

Effectiviteit van individuele psychotherapie bij schizofrenie

Een overzicht van recent onderzoek

L. DE HAAN, J.M. BAKKER

DOEL Overzicht van de recente literatuur betreffende het effect van individuele psychotherapie bij patiënten met schizofrenie, als aanvulling op de medicamenteuze standaardbehandeling.

METHODE Literatuuronderzoek over de periode 1989 tot april 1999 naar onderzoek met een gerandomiseerde, gecontroleerde opzet over individuele psychotherapie bij patiënten met schizofrenie.

RESULTATEN Het blijkt dat individuele psychotherapie een gemiddelde verbetering van de diverse uitkomstmaten van 0.46 standaarddeviatie geeft. Langerdurende individuele psychotherapie resulteert in een daling van het aantal psychotische en affectieve episoden bij patiënten die samenleven met familieleden. Individuele cognitieve gedragstherapie geeft een klinisch relevante vermindering van antipsychoticaresistente psychotische verschijnselen.

CONCLUSIE Individuele psychotherapie is een effectieve aanvulling op de standaardbehandeling bij subgroepen van patiënten met schizofrenie.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 10, 751-758]

TREFWOORDEN overzicht, psychotherapie, schizofrenie

Decennialang speelde individuele psychotherapie een vooraanstaande rol in de behandeling van schizofrenie. Deze centrale positie is om een aantal redenen verloren gegaan. De belangrijkste reden is dat biologische interventies effectiever bleken in het verminderen van psychotische symptomen en het voorkómen van psychotische recidieven. Daarnaast toonde gerandomiseerd klinisch onderzoek uit de jaren zeventig aan dat individuele psychotherapie als enige behandelvorm niet effectief was (Fenton & McGlashan 1996). Ook uit onderzoek waarin (inzichtgevende) psychotherapie als aanvullende behandeling werd gegeven, bleek dat het effect teleurstellend was ten opzichte van steunende psychotherapie (Gunderson e.a. 1984). Bovendien bleek gezinsbe-

handeling effectiever dan individuele therapie (Falloon e.a. 1985). In tegenstelling tot individuele psychotherapie heeft gezinsbehandeling dan ook een vaste plaats verworven in de behandeling van patiënten met schizofrenie. Deze factoren hebben ertoe geleid dat onderzoek naar individuele psychotherapie bij patiënten met schizofrenie in de jaren tachtig en negentig vrijwel niet heeft plaatsgevonden.

Vanaf 1997 blijkt uit een aantal publicaties een hernieuwde aandacht voor individuele psychotherapie. Deze aandacht is naar onze mening terecht. Patiënten hechten waarschijnlijk veel belang aan individuele gesprekken met behandelars. Bovendien is het de moeite waard om na te gaan of langerdurende psychotherapeutische

behandeling voordelen biedt die tot nu toe bij kortdurende vormen van psychotherapie niet zijn gevonden. Daarnaast komt het vaak voor dat behandeling met antipsychotica geen verbetering van positieve, negatieve en/of cognitieve symptomen geeft (Peuskens 1999). Mogelijk kan individuele psychotherapie dan enige verbetering opleveren.

In dit artikel willen wij een overzicht geven van de recente onderzoeksliteratuur om drie vragen te kunnen beantwoorden over: (1) de effectiviteit van individuele psychotherapie bij patiënten met schizofrenie, als aanvulling op behandeling met antipsychotica; (2) de effectiviteit van langerdurende individuele psychotherapie en (3) de effectiviteit van individuele psychotherapie bij antipsychoticaresistente psychotische verschijnselen.

METHODE

De Medline- en PsycLit-databases werden geraadpleegd over de periode 1989 tot april 1999, via de zoekwoorden schizophrenia, psychotic disorders en psychotherapy. Ook werden de referenties uit gevonden publicaties nagekeken op ander relevant onderzoek. Onderzoek met een gerandomiseerde, gecontroleerde opzet en met een gedetailleerde beschrijving van de patiëntenpopulatie en de aard van de psychotherapie is opgenomen in het overzicht. In het besproken onderzoek was psychotherapie een aanvullende behandeling, naast de medicamenteuze. In de besproken meta-analyse is gecontroleerd onderzoek opgenomen. Dit onderzoek is niet noodzakelijkerwijs gerandomiseerd.

EFFECTIVITEIT VAN INDIVIDUELE PSYCHOTHERAPIE

Het meest grondige onderzoek naar de effectiviteit van psychotherapie bij schizofrenie in het algemeen is het onderzoek van Mojtabai e.a. (1998). Zij berekenden in een grote meta-analyse van gecontroleerd onderzoek uit de periode

1966 tot 1995 de effectgrootte van verschillende psychosociale behandelingen van patiënten met schizofrenie. De effectgrootte is het gemiddelde van de uitkomstmaat van de experimentele conditie minus het gemiddelde van de overeenkomstige uitkomstmaat van de controleconditie, gedeeld door de standaarddeviatie van de uitkomstmaat van de gehele groep. Tabel 1 geeft een overzicht van de effectgrootte van psychosociale behandelingen, waaronder individuele psychotherapie, tezamen met de medicamenteuze standaardbehandeling, versus uitsluitend de standaardbehandeling.

Een effectgrootte van 0.39 betekent dat de gemiddelde patiënt in de experimentele conditie beter af is dan 65% van de patiënten in de controleconditie voor de betreffende uitkomstmaat. Om, ter vergelijking, een idee te geven van de

TABEL 1 Effectgrootte in standaarddeviaties van psychosociale behandeling met standaardbehandeling, versus standaardbehandeling alleen

	Effectgrootte	95% betrouwbaarheidsinterval
Psychosociale behandeling algemeen (71)	0.39	0.32-0.44
Individuele psychotherapie (10)	0.46	0.26-0.66
Gezinsbehandeling (12)	0.45	0.29-0.60
Groepsbehandeling (26)	0.25	0.14-0.36
Gedragstherapie (13)	0.41	0.26-0.56
Cognitieve therapie (11)	0.41	0.20-0.61
Psychodynamische psychotherapie (10)	0.27	0.11-0.42

Tussen haakjes staat het aantal onderzoeken vermeld waarover de effectgrootte is berekend.

Tabel naar Mojtabai e.a. (1998).

effectgrootte van een somatische behandeling: coronaire bypasschirurgie geeft een effectgrootte variërend van 0.08 tot 0.47. De effectgrootte van individuele psychotherapie verschilt niet significant van de effectgrootte van andere psychotherapievormen.

Steunende psychotherapie wordt in de meta-analyse niet als zodanig besproken, wel blijkt 'community-care', welke vele kenmerken met steunende psychotherapie gemeen heeft, ook effectief (vier publicaties, effectgrootte: 0.45, 95% betrouwbaarheidsinterval 0.29-0.61).

Niet alle uitkomstmaten werden even sterk beïnvloed door de verschillende psychosociale interventies. De effectgrootte per uitkomstmaat werd berekend voor psychosociale interventies in het algemeen, inclusief individuele psychotherapie. Het effect op desorganisatie en op problemen bij het vinden van betaalde arbeid was klein (respectievelijk 0.13 en 0.22). Het grootste effect werd gevonden bij de uitkomstmaten negatieve symptomen, onvoldoende compliance en psychotisch recidief (0.46 tot 0.59). Aangezien anti-psychotica weinig effect hebben op negatieve symptomen, is psychosociale interventie een welkome aanvulling bij de behandeling van deze problemen.

Kwaliteitscriteria betreffende de gerefereerde onderzoeken (waaronder variabelen als randomisatie en gestructureerde diagnostiek) bleken geen invloed te hebben op de berekende effectgrootte.

EFFECTIVITEIT VAN LANGDURIGE INDIVIDUELE PSYCHOTHERAPIE

Hogarty e.a. (1997a) onderzochten bij 151 patiënten met schizofrenie of een schizoaffectieve stoornis het effect op het aantal psychotische en affectief gestoorde episoden van de door hen ontwikkelde 'personal therapy' versus steunende therapie of gezinsbehandeling.

'Personal therapy' is een drie jaar durende individuele psychotherapie, gericht op het verbeteren van de cognitieve en emotionele respons op

stress van patiënten met schizofrenie. Hogarty e.a. veronderstellen dat maladaptieve affectieve reacties, volgend op de individuele perceptie van stress, kunnen overgaan in een psychotisch recidief. Waar gezinsbehandeling voornamelijk gericht is op het verminderen van externe stress, is 'personal therapy' vooral gericht op interne bronnen van stress. Het primaire doel van de behandeling is vermindering van recidieven.

De behandeling is verdeeld in drie fasen. In de eerste fase, aansluitend aan het ontslag uit de kliniek, ligt de nadruk op het opbouwen van een therapeutische relatie, waarbij gebruikgemaakt wordt van steunende technieken. Zodra de patiënten stabiel zijn, volgt de tweede fase. Hierin leren de patiënten hun cognitieve, affectieve en somatische reacties op stress te herkennen en deze via cognitieve en gedragstherapeutische principes te beïnvloeden. Wanneer de patiënten hier vaardig in worden, begint de derde fase, waarin de patiënten worden aangemoedigd tot het nemen van sociale initiatieven en waarin aandacht is voor het leren omgaan met kritiek en problemen.

In dit onderzoek kon 8% van de patiënten niet doorstromen naar de tweede fase, en 38% niet naar de derde fase, omdat zij niet voldeden aan de gestelde voorwaarden. Daarbij voldeed slechts een kwart van de voor dit onderzoek gescreende opgenomen psychotische patiënten aan de voorwaarden voor inclusie, te weten de diagnose schizofrenie of schizoaffectieve stoornis en de afwezigheid van middelenmisbruik.

In tabel 2 is per behandelconditie aangegeven hoeveel psychotische en affectief gestoorde episoden optraden tijdens de drie jaar durende behandeling. Het totale percentage patiënten met een psychotisch recidief gedurende drie jaar was zeer laag (29%). Voor vrijwel alle psychotische recidieven was opname nodig (in 64 van 66 gevallen). Ook voor alle 28 affectief gestoorde (meestal depressieve) episoden was opname noodzakelijk. Bij patiënten die samenwoonden met familie en 'personal therapy' zonder gezinsbehandeling kregen, trad significant later een ongunstige uit-

TABEL 2 Psychotische en affectief gestoorde episoden en behandelinggerelateerde uitval gedurende 3 jaar bij patiënten met schizofrenie in verschillende behandelcondities

	Psychotische episoden	Affectief- gestoorde episoden	Uitval
Patiënt samenwonend met familie (97)			
Steunende therapie (24)	8 (7)	4 (4)	(8)
Personal therapy (23)	5 (3)	4 (3)	(1)
Gezinsbehandeling (24)	11 (10)	2 (2)	(5)
Personal therapy plus gezinsbehandeling (26)	11 (9)	6 (6)	(1)
Patiënt wonend zonder familie (54)			
Steunende therapie (29)	4 (4)	10 (7)	(5)
Personal therapy (25)	27 (11)	2 (2)	(4)
Totaal (151)	66 (44)	28 (24)	(24)

Getallen tussen haakjes betreffen het aantal patiënten.

Tabel naar Hogarty e.a. (1997a).

komst op (psychotisch of affectief recidief of behandelinggerelateerde uitval) dan bij patiënten in andere behandelcondities. Van de eerstgenoemde patiënten ondervond 87% geen ongunstige uitkomst gedurende drie jaar. Patiënten die zonder familieleden woonden, kregen in de 'personal therapy'-conditie echter significant vaker een psychotisch recidief. Er is daarentegen een aanwijzing dat er in deze conditie minder vaak een affectief gestoorde episode optrad. Mogelijk hangt het hogere percentage psychotische recidieven samen met de grotere hoeveelheid problemen die deze patiëntengroep in het dagelijks leven ondervond, of geeft toegevoegde 'personal therapy' in deze groep aanleiding tot mentale overbelasting. Het krijgen van 'personal therapy' was geassocieerd met een verbetering van het sociale functioneren. Deze verbetering ging door gedurende het tweede en derde jaar van de behandeling en bleek onafhankelijk van het effect op psychotisch recidief (Hogarty e.a. 1997b).

EFFECT VAN INDIVIDUELE PSYCHOTHERAPIE OP ANTIPSYCHOTICA-RESISTENTE PSYCHOTISCHE VERSCHIJNSELEN

Kuipers e.a. (1997) vergeleken cognitieve gedragstherapie (CGT) (n=28) met case management (n=32) bij patiënten met schizofrenie, een waanstoornis of een schizo-affectieve stoornis, die hinderlijke psychotische symptomen bleven houden ondanks adequate medicatie.

De CGT duurde negen maanden waarin gemiddeld 18.6 therapeutische sessies van een uur plaatsvonden. De patiënten werden zo nodig thuis bezocht. Bij aanvang van de therapie werd de mening van de patiënt over de ontwikkeling van zijn of haar symptomen vanaf de eerste episode, en over de huidige problemen, nauwkeurig geïnventariseerd. Hierdoor ontstond een beeld van de psychotische ervaringen van de patiënt en de samenhang met uitlokkende factoren, context en coping. Het gebruik van reeds aanwezige coping werd aangemoedigd en nieuwe coping-

strategieën werden besproken. Samen met de patiënt werd gezocht naar een geruststellende verklaring voor psychotische ervaringen. Indien mogelijk werden waanverklaringen en zelfdepreciërende overtuigingen uitgedaagd en alternatieve verklaringen aangereikt. Later werden patiënten aangemoedigd zich actief op te stellen ten aanzien van recidiefpreventie.

Van de 69 patiënten die aan de inclusiecriteria voldeden, weigerden negen patiënten medewerking aan het onderzoek, vielen vier patiënten uit de CGT-groep, en vielen zeven patiënten uit de controlegroep.

Direct na de behandeling bleek in de CGT-groep bij 21% van de patiënten een duidelijke klinische verbetering (10 punten of meer op de Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS), en bij 29% een behoorlijke verbetering (5 tot 10 punten verbetering op de BPRS). In de controlegroep bleek 3% duidelijk, en 28% behoorlijk klinisch verbeterd. De mate van overtuiging betreffende wanen veranderde echter niet in de CGT-groep. CGT-responders bleken al bij aanvang te twijfelen of enigszins te twijfelen aan de juistheid van hun wanen (Garety e.a. 1997).

Tarrier e.a. (1998) vergeleken drie vormen van behandeling: intensieve CGT plus medicamenteuze standaardbehandeling; steunende begeleiding plus medicamenteuze standaardbehandeling en uitsluitend medicamenteuze standaardbehandeling.

Het betreft hier een drie maanden durend onderzoek bij patiënten met schizofrenie of een schizoaffectieve stoornis. Inclusiecriteria waren de voortdurende aanwezigheid gedurende zes maanden van psychotische symptomen, het afwezig zijn van middelenmisbruik en een stabiele instelling op medicatie.

De CGT bestond uit drie onderdelen: verbeteren van copingstrategieën, training in probleemoplossing en recidiefpreventie. Aan elk onderdeel werden acht sessies van een uur gewijd. De steunende begeleiding bestond uit het ontwikkelen van goed contact, uitgaande van

onvoorwaardelijk respect voor de patiënt. Standaardbehandeling bestond uit behandeling met antipsychotica en het blijven volgen van de patiënt.

Van de 470 patiënten die gescreend werden om deel te nemen aan dit onderzoek, weigerden 130 patiënten medewerking aan het onderzoek. Uiteindelijk konden 87 patiënten gerandomiseerd worden. Na de start van het onderzoek vielen vijftien patiënten uit.

De ernst van de psychotische symptomen werd gescoord door beoordelaars die succesvol geblindeerd waren voor de behandelconditie. 'Intention to treat'-analyse werd toegepast. Hierbij wordt de uitkomst van alle oorspronkelijk gerandomiseerde patiënten geanalyseerd, onafhankelijk van het feit of patiënten geheel of gedeeltelijk de geplande behandeling kregen. Door deze analyse wordt in het algemeen voorkomen dat effecten van de onderzochte interventie worden overschat.

Aan het einde van de behandeling waren de symptomen van de patiënten uit de CGT-groep significant verminderd in aantal en ernst ten opzichte van de patiënten met alleen de standaardbehandeling. In de CGT-groep trad bij 33% van de patiënten een symptoomreductie van 50% of meer op. Dit was het geval bij 15% van de patiënten uit de samengevoegde controlegroepen.

Het effect van toegevoegde steunende begeleiding was kleiner dan het effect van de CGT, maar groter dan het effect van de standaardbehandeling alleen. Vooral de CGT, maar ook de korte ziekteduur en een geringere ernst van symptomen droegen onafhankelijk van elkaar bij aan het bereiken van 50% of meer symptoomreductie.

CONCLUSIE EN BESPREKING

De drie vragen waarmee we ons overzicht begonnen, zijn met hulp van het besproken onderzoek op de hiernavolgende wijze te beantwoorden.

TABEL 3 Per behandelconditie: aantal patiënten, psychotische symptomen en opnamedagen

	CGT	Steunende begeleiding	Standaardbehandeling
Aantal patiënten	33	26	28
Gemiddeld aantal psychotische symptomen voor behandeling ¹	4.5	4.8	4.8
Gemiddelde verandering in het aantal psychotische symptomen na behandeling ²	-1.6 ³	-0.5 ²	0.1
Gemiddelde totaalscore ernst psychotische symptomen voor behandeling ³	20.0	23.0	21.2
Gemiddelde verandering in de totaalscore ernst psychotische symptomen na behandeling ³	-7.8 ²	-3.9 ²	0.1
Aantal dagen opname gedurende drie maanden	1	1	204

CGT = cognitieve gedragstherapie

1 Gemeten met de Present State Examination

2 Negatief getal betekent afname

3 Gemeten met de Brief Psychiatric Rating Scale

Tabel naar Tarrier e.a. (1998)

De effectiviteit van individuele psychotherapie bij patiënten met schizofrenie, als aanvulling op behandeling met antipsychotica. Individuele psychotherapie, toegevoegd aan de standaardbehandeling, geeft een gemiddelde verbetering van uitkomstmaten van 0.46 standaarddeviatie. De effectiviteit van de verschillende psychotherapievormen komt grotendeels overeen. Gezinstherapie blijkt niet superieur aan individuele psychotherapie. Dit is in tegenspraak met eerdere bevindingen (Falloon e.a. 1985). Beide therapievormen zijn behoorlijk effectief. Overigens betekent dit niet dat de effectiviteit toeneemt als beide therapievormen tezamen worden toegepast. Daarnaast is het zeer wel mogelijk dat gezinstherapie bij bepaalde groepen patiënten effectiever is dan individuele therapie. Het besproken onderzoek geeft hierover geen uitsluitsel.

De effectiviteit van langerdurende individuele psychotherapie. Drie jaar durende individuele gefaseerde therapie, toegevoegd aan de standaard-

behandeling, wordt door de patiënten goed volgehouden en geeft verbetering van het sociale functioneren, onafhankelijk van het effect op psychotische recidieven. Bij patiënten die samenleven met familieleden, vermindert deze therapie het aantal psychotische en affectief gestoorde episoden. Patiënten die zonder familieleden wonen, krijgen tijdens deze behandeling juist meer psychotische recidieven.

De effectiviteit van individuele psychotherapie bij antipsychoticaresistente psychotische verschijnselen. CGT bij patiënten met antipsychoticaresistente psychotische verschijnselen geeft, ten opzichte van de controlebehandeling, bij ongeveer tweemaal zoveel patiënten een klinisch relevante reductie van psychotische symptomen.

Bij het interpreteren van bovengenoemde conclusies zijn de volgende overwegingen van belang.

Zowel in het onderzoek van Hogarty e.a. als

in dat van Kuipers e.a. en Tarrier e.a. trad ook in de controlegroep een opvallende verbetering op. Dit zou kunnen samenhangen met een gunstige invloed van de onderzoekssituatie. Daarnaast bleek vooral de controleconditie 'steunende therapie' gunstig effect te hebben. Deze steunende therapie was voornamelijk gericht op het totstandbrengen en continueren van een goed contact. Zo bleek steunende therapie bij patiënten die niet samenwoonden met familieleden, gepaard te gaan met opvallend weinig psychotische recidieven (Hogarty e.a. 1997a,b). Verder blijkt uit het onderzoek van Tarrier e.a. dat de steunende therapie effectiever is dan de standaardbehandeling waarin patiënten slechts gevolgd worden. Aspecten die de oneerbiedige kwalificatie 'aspecifiek' dragen, lijken van groot belang voor het therapeutisch effect.

Daarnaast is in bovengenoemd onderzoek een beperkte selectie van patiënten met schizofrenie onderzocht. Weigering van patiënten om mee te doen aan het onderzoek (13% tot 18%) en middelenmisbruik waren de belangrijkste redenen voor exclusie. Middelenmisbruik is een veelvoorkomend probleem bij patiënten met schizofrenie en de besproken onderzoeken hebben deze groep buiten beschouwing gelaten. Misschien dat de gunstige effecten van individuele psychotherapie en de beperkte gunstige effecten in de controlegroep gedeeltelijk door selectie verklaard kunnen worden. Dit betekent dat de gerefereerde bevindingen niet zonder meer gelden voor alle patiënten met schizofrenie.

De uitval in de onderzoeken van Hogarty e.a., Kuipers e.a. en Tarrier e.a. bedroeg respectievelijk 16%, 18% en 17%. Deze uitvalspercentages zijn niet buitensporig hoog, maar zeker relevant. Tenslotte zijn beoordelaars meestal op de hoogte van de behandelconditie. Alleen in het onderzoek van Tarrier e.a. lijkt de blinding van de beoordelaars geslaagd. Mogelijk verklaren deze methodologische problemen een deel van het gevonden effect.

We zullen trachten de resultaten van de bespro-

ken onderzoeken te vertalen naar aanbevelingen met betrekking tot de indicatie voor individuele psychotherapie, toegevoegd aan de standaardbehandeling, bij verschillende groepen patiënten met schizofrenie. Het is onbekend of de volgende aanbevelingen ook zinvol zijn voor patiënten met schizofrenie die middelen misbruiken. Aanbevelingen betreffende de indicatie van andere psychotherapeutische interventies, zoals gezins therapie, vallen buiten het bereik van dit overzicht.

AANBEVELINGEN:

(1) Voor alle patiënten met schizofrenie is er een indicatie voor steunende individuele psychotherapie waarbij in de eerste plaats getracht wordt een goed en langdurig contact op te bouwen. (2) Voor patiënten die niet meer in beslag worden genomen door dagelijkse problemen met wonen en zelfverzorging en/of daarin door familie worden ondersteund, is er een indicatie voor gefaseerde langdurige individuele psychotherapie. (3) Voor patiënten met psychotische symptomen die niet verbeteren door behandeling met antipsychotica, is individuele CGT geïndiceerd.

LITERATUUR

- Falloon, I.R., Boyd, J.L., McGill, C.W., e.a. (1985) Family versus individual management in the prevention of morbidity of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 42, 887-894.
- Fenton, W.S., & McGlashan, M.D. (1996). Schizophrenia: Individual psychotherapy. In H.I. Kaplan & B.J. Sadock (red.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 11th edition. Baltimore USA: Williams and Wilkins.
- Garety, P., Fowler, D., Kuipers, E., e.a. (1997). The London - East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis II: Predictors of outcome. *British Journal of Psychiatry*, 171, 420-426.
- Gunderson, J.G., Frank, A.F., Katz, H.M., e.a. (1984). Effects of psychotherapy in schizophrenia: II. Comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 564-598.
- Hogarty, G.E., Kornblith, S.J., Greenwald, D., e.a. (1997a). 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, 1504-1513.
- Hogarty, G.E., Greenwald, D., Ulrich, R.F., e.a. (1997b). Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family. II: Effects on adjustment of patients. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1514-1524.
- Kuipers, E., Garety, P., Fowler, D., e.a. (1997). The 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.
- Mojtabai, R., Nicholson, R.A., & Carpenter, B.C. (1998). Role of psychosocial treatments in management of schizophrenia: A meta-analytic review of controlled outcome studies. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 569-587.
- Peuskens, J. (1999). The evolving definition of treatment resistance. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, supplement 12, 4-8.
- Tarrier, N., Yusupoff, L., Kinney, C., e.a. (1998). Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *British Medical Journal*, 317, 303-307.

AUTEURS

L. DE HAAN is als psychiater verbonden aan de Adolescentenkliniek van het AMC/de Meren te Amsterdam.

J.M. BAKKER is als arts verbonden aan de Riagg Zuid/Nieuw-West te Amsterdam.

Correspondentieadres: Lieuwe de Haan, AMC, Universiteit van Amsterdam, divisie Psychiatrie, Postbus 22700, 1100 DE Amsterdam, fax: (020) 6919139.

E-mail: l.dehaan@amc.uva.nl

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 4-10-1999.

SUMMARY

Effectivity of individual psychotherapy in schizophrenia. A review of recent studies – L. de Haan, J.M. Bakker –

AIMS The authors discuss, through a literature review, the effectiveness of individual psychotherapy in addition to the standard pharmacological treatment in schizophrenia.

METHODS Literature review (1989-1999) of randomized controlled trials.

RESULTS Individual psychotherapy, in addition to the standard pharmacological treatment, improves outcome measures by 0.46 standard deviation. Long-term individual psychotherapy decreases the number of psychotic and affectively disturbed episodes in patients living with family members. Individual cognitive-behavioural therapy results in a clinically relevant decrease in psychotic symptoms resistant to treatment with antipsychotic medication.

CONCLUSION Individual psychotherapy is effective in addition to pharmacological treatment in subgroups of patients with schizophrenia.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 10, 751-758]

KEYWORDS psychotherapy, review, schizophrenia