

Supplement bij *Neuron* 2008; Vol 13 (Nr 8)

# Uitkomst en *recovery* bij schizofrene psychose

De Hert M, Lecompte D, Hulselmans J, Janssen F, Vandendriessche F,  
De Bleeker E, Mertens C, Wampers M



## Inhoudstafel

1.	Inleiding	3
2.	Recovery bij schizofrene psychose	3
3.	Hoe recovery definiëren?	3
3.1.	Fysiek herstel: terugkeer naar een gezonde toestand	3
3.2.	Trauma recovery: een proces van recovery	4
3.3.	Addiction recovery: something gained or restored	4
3.4.	Mental health recovery: obtaining usable substances from unusable sources	4
4.	Factoren geassocieerd met recovery	5
4.1.	Familiale factoren	5
4.2.	Druggebruik	5
4.3.	Duur onbehandelde psychose (DUP)	5
4.4.	Goede initiële respons op antipsychotica	6
4.5.	Therapietrouw	6
4.6.	Ondersteunende therapie	6
4.7.	Neurocognitieve factoren	6
4.8.	Aanwezigheid van negatieve symptomen	6
4.9.	Premorbide factoren	6
4.10.	Toegang tot goed gecoördineerde continue aangepaste behandeling	6
5.	Conclusie	7

## 1. Inleiding

Hoewel de heterogeniteit in de uitkomst van schizofrene psychose steeds erkend werd (1, 2), werd schizofrene psychose vanaf de eerste omschrijvingen van de aandoening gekarakteriseerd als een chronische deteriorerende aandoening met een zeer kleine kans op symptomatische en/of functionele *recovery*. In DSM-III werd zelfs gesteld dat de diagnose van schizofrene patiënten die terugkeerden naar het premorbide niveau van functioneren, in vraag moest worden gesteld (3). Ook in DSM-IV werd gewaarschuwd dat terugkeer naar een 'normaal' niveau van functioneren zeer onwaarschijnlijk was bij schizofrene patiënten (4).

Er bestaat echter groeiende evidentie dat *recovery* van schizofrene psychose wel degelijk mogelijk is. Een sluitende definitie van dit concept bestaat echter niet.

## 2. Recovery bij schizofrene psychose

Meerdere onderzoekers toonden aan dat *recovery* mogelijk is bij eerste-episodepatiënten. Zo definieerden Loebel e.a. (5) *recovery* als een score van 3 of minder op de items van SADS-C (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Change*) en de *Psychosis and Disorganization Scale* in combinatie met een score 'mild' of lager op de CGI. 74% bleek in volledige remissie binnen een jaar. In de *Early Psychosis Prevention & Intervention Center* (6, 7) bleek 91% van de patiënten met een eerste psychotische episode in symptomatische remissie na 1 jaar. In een Belgische studie van Peeters e.a. (8) werden 100 schizofrene eerste-episodepatiënten (DSM-III-R) gedurende 10 jaar gevolgd. 15% van deze patiënten is na 10 jaar volledig hersteld.

Er bestaat groeiende evidentie dat *recovery* bij schizofrene patiënten mogelijk is.

Ook bij meer chronische patiënten blijkt *recovery* echter mogelijk. Een recente internationale follow-up studie in opdracht van de WHO (9) evalueerde de uitkomst van een grote groep schizofrene patiënten (N = 461).

Op het moment van follow-up blijkt een aanzienlijk deel van de onderzochte patiënten *recovered* en goed te functioneren (Tabel 1).

De meerderheid van de schizofrene patiënten (70%) woonden bij follow-up bij familie of vrienden. 15,2% verbleven in een ziekenhuis of in begeleide woonvormen.

Het verloop van de ziekte in de laatste twee jaar voorafgaand aan de follow-upmeting wordt weergegeven in tabel 2.

Bijna de helft van de patiënten (47,8%) is in die periode nooit psychotisch geweest.

Een sluitende definitie van het concept *recovery* bestaat momenteel nog niet.

Wordt *recovery* strikt gedefinieerd als de afwezigheid van psychotische symptomen in de voorbije twee jaar en de afwezigheid van restsymptomen dan dalen de percentages van *recovery* (Tabel 3).

Deze resultaten bevestigen de bevindingen van eerdere langetermijnfollow-upstudies (10-16). In elk van deze studies werden schizofrene patiënten gedurende minstens 20 jaar gevolgd en werd bevredigend sociaal functioneren vastgesteld bij minstens 50% van de patiënten. Toegang tot continue en omvattende geestelijke gezondheidszorg bleek een sleutelement voor het bekomen van een goede uitkomst op lange termijn.

## 3. Hoe *recovery* definiëren?

Met een adequate behandeling blijken veel mensen met schizofrenie in staat om symptomatische

remissie te bereiken en sociaal op een bevredigend niveau te functioneren. Deze informatie bereikt echter maar moeilijk de klinische praktijk o.a. omdat er een gebrek aan consensus bestaat over wat *recovery* nu precies betekent in het kader van schizofrene psychose. De grote verscheidenheid aan definities van het concept maken wetenschappelijke bevindingen vaak moeilijk interpreteerbaar.

Het woord *recovery* heeft dan ook meerdere betekenissen (17).

- *A return to a normal condition* (terugkeer naar een normale toestand).
- *An act, instance, process, or period of recovery* (een handeling, periode of proces van herstel).
- *Something gained or restored in recovering* (hetgeen men (terug)wint tijdens herstel).
- *The act of obtaining usable substances from unusable sources, as with waste material* (iets bruikbaar halen uit 'onbruikbare' bronnen).

### 3.1. Fysiek herstel: terugkeer naar een gezonde toestand

Deze betekenis van het woord *recovery* (herstel) is veruit de meest gebruikte en is van toepassing wanneer het gaat om het oplossen van acute fysieke problemen zoals een verkoudheid, griep of een beenbreuk. In deze gevallen betekent *recovery* dat de betrokken persoon op welke manier ook, terugkeert naar de toestand waarin hij/zij

Tabel 1: Symptomatologie en beperkingen bij follow-up.

	% patiënten
<i>Recovery</i> op Bleuler's Scale d.w.z. symptoomvrij of minimale restsymptomen die het functioneren niet hinderen	48,1
<i>Global Assessment of functioning</i> (> 60): Symptomen: afwezig of mild	54
<i>Disability assessment Scale</i> : score 'goed' of 'excellent'	33,4
<i>Global Assessment of functioning</i> (> 60): Beperkingen: afwezig of mild	50,7

Tabel 2: Ziekteverloop in de laatste twee jaar (percentage van de groep met duidelijke negatieve symptomen).

Ziekteverloop	% patiënten (% patiënten van die groep met duidelijk negatieve symptomen)
Episodisch	16,6 (17)
Continu	33,6 (47,6)
Geen van bovenstaande (maar psychotisch bij follow-up)	6,9 (0)
Nooit psychotisch	47,8 (9,1)

Tabel 3: Strikte definitie van *recovery*.

	% patiënten
Nooit psychotisch in de voorbije twee jaar + geen restsymptomen	31,1
<i>Recovered</i> op <i>Bleuler's Scale</i> + <i>Global Assessment of functioning-Disabilities</i> (> 60)	
• niet in behandeling	16,3
• behandeling en/of hospitalisatie in de voorbije twee jaar maar verder symptoomvrij	37,8

zich bevond voor de ziekte of voor het incident dat leidde tot bijvoorbeeld een beenbreuk. In deze gevallen gaat men er steeds van uit dat er een gezonde toestand bestond, zonder functionele beperkingen, voorafgaand aan de ziekte. Deze betekenis van *recovery* is goed aanvaard binnen de somatische geneeskunde wanneer het gaat om acute aandoeningen.

Er stellen zich problemen bij chronische recidiverende aandoeningen zoals astma of diabetes. In zulke situaties verwacht men niet dat de persoon terugkeert naar een premorbide gezonde toestand. Wanneer de term *recovery* in die context wordt gebruikt, dan verwijst hij meestal naar partieel herstel (geen symptomen van de aandoening, maar geen terugkeer naar de toestand van voorheen) of naar één van de andere betekenissen van de term.

Mogelijk komt de controverse m.b.t. het gebruik van de term *recovery* in het kader van psychiatrische aandoeningen hieruit voort. Indien men stelt dat deze eerste betekenis van de term *recovery* de enige juiste is, dan kan deze term inderdaad worden afgedaan als ongeschikt of ontoepasbaar voor vele ernstige psychiatrische aandoeningen.

### 3.2. Trauma recovery: een proces van recovery

Aanhangers van moderne traumamodellen stellen dat deze visie op *recovery*, in tegenstelling tot deze besproken in punt 1, ervan uitgaat dat terugkeer naar een 'normale' toestand na trauma, niet mogelijk is. Eén van de kenmerken van trauma is net dat het de getroffen persoon voor altijd verandert.

*Recovery* verwijst dan naar een actief proces waarin de traumatische ervaring wordt doorwerkt en geïntegreerd zodat de destructieve impact op het leven van de betrokken persoon wordt geminimaliseerd, omdat het trauma en de directe gevolgen ervan een minder prominente rol krijgen in het bewustzijn, minder intrusief zijn en onder controle van de persoon komen. Dit is een geleidelijk proces dat niet noodzakelijk ten einde is op het moment dat de betrokken persoon overlijdt (vandaar *in recovery* en niet *recovered* van trauma).

Het element van controle is ook belangrijk in de volgende definities van *recovery*.

### 3.3. Addiction recovery: something gained or restored

Binnen de gezondheidszorg werd de term *recovery* het eerst gebruikt in de zelfhulpgroepen voor verslaving. Mensen die erin slagen zich na een periode van verslaving te onthouden van drugs of alcohol, omschrijven zichzelf als *in recovery*. *In recovery* betekent dan dat de persoon niet langer middelen gebruikt maar wel kwetsbaar blijft voor terugval. Mensen die hun verslaving langere tijd achter zich hebben gelaten en niet langer het gevoel hebben dat ze zichzelf moeten beschermen

tegen terugval, zullen zich waarschijnlijk niet langer beschouwen als *in recovery* net zo min als mensen die een trauma hebben doorgemaakt en niet langer het gevoel hebben dat dit hun leven beïnvloedt. De uitdrukking *in recovery* heeft dan ook vooral betrekking op de periode net na de verslaving waarin de persoon zich bewust is van de inspanningen die hij/zij levert. Naast het overwinnen van de verslaving houdt *recovery* in deze context eveneens in dat de persoon terug controle krijgt over zijn leven. *Recovery* van een verslaving impliceert dus effectief zowel 'winnen' (*gained*) als herstellen (*recovered*).

### 3.4. Mental health recovery: obtaining usable substances from unusable sources

Longitudoonaal onderzoek toonde aan dat het verloop en de uitkomst van psychische aandoeningen erg heterogeen is. Deze heterogeniteit maakt dat het begrip *recovery* voor patiënten met een verschillend ziekteverloop een verschillende betekenis heeft. Voor individuen die slecht één psychotische of depressieve episode doormaken en vervolgens terugkeren naar een gezonde toestand, is de eerste betekenis van *recovery* van toepassing.

Het meer recente concept *in recovery* lijkt meer van toepassing op patiënten die een langere ziekteperiode kennen en voor wie de uitkomst van hun aandoening minder zeker is. Deze term werd geïntroduceerd vanuit de *Mental Health consumer/survivor movement*. De betekenis die *recovery* in die context kreeg, sluit nauw aan bij het gebruik van de term bij verslaving waarbij patiënten in toenemende mate controle krijgen over hun aandoening en terug de verantwoordelijkheid nemen over hun eigen leven. Ondanks deze overlap verschilt de betekenis van *recovery* in de context van psychiatrische aandoeningen toch van de betekenis die de term krijgt bij verslaving. *Recovery* van verslaving impliceert steeds een vorm van onthouding, zolang iemand middelen gebruikt kan er geen sprake zijn van *recovery*. De *Independent Living Movement* stelt dat het in het kader van psychische aandoeningen mogelijk moet zijn om in *recovery* te zijn zelfs wanneer de persoon aan de aandoening blijft lijden. Wat betekent *recovery* dan in die context?

Uit de literatuur waarin deze visie op *recovery* het meest prominent is (rehabilitatie en *consumer/survivor* literatuur) blijkt dat er ook daar geen consensus bestaat over de exacte betekenis van *recovery*. Wat *recovery* juist betekent lijkt af te hangen van aan wie je het vraagt. De meeste definities omvatten wel elementen zoals het aanvaarden van de ziekte, een gevoel van hoop voor de toekomst en het vinden van een nieuwe autonomie.

Deze laatste opvatting over *recovery* verschilt van deze die doorgaans in klinisch onderzoek wordt gehanteerd en waarbij de klemtoon ligt op

de afwezigheid van symptomen of terugkeer naar het premorbide niveau van functioneren. Binnen de klinische benadering ligt de nadruk hoofdzakelijk op het verwijderen van obstakels die een normale gezonde toestand in de weg staan.

Binnen de *consumer/survivor* en rehabilitatiebenadering wordt *recovery* minder gezien als een statisch eindresultaat en impliceert het evenmin een terugkeer naar een premorbide toestand. Het is eerder een levenslang proces bestaande uit een oneindig aantal stappen in verschillende levenssferen. Veel mensen binnen deze benadering zien *recovery* dan ook als iets dan in feite niet gedefinieerd kan worden. Het wordt meer omschreven als een levenshouding, een visie, een ervaring... (18, 19) dan als een terugkeer naar een gezonde toestand of een vorm van klinische uitkomst.

Aanhangers van deze benadering stellen dat een terugkeer naar een premorbide toestand in het geval van psychiatrische aandoeningen niet mogelijk is omdat een dergelijke aandoening het leven van de patiënt voor altijd verandert. Sommige patiënten zouden zelfs niet terug willen naar de toestand voor de ziekte omdat dit een belangrijk deel van hun leven zou ontkennen en verwezenlijkingen tenietdoen die ze tijdens *recovery* gerealiseerd hebben.

Dit laatste element wijst erop dat *recovery* in tegenstelling tot de afwezigheid van symptomen of gevolgen van de ziekte vaak ook groei en toename van capaciteiten inhoudt, zodat er effectief iets bruikbaar wordt gehaald (vaardigheden) uit onbruikbare bronnen (psychiatrische aandoening, stigma etc.).

Binnen deze visie kan het *recoveryproces* verschillend zijn voor elk individu waardoor het moeilijk wordt om met een set essentiële elementen voor de dag te komen die voor iedereen relevant zijn. Een aantal elementen komen echter geregeld terug: hernieuwen van hoop en inzet, zichzelf herdefiniëren, aanvaarden van de aandoening en ze een plaats geven, betekenisgevende activiteiten, overwinnen van stigma, controle over het leven, *empowerment*, zijn/haar burgerschap opnemen, omgaan met symptomen, zich gesteund voelen door anderen.

Elk van deze gebieden illustreert het basisprincipe van deze vorm van *recovery*: een herdefiniëring van de ziekte als slechts één element in een multidimensioneel autonoom persoon die in staat is doelstellingen te identificeren en na te streven ondanks het feit dat hij/ze blijft lijden onder de effecten en nevenwerkingen van zijn/haar aandoening (20-24).

Hoewel 'omgaan met symptomen' ook binnen deze visie een onderdeel van *recovery* is, is symptomatische remissie binnen deze visie niet vereist om van *recovery* te kunnen spreken. Wel



moet er bij patiënten een verschuiving plaatsvinden van het eenvoudig ontvangen van diensten naar actief deelnemen aan en gebruik maken van de behandeling van zijn of haar keuze om de symptomen in zekere mate onder controle te krijgen.

In de klinische psychiatrie vormt symptomatische remissie echter wel een essentieel onderdeel van *recovery*.

Zo stellen Liberman e.a. (25) operationele criteria voor *recovery* van schizofrenie voor.

- Symptomatische remissie: gedurende minstens 2 opeenvolgende jaren een score  $\leq 4$  op alle items m.b.t. positieve en negatieve symptomen van de BPRS.
- Professioneel functioneren: minstens deeltijds werk of het succesvol volgen van een minstens deeltijdse opleiding gedurende 2 opeenvolgende jaren. Bij patiënten jonger dan 60 actief deelnemen aan familie, vrijwilligers of vrijetijdsactiviteiten.
- Zelfstandig wonen: zonder dagelijkse supervisie voor geldbeheer, winkelen, koken, de was etc. In staat zijn om zelf zijn of haar activiteiten te initiëren en zijn/haar tijd in te delen. Naargelang cultuur en leeftijd van de patiënt kunnen die criteria van toepassing zijn op patiënten die nog thuis wonen, al zullen de meeste patiënten alleen wonen of samenwonen met vrienden, partner enzovoort.
- Sociale relatie: minstens eens per week een afspraak, telefoongesprek of andere gezamenlijke activiteit met iemand van buiten de familiekring.

Gelijkaardige definities vindt men o.a. bij Whitehorn e.a. (26), Andresen e.a. (27) enz.

Domeinen zoals symptomatologie, cognitie, mortaliteit, nevenwerkingen, sociale uitkomst, *quality of life* en kosten dienen binnen het kader van *recovery* geëvalueerd te worden.

De verschillende definities hebben een aantal gelijkenissen. Omdat de diagnose van schizofrene psychose gebaseerd is op de aanwezigheid van klinisch betekenisvolle symptomen, maakt een zeker niveau van stabiliteit op het vlak van symptomatologie deel uit van al deze definities. Daarnaast omvatten de definities een aantal functionele criteria aangezien de diagnose schizofrenie een duidelijk verstoord functioneren impliceert op het vlak van werk, sociaal functioneren en zelfzorg. Ten slotte vragen de meeste definities ook een bepaalde periode van symptomatische en functionele verbetering.

Binnen deze definities van *recovery* komt het multidimensionele karakter van de aandoe-ning duidelijk tot uiting. Zowel symptomen als functionele beperkingen zijn karakteristiek voor schizofrene psychose. Uitkomst dient dan ook multidimensioneel geëvalueerd te worden en een definitie van *recovery* dient die multidimensionaliteit in rekening te brengen.

De verschillende definities van *recovery* omvatten echter niet altijd dezelfde uitkomst domeinen. De operationele criteria van Liberman e.a. (25) bevatten naast symptomatische remissie ook een verbetering van het beroepsmatig functioneren, verbeterde interpersoonlijke relaties en zelfstandig leven. Volgens Nasrallah e.a. (28) ontbreken in die definitie de nevenwerkingen van behandeling en de belasting van schizofrenie voor familieleden, zorgverstrekkers en de maatschappij in haar geheel.

Combineren we de opvattingen van Nasrallah e.a. (28) en Liberman e.a. (25) dan komen we tot een 8-tal uitkomst domeinen die binnen het kader van *recovery* geëvalueerd dienen te worden: symptomen, cognitie, mortaliteit, nevenwerkingen, sociale uitkomst, *Quality of Life*, beperkingen en kosten.

Deze elementen verschillen duidelijk van de elementen die binnen de *consumer/survivor* beweging belangrijk worden geacht.

Er is dan ook nog heel wat onderzoek nodig voordat het concept *recovery* duidelijk gedefinieerd is en toegepast kan worden binnen het kader van schizofrene psychose. Het aantal pogingen om *recovery* binnen schizofrenie te definiëren is tot-nogtoe beperkt.

#### 4. Factoren geassocieerd met *recovery* (25)

Liberman e.a. (25) identificeerden op basis van de literatuur een 10-tal elementen die geassocieerd zijn met symptomatische, sociale en beroepsmatige *recovery*.

##### 4.1. Familiale factoren

Er bestaat geen onderzoek waarin het verband tussen een ondersteunende familie en goede uitkomst rechtstreeks wordt onderzocht. Twee onderzoekslijnen leveren echter indirecte evidentie voor de positieve gevolgen die een ondersteunende familiale context kan hebben.

- Heel wat onderzoek toonde aan dat hoge *Expressed Emotion* (EE) een sterke predictor is voor herval bij schizofrene patiënten (29, 30).
- Het geobserveerde verband tussen familiale EE en herval heeft geleid tot de ontwikkeling van verschillende vormen van familie-interventies. Uit onderzoek blijkt dat deelname aan familie-interventies leidt tot betere sociale aanpassing en het gebruik van lagere dosissen antipsychotica (31, 32).

Deze bevindingen suggereren dat ondersteuning door de familie een belangrijke beïnvloedende factor kan zijn voor positieve uitkomst.

##### 4.2. Drugsgebruik

Schizofrene patiënten die middelen gebruiken hebben een hogere hervalfrequentie, functioneren psychosociaal minder goed en hebben een slechtere prognose. Bovendien komen geweld en suïcide meer voor, is de therapietrouw lager en zijn basisbehoeften (huisvesting, voeding etc.) minder vaak vervuld (33-36).

Meerdere factoren spelen een rol bij de negatieve gevolgen van drugsgebruik. Patiënten kunnen stoppen met hun medicatie uit angst voor negatieve interacties met de middelen die ze gebruiken. Drugsgebruik kan een negatieve invloed hebben op het geheugen en andere cognitieve functies en via die weg therapietrouw verminderen. Drugsgebruik kan bovendien de positieve effecten van de behandeling tenietdoen of verminderen wat opnieuw een negatieve invloed kan hebben op de therapietrouw.

Factoren zoals ondersteuning door familie, stoppen met drugsgebruik, korte DUP, vroegtijdige respons op antipsychotica, therapietrouw en ondersteunende psychotherapie kunnen een positieve uitkomst bevorderen.

Zelfs indien patiënten die middelen gebruiken gemotiveerd zijn voor hun behandeling kan het voor hen praktisch moeilijker zijn hun therapeutisch programma te volgen. Tengevolge van het drugsgebruik beschikken zij mogelijk over minder financiële middelen, hebben ze geen vast adres of auto waardoor het moeilijker wordt afspraken na te komen.

##### 4.3. Duur onbehandelde psychose (DUP)

Een langere onbehandelde psychose blijkt een predictor voor een slechte prognose (5, 37). Een langere DUP is geassocieerd met een verlenging van de tijd tot remissie en een lager remissieniveau (5).

Het is echter mogelijk dat DUP samenhangt met tal van andere factoren die de uitkomst beïnvloeden. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk dat patiënten die snel hulp zoeken de patiënten zijn met een ondersteunend sociaal netwerk dat hen aanmoedigt om hulp te zoeken. Kortere DUP kan ook geassocieerd zijn met een hogere socio-economische status, een hoger niveau van pre-morbide functioneren etc.

In een recente meta-analyse (38) werd echter vastgesteld dat het verband tussen DUP en outcome blijft bestaan, ook als gecorrigeerd wordt voor contaminerende factoren (zoals niveau van premorbide functioneren, de manier waarop de psychose zich ontwikkelt enzovoort).

Vroege interventie en de daaraan gekoppelde reductie in DUP zou dan ook belangrijk kunnen zijn voor het bekomen van een goede uitkomst. Psychose zou immers toxisch zijn voor de hersenen en leiden tot het afsterven en aftakelen van hersencellen (39). Een alternatieve hypothese stelt dat psychose leidt tot een afgenomen synaptische plasticiteit door het verbreken van het contact met het dagelijkse leven. (40). Door de DUP zo kort mogelijk te houden, zou dit degeneratieve proces beperkt worden.

Geringe cognitieve deficits, weinig negatieve symptomen, laat begin van de aandoening, goed premorbied functioneren, korte prodromale periode en vlotte toegang tot een continue aangepaste behandeling zijn goede predictoren van algemeen functioneren.

#### 4.4. Goede initiële respons op antipsychotica

In een aantal studies werd vastgesteld dat een symptoomreductie binnen een paar dagen na het opstarten van een behandeling met antipsychotica uitkomst na meerdere weken of maanden voorspelt (41, 42). Dit effect kan gemedieerd worden door het ontbreken van nevenwerkingen en de daaraan gekoppelde hogere therapietrouw (38).

#### 4.5. Therapietrouw

Het consistente gebruik van antipsychotica is belangrijk om tot optimale niveaus van sociaal functioneren te komen (5). Toch is therapietrouw bij veel patiënten problematisch waardoor een positieve uitkomst gehypothekeerd wordt (43).

Langwerkende antipsychotica kunnen dan ook een belangrijke bijdrage leveren tot het bevorderen van uitkomst en *recovery* (44). Zij bevorderen immers de therapietrouw en verminderen langs die weg de terugvalfrequentie. De resultaten van een aantal gerandomiseerde, gecontroleerde en open klinische trials toonden aan dat patiënten een significante en aanhoudende klinische verbetering kunnen bereiken als ze switchen van orale naar depotneuroleptica (45) of van een behandeling met orale atypische antipsychotica

naar een behandeling met langwerkende tweede generatie antipsychotica (46-49).

Er werden ook niet-farmacologische methoden ontwikkeld om de therapietrouw te bevorderen. Zo ontwikkelden Kemp et al. (50) een algemeen toepasbare psychotherapeutische techniek om de therapietrouw bij acuut psychotische patiënten te verbeteren.

#### 4.6. Ondersteunende therapie

Studies waarin de rol van psychotherapie in het leven van schizofrene patiënten werd onderzocht, toonden aan dat de relatie tussen de patiënt en zijn/haar psychiater, therapeut en behandelend team essentieel is voor verbetering van het ziektebeeld (51, 52). Ondersteunende psychotherapie is de basis voor alle vormen van omvattende behandeling (53, 54).

Een betekenisvolle steunende relatie tussen therapeut en patiënt is het uitgangspunt voor effectieve interventies gericht op begeleiding en steun van het individu (psycho-educatie, CBT, enz.), zijn familie (familietherapie) en cognitieve en sociale rehabilitatie (sociale vaardigheidstraining, Liberman modules enz.). Het belang van ondersteunende psychotherapie werd aangetoond in een aantal langetermijnstudies die demonstreerden dat het aanbieden van ondersteunende psychotherapie leidde tot een verminderde hervalfrequentie en een verbeterd sociaal functioneren (55, 56).

#### 4.7. Neurocognitieve factoren

Neurocognitief functioneren blijkt een predictor voor sociaal leren en instrumenteel functioneren bij schizofrene psychose. Zo blijken maten van werkgeheugen, aandacht en vroege perceptuele verwerking bij eerste-episodepatiënten goede predictoren te zijn van beroepsmatig functioneren na een ambulante behandeling van een jaar (57).

Green (58) rapporteerde dat specifieke neurocognitieve factoren geassocieerd zijn met de functionele uitkomst die bereikt wordt in 3 domeinen namelijk maatschappelijke uitkomst, sociale probleemoplossing en het verwerven van sociale vaardigheden. Secundair verbaal geheugen (langetermijngeheugen) en executief functioneren bleken de beste predictoren voor maatschappelijke uitkomst. Secundair verbaal geheugen en vigilantie bleken ook predictoren voor sociale probleemoplossing. Onmiddellijk en secundair verbaal geheugen en vigilantie voorspelden het verwerven van sociale vaardigheden. Gold e.a. (59) vinden hiervoor bevestiging. Zij stellen vast dat schizofrene patiënten met een goed beroepsmatig functioneren beter scoren op de *Wisconsin Card Sorting Test*, een test voor executief functioneren, en op een aantal tests voor secundair verbaal geheugen dan patiënten die beroepsmatig niet goed functioneren. Beide patiëntgroepen verschillen niet op andere neurocognitieve testen.

Het is nog niet duidelijk in welke mate het mogelijk is dergelijke cognitieve problemen te remediëren. Hierover wordt momenteel veel onderzoek gedaan (60-62).

## Recente bevindingen weerleggen in toenemende mate de fatalistische visie over schizofrenie.

#### 4.8. Aanwezigheid van negatieve symptomen

In reviews werd herhaaldelijk geconcludeerd dat de aanwezigheid van het deficitsyndroom samengaat met een slechte uitkomst, met cognitieve beperkingen en met functionele beperkingen op sociaal en beroepsmatig vlak (63-65).

#### 4.9. Premorbide factoren

Premorbide factoren die een slechte uitkomst voorspellen zijn: mannelijk geslacht, vroeg begin van de aandoening, geleidelijke ontwikkeling van de aandoening, slecht premorbied functioneren, lange prodromale periode. Het is niet bekend of en in welke mate een omvattende behandeling kan compenseren voor deze premorbide factoren.

#### 4.10. Toegang tot goed gecoördineerde continue aangepaste behandeling

Het belang van een omvattende, aanhoudende behandeling voor een goede uitkomst werd aangetoond in een follow-upstudie waarin schizofrene populaties op 2 verschillende locaties (Vermont & Maine) vergeleken werden (66, 67). In Vermont, hadden patiënten toegang tot een goed uitgebouwd, toegankelijk zorgcircuit. In Maine bestond dit systeem niet. *recovery* bleek tweemaal vaker voor te komen in Vermont dan in Maine.

Ook in andere studies vonden onderzoekers minder herval en beter sociaal functioneren wanneer patiënten aanhoudend gebruikmaakten van omvattende, gecoördineerde diensten (68-70).

## Conclusie

Recente bevindingen weerleggen in toenemende mate de fatalistische visie waarin schizofrene psychose gezien wordt als een chronische aandoening met een noodzakelijk negatieve uitkomst. Mits een aangepaste en aanhoudende behandeling, waarin een behandeling met antipsychotica gecombineerd wordt met psychosociale interventies, kunnen een groot deel van de schizofrene patiënten wel komen tot symptomatische remissie en tot een behoorlijk goed niveau van sociaal functioneren. Deze informatie bereikt echter slechts moeizaam de klinische praktijk o.a. omdat de veelheid aan definities van

het concept *recovery* de interpretatie van onderzoeksgegevens bemoeilijkt. Meer onderzoek is dan ook nodig om tot een consensusdefinitie van *recovery* te komen zodat deze als uitgangspunt kan dienen voor verder onderzoek naar elementen die *recovery* stimuleren dan wel in de weg staan.

#### Referenties

1. Bleuler, E. (1950). *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. New York: International University Press.
2. Bellak, L. (1958). *Schizophrenia: a review of the syndrome*. New York: Logos.
3. American Psychiatric Association (1980). *DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd edition, Washington, DC: American Psychiatric Association.
4. American Psychiatric Association (1994). *DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition, Washington, DC: American Psychiatric Association.
5. Loebel, A.D., Lieberman, J.A., Alvir, J.M., Mayerhoff, D.I., Geisler, S.H., Szymanski, S.R. (1992). Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1183-1188.
6. Edwards, J., Maude, D., McGorry, P.D., Harrigan, S.M., Cooks, J.T. (1998). Prolonged recovery in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 172, (Suppl 33), 107-116.
7. McGorry, P.D., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S.M., Jackson, H.J. (1996). EPPIC and evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 305-326.
8. Peeters E., Lowyck B., De Hert M., Torfs K., Peuskens J. (2000). Intelligence data in first episode psychotic patients 10 years after hospital discharge, Poster presented at the tenth biennial winter workshop on schizophrenia, Davos, 2000.
9. Hopper, K., Harrison, G., Janca, A. (2007). *Recovery from schizophrenia*. Oxford University Press.
10. Ciompi, L. (1980). Catamnestic long-term study on the course of life and aging of schizophrenics. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 606-618.
11. Huber, G., Gross, G., Schuttler, R., Linz, M. (1980). Longitudinal studies of schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 592-605.
12. Harding, C., Brooks, G., Ashikaga, T., Strauss, J., Breier, A. (1987). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness: II. Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 144, 727-735.
13. Ogawa, K., Miya, M., Watarai, A., Nakazawa, M., Yuasa, S., Utena, H. (1987). A long-term follow-up study of schizophrenia in Japan with special reference to the course of social adjustment. *British Journal of Psychiatry*, 151, 758-765.
14. Harrison, G., Hopper, K., Craig, T., Laska, E., Siegel, C., Wanderling, J., Dube, K., Ganey, K., Giel, R., Van der Heiden, W., Holmberg, S., Janca, A., Lee, P., León, C., Malhotra, S., Marsella, A., Nakane, Y., Sartorius, N., Shen, Y., Skoda, C., Thara, R., Tsirkir, S., Varma, V., Walsh, D., Wiersma, D. (2001). Recovery from psychotic illness: a 25-year international follow-up study. *British Journal of psychiatry*, 178, 506-517.
15. Robinson, D., Woerner, H., McMeniman, M., Mendelowitz, A., Bilder, R. (2004). Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161, 473-479.
16. Jobe, T., Harrow, M. (2005). Long-term outcome of patients with schizophrenia: a review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 892-900.
17. Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J., Staeheli, M., Evans, A. (2005). Recovery in serious mental illness: Paradigm shift or shibboleth?. In: Davidson, L., Harding, C., Spaniol, L. (Eds.): *Recovery from severe mental illness: Research evidence and implications for practice*. Pp. 5-26. Boston: Center for psychiatric rehabilitation.
18. Deegan, P. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11, 11-19.
19. Deegan, P. (1996). Recovery and the conspiracy of hope. Gepresenteerd op de 9th Annual Mental Health Services Conference of Australia and New Zealand. Brisbane, Australia, 16 September.
20. Davidson, L., Strauss, J. (1995). Beyond the psychosocial model: Integrating disorder, health and recovery. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 58, 44-55.
21. Hatfield, B. (1994). Recovery from mental illness. *The Journal of the California Alliance for the mentally ill*, 5, 6-7.
22. Pettie, D., Triolo, A. (1999). Illness as evolution: The search for identity and meaning in the recovery process. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 255-263.
23. Ridgeway, P. (2001). Restoring psychiatric disability: learning from first-person narrative accounts of recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24, 335-343.
24. Young, S., Ensing, D. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 219-231.
25. Liberman, P., Kopelowicz, A., Ventura, J., Gutkind, D. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14, 256-272.
26. Whitehorn, D., Brown, J., Richard, J., Hui, Q., Kopala, L. (2002). Multiple dimensions of recovery in early psychosis. *International Review of Psychiatry*, 14, 273-281.
27. Andresen, R., Oades, L., Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 586-594.
28. Nasrallah, H., Targum, S., Tandon, R., McCombs, J., Ross, R. (2005). Defining and measuring clinical effectiveness in the treatment of schizophrenia. *Psychiatric Services*, 56, 273-282.
29. Bebbington, P., Kuipers, L. (1994). The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis. *Psychological Medicine*, 24, 707-718.
30. Butzlaff, R., Hooley, J. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse. *Archives of general Psychiatry*, 55, 547-552.
31. Barrowclough, C., Tarrier, N. (1998). Social functioning and family interventions. In: K.T. Mueser & Tarrier, N. (Eds.), *Handbook of social functioning in schizophrenia* (pp. 327-341). Boston: Allyn & Bacon.
32. Falloon, I., Held, T., Cloverdale, J., Roncone, R., Laidlaw, T. (1999). Family interventions for schizophrenia: a review of international studies of long-term benefits. *Psychiatric rehabilitation skills*, 3, 268-290.
33. Cleghorn, J., Kaplan, R., Szechtman, B., Szechtman, H., Brown, G., Franco, S. (1991). Substance abuse and schizophrenia: effect on symptoms but not on neurocognitive function. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 26-30.
34. Bowers, M., Mazure, C., Nelson, J., Jatlow, P. (1990). Psychotogenic drug use and neuroleptic response. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 81-85.
35. Swanson, J., Holzer, C., Gabju, V., Jono, R. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the epidemiologic catchments area surveys. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 761-770.
36. Cuffel, B. (1994). Violent and destructive behaviour among the severely mentally ill in rural areas: evidence from Arkansas' community mental system. *Community Mental Health Journal*, 30, 495-504.
37. Fenton, W., McGlashan, T. (1987). Sustained remission in drug-free schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1306-1309.
38. Perkins, D., Gu, H., Boteva, K., Lieberman, J. (2005). Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1785-1804.
39. Van Haren, N., Hulshoff, P., Schnack, H., Cahn, W., Mandl, R., Collins, D., Evans, A., Kahn, R. (2007). Focal gray matter changes in schizophrenia across the course of the illness: a 5-year follow-up study. *Neuropsychopharmacology*, 32, 2057-2066.
40. McGlashan, T. (2006). Is active psychosis neurotoxic? *Schizophrenia Bulletin*, 32, 609-613.
41. May, P., Putten, T. Yale, C. (1980). Predicting outcome from antipsychotic drug treatment from early response. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1088-1089.
42. Awad, A., Hogan, T. (1985). Early treatment events and prediction of response to neuroleptics in schizophrenia. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 9, 585-588.
43. Weiden, P., Olfson, M., Essock, S. (1997). Medication non-compliance in schizophrenia: effects on mental health service policy. In: B. Blackwem (Ed.) *Treatment compliance and the therapeutic alliance*. (pp. 35-60). New York: Harwood Academic publishers.



44. McEvoy, J. (2006). Risks versus benefits of different types of long-acting injectable antipsychotics. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, (Suppl. 5), 15-18.
45. Davis J. (1988), Maintenance medication. In Barnes T.R.E. (ed.), *Depot neuroleptics: a consensus*. London, Mediscript.
46. Lasser, R., Bossie, C., Gharabawi, G., Kane, J. (2005). Remission in schizophrenia: Results from a 1-year study of long-acting risperidone injection. *Schizophrenia Research*, 77, 215-227.
47. Lasser, R., Bossie, C., Zhu, Y., Gharabawi, G., Eerdeken, M., Davidson, M. (2004). Efficacy and safety of long-acting risperidone in elderly patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 898-905.
48. Lindenmayer, J., Eerdeken, E., Berry, S., Eerdeken, M. (2004). Safety and efficacy of long-acting risperidone in schizophrenia: a 12-week multicenter, open-label study in stable patients switched from typical and atypical oral antipsychotics. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 1084-1089.
49. Van Os, J., Rossie, C., Lasser, R. (2004). Improvements in stable patients with psychiatric disorders switched from oral conventional antipsychotics therapy to long-acting risperidone. *International Clinical Psychopharmacology*, 19, 229-232.
50. Kemp R., Hayward P., Applewhaite G., Everitt B. David A. (1996). Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 312, 345-349.
51. Lamb, H. (1988). One-to-one relationships with the long-term mentally ill: issues in training professionals. *Community Mental Health Journal*, 24, 328-337.
52. Dingeman, C., McGlashan, T. (1989). Psychotherapy. In: A. Bemack (Ed.), *A clinical guide for the treatment of schizophrenia* (pp. 653-282). New York: Plenum Press.
53. Frank, A., Gunderson, J. (1990). The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia: Relationship to course and outcome. *Archives of General Psychiatry*, 47, 228-236.
54. Kopelowicz, A., Corrigan, P., Wallace, C., Liberman, R. (1996). Biopsychosocial rehabilitation. In: A. Tasman, J. Kay, J. Lieberman (Eds.). *Psychiatry* (pp. 1513-1534). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
55. Hogarty G.E., Goldberg S.C., Schooler N.R. Ulrich R.F. (1974). Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients. II. Two-year relapse rates. *Archives of General Psychiatry*, 31, 603-608.
56. Gunderson, J., Frank, A., Katz, H., Vannicelli, M., Frosch, J., Knapp, P. (1984). Effects of psychotherapy on schizophrenia: II. Comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 564-598.
57. Nuechterlein, K. Subotnik, K., Gitlin, M., Dawson, M., Ventura, J., Snyder, K., Fogelson, D., Shaw, S., Mintz, J. (1999). Neurocognitive and environmental contributors to work recovery after initial onset schizophrenia: answers from path analysis. *Schizophrenia Research*, 36, 179.
58. Green, M. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *American Journal of Psychiatry*, 153, 321-330.
59. Gold, J., Bryant, N., Vladar, K., Buchanan, R. (1997). Successful vocational functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 24, 222.
60. Brenner, H., Hodel, B., Roder, V., Corrigan, P. (1992). Treatment of cognitive dysfunctions and behavioral deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 18, 21-26.
61. Wykes, T., Reeder, C., Corner, J., Williams, C., Everitt, B. (1999). The effects of neurocognitive remediation on executive processing in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 291-307.
62. Medalia, A., Revheim, N., Casey, M. (2001). The remediation of problem-solving skills in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 259-267.
63. Glynn, S., (1998). Psychoopathology and social functioning in schizophrenia. In: K. Mueser, N. Tarrier (Eds), *Psychosocial functioning in schizophrenia* (pp- 66-78). Boston: Allyn & Bacon.
64. Buchanan, R., Gold, J. (1996). Negative symptoms: diagnosis, treatment and prognosis. *International Clinical Psychopharmacology*, 21 (Suppl. 2), 3-11).
65. Davidson, L., McGlashan, T. (1997). The varied outcomes of schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 34-43.
66. Desisto, M., Harding, C., McCormick, R., Ashikaga, T., Brooks, G. (1995a). The Maine and Vermont three-decade studies of serious mental illness. I. Matched comparison of cross-sectional outcome.. *British Journal of Psychiatry*, 167, 331-338.
67. Desisto, M., Harding, C., McCormick, R., Ashikaga, T., Brooks, G. (1995b). The Maine and Vermont three-decade studies of serious mental illness. II. Longitudinal course comparisons. *British Journal of Psychiatry*, 167, 338-342.
68. Liberman, R., Vaccaro, J., Corrigan, P. (1995). Psychiatric rehabilitation. In: H. Kaplan, B. Sadock (Eds), *comprehensive textbook of psychiatry*, Baltimore: Williams & Wilkins.
69. Penn, D., Mueser, K. (1996). Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 153, 607-617.
70. Goldstein, M. (1999). Psychosocial treatment for individuals with schizophrenia and related disorders. In: N. Miller & K. Magruder (Eds.), *cost-effectiveness of psychotherapy: a guide for practitioners, researchers and policymakers* (pp.235-247). New York: Oxford University Press.

