een <i>token economy</i> m.b.t. eten en doelgedrag.	Meer maaltijden gegeten, geen effect op doelgedrag.
Li & Wang 1994	Effect van combinatie training, bekrachtiging en <i>token economy</i> op gedrag en symptomen.	Training en bekrachtiging hebben gunstig effect op gedrag en negatieve symptomen.

ting) een goede trainingsmethodiek te zijn. Samenvattend kan worden gesteld dat er geen goede argumenten zijn om voor het reduceren van symptomen en het verbeteren van het functioneren buiten de kliniek te werken met gestructureerde klinische programma's.

SPECIFIEKE INTERVENTIES

In tabel 3 staan de gecontroleerde onderzoek-

ken naar de effecten van specifieke trainingen, therapieën of programmaonderdelen samengevat. In grote lijnen kunnen effecten worden onderscheiden op symptomen en op functioneren.

De psychotische symptomen van patiënten met schizofrenie kunnen worden gereduceerd met antipsychotische medicatie, cognitieve gedragstherapie en kortdurend met aandachtsmanipulatie. Cognitieve gedragstherapie heeft

ook een gunstig effect op niet-psychotische symptomen en kan daarom worden toegepast bij het leren herkennen en omgaan met pre-psychotische signalen. Aandachtsmanipulatie, het geconcentreerd bezig zijn met talige informatie, leidt de aandacht van hallucinaties af en kan daarom een reductie van het lijden geven. Muziektherapie kan helpen om negatieve symptomen te reduceren.

Het functioneren van patiënten kan worden verbeterd met behulp van socialevaardigheidstraining en psychosociale therapie gericht op probleemoplossing. Het effect van socialevaardigheidstraining lijkt groter wanneer de patiënt minder negatieve symptomen heeft. Psychosociale therapie lijkt vooral effectief wanneer de patiënt in een gezin woont.

Het overzicht maakt ook duidelijk dat er geen wetenschappelijke evidentie is voor een specifiek effect op symptomen en functioneren van individuele of groepsgewijze psychotherapie, groepsbesprekingen, dramatherapie en bezigheidstherapie. Wel kunnen deze interventies een bijdrage leveren aan een toename van het welbevinden.

FAMILIE-INTERVENTIES EN PSYCHO-EDUCATIE

Het grootste deel van de artikelen is gewijd aan onderzoek naar het effect van gezinsinterventies en psycho-educatie. In tabel 4 worden de resultaten weergegeven.

De meeste onderzoeken zijn gericht op het beïnvloeden van het beloop, met name in termen van terugval en heropnames. Daarnaast wordt vooral gekeken naar het effect op het functioneren en de symptomen. Het effect van familieinterventies en psycho-educatie op *expressed emotion* (EE) wordt weinig gemeten. Wel wordt regelmatig een onderscheid gemaakt tussen het effect van een interventie bij gezinnen met een hoge, dan wel een lage EE-score.

De resultaten geven een eenduidig beeld. Psychologische interventies (educatie en train-

ing) bij patiënten en hun families hebben een gunstig effect op het beloop van de ziekte en op het functioneren van de patiënt. Ook zijn positieve effecten op de therapietrouw en het EE-klimaat vastgesteld. Het effect is vooral sterk bij ambulante toepassing van de training en educatie en het lijkt niet uit te maken of de interventies in groepen of apart per gezin worden gegeven. Alleen educatie werkt onvoldoende en socialevaardigheidstraining lijkt geen toegevoegde waarde te hebben.

FYSIEKE BEHANDELCONDITIES

Waar moet de behandeling van patiënten met schizofrenie plaatsvinden? In tabel 5 staan de resultaten samengevat van onderzoek naar fysieke behandelcondities. De conclusie is duidelijk: indien mogelijk moeten patiënten met schizofrenie ambulant worden behandeld en begeleid. Er zijn geen negatieve effecten van ambulante zorg gevonden op het beloop, het functioneren, de symptomen en de kosten van zorg, wanneer er wordt vergeleken met klinische condities. Wanneer een opname nodig is, heeft een open setting de voorkeur boven een gesloten setting.

VERGELIJKING MET ANDERE REVIEWS

Komen de resultaten zoals hier vermeld overeen met andere onderzoeken naar het effect van psychosociale interventies bij schizofrenie? Hoe is het beeld wanneer ook toonaangevende psychologische tijdschriften zoals *Psychological Bulletin* en *Psychological Review* bij het onderzoek worden betrokken? Om hier een indruk van te verkrijgen, zijn een recent internationaal en een nationaal overzicht geraadpleegd.

Met betrekking tot het internationale onderzoek is de *Cochrane Library* geraadpleegd. De *Cochrane Schizophrenia Group* (Adams e.a. 1998) maakt een overzicht van alle gerandomiseerde onderzoeken over schizofrenie en andere chronische psychotische stoornissen en draagt er zorg

TABEL 3		Specifieke interventies
Auteur / Jaar	Onderwerp / Vraag	Resultaat
McGee e.a. 1968	Effect van interpersoonlijke groepspsychotherapie op functioneren, symptomen en zelfwaardering.	Geen toegevoegde waarde t.o.v. standaardzorg m.b.t. functioneren en symptomen.
O'Brien e.a. 1972	Effect van individuele of groeps-ondersteunende therapie (ambulant) op symptomen en functioneren.	Wel toegevoegde waarde m.b.t. zelfwaardering. Groepstherapie heeft toegevoegde waarde. Tevens is er een positief specifiek effect van het 'als groep bij elkaar zijn'.
Paul e.a. 1972	Effect van onderhoudsmedicatie tijdens afdelingsprogramma op symptomen en functioneren.	Medicatie heeft positief effect op symptomen maar negatief effect op functioneren.
Hogarty & Goldberg 1973	Interactie-effect medicatie en rehabilitatieprogramma (roltraining) op symptomen en functioneren.	Effecten van rehabilitatie en medicatie vullen elkaar aan.
Claghorn e.a. 1974	Effect van de combinatie groepstherapie en medicatie op symptomen.	Groepstherapie heeft geen toegevoegde waarde m.b.t. symptoomreductie.
Maratos & Kennedy 1974	Effect van groepsbespreking (klinisch) op incidenten.	Regelmatige groepsbijeenkomst leidt tot reductie van incidenten op de afdeling.
Tuma e.a. 1978	Toegevoegde waarde van psychodynamische psychotherapie m.b.t. symptomen en functioneren.	Geen toegevoegde waarde t.o.v. medicamenteuze behandeling.
Margo e.a. 1981	Effect van auditieve input op auditieve hallucinaties.	Meer effect op tijdelijke reductie als de input interessanter is en er meer ingespannen naar wordt geluisterd.
Lehman e.a. 1982	Effect van psychotherapeutische klinische zorg op beloop en functioneren.	Geen toegevoegde waarde t.o.v. alleen medisch georiënteerde zorg. Langere opnameduur dan standaardzorg.
West e.a. 1982	Vergelijking discussiegroep versus activiteitengroep (klinisch); effect op symptomen.	Geen verschil.
James 1983	Reductie van auditieve hallucinaties door oordop of hardop-lezen.	Lezen heeft meer effect dan oordop.
Spencer e.a. 1983	Effect van dramatherapie en sociale-vaardigheidstraining op sociaal gedrag.	Aspecifieke verbeteringen in beide groepen. Geen generalisatie.
Milne 1984	Effect van vaardigheidstrainingsprogramma versus bezigheids-therapieprogramma op functioneren en symptomen.	Trainingsprogramma heeft positief effect, ook na een half jaar.
Liberman e.a. 1986	Klinisch effect van socialevaardigheidstraining op functioneren en symptomen.	Verbetering op beide variabelen tot een jaar follow-up.
Lukoff e.a. 1986	Effect van holistisch programma versus socialevaardigheidstraining m.b.t. beloop, functioneren en stress.	Geen verschillen in heropnames na twee jaar.
Liberman e.a. 1986		Symptoomreductie gelijk in beide groepen.

Auteur / Jaar	Onderwerp / Vraag	Resultaat
Bick & Kinsbourne 1987	Effect van oog-, hand-, mond- beweging op auditief hallucineren.	Mond openen geeft reductie. Ogen sluiten en vuist ballen niet.
Green 1990	Effect van subvocale spraak op auditief hallucineren.	Neuriën heeft meer effect dan vuist ballen en wenkbrauwen fronsen.
Eckman e.a. 1992	Effect van cognitief gedragsthera- peutisch symptoommanagement op symptomen en vaardigheden. Vergelijking met ondersteunende groepstherapie.	Beide hebben positief effect op symptomen. Symptoommanagement heeft gunstig effect op herkennen van en omgaan met waarschuwings- signalen (tot 1 jaar follow-up).
Tarrier e.a. 1993	Effect van cognitieve gedragstherapie op symptomen, coping en functioneren.	Positief effect (tot 6 maanden follow-up) op wanen en angst (niet op hallucinaties en depressie).
Garety e.a. 1994	Effect van cognitieve gedragstherapie op symptomen, stress en functioneren.	Na 6 maanden, ten opzichte van wachtlijst: positief effect op waanovertuiging, depressie, symptomen. Geen effect op stress en functioneren.
Liberman e.a. 1994	Effect van medicatiereductie en gedragstherapie op symptomen en functioneren.	Gunstig maar aspecifiek effect op activiteitsniveau.
Tang e.a. 1994	Effect van muziektherapie op symptomen en slaappatroon.	Gunstig effect op negatieve symptomen bij vooral hoger opgeleide patiënten.
Drury e.a. 1996	Effect van cognitieve gedragstherapie op positieve symptomen.	Snellere, langere en meer verbetering dan standaardzorg.
Marder e.a. 1996	Effect van vaardigheidstraining en medicatiemanagement op symptomen en functioneren in vergelijking met ondersteunende groepstherapie.	Vaardigheidstraining en medicatie- management hebben gunstig effect op functioneren.
Kopelowicz e.a. 1997	Effect van socialevaardigheidstraining op negatieve symptomen en vaardigheden. Vergelijking: patiënten met ernstige en met minder ernstige negatieve symptomen.	Geen effecten bij patiënten met een 'defect'. Bij 'non-defect'-patiënten: positief effect op vaardigheden tot 6 maanden follow-up.
Kuipers e.a. 1997	Effect van cognitieve gedragstherapie op symptomen, functioneren, inzicht en zelfbeleving.	Gunstig effect op symptomen.
Hogarty e.a. 1997	Effect van individuele psychosociale therapie op terugval, symptomen en functioneren. Vergelijking met ondersteunende gesprekken en gezins- interventies.	Na drie jaar: Terugval: positief effect bij patiënten die bij gezin wonen. Meer terugval bij patiënten die zelfstandig wonen. Symptomen: effect gunstiger als patiënt bij gezin woont. Functioneren: gunstig en langdurig effect.

TABEL 4 Familie-interventie en psycho-educatie		
Auteur / Jaar	Onderwerp / Vraag	Resultaat
Langsley e.a. 1971	Effect van ambulante gezinscrisis-therapie op beloop en functioneren.	Minstens even effectief als opname m.b.t. algemeen functioneren. Beter m.b.t. heropnames en crisismanagement.
Jacobs & Trick 1974	Effect van gedragstraining bij patiënt en gezin op heropnames.	Positief effect op voorkomen van heropnames.
Goldstein e.a. 1978 King & Goldstein 1979	Effect van ambulante gezinscrisis-therapie en medicatie tijdens nazorg op symptomen en functioneren.	Combinatie van therapie en medicatie heeft meeste effect.
Leff e.a. 1982, 1984, 1985	Effect van psycho-educatie en gezinsgroepen op EE, terugval en kwaliteit van leven.	Langdurig positief effect op EE, terugval en (medicamenteuze) therapietrouw.
Sturgeon e.a. 1984	Interventies gericht op EE-reductie bij gezinnen met hoge en lage EE-score; effect op terugval/decompensaties.	Minder terugval in beide condities.
Glick e.a. 1985, 1990 Haas e.a. 1988, 1990 Spencer e.a. 1988	Effect van klinische gezinsinterventies op functioneren, beloop en interactie.	Vrouwelijke patiënten profiteren het meest m.b.t. beloop en functioneren. Gezinnen krijgen een positievere attitude t.a.v. patiënten.
Falloon e.a. 1985a, 1985b, 1987 Doane e.a. 1985, 1986	Effect van gezinsinterventie en casemanagement m.b.t. beloop.	Gezinsinterventie heeft gunstig effect op opnames, symptomen, medicatiedosering en sociaal functioneren (tot 2 jaar follow-up). Negatieve affectieve stijl van gezin kan vooral bij casemanagement een negatief effect hebben.
Hogarty e.a. 1986, 1991	(Twee jaar follow-up)effect van gezinspsycho-educatie versus individuele socialevaardigheids-training op gedrag en terugval.	Gezinspsycho-educatie heeft betere resultaten. Socialevaardigheidstraining heeft geen toegevoegde waarde.
Tarrier e.a. 1988	Effect van verschillende vormen van gezinsinterventie op terugval.	Alleen educatie heeft geen effect op terugval. In combinatie met doelstellen en stressmanagement wel positief effect.
Leff e.a. 1989	Effect van combinatie psycho-educatie met gezinstherapie of met gezinsgroepen op EE, beloop en functioneren.	Beide interventies zijn effectief.
McCarthy e.a. 1989	Effect van gezinsinterventies (EE- en copingtraining) op EE, functioneren en symptomen.	Meer effect dan standaardzorg.
Rea e.a. 1991	Effect van gezinsinterventies op copingstijl van de patiënt en beloop.	Effect op copingstijl is onduidelijk. Positief effect op recidive.
Tarrier e.a. 1991	Effect van gezinsinterventies op kosten van zorg.	Bij hoog-EE-gezinnen is de interventie kostenbesparend.

Auteur / Jaar	Onderwerp / Vraag	Resultaat
Birchwood e.a. 1992	Effect van psycho-educatie op kennis en attitude.	Positieve effecten. Huiswerk heeft geen toegevoegde waarde.
Wallace e.a. 1992	Effect van educatiemodules op kennis en vaardigheden bij patiënten. Overdraagbaarheid ervan op personeel (modulen: medicatie, vrije tijd, zelfzorg).	Kennis en vaardigheid neemt toe bij patiënten (tot 1 jaar follow-up). Modulen zijn goed over te dragen.
Brooker e.a. 1994	Effect van psychosociale training van gezinnen door verpleegkundigen op symptomen, functioneren en welbevinden.	Gunstig effect op alle variabelen.
Randolph e.a. 1994	Effect van gedragsmatige gezinsinterventies op symptomen, EE en heropnames.	Na een jaar: betere resultaten dan standaardzorg, op symptomen en EE. Geen verschil in heropnames.
Xiong e.a. 1994	Effect van gezinsinterventies op symptomen, functioneren en beloop.	Tot een jaar follow-up over de gehele linie betere resultaten dan standaardzorg.
Zhang e.a. 1994	Effect van gezinsinterventies op symptomen, functioneren en beloop bij patiënten met een eerste psychose.	Over de gehele linie betere resultaten dan standaardzorg
McFarlane 1995	Gezinsinterventies: per gezin of in groepen? Effect op symptomen, beloop, functioneren, medicatietrouw.	Na twee jaar: groepsconditie langere psychosevrije episodes. Overigens geen verschillen. (Medicatietrouw voorspelt terugval.)
Telles e.a. 1995	Effect van gedragsmatige gezinsinterventies (klinisch) op symptomen en terugval, vergeleken met casemanagement.	Na een jaar: geen verschillen tussen de condities.
Atkinson e.a. 1996	Effect van educatie en training in probleemoplossing bij patiënten, op functioneren en kwaliteit van leven	Positief effect op functioneren en medicatietrouw.
Linszen e.a. 1996	Toegevoegde waarde van gezinsinterventies op klinisch-resocialisatieprogramma. Effect op symptomen en terugval.	Geen toegevoegde waarde bij patiënten met eerste psychose. Geen verschillen tussen gezinnen met hoge en lage EE-score.
MacPherson e.a. 1996	Effect van 1 of 3 sessies medicatie-educatie op medicatietrouw en kennis.	Drie sessies hebben meer effect op kennis. Geen effecten op medicatietrouw.
Solomon e.a. 1996	Psycho-educatie voor gezinnen: per gezin of in groepen? Effect op zelfvertrouwen.	Beide condities effectief.

voor dat dit overzicht actueel en via cd-rom en Internet beschikbaar blijft (<http://cochrane.co.uk/info/abstracts/abidx.htm#Go6@>). In 1998 zijn ongeveer 4000 gerandomiseerde onderzoeken samengevat met als oudste een onderzoek uit 1948. Het overzicht betreft reviews over alle

onderwerpen: medicatieonderzoek, psychosociale hulpverlening en politieke en financiële kwesties.

Net als in ons eigen onderzoek merken Adams e.a. op dat er methodologisch vaak veel op het onderzoek is aan te merken. Tot nu toe kan er

TABEL 5		Fysieke behandelcondities
Auteur / Jaar	Onderwerp / Vraag	Resultaat
Marx e.a. 1973	Effect van ambulante, thuis- of klinische zorg op autonomie, symptomen en zelfwaardering.	Ambulante patiënten blijven autonomer. Geen verschil m.b.t. symptomen en zelfwaardering.
Levenson e.a. 1977	Ambulante of klinische behandeling bij acute psychose; effect op symptomen en kosten.	Geen verschil m.b.t. (duur van) herstel en symptomen. Ambulant is goedkoper.
Seeman 1978	Poliklinische nazorg of bij vrij gevestigde psychiater; effect op activiteiten en hospitalisatie.	Poliklinische zorg beter op beide variabelen.
Guidry e.a. 1979	Dag- of klinische behandeling bij chronische schizofrenie; effect op (lengte van) heropnames en kosten.	Dagbehandeling op alle variabelen beter.
May e.a. 1981	Follow-oupeffect op functioneren en zorgconsumptie van verschillende klinische zorgvormen (standaardzorg+): medicatie, ECT, individuele en groeps-psychotherapie.	Geen verschillen.
Hoult 1986	Ambulante versus klinische zorg: effect op symptomen, beloop en kosten.	Ambulante zorg op alle variabelen beter.
Fan e.a. 1994	Gesloten standaardzorg of open opname met rehabilitatie: effect op functioneren.	Open opname met rehabilitatieprogramma leidt tot beter functioneren.
Jin 1994	Gesloten standaardzorg of open opname met activiteitenprogramma: effect op symptomen.	Open opname met activiteitenprogramma leidt tot minder symptomen en lagere medicatiedosering.
Zhang e.a. 1994	Ambulante versus klinische zorg: effect op symptomen, functioneren en heropnames.	Effect gunstig voor alle drie de variabelen.
Sledge e.a. 1996	Crisisinterventie: dagklinisch of klinisch? Effect op symptomen, functioneren, satisfactie.	Na twee jaar: geen verschillen.

volgens hen daarom nog maar heel weinig met zekerheid worden gezegd over de behandeling van chronische psychotische stoornissen. Vaak is wel duidelijk dat een bepaalde interventie kan werken bij een duidelijk afgebakende subgroep van patiënten, maar niet of deze in de dagelijkse praktijk echt relevant is voor de zo heterogene doelgroep. De generaliseerbaarheid van veel

onderzoeksresultaten laat dus te wensen over. Ook uiten de auteurs forse kritiek op de gebruikte meetinstrumenten: ‘... outcomes are often measured by scales that even researchers do not fully understand ...’ (Adams e.a. 1998, p. 186).

Met betrekking tot psychosociale interventies geeft de *Cochrane Library* overzichten over cognitieve gedragstherapie (Jones e.a. 1998),

gezinsinterventies (Mari & Streiner 1996), crisisinterventies (Joy e.a. 1998), thuiszorg (Marshall & Lochwood 1998), casemanagement (Marshall e.a. 1997) en vaardigheidstrainingsprogramma's (Nicol e.a. 1998).

In het overzicht over cognitieve gedragstherapie wordt geconcludeerd dat deze interventie bijdraagt aan terugvalpreventie en waarschijnlijk een positief effect heeft op symptomen en het functioneren van patiënten met schizofrenie.

Met betrekking tot gezinsinterventies wordt geconcludeerd dat deze interventie duidelijk een positief effect heeft op terugval, heropnames en medicamenteuze therapietrouw. Ook verhoogt ze de kans dat patiënten reguliere dagactiviteiten vinden en houden. Volgens de auteurs is het effect op *expressed emotion*, de last voor familieleden en het voorkomen van suïcide nog niet onomstotelijk aangetoond. Met betrekking tot de positieve invloed van gezinsinterventies op *expressed emotion* is deze conclusie in strijd met veel andere bevindingen (zie bijvoorbeeld het overzichtsartikel van Penn & Mueser 1996).

Thuiszorg en ambulante crisisinterventie verdienen volgens de desbetreffende reviews de voorkeur boven klinische opname. De niet-klinische interventies leiden tot kortere opnames en tot meer satisfactie van en reguliere dagactiviteiten door patiënten. Bovendien zijn deze zorgvormen waarschijnlijk goedkoper en minder belastend voor de patiënt en diens sociale netwerk (zie ook Wiersma e.a. 1995). Er is geen nadelig effect op de symptomen vastgesteld en de patiënten zijn geneigd tot meer therapietrouw. Overigens kan hierbij worden opgemerkt dat in het onderzoek naar het effect van niet-klinische zorgvormen vaak een vergelijking wordt gemaakt met klassieke verblijfsafdelingen waar minder personeel en middelen zijn en weinig of geen behandeling en doelgerichte begeleiding plaatsvinden.

Casemanagement is volgens de auteurs veel minder effectief dan wordt gepropageerd. Uit het overzicht blijkt dat het slechts tot een kleine verbetering leidt bij het aantal patiënten dat in zorg blijft. Verder leidt het tot meer en langere opna-

mes en is er geen positief effect op symptomen, functioneren en kwaliteit van leven aangetoond.

Over de vaardigheidstrainingsprogramma's formuleren de auteurs geen conclusies. Daarvoor werden er te weinig methodologisch verantwoorde onderzoeken gevonden. De auteurs vragen zich daarom af of het nog wel ethisch verantwoord is om allerlei programma's toe te passen zonder dat dit wordt begeleid door gerandomiseerd onderzoek.

In Nederland is door het Trimbos-instituut een overzicht gemaakt van meta-analyses en overzichtsartikelen van interventies bij schizofrenie in de jaren 1965 tot en met 1993 (Van Gageldonk 1997). Geconcludeerd wordt dat er geen of onvoldoende wetenschappelijk bewijs is gevonden voor het effect van individuele of groepspsychotherapie. Positieve resultaten zijn gevonden bij arbeidsrehabilitatie en ambulante of thuiszorg in vergelijking met klinische zorg, hoewel onduidelijk blijft wat de specifieke effecten zijn. Specifieke positieve resultaten treden op bij gezinsgerichte interventies zoals educatie, discussiegroepen, trainingen in probleemoplossing en bij socialevaardigheidstraining. De effecten van gezinsgerichte interventies betreffen vooral de kans op terugval. Socialevaardigheidstraining heeft een specifiek gunstig effect op de getrainde vaardigheden en op sociale angst.

CONCLUSIE: WELKE PSYCHOSOCIALE INTERVENTIES WERKEN BIJ SCHIZOFRENIE?

De overzichten van ons onderzoek, de reviews van de *Cochrane Library* en het overzicht van het Trimbos-instituut komen in grote lijnen overeen.


De psychosociale behandeling van patiënten met schizofrenie kan in principe ambulante of door middel van thuiszorg plaatsvinden. Om symptomen te reduceren kan naast medicatie gebruik worden gemaakt van muziektherapie (bij negatieve symptomen), aandachtsmanipulatie en vooral van cognitieve gedragstherapie.

Deze interventie heeft ook een gunstige invloed op het beloop.

Het beloop, in termen van heropnames en terugval, wordt ook gunstig beïnvloed door (ambulante) psycho-educatie en training in probleemoplossing van patiënten en hun gezinnen. Deze interventie heeft ook een gunstig effect op de medicamenteuze therapietrouw en op het algemeen functioneren van de patiënt.

Naast psychosociale therapie of training in probleemoplossing heeft ook socialevaardigheidstraining een positieve invloed op het functioneren. De eerste vorm van training heeft vooral een algemeen effect. Socialevaardigheidstraining heeft meer specifiek invloed op de vormen van gedrag en de situaties die tijdens de training aan bod zijn gekomen.

Concluderend kan daarom worden gesteld dat het volgende basispakket aan psychosociale zorg het meest kan steunen op wetenschappelijke evidentie: thuiszorg en een ambulante behandeling met cognitieve gedragstherapie en socialevaardigheidstraining voor de patiënt, en psycho-educatie en training in probleemoplossing voor de patiënt en diens sociale netwerk.

 Dit onderzoek werd mogelijk gemaakt door subsidies van de Stichting GGZ Groningen en het Academisch Ziekenhuis Groningen.

LITERATUUR

- Adams, C., Duggan, L., Wahlbeck, K., e.a. (1998). The Cochrane Schizophrenia Group. *Schizophrenia Research*, 33, 185-186.
- Atkinson, J.M., Coia, D.A., Gilmour, W.H., e.a. (1996). The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life. *British Journal of Psychiatry*, 168, 199-204.
- Baker, R., Hall, J.N., & Hutchinson, K. (1974). A Token Economy project with chronic schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 124, 367-384.
- Baker, R., Hutchinson, K., & Bridge, G. (1977). Symptom changes in chronic schizophrenic patients on a Token Economy: A controlled experiment. *British Journal of Psychiatry*, 131, 381-393.
- Bick, P.A., & Kinsbourne, M. (1987). Auditory hallucinations and subvocal speech in schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*, 144, 222-225.
- Birchwood, M., Smith, J., & Cochrane, R. (1992). Specific and non-specific effects of educational intervention for families living with schizophrenia. A comparison of three methods. *British Journal of Psychiatry*, 160, 806-814.
- Brooker, C., Falloon, I.R.H., Butterworth, A., e.a. (1994). The outcome of training community psychiatric nurses to deliver psychosocial intervention. *British Journal of Psychiatry*, 165 (suppl. 24), 222-230.
- Claghorn, J.L., Johnstone, E.E., Cook, T.H., e.a. (1974). Group therapy and maintenance treatment of schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*, 31, 361-365.
- Doane, J.A., Falloon, I.R.H., Goldstein, M.J., e.a. (1985). Parental affective style and the treatment of schizophrenia. Predicting course and outcome of illness and social functioning. *Archives of General Psychiatry*, 42, 34-42.
- Doane, J.A., Goldstein, M.J., Miklowitz, D.J., e.a. (1986). The impact of individual and family treatment on the affective climate of families of schizophrenics. *British Journal of Psychiatry*, 148, 279-287.
- Drury, V., Birchwood, M., Cochrane, R., e.a. (1996). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: A controlled trial. Impact on psychotic symptoms & Impact on recovery time. *British Journal of Psychiatry*, 169, 593-607.
- Eckman, T.A., Wirshing, W.C., Marder, S.R., e.a. (1992). Technique for training schizophrenic patients in illness self-management: A controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1, 1549-1555.
- Falloon, I.R.H., Lindley, P., McDonald, R., e.a. (1977). Social skills training of out-patient groups. A controlled study of rehearsal and homework. *British Journal of Psychiatry*, 131, 599-609.
- Falloon, I.R.H., Boyd, J.L., McGill, C.W., e.a. (1985a). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia. Clinical outcome of a two-year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 42, 887-896.
- Falloon, I.R.H., McGill, C.W., Boyd, J.L., e.a. (1987). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: Social outcome of a two-year longitudinal study. *Psychological Medicine*, 17, 59-66.
- Falloon, I.R.H., & Pederson, J. (1985b). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: The adjustment of the family unit. *British Journal of Psychiatry*, 147, 156-163.
- Fan, Z., Huang, J., Wu, Q., e.a. (1994). Comparison of a standard

- locked-ward treatment versus open-ward rehabilitation treatment for chronic schizophrenic patients. A one-year controlled trial in Canton. *British Journal of Psychiatry*, 165 (suppl. 24), 45-51, 1994.
- Gageldonk, A. van (1997). *Het effect van interventies bij schizofrenie. Overzicht van meta-analyses en reviews*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Garety, P.A., Kuipers, L., Fowler, D., e.a. (1994). Cognitive behavioural therapy for drug-resistant psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 67, 259-271.
- Glick, I.D., Clarkin, J.F., Spencer, M.D., e.a. (1985). A controlled evaluation of inpatient family intervention. I. Preliminary results of the six-month follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 42, 882-886.
- Glick, I.D., Clarkin, J.F., Spencer, M.D., e.a. (1990). A randomized clinical trial of inpatient family intervention. IV. Follow-up results for subjects with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 3, 187-200.
- Goldstein, M.J., Rodnick, E.H., Evans, J.R., e.a. (1978). Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*, 35, 1169-1177.
- Green, M.F. (1990). Subvocal activity and auditory hallucinations: Clues for behavioral treatments? *Schizophrenia Bulletin*, 16, 4, 617-625.
- Griffiths, R.D.P., & Gillingham, P. (1978). The influence of videotape feedback on the self-assessments of psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry*, 183, 156-161.
- Guidry, L.S., Winstead, D.K., Levine, M., e.a. (1979). Evaluation of day treatment center effectiveness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 40, 221-224.
- Haas, G.L., Glick, I.D., Clarkin, J.F., e.a. (1988). Inpatient family intervention: A randomized clinical trial. II. Results at hospital discharge. *Archives of General Psychiatry*, 45, 217-224.
- Haas, G.L., Glick, I.D., Clarkin, J.F., e.a. (1990). Gender and schizophrenia outcome: A clinical trial of an inpatient family intervention. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 2, 277-292.
- Higson, P.J., Woods, P.A., Tannahill, M.M., e.a. (1985). The role of meals as a reinforcing event in a Token Economy programme. *British Journal of Psychiatry*, 147, 170-174.
- Hogarty, G.E., & Goldberg, S.C. (1973). Group versus individual psychotherapy with schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*, 28, 54-65.
- Hogarty, G.E., Anderson, C.M., Reiss, D.J., e.a. (1986). The Environmental-Personal Indicators in the Course of Schizophrenia (EPICS) Research Group: Family psycho-education, social skills training, and maintenance chemo-therapy in the after-care treatment of schizophrenia. II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Archives of General Psychiatry*, 43, 633-642.
- Hogarty, G.E., Anderson, C.M., Reiss, D.J., e.a. (1991). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Archives of General Psychiatry*, 48, 341-347.
- Hogarty, G.E., Kornblith, S.J., Greenwald, D., e.a. (1997). Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family. I. Description of study and effects on relapse rates. *American Journal of Psychiatry*, 154, 11, 1504-1513.
- Hoult, J. (1986). Community care of the acutely mentally ill. *British Journal of Psychiatry*, 149, 137-144.
- Jacobs, M.K., & Trick, O.L. (1974). Successful psychiatric rehabilitation using an inpatient teaching labory. A one-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 113, 2, 145-148.
- James, D.A.E. (1983). The experimental treatment of two cases of auditory hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, 143, 515-516.
- Jin, Z. (1994). Effect of an open-door policy combined with a structured activity programme on the residual symptoms of schizophrenic in-patients. A six-month randomised controlled trial in Yanbian, Jilin. *British Journal of Psychiatry*, 165 (suppl. 24), 52-57.
- Jones, C., Cormac, I., Mota, J., e.a. (1998). Cognitive-behaviour therapy for schizophrenia. *Cochrane Library*, complete reviews.
- Joy, C.B., Adams, C.E., & Rice, K. (1998). Crisis intervention for severe mental illnesses. *Cochrane Library*, complete reviews.
- King, C.E., & Goldstein, M.J. (1979). Therapist ratings of achievement of objectives in psychotherapy with acute schizophrenics. *Schizophrenia Bulletin*, 5, 1, 118-129.
- Kopelowitz, A., Liberman, R.P., Mintz, J., e.a. (1997). Comparison of efficacy of social skills training for deficit and non-deficit negative symptoms in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 154, 3, 424-425.
- Kuipers, E., Garety, P., Fowler, D., e.a. (1997). London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. I. Effects of the treatment phase. *British Journal of Psychiatry*, 171, 319-327.
- Langsley, D.G., Machotka, P., & Flomenhaft, K. (1971). Avoiding hospital admission: A follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 127, 10, 1391-1394.

- Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., e.a. (1982). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 141, 121-134.
- Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., e.a. (1984). Psychosocial relevance and benefit of neuroleptic maintenance: Experience in the United Kingdom. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, 5, 2, 43-49.
- Leff, J., Berkowitz, R., Shavit, N., e.a. (1989). A trial of family therapy versus relatives group for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 154, 58-66.
- Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., e.a. (1985). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: Two year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 146, 594-600.
- Lehman, F., Strauss, J.S., Ritzler, B.A., e.a. (1982). First-admission psychiatric ward milieu. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1293-1298.
- Levenson, A.J., Charles, M.D., Sermas, C.E., e.a. (1977). Acute schizophrenia: An efficacious outpatient treatment approach as an alternative to full-time hospitalization. *Diseases of the Nervous System*, 4, 242-245.
- Li, F., & Wang, M. (1994). A behavioural training programme for chronic schizophrenic patients. A three-month randomised controlled trial in Beijing. *British Journal of Psychiatry*, 165 (suppl. 24), 32-37.
- Lieberman, R.P., Mueser, K.T., & Wallace, C.J. (1986). Social skills training for schizophrenic individuals at risk for relapse. *American Journal of Psychiatry*, 143, 4, 523-526.
- Lieberman, R.P., van Putten, T., Marshall, B.D., e.a. (1994). Optimal drug and behavior therapy for treatment-refractory schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*, 151, 5, 756-759.
- Linszen, D., Dingemans, P., van der Does, J.W., e.a. (1996). Treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenic disorders. *Psychological Medicine*, 26, 333-342.
- Lubow, B.K. (1971). Work-flow influences on the interaction of schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*, 25, 155-160.
- Ludwig, A.M., & Marx, A.J. (1971). The response of chronic schizophrenics to attention and structure. *British Journal of Psychiatry*, 118, 447-450.
- Lukoff, D., Wallace, C.J., Lieberman, R.P., e.a. (1986). A holistic program for chronic schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 2, 274-282.
- MacPherson, W.R., Jerrom, B., & Hughes, A. (1996). A controlled study of education about drug treatment in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 168, 709-717.
- Maratos, J., & Kennedy, M.J. (1974). Evaluation of ward group meetings in a psychiatric unit of a general hospital. *British Journal of Psychiatry*, 125, 479-482.
- Marder, S.R., Wirshing, W.C., Mintz, J., e.a. (1996). Two-year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1585-1592.
- Margo, A., Hemsley, D.R., Slade, P.D. (1981). The effects of varying auditory input on schizophrenic hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, 139, 122-127.
- Mari, J.J., & Streiner, D. (1996). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Library*, complete reviews.
- Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A., e.a. (1997). Casemanagement for people with severe mental disorders. *Cochrane Library*, complete reviews.
- Marshall, M., & Lochwood, A. (1998). Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Library*, complete reviews.
- Marx, A.J., Test, M.A., & Stein, L.A. (1973). Extrahospital management of severe mental illness. Feasibility and effects of social functioning. *Archives of General Psychiatry*, 29, 505-511.
- May, P.R.A., Tuma, A.H., Dixon, W.J., e.a. (1981). Schizophrenia: A follow-up study of the results of five forms of treatment. *Archives of General Psychiatry*, 38, 777-784.
- McCarthy, B., Kuipers, L., Hurry, J., e.a. (1989). Counselling the relatives of the long-term adult mentally ill. I. Evaluation of the impact on relatives and patients. *British Journal of Psychiatry*, 154, 768-775.
- McFarlane, W.R., Lukens, E., Link, B., e.a. (1995). Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 52, 679-687.
- McGee, T.F., Williams, M., Racusen, F.R., e.a. (1968). Further evaluation of small group living program with schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*, 19, 717-726.
- Milne, D. (1984). A comparative evaluation of two psychiatric day hospitals. *British Journal of Psychiatry*, 145, 533-537.
- Nicol, M.M., Robertson, L., & Connaughton, J.A. (1998). Life skills programmes for people with chronic mental illnesses. *Cochrane Library*, complete reviews.
- O'Brien, C.P., Kamm, K.B., Ray, B., e.a. (1972). Group versus individual psychotherapy with schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*, 27, 474-478.
- Pattie, A., Williams, A., Emery, D. (1975). Helping the chronic psychiatric patient in an industrial therapy setting. *British Journal of Psychiatry*, 126, 30-33.
- Paul, G.L., Tobias, L.L., & Holly, B.L. (1972). Maintenance psycho-

- tropic drugs in the presence of active treatment programs. *Archives of General Psychiatry*, 27, 106-115.
- Penn, D.L., & Mueser, K.T. (1996). Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 153, 5, 607-617.
- Randolph, E.T., Spencer, E.T.H., Glynn, S.M., e.a. (1994). Behavioural family management in schizophrenia. Outcome of a clinic-based intervention. *British Journal of Psychiatry*, 164, 501-506.
- Rea, M.M., Strachan, A.M., Goldstein, M.J., e.a. (1991). Changes in patient coping style following individual and family treatment for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 158, 642-647.
- SCI Journal Citation Reports: Subject Category Listing 1996.
- Seeman, M.V. (1978). Clinic versus private treatment of psychosis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 3, 213-215.
- Sledge, W.H., Tebes, J., Rakfeldt, J., e.a. (1996). Day hospital/crisis respite care versus inpatient care. I. Clinical outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 153, 8, 1065-1073.
- Solomon, P., Draine, J., Mannion, E. (1996). Impact of brief family psychoeducation on self-efficacy. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 1, 41-50.
- Spencer, P.G., Gillespie, C.R., & Ekisa, E.G. (1983). A controlled comparison of the effects of social skills training and remedial drama on the conversational skills of chronic schizophrenic inpatients. *British Journal of Psychiatry*, 143, 165-172.
- Spencer, J.H., Glick, I.D., Haas, G.L., e.a. (1988). A randomized clinical trial of inpatient family intervention. III. Effects at 6-month and 18-month follow-ups. *American Journal of Psychiatry*, 145, 9, 1115-1121.
- Sturgeon, D., Turpin, G., Kuipers, L., e.a. (1984). Psychophysiological response of schizophrenic patients to high and low expressed emotion relatives: A follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 145, 62-69.
- Tang, W., Yao, X., & Zheng, Z. (1994). Rehabilitative effect of music therapy for residual schizophrenia. A one-month randomised controlled trial in Shanghai. *British Journal of Psychiatry*, 165 (suppl. 24), 38-44.
- Tarrier, N., Barroclough, C., Vaughn, C., e.a. (1988). The community management of schizophrenia. A controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *British Journal of Psychiatry*, 153, 532-542.
- Tarrier, N., Lawson, K., & Barroclough, C. (1991). Some aspects of family interventions in schizophrenia. II. Financial considerations. *British Journal of Psychiatry*, 159, 481-484.
- Tarrier, N., Beckett, R., Harwood, S., e.a. (1993). A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients. I. Outcome. *British Journal of Psychiatry*, 162, 524-532.
- Telles, C., Karno, M., Mintz, J., e.a. (1995). Immigrant families coping with schizophrenia. Behavioural family intervention versus casemanagement with a low-income Spanish-speaking population. *British Journal of Psychiatry*, 167, 473-479.
- Tuma, A.H., May, P.R.A., Yale, C., e.a. (1978). Therapist characteristics and the outcome of treatment in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 35, 81-85.
- Visher, J.S., & O'Sullivan, M. (1970). Nurse and patient responses to a study of milieu therapy. *American Journal of Psychiatry*, 127, 4, 451-456.
- Walker, L.G., Adamson, F.A., Alexander, D.A., e.a. (1973). A negative correlation between improved production in psychiatric rehabilitation and social behaviour outside. *British Journal of Psychiatry*, 123, 409-412.
- Walker, L.G. (1979). The effect of some incentives on the work performance of psychiatric patients at a rehabilitation workshop. *British Journal of Psychiatry*, 134, 427-435.
- Wallace, C.J., Liberman, R.P., McKain, S.J., e.a. (1992). Effectiveness and replicability of modules for teaching social and instrumental skills to the sincerely mentally ill. *American Journal of Psychiatry*, 149, 5, 654-658.
- West, E.D., Jackson, A., Physentides, A., e.a. (1982). Randomized comparative trial of a ward discussion group. *British Journal of Psychiatry*, 141, 76-80.
- Wiersma, D., Kluiter, H., Nienhuis, F.J., e.a. (1995). Costs and benefits of hospital and day treatment with community care of affective and schizophrenic disorders. *British Journal of Psychiatry*, 166 (suppl. 27), 52-59.
- Xiong, W., Phillips, M.R., Hu, X., e.a. (1994). Family-based intervention for schizophrenic patients in Chona. A randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 165, 239-247.
- Zhang, M., Yan, H., & Phillips, M.R. (1994). Community-based psychiatric rehabilitation in Shanghai. Facilities, services, outcome, and culture-specific characteristics. *British Journal of Psychiatry*, 165, 24, 70-79.
- Zhang, M., Wang, M., Li, J.J., e.a. (1994). Randomized-control trial of family intervention for 78 first-episode male schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 165, 24, 96-102.

AUTEURS

C. TAK, psycholoog, is verbonden aan de afdeling Psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Groningen/de Discipline-groep Psychiatrie van de Rijks Universiteit Groningen en aan de Stichting GGZ Groningen.

M. APPELO, GZ-psycholoog, is verbonden aan de Stichting GGZ Groningen en de afdeling Klinische Psychologie van de Rijks Universiteit Groningen.

R.J. VAN DEN BOSCH, psychiater/hoogleraar psychiatrie,

en D. WIERSMA, socioloog, zijn verbonden aan de afdeling Psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Groningen/de Disciplinegroep Psychiatrie van de Rijks Universiteit Groningen.

Correspondentieadres: dr. M.T. Appelo, GGZ Groningen, locatie Groningen, Postbus 86, 9700 AB Groningen, telefoon: (050) 5223285, fax: (050) 5264664.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 3-6-1999.

SUMMARY Thirty years of psychosocial interventions in schizophrenia – C. Tak, M.T. Appelo, R.J. van den Bosch, D. Wiersma –

BACKGROUND Many different psychosocial interventions in schizophrenia exist. But which are based on scientific evidence?

AIMS To identify the state of the art with regard to psychosocial interventions in schizophrenia.

METHODS Thirty years of research regarding non-medical interventions in schizophrenia are reviewed. The eight psychiatric journals with the highest citation ranking in 1996 were used for this purpose.

RESULTS Seventy-three studies were found.

CONCLUSIONS There is scientific evidence to conclude that the core of psychosocial interventions in schizophrenia consists of community based care, cognitive behavioural therapy, psycho-educations and social and problem-solving skills training.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 2, 95-110]

KEYWORDS psychosocial interventions, review, schizophrenia