

Cognitieve gedragstherapie bij schizofrenie

C.T. SMITS, M. VAN DER GAAG

ACHTERGROND Met de publicatie van de Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie in 2005 en de start van het doorbraakproject schizofrenie geleid door het Trimbos-instituut in 2006, is er in Nederland brede belangstelling ontstaan voor de implementatie en uitvoering van cognitieve gedragstherapie bij schizofrenie. Een reden hiervan is dat farmacotherapie in de behandeling van schizofrenie beperkingen heeft: een antipsychoticum leidt niet bij alle patiënten tot voldoende afname van de psychotische symptomen en cognitieve gedragstherapie wordt dan als een toegevoegde gesprekstherapie ingezet. In meta-analysen wordt de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij schizofrenie beschreven.

DOEL Vaststellen van het effect van cognitieve gedragstherapie in de behandeling van schizofrenie en geven van adviezen over de implementatie van cognitieve gedragstherapie.

METHODE In PubMed en Ovid werd gezocht naar relevante artikelen en meta-analysen met de zoektermen: 'cognitive behavioural therapy', 'continuity/psychosis', 'implementation', 'meta-analysis', 'nurse therapist', 'psychosis', 'schizophrenia'.

RESULTATEN In vele gerandomiseerde studies en diverse meta-analysen werd aangetoond dat cognitieve gedragstherapie effectief is bij de behandeling van schizofrenie. De bemoedigende resultaten van het wetenschappelijk onderzoek worden op het moment onvoldoende vertaald naar de klinische praktijk. De uitvoering van welomschreven interventies door geschoolde verpleegkundigen maakt implementatie realiseerbaar.

CONCLUSIE Cognitieve gedragstherapie is effectief in de behandeling van schizofrenie. Het wordt aanbevolen dat cognitieve gedragstherapie beschikbaar is in een mate die overeenkomt met de behoefte eraan.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 52(2010)2, 99-109]

TREFWOORDEN cognitieve gedragstherapie, cognitief gedragstherapeut, gedrags-therapeutisch medewerker, gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek, implementatie, meta-analysen, schizofrenie

Bij ongeveer de helft van de patiënten met een psychotische stoornis die een antipsychotisch medicijn betrouwbaar en in adequate dosering innemen, is sprake van voortdurende positieve of negatieve symptomen, al dan niet in gedeeltelijke remissie (Turkington e.a. 2004).

In de Nederlandse Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie (Landelijke Stuurgroep 2005) stellen men dat cognitieve gedragstherapie (CGT) geïndi-

ceerd is bij alle patiënten met blijvende positieve symptomen. In Nederland is CGT bij schizofrenie echter nog weinig toegankelijk in de klinische praktijk. Het doorbraakproject schizofrenie van het Trimbos-instituut heeft mede geleid tot een brede belangstelling voor de implementatie en de uitvoering van CGT bij patiënten met schizofrenie.

Aanvankelijk richtte CGT zich vooral op wanen en hallucinaties. Inmiddels worden ook cognitief-gedragstherapeutische interventies toegepast bij de behandeling van negatieve symptomen (Kingdon & Turkington 2005). CGT wordt altijd gecombineerd met antipsychotische medicatie. Ook kan men CGT toepassen in combinatie met gezinsinterventies en *assertive community treatment* om het risico op terugval te verkleinen.

CGT biedt tevens de mogelijkheid om de bij schizofrenie frequent voorkomende comorbiditeit zoals depressie, angst, misbruik van middelen en posttraumatische stressstoornis en obsessieve-compulsieve symptomen volgens de richtlijnen te behandelen.

Een psychotherapeutische behandeling zoals CGT is mogelijk een waardevolle additionele behandeling omdat niet alle patiënten afdoende behandeld kunnen worden met medicatie. Wij vroegen ons af hoe het staat met de wetenschappelijke onderbouwing daarvoor.

Om de behandeling in perspectief te plaatsen en om de huidige stand van zaken op de juiste waarde te kunnen schatten geven we eerst een overzicht van de epidemiologie van psychose. Daarna gaan wij in op de ontwikkelingen van CGT bij schizofrenie. Vervolgens zullen we met een systematisch literatuuronderzoek de *evidence* voor CGT bij patiënten met schizofrenie samenvatten.

EPIDEMIOLOGIE

Op grond van epidemiologisch onderzoek constateert men dat psychotische symptomen veel voorkomen onder de algemene populatie, namelijk bij 10-15%: 2% hoort stemmen en 9% heeft wanen (Johns & Van Os 2001; Van Os e.a. 2001). Men concludeert dat er sprake is van een continuüm tussen psychotische symptomen en schizofrenie. Het stress-kwetsbaarheidmodel benadrukt dat iedereen psychotische symptomen krijgt als de stress maar hoog genoeg is (Hanssen e.a. 2005). Echter, op grond van genetische, fysiologische, psychologische en sociale kwetsbaarheden is het ene individu gevoeliger voor psychotische decom-

pensatie dan het andere (Krabbendam e.a. 2005; Van Os e.a. 2006).

Cognitief-psychologische en neuropsychiatrische modellen trachten een verklaring te bieden voor het ontstaan en het persisteren van psychotische symptomen (Kapur e.a. 2005).

Op zich is hallucineren niet zo'n bijzondere gebeurtenis; iedereen kan tot hallucineren worden gebracht door sensorische deprivatie, het wegnemen van iedere zintuiglijke prikkel. We spreken van de ziekte schizofrenie als de wanen en/of hallucinaties leiden tot een toename van preoccupatie, angst en sociaal disfunctioneren (Van der Gaag e.a. 2003). De psychotische symptomen die voorkomen onder de algemene bevolking gaan bij patiënten over in een psychotische stoornis gediagnosticeerd volgens de DSM-IV als zij gaan reageren met sterke emoties, waanachtige interpretaties over de herkomst en de bedoeling van stemmen en met pathologische copingstijlen. Bijvoorbeeld het zich terugtrekken uit sociale contacten en het stoppen met werk en studie.

COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE

Begin jaren negentig van de vorige eeuw ontstond er belangstelling om schizofrenie met CGT te behandelen. De reden was dat de antipsychotica niet altijd voldoende afname van de psychotische symptomen bewerkstelligen. Psychiaters in bijvoorbeeld het Verenigd Koninkrijk hebben inmiddels de ervaring opgedaan dat CGT complementair is aan de farmacologische interventies en prima toe te passen is in de alledaagse praktijk.

De centrale opvatting van CGT geldt ook voor patiënten met schizofrenie: de manier waarop mensen hun omgeving (inclusief psychotische ervaringen) begrijpen, beïnvloedt hun emoties en gedrag. Men omschrijft wanen als disfunctionele opvattingen die samenhangen met een verkeerde interpretatie van waarnemingen of ervaringen. Bij hallucinaties gaat het om disfunctionele opvattingen over macht, herkomst en bedoeling van bijvoorbeeld stemmen. Een deel van de negatieve symptomen zoals passiviteit en sociale terugtrek-

king kunnen we beschouwen als vermijdingsgedrag (Kingdon & Turkington 2005). CGT bij patiënten met schizofrenie richt zich op de emotionele stoornis ten gevolge van disfunctionele en vaak catastrofale interpretaties. Uitleg over het vóórkomen van psychotische ervaringen onder de algemene bevolking en het normaliseren van psychotische ervaringen en psycho-educatie over schizofrenie zijn belangrijke elementen in de therapie.

Cruciaal is echter een therapeutische samenwerking met wederzijds vertrouwen en een gemeenschappelijke definiëring van de problemen. De therapeut houdt rekening met de cognitieve beperkingen van de patiënt.

De therapeut zal de verklaringen die de patiënt heeft voor gebeurtenissen zorgvuldig onderzoeken voordat hij of zij tot mogelijk andere verklaringen overgaat. Confrontatie wordt zo veel mogelijk vermeden. De nadruk ligt op het formuleren van vragen en het zoeken van alternatieve verklaringen waardoor de patiënt de lijdensdruk of het immense gevaar kan verminderen of relativeren.

Voorbeeld van hulp bij achterdochtige patiënt

Patiënt: 'De mensen die me belagen door het toepassen van groepsstalking willen me gek en kapot maken.'

Therapeut: 'Je bent heel erg bang..... Er moet een goede verklaring hiervoor zijn.'

Patiënt: 'Denk jij dat het groepsstalkers zijn?'

Therapeut: 'Het is mogelijk, maar er kunnen ook andere verklaringen zijn. Hoe weet je dat er sprake is van groepsstalking?'

Patiënt: 'Welke andere mensen achtervolgen en belagen je op deze manier?'

Therapeut: 'Er zijn veel mensen op straat. Sommige zullen je misschien stalken, maar toch niet iedereen. We moeten zien uit te vinden wie er stalkt en wie er bij toeval achter je loopt. Ik zal je hierbij helpen.'

Het doel is dat de patiënt leert relativeren. Pathologische achterdocht bijvoorbeeld wordt zo

teruggebracht tot gezond wantrouwen dat niet langer allesoverheersend is. In de behandeling van bijvoorbeeld akoestische hallucinaties is een belangrijk doel dat de patiënt gaat overwegen dat de stemmen wellicht niet almachtig of alwetend zijn.

De eerste stappen in de behandeling van negatieve symptomen houden in dat de therapeut de mogelijkheid van het bestaan van deze symptomen ter sprake brengt en de patiënt om verheldering vraagt.

Daarnaast is essentieel ook de vrijwel altijd voorkomende comorbide stoornissen te behandelen, zoals depressie, gebruik van middelen, obsessieve-compulsieve stoornis, overmatig piekeren, sociale fobie en posttraumatische stressstoornis. Dit betekent dat een ervaren therapeut een mix aan behandelstrategieën moet inzetten (Kingdon & Turkington 2005; Turkington e.a. 2004; Van der Gaag e.a. 2005).

Wat zijn nu de wetenschappelijke gegevens voor het beschikbaar maken van CGT voor patiënten met schizofrenie in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg?

METHODE

Wij verrichtten een literatuuronderzoek met de zoekmachines PubMed en Ovid in de bestanden van Embase, Medline, PsycInfo en de Cochrane Database of Systematic Reviews. Er werden publicaties geselecteerd over de periode 1985-2008. De zoektermen waren: 'cognitive behavioural therapy', 'continuity/psychosis', 'implementation', 'meta-analysis', 'nurse therapist', in combinatie met 'psychosis' en 'schizophrenia'. Zes meta-analysen werden geïncludeerd.

META-ANALYSEN

Er werd sinds de jaren negentig veel wetenschappelijk onderzoek verricht naar de effectiviteit van CGT bij psychose en schizofrenie. Er werden inmiddels 45 gerandomiseerde klinische trials geïncludeerd in de meta-analysen van Cormac e.a.

TABEL 1		Overzicht over meta-analysen met de daarin opgenomen gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's) naar cognitieve gedragstherapie bij patiënten met schizofrenie					
RCT's	jaar	Cochrane (2002)	Pilling (2002)	NICE (2002)	Zimmermann (2005)	Pfammatter (2006)	Wykes (2008)
Milton	1978						x
Carpenter	1987		x				
Tarrier	1993				x	x	x
Garety	1994				x		x
Bentall	1994				x		
Drury	1996		x	x		x	x
Bradshaw	1996		x				
Lecompte	1996	x					
Kemp	1996	x	x	x			
Kuipers	1997		x	x	x	x	x
Buchkremer	1995	x					
Hogarty	1997	x	x	x			
Tarrier	1998	x	x	x	x	x	x
Daniels	1998	x					x
Levine	1998	x		x		x	x
Garety	1998	x					
Pinto	1999	x		x	x	x	x
Haddock	1999	x		x		x	x
Drury	2000	x					
Halperin	2000						x
Bradshaw	2000			x			
Turkington	2000	x		x		x	
Sensky	2000	x	x	x	x	x	x
Bailer	2001						x
Barrowclough	2001						x
Lewis	2002			x	x	x	x
Turkington	2002				x		x
Durham	2003				x		x
Hall	2003						x
Valmaggia	2005						x
Granhholm	2002						x
Gumley	2003				x		x
Rector	2003				x	x	x
Jolley	2003						x
Kingsep	2003						x
Trower	2004				x	x	x
Wiersma	2004					x	x
Tarrier	2004					x	
Bechdolf	2004						x
Startup	2004				x	x	x
Cather	2005						x
Granhholm	2005						x
Wykes	2005						x
Gaudiano	2006						x
Barrowclough	2006						x

(2002), Pilling e.a. (2002a), National Institute for Clinical Excellence (NICE 2002), Zimmermann e.a. (2005), Pfammatter e.a. (2006) en Wykes e.a. (2008). De selectie van studies in de verschillende meta-analysen staat weergegeven in tabel 1.

Pilling e.a. (2002a) concludeerden dat CGT zeer effectief is bij het verbeteren van de psychische gesteldheid, zowel aan het eind van de behandeling als bij follow-up. Op onder andere de Brief Psychiatric Rating Scale stelden zij een symptoomreductie van 40 tot 50% vast. Ook vonden zij dat CGT leidt tot minder drop-out dan standaardzorg. Deze onderzoekers noemden de resultaten van de eerste trial, ondanks de kleine aantallen, veelbelovend. De onderzoeken hebben redelijk goede follow-updata tot 18 maanden. De auteurs van deze meta-analyse concludeerden dat CGT veelbelovend is bij de behandeling van schizofrenie.

De auteurs van de cochrane-review (Cormac e.a. 2002) concludeerden dat CGT een potentieel effectieve interventie is bij de behandeling van psychose, maar stelden dat deze op dat moment nog onvoldoende was onderzocht. De resultaten waren volgens de auteurs beloftevol, ondanks de geringe aantallen behandelde patiënten en boden, in tegenstelling tot vele trials met antipsychotische medicatie, goede follow-updata bij 13 en 26 weken.

In de meta-analyse van NICE (2002) concludeerde men dat er goede bewijzen waren dat CGT symptomen bij mensen met schizofrenie effectiever vermindert tot ongeveer 1 jaar na het eind van de behandeling in vergelijking met standaardzorg en andere behandelingen. Het effect van CGT is volgens deze groep sterker bij de behandeling van persisterende symptomen dan in de acute fase; de effectiviteit van CGT in de acute fase van een eerste episode werd nog niet duidelijk aangetoond. CGT kan inzicht en medicatietrouw bevorderen en heeft mogelijk een gunstig effect op het sociaal functioneren. De voordelen van CGT worden duidelijk merkbaar als de behandeling langer dan 6 maanden duurt en minimaal 10 sessies omvat. Als CGT langer dan drie maanden duurt, is het waarschijnlijker dat terugval verminderd wordt in ver-

gelijking met andere therapie. Kortdurende CGT kan beperkte verbetering opleveren van depressieve symptomen, maar heeft geen invloed op psychotische symptomen.

De Nederlandse Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie (2005) is voornamelijk gebaseerd op de meta-analysen van Cormac e.a. (2002), Pilling e.a. (2002a) en NICE (2002). De opstellers concludeerden dat aangetoond is dat CGT psychotische en andere symptomen vermindert, direct na en 1 tot 2 jaar na afloop van de behandeling en dat de effectgrootte klein tot middelmatig is. De aanbeveling in deze richtlijn luidt dat CGT geïndiceerd is voor patiënten met blijvende positieve symptomen en te overwegen is bij patiënten met een gebrekkig ziekte-inzicht en matige medicatietrouw. Volgens de richtlijn is een langdurende behandeling van minimaal 6 maanden of 10 zittingen noodzakelijk om effecten te bewerkstelligen.

Zimmermann e.a. (2005) stelden vast dat CGT een veelbelovende aanvullende behandeling is voor de positieve symptomen bij schizofrenie en dat het effect van CGT groter is bij een acute psychotische episode dan bij chronische psychotische symptomen (effectgrootte of Cohens d 0,57 versus 0,27). Na 12 maanden was de gemiddelde effectgrootte 0,33. Verder benadrukten zij het belang van onderzoek naar moderatorvariabelen zoals de kwaliteit van de therapeutische relatie en neuropsychologische beperkingen bij de patiënt.

In 2006 verrichtten Pfammatter e.a. een meta-analyse waarbij zij 17 gerandomiseerde klinische trials includeerden. Zij concludeerden dat consistente en significante effecten van CGT alleen vastgesteld kunnen worden bij blijvende positieve symptomen en niet bij negatieve symptomen. Vergeleken met de controlegroepen leidde CGT tot een substantiële afname van psychiatrische symptomen, gemeten na afloop van behandeling (effectgrootte 0,45). De blijvende positieve symptomen toonden een aanzienlijke en stabiele afname (effectgrootte 0,47). Aan het eind van de behandeling was er een aanzienlijke afname in de mate van ernst van hallucinaties (effectgrootte 0,34), maar

deze winst raakte verloren bij follow-up. Echter, na behandeling met CGT leek de invloed van de hallucinaties op de patiënt minder groot. Bij follow-up bleef het effect bij wanen hoog (0,47). De analyse van Pfammatter e.a. benoemde niet de duur van follow-up. Zij adviseerden verder onderzoek naar de werkzaamheid van de interventies van CGT.

In 2008 verscheen een meta-analyse van Wykes e.a. waarbij 34 gerandomiseerde klinische trials werden geïncludeerd. Zij stelden bij 33 studies een effectgrootte van 0,40 vast; tevens stelden zij een effect vast voor positieve symptomen (in 32 studies), negatieve symptomen (in 23 studies), algemeen functioneren (in 15 studies), stemming (in 13 studies) en sociale angst (in 2 studies), met effectgroottes tussen 0,35 en 0,44. Er was echter geen effect op de door de patiënt ervaren hopeloosheid. Zij concludeerden dat, net zoals bij de eerder uitgevoerde meta-analysen, CGT effect heeft op de positieve symptomen. Er wordt geen follow-upperiode beschreven. Zij adviseerden bij verder onderzoek naar het effect van CGT onder andere vervolgstudies met langetermijnfollow-up naar de duurzaamheid van de behandelresultaten en studies met een welomschreven behandelprogramma en uitkomstmaten die niet alleen voor klinici en academici, maar ook voor de patiënt acceptabel zijn.

Conclusie De meta-analysen werden tussen 2002 en 2008 gepubliceerd en includeerden niet dezelfde studies. De auteurs concludeerden allen dat cognitieve gedragstherapie effectief is. De behoedzaamste meta-analyse is de cochrane-review. In deze meta-analyse werd een strenge selectie van RCT's toegepast en was het effect van CGT gering; de auteurs kwamen niet tot een aanbeveling, maar concludeerden dat CGT een beloftevolle interventie is die meer onderzoek behoeft. Meer onderzoek is nog altijd gaande, maar het aantal studies is al zeer respectabel en kan het opnemen tegen het aantal effectiviteitstrials van CGT bij andere stoornissen en bijvoorbeeld farmacologische trials die de effectiviteit van een medicijn onderzoeken.

VERDER ONDERZOEK

Naast effectiviteitstrials is ook onderzoek gaande naar een bredere toepassing van CGT bij het spectrum aan psychotische stoornissen en de daaraan gerelateerde comorbide stoornissen.

Wereldwijd worden studies uitgevoerd gericht op het effect van CGT op andere terreinen: vroege interventie bij patiënten met een eerste psychose en de jonge mensen die een verhoogd risico hebben op een eerste psychose (Marshall & Rathbone 2006), het toepassen van CGT bij schizofrenie bij comorbide stoornissen zoals middelenmisbruik (Barrowclough e.a. 2001) en posttraumatische stressstoornis (Mueser e.a. 2002) en het effect van CGT bij depressieve (Birchwood e.a. 2005) en negatieve symptomen (Rector e.a. 2003).

IMPLEMENTATIE

Hoewel ook in de Nederlandse richtlijn over schizofrenie vermeld staat dat CGT beschikbaar dient te zijn voor iedere patiënt met blijvende psychotische symptomen, zijn er in Nederland niet voldoende cognitief gedragstherapeuten werkzaam in zorgprogramma's voor patiënten met een psychotische stoornis. Dit belemmert de implementatie van CGT bij de behandeling van patiënten met schizofrenie. In Engeland en Nederland zijn verpleegkundigen getraind in de technieken van CGT bij patiënten met een psychose, maar deze scholing leidde tot onbevredigende behandelresultaten omdat de behandeling met CGT van schizofrenie en de comorbide stoornissen zeer complex is.

Het National Institute for Mental Health in Engeland publiceerde het onderzoeksrapport *Measured success*, waarin ook het effect van CGT zoals uitgevoerd door getrainde verpleegkundigen besproken wordt (Brooker & Brabban 2004). Een van de conclusies van het Engelse onderzoeksrapport was dat het moeilijk is om vast te stellen welke mate van training noodzakelijk is voor verpleegkundigen om voldoende expertise op te bouwen voor het succesvol uitvoeren van CGT bij

schizofrenie. Een andere conclusie luidde dat blijvende intervisie en supervisie noodzakelijk zijn. In Nederland en het Verenigd Koninkrijk is het wel mogelijk voor verpleegkundigen om te worden opgeleid tot gedragstherapeutisch medewerker die onderdelen van de behandeling uitvoert onder supervisie van een cognitief gedragstherapeut. In Nederland heeft de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie een tweejarige opleiding tot gedragstherapeutisch medewerker voor verpleegkundigen.

De gewenste werkwijze is dat de cognitief gedragstherapeut de assessment uitvoert en de casusconceptualisatie formuleert in samenspraak met de patiënt en vervolgens een plan opstelt met de toe te passen behandelstrategieën. De gedragstherapeutisch medewerker is gespecialiseerd in het geven van bijvoorbeeld de G-training (samenhang ontdekken tussen gebeurtenis, gedachte, gevoel en gedrag) en de begeleiding van exposureoefeningen. Het uitvoeren van onderdelen van de behandeling door een gedragstherapeutisch medewerker maakt de implementatie van CGT bij patiënten met schizofrenie beter realiseerbaar.

DISCUSSIE EN CONCLUSIE

Psychotische ervaringen komen veel voor onder de algemene bevolking. Er is sprake van de ziekte schizofrenie als de wanen en/of hallucinaties leiden tot een toename van preoccupatie, angst en sociaal disfunctioneren.

CGT bij schizofrenie richt zich voornamelijk op de emotionele gevolgen van de catastrofale interpretaties. Het doel is om wanen te relativiseren en van hun sterke emoties te ontdoen en bij hallucinaties om de toegeschreven macht en kwaadwillendheid te relativiseren en de hallucinaties te accepteren als hinderlijke, maar ongevaarlijke ervaringen. Daarnaast is het essentieel dat de vrijwel altijd voorkomende comorbiditeit wordt behandeld.

Op grond van vele gerandomiseerde studies en diverse meta-analysen is aangetoond dat CGT effectief is bij de behandeling van schizofrenie. De

Nederlandse Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie concludeert op basis van de meta-analysen dat aangetoond is dat CGT psychotische en andere symptomen vermindert, na de behandeling en 1 tot 2 jaar na afloop van de behandeling en dat de effectgrootte klein tot middelmatig is. In de studies is CGT uitgevoerd door ervaren cognitief gedragstherapeuten.

De bemoedigende resultaten van het wetenschappelijk onderzoek kunnen echter met moeite vertaald worden naar de klinische praktijk in Nederland. Er zijn momenteel niet voldoende cognitief gedragstherapeuten die zich gespecialiseerd hebben in het uitvoeren van CGT bij patiënten met schizofrenie. Dit vertraagt de zo gewenste implementatie van CGT.

Het uitvoeren van omschreven interventies door de gedragstherapeutisch medewerker maakt de implementatie meer haalbaar, dit is te bereiken door scholing van de al aanwezige verpleegkundige professionals. Nader onderzoek is echter noodzakelijk naar de effectiviteit van specifieke therapeutische interventies die worden uitgevoerd door de gedragstherapeutisch medewerker onder supervisie van een cognitief gedragstherapeut.

LITERATUUR

- Bailer, J., Takats, I., & Westermeier, C. (2001). Efficacy of individualized cognitive-behavioral therapy for schizophrenic patients with negative symptoms and social disabilities: a controlled trial. *Zeitung für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 30, 268-278.
- Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., e.a. (2001). Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavioural therapy and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 1706-1713.
- Barrowclough, C., Haddock, G., Lobban, F., e.a. (2006) Group cognitive-behavioural therapy for schizophrenia: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 189, 1-7.
- Bechdolf, A., Knost, B., Kuntermann, C., e.a. (2004). A randomized comparison of group cognitive-behavioural therapy and group psychoeducation in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 21-28.

- Bentall, R.P., Haddock, G., & Slade, P.D. (1994). Cognitive behaviour therapy for persistent auditory hallucinations: from theory to therapy. *Behaviour therapy*, 25, 51-66.
- Birchwood, M., Iqbal, Z., & Upthegrove, R. (2005). Psychological pathways to depression in schizophrenia: studies in acute psychosis, post psychotic depression and auditory hallucinations. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 255, 202-212.
- Bradshaw, W. (1996). Structured group work for individuals with schizophrenia: a coping skills approach. *Research on Social Work Practice*, 6, 139-154.
- Bradshaw, W. (2000). Integrating cognitive-behavioral psychotherapy for persons with schizophrenia into a psychiatric rehabilitation program: results of a three year trial. *Community Mental Health Journal*, 36, 491-500.
- Brooker, C., & Brabban, A. (2004). *Measured success: a scoping review of evaluated psychosocial interventions training for work with people with serious mental health problems*. Londen: National Institute for Mental Health in England.
- Buchkremer, G., Holle, R., Mönking, H., e.a. (1995). The impact of therapeutic relatives groups on the course of illness in schizophrenic patients. *European psychiatry*, 10, 17-27.
- Carpenter, W., Heinrichs, D., & Hanlon, T. (1987). A comparative trial of pharmacologic strategies in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 144, 1466-1470.
- Cather, C., Penn, D., Otto, M., e.a. (2005). A pilot study of functional cognitive behavioral therapy for schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 74, 201-209.
- Cormac, I., Jones, C., & Campbell, C. (2002). Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD000524.
- Daniels, L. (1998). A group cognitive-behavioral and process-oriented approach to treating the social impairment and negative symptoms associated with chronic mental illness. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 167-176.
- Drury, V., Birchwood, M., Cochrane, R., e.a. (1996). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. I: Impact on psychotic symptoms. *The British Journal of Psychiatry*, 169, 593-601.
- Drury, V., Birchwood, M., & Cochrane, R. (2000). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 8-14.
- Durham, R.C., Guthrie, M., Morton, R.V., e.a. (2003). Tayside-Fife clinical trial of cognitive-behavioural therapy for medication-resistant psychotic symptoms; results to 3-month follow-up. *The British Journal of Psychiatry*, 182, 303-311.
- Gaag, M. van der, Hageman, M.C., & Birchwood, M. (2003). Evidence for a cognitive model of auditory hallucinations. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 542-545.
- Gaag, M. van der, Valmaggia, L., van Meer, R., e.a. (2005). *Handleiding gedachten uitpluizen*. Oegstgeest: Stichting Cognitie en Psychose.
- Garety, P.A., Fowler, D., Kuipers, E., e.a. (1994). Cognitive behavioural therapy for drug resistant psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 67, 259-271.
- Garety, P., Fowler, D., Kuipers, E., e.a. (1998). London East-Anglia randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy for psychosis I: effects of the treatment phase. *The British Journal of Psychiatry*, 171, 319-327.
- Gaudiano, B., & Herbert, J. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using acceptance and commitment therapy: pilot results. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 415-437.
- Granholm, E., McQuaid, J.R., McClure, F.S., e.a. (2002). A randomized controlled pilot study of cognitive behavioural social skills training for older patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 53, 167-169.
- Granholm, E., McQuaid, J.R., McClure, F.S., e.a. (2005). A randomized, controlled trial of cognitive behavioural social skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 520-529.
- Gumley, A., O'Grady, M., McNay, L., e.a. (2003). Early intervention for relapse in schizophrenia: results of a 12-month randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy. *Psychological Medicine*, 33, 419-431.
- Haddock, G., Tarrrier, M., Morrison, A.P., e.a. (1999). A pilot study evaluating the effectiveness of individual inpatient cognitive behavioural therapy in early psychosis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 34, 254-258.
- Hall, P.L., & Tarrrier, M. (2003). The cognitive-behavioural treatment of low self-esteem in psychotic patients: a pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 317-332.
- Halperin, S., Nathan, P., Drummond, P., e.a. (2000). A cognitive-behavioural, group-based intervention for social anxiety in schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 809-813.
- Hanssen, M., Krabbendam, L., Graaf, R., e.a. (2005). Role of distress in delusion formation. *The British Journal of Psychiatry*, 48, 55-58.
- Hogarty, G., Cornblith, S., DiBarry, A., 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. *The American Journal of Psychiatry*, 154, 1504-1513.
- Johns, L.C., & van Os, J. (2001). The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical Psychology Review*, 21, 1125-1141.
- Jolley, S., Garety, P., Craig, T., e.a. (2003). Cognitive therapy in early psychosis: a pilot randomized controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 473-478.
- Kapur, S., Mizrahi, R., & Li, M. (2005). From dopamine to salience to psychosis: linking biology, pharmacology and phenomenology of psychosis. *Schizophrenia Research*, 79, 59-68.
- Kemp, R., Hayward, P., Applewhaite, G., e.a. (1996). Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. *BMJ*, 312, 345-349.
- Kingdon, D.G., & Turkington, D. (2005). *Cognitive therapy of schizophrenia*. New York: Guilford Press.
- Kingsep, P., Nathan, P., & Castle, D. (2003). Cognitive behavioural group treatment for social anxiety in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 63, 121-129.
- Krabbendam, L., Myin-Germeys, I., Bak, M., e.a. (2005). Explaining transitions over the hypothesized psychosis continuum. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 180-186.
- 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. *The British Journal of Psychiatry*, 171, 319-327.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de ggz. (2005). *Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie*. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO/Trimbos-instituut. www.ggzrichtlijnen.nl
- Lecompte, D., & Pelc, I. (1996). A cognitive-behavioral program to improve compliance with medication in patients with schizophrenia. *International Journal of Mental Health Systems*, 25, 51-56.
- Levine, J., Barak, Y., & Granek, I. (1998). Cognitive group therapy for paranoid schizophrenics: applying cognitive dissonance. *Journal of cognitive psychotherapy*, 12, 3-12.
- Marshall, M., & Rathbone, J. (2006). Early intervention for psychosis (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD004718.
- Milton, F., Patwa, V.K., & Hafner, R.J. (1978). Confrontation versus belief modification in persistently deluded patients. *British Journal of Medical Psychology*, 51, 127-130.
- Mueser, K.T., Rosenberg, S.D., Goodman, L.A., e.a. (2002). Trauma, PTSD, and the course of severe mental illness: an interactive model. *Schizophrenia Research*, 53, 123-143.
- National Institute for Clinical Excellence (2002). *Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care*. Londen: National Collaborating Centre for Mental Health, commissioned by the National Institute for Clinical Excellence.
- Os, J. van, Hanssen, M., Bijl, R.V., e.a. (2001). Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms: an urban-rural comparison. *Archives of General Psychiatry*, 58, 663-668.
- Os, J. van, Burns, T., Cavallaro, R., e.a. (2006). Standardized remission criteria in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 91-95.
- Pfammatter, M., Junghan, U.M., & Brenner, H.D. (2006). Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses. *Schizophrenia Bulletin*, supplement 1, S64-S80.
- Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., e.a. (2002a). Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychological Medicine*, 32, 763-782.
- Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., e.a. (2002b). Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analysis of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychological Medicine*, 32, 783-791.
- Pinto, A., La Pia, S., Mennella, R., e.a. (1999). Cognitive-behavioural therapy and clozapine for clients with treatment-refractory schizophrenia. *Psychiatric services*, 50, 901-904.
- Rector, N.A., Seeman, M.V., & Segal, Z.V. (2003). Cognitive behavioural therapy for schizophrenia: a preliminary randomized controlled trial. *Schizophrenia Research*, 63, 1-11.
- Sensky, T., Turkington, D., Kingdon, D., e.a. (2000). A randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Archives of General Psychiatry*, 57, 165-172.
- Startup, M., Jackson, M., & Bendix, S. (2004). North Wales randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for acute schizophrenia spectrum disorders: outcomes at 6 and 12 months. *Psychological Medicine*, 34, 413-422.
- Tarrier, N., Beckett, R., Harwood, S., e.a. (1993). A controlled trial of two cognitive behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: I. Outcome. *The British Journal of Psychiatry*, 162, 524-532.
- Tarrier, N., Yusupoff, L., Kinney, C., e.a. (1998). A randomised con-

- trolled trial of intensive cognitive behaviour therapy for chronic schizophrenia. *BMJ*, 317, 303-307.
- Tarrier, N., Lewis, S., Haddock, G., e.a. (2004). Cognitive-behavioural therapy in first-episode and early schizophrenia: 18-month follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 184, 231-239.
- Turkington, D., Dudley, R., Warman, D.M., e.a. (2004). Cognitive-behavioral therapy for schizophrenia: a review. *Journal of Psychiatric Practice*, 10, 5-16.
- Turkington, D., & Kingdon, D. (2000). Cognitive-behavioural techniques for general psychiatrists in the management of patients with psychoses. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 101-106.
- Turkington, D., Kingdon, D., & Turner, T. (2002). Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 180, 523-527.
- Valmaggia, L., van der Gaag, M., Tarrier, N., e.a. (2005). A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy with treatment refractory positive symptoms of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 186, 324-330.
- Wiersma, D., Jenner, J., Nienhuis, F., e.a. (2004). Hallucination focused integrative treatment improves quality of life in schizophrenia patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 194-201.
- Wykes, T., Hayward, P., Thomas, N., e.a. (2005). What are the effects of group cognitive behaviour therapy for voices? A randomised control trial. *Schizophrenia Research*, 77, 201-210.
- Wykes, T., Steel, C., Tarrier, N., e.a. (2008). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models and methodological rigor. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 523-537.
- Zimmermann, G., Favrod, J., Trieu, V.H., e.a. (2005). The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 77, 1-9.

AUTEURS

C.T. SMITS is als psychiater, psychotherapeut en cognitief gedragstherapeut en opleider psychotherapie verbonden aan GGZ inGeest.

M. VAN DER GAAG is klinisch psycholoog, psychotherapeut en cognitief gedragstherapeut en hoofdonderzoeker bij Parnassia in Den Haag en hoogleraar Klinische Psychologie bij de Vrije Universiteit van Amsterdam.

Correspondentieadres: C.T. Smits, GGZ inGeest, locatie Etta Palmstraat, Etta Palmstraat 272, 2135 LM, Hoofddorp.

E-mail: c.smits@ggzingeest.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 25-8-2009.

SUMMARY

Cognitive behavioural therapy for schizophrenia – C. T. Smits, M. van der Gaag –
BACKGROUND The publication of the Dutch multidisciplinary guidelines Schizophrenia and the launching of the Breakthrough project on schizophrenia led by the Trimbos Institute in 2006 aroused considerable interest in the Netherlands for the implementation of cognitive behavioural therapy for patients with schizophrenia. One of the reasons was that pharmacotherapy has its limitations in the treatment of schizophrenia; an antipsychotic drug does not lead to an adequate decrease in psychotic symptoms in all patients; cognitive behavioural therapy is then added as a form of psychotherapy. The effectiveness of cognitive behavioural therapy has been described in meta-analyses.

AIM To ascertain the efficacy of cognitive behavioural therapy for the treatment of schizophrenia and to give advice on how this therapy can be implemented.

METHOD We reviewed relevant articles and meta-analyses via PubMed and Ovid using the search terms: ‘cognitive behavioural therapy’, ‘continuity/psychosis’, ‘implementation’, ‘meta-analysis’, ‘nurse therapist’, ‘psychosis’, ‘schizophrenia’.

RESULTS Many randomised controlled trials show the effectiveness of cognitive behavioural therapy in the treatment of schizophrenia. At the moment, the encouraging results of scientific research are not being adequately transferred to clinical practice. However, the performance of special interventions by trained nurses is making implementation feasible.

CONCLUSION Cognitive behavioural therapy is an effective treatment for schizophrenia. It is advisable that this type of therapy be made available to patients, in accordance with their specific needs.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 52(2010)2, 99-109]

KEY WORDS cognitive behavioural therapy, cognitive behavioural therapist, implementation, meta-analysis, reviews, schizophrenia