

PSYCHOEDUCATIE IN HET KADER VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Dr JC van der Stel, 2004
j.vd.stel@geestgronden.nl
De Geestgronden
Haarlem (Nederland)

Voor groepen volwassen patiënten met psychische en psychiatrische stoornissen en hun verwanten zijn in het afgelopen decennium diverse typen psychosociale interventies ontwikkeld. Hier richt ik de aandacht op psychoeducatie: een psychosociale interventie met een in hoofdzaak educatieve doelstelling en opzet. Bij psychoeducatie is sprake van educatieve doelen, werkwijzen en materialen met betrekking tot de stoornis. Psychoeducatie geeft patiënten en hun verwanten een theoretische en praktische ondersteuning in het omgaan met de stoornis. De educatie gaat vaak hand in hand met therapeutische doelen, die erop gericht zijn de communicatie te verbeteren of via de training van vaardigheden ertoe bij te dragen dat de patiënt in kwestie minder vaak terugvalt. Psychoeducatie heeft in sommige landen een traditie gekend waarin therapeutische doelen sterk op de voorgrond stonden, maar thans is dit grotendeels vervangen door meer didactische en ondersteunende doelen (Solomon, 1996).

In paragraaf 1. bespreek ik enkele algemene thema's. Paragraaf 2. gaat in op de uitkomsten van onderzoek voor zover deze niet specifiek aan een stoornis gerelateerd zijn. In paragraaf 3. bespreek ik studies naar de effectiviteit van psychoeducatie die wel stoornisspecifiek zijn. In paragraaf 4. trek ik enkele conclusies.

1. NADERE VERKENNING

Voor mensen met psychische stoornissen alsook hun verwanten is het belangrijk meer te weten te komen over de diagnose, het beloop van de ziekte, risicofactoren en de kenmerken en gevolgen van de (farmacotherapeutische) behandeling. Psychoeducatieve programma's zijn er bij instellingen voor geestelijke gezondheidszorg veelal voor schizofrenie, depressie, angst, bipolaire stoornis, eetstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Psychoeducatie helpt patiënten en hun verwanten echter niet alleen met het verhogen van hun kennis over de ziekte. Ook alternatief gedrag en het leren van vaardigheden staan centraal. Belangrijke onderdelen van psychoeducatieve programma's of modellen waaraan zowel patiënten als familieleden deelnemen zijn onder andere:

- voorlichten over de (symptomen van de) psychische ziekte en medicatie;
- voorlichten over sociale en medische voorzieningen in verband met de stoornis;
- voorlichten over rehabilitatie en lotgenotencontact;
- inzicht geven in de wijze waarop men vroege, waarschuwendende signalen kan waarnemen;
- zoeken naar alternatieven voor inadequate gedragingen: het leren van vaardigheden om verandering aan te brengen in negatieve attitudes of opvattingen;
- overdragen en/of trainen van sociale en communicatieve vaardigheden;
- instructies geven over zelfzorg, waaronder ontspanningsoefeningen;
- patiënten en verwanten ondersteunen in hun streven naar betere zorgverlening en een sterkere maatschappelijke positie;
- leren van manieren om om te gaan met pijnlijke gevoelens die de vooruitgang belemmeren.

Een psychoeducatief programma kan bestaan uit een wekelijkse of tweewekelijkse groepsbijeenkomst met zes tot twaalf (met een uitloop tot vijftien) deelnemers. Zo gewenst kan gebruik worden gemaakt van vragenlijsten ten behoeve van de evaluatie. De duur van psychoeducatie verschilt, - er bestaan programma's die slechts een paar sessies beslaan tot en met programma's die zelfs één tot twee jaar duren. De rationale achter programma's met een lange duur is dat preventieve effecten op het aantal keren dat sprake is van terugval pas na negen maanden merkbaar zijn. Het spreekt voor zich dat langdurende programma's sterk het karakter hebben van lotgenotengroepen en dat in zo'n geval het strikt educatieve of voorlichtende element een klein deel van de activiteiten beslaat.

Relatie met andere werkvormen

Psychoeducatie kunnen we opvatten als een *preventieve* modaliteit, ofschoon er ook *curatieve* of *rehabilitatieve* aspecten aan kleven. Psychoeducatie kan als een aparte activiteit georganiseerd worden – dat geldt vooral voor alle vormen van psychoeducatie voor mensen die (nog) geen duidelijke hulpvraag gesteld worden en/of wanneer het een preventieve activiteit betreft. Maar vaak is het ook een noodzakelijk, en daardoor onlosmakelijk onderdeel van een psychotherapie. In al die gevallen is het waarschijnlijk niet verstandig deze functie van het behandelprogramma los te koppelen. Maar psychoeducatie vervangt niet de bestaande therapieën, - het is er slechts een aanvulling op of het geeft daaraan ondersteuning. Het is ook belangrijk om vast te stellen dat psychoeducatie in veel gevallen zeker niet voldoende is voor de behandeling van psychische stoornissen, maar – naast medicatie – wel een essentieel onderdeel.

Psychoeducatie is moeilijk af te bakenen van andere therapeutische technieken of (groeps)psychotherapie, - idealiter maakt psychoeducatie deel uit van andere therapieën en omgekeerd. Bij de behandeling van veel stoornissen geldt dat psychoeducatie een ‘verplicht’ onderdeel vormt van de behandeling, naast farmacotherapie en eventueel cognitieve gedragstherapie. Een psychoeducatief programma, dat bijvoorbeeld in de vorm van een cursus wordt aangeboden, kan een ideale voorbereiding zijn op een meer intensieve behandeling. Voor zover psychoeducatie overlap vertoont met groepspsychotherapie, is het aannemelijk dat de groepsmodaliteit tenminste even effectief is als een individuele benadering (zie ook: Van der Stel, 2002). Uitgangspunten bij groepsgewijze psychoeducatie zijn onder andere:

- Psychoeducatie is een belangrijke bijdrage aan het herstelproces gericht op het bereiken van een meer gebalanceerde levenswijze.
- Medicatie kan van levensbelang zijn maar door psychoeducatie wordt het bereik van de behandeling verhoogt: pillen werken niet zonder een begeleidend gesprek en praktische steun.
- Psychoeducatie wordt algemeen geaccepteerd als een kosteneffectieve activiteit voor de behandelende staf.
- Psychoeducatie vormt een goede ingang voor het combineren van een therapeutische interventie met inspanningen die er op gericht zijn kritische en goed geïnformeerde cliënten te betrekken bij de behandeling.

Cognitieve gedragstheorie

Psychoeducatie vertoont zoals gezegd een nauwe verwantschap met cognitieve gedragstherapie. Deze verwantschap hangt ermee samen dat in beide werkvormen gebruik wordt gemaakt van sociaal lerentheorieën, en beide werkvormen hebben in samenhang daarmee een sterk educatief karakter. Verder maakt psychoeducatie bij verschillende cognitieve gedragstherapieën, zoals voor eetstoornissen of persoonlijkheidsstoornissen, deel uit van de behandeling. Met deze constatering is meteen ook aangegeven dat het apart in de vorm van modules organiseren van psychoeducatie niet altijd functioneel hoeft te zijn: het integrale karakter van een behandeling kan daardoor verstoord raken.

In psychoeducatieve programma's maakt men veelvuldig gebruik van principes uit de cognitieve gedragstheorie. De volgende ontwikkelingen hebben aan deze theorie ten grondslag gelegen (Furniss e.a., 2000):

- Het concept van de *learned helplessness* van Seligman, oorspronkelijk bedoeld om een verklaring te geven voor het ontstaan van depressie in een toestand waarop men geen controle meer heeft.
- Het concept *self-efficacy* van Bandura. Dit concept heeft betrekking op de verschillen tussen mensen in hun gedrag om de situatie waarin ze zich bevinden onder controle te krijgen, en het beeld dat ze hebben gevormd over de mate waarin zijzelf in staat zijn controle uit te oefenen.
- Een groot aantal onderzoeksbevindingen over het proces van *zelf-regulatie* van het gedrag met behulp van taal. Van jongs af aan, en in toenemende mate leren mensen greep te krijgen op de hen omringende wereld en op zichzelf door taal. Kinderen praten eerst nog hardop tegen zichzelf, maar allengs vervangen ze dit door ‘inner speech’, en zijn ze zich van de gedragssturende rol van taal steeds minder bewust, totdat het automatisch verloopt.

De cognitieve gedragstheorie – het woord zegt het al – is een integratie van elementen van theorieën over het gedrag en over de rol van cognities. De gedragsonderzoekers hadden sterk de nadruk gelegd op de rol van de omgeving bij het leren, en hadden zich erop toegelegd ingewikkeld gedrag te ontleden

in beter te begrijpen eenheden. Gedragsverandering zagen ze als een geleidelijk proces waarin goed van elkaar onderscheiden stappen werden gezet. Verder benadrukten ze waar het gaat om gedragsverandering op het belang van monitoring en evaluatie (waaronder follow-up en de bekrachtiging van eerdere leerervaringen. De cognitief georiënteerde psychologen hadden daarentegen de nadruk gelegd op het belang van self-reports, de rol van de taal en 'inner speech' bij de vorming en het in stand houden van psychische verschijnselen. Waar bij de gedragstheoretici de psyche een 'black-box' bleef, richtten de cognitivisten juist de aandacht op processen met betrekking tot zelfregulatie en zelfbeoordeling. Tegenwoordig bestaat de cognitieve gedragstheorie uit een coherent raamwerk waarmee de ingewikkelde en dynamische relaties tussen gedachten, gevoelens en gedrag in kaart gebracht worden. De theorie geeft ook de routes aan om in die relaties veranderingen aan te brengen. Furniss e.a. wijzen erop dat er meerdere varianten van de cognitieve gedragstheorie bestaan, maar dat het leren van zelfinstructies wel tot het kernstuk behoort (ibid).

Het concept zelfregulatie is belangrijk om doelgericht gedrag te kunnen begrijpen. Furniss e.a. wijzen erop dat zelfregulatie niet nodig is voor de uitvoering van voorgeprogrammeerde handelingen, zoals gewoonten, routines of rituelen. Die verlopen min of meer automatisch. Wat anders is als mensen beslissingen moeten nemen over de wijze waarop ze iets gaan doen, of als hun automatismen verstoord zijn geraakt. In zulke gevallen moeten mensen een beroep doen op hogere cognitieve functies (bewustworden, nadenken, beslissen). Maar of gedragingen of cognitieve processen nu wel of niet voorgeprogrammeerd zijn: in beide gevallen kunnen ze functioneel of disfunctioneel zijn (ibid).

In tegenstelling tot wat de eerste generatie gedragstheoretici dachten is het niet zo dat bekrachtiging van alternatief gedrag alleen door externe prikkels (beloningen of bestraffingen) plaatsvinden. De cognitieve gedragstheorie wijst erop dat mensen ook zelf gedrag kunnen bekrachtigen. Door de manier waarop mensen opvattingen over zichzelf ontwikkelen geven ze mede richting aan de manier waarop ze denken, voelen en handelen. Idealiter vinden mensen – gezien de doelen die ze zichzelf stellen – een goede balans tussen bekrachtigingen vanuit de omgeving en bekrachtigingen die ze zelf vormen. In een toestand van balans, zo voorspelt de cognitieve gedragstheorie, is er een voldoende congruentie tussen gedachten, gevoelens en gedrag. De cognities hebben betrekking op een inschatting van de realiteit alsook de mogelijkheden tot zelfregulering, en er is een plaats ingeruimd voor zowel positieve zelfbekrachtiging alsook zelfkritiek (ibid).

De cognitieve gedragstheorie speelt een belangrijke rol bij de verklaring van reacties op stress. Het verklaart de verschillen tussen de reacties van mensen op ze in hun reactie op stressvolle gebeurtenissen uit hun verschillende waarderingen van de situatie. Deze waarderingen verwijzen naar cognitieve processen zoals de perceptie en de cognitieve constructie van een gebeurtenis, en de emotionele en gedragsmatige reacties die daaraan gerelateerd zijn. In de waardering van de situatie zit besloten of het zin heeft de stressvolle gebeurtenis te lijf te gaan of dat berusting meer voor de hand ligt.

Werkvormen

Psychoeducatieve groepen of 'klassen' worden gekenmerkt door een didactische benadering om naast kennisoverdracht ook tekorten in sociale en interpersoonlijke vaardigheden te verhelpen. Men kan cognitieve technieken overdragen alsook vaardigheden met betrekking tot de preventie van terugval. Er is consensus over dat het in het algemeen beter werkt, wanneer gebruik wordt gemaakt van verschillende leermethoden en media voor informatieoverdracht. De laatste jaren wordt steeds meer geëxperimenteerd met computerondersteunde media (Greist, 1998). Deze hebben het voordeel dat er in het educatieve proces meer sprake is van interactie, wat bij geschreven teksten niet in dezelfde mate kan plaatsvinden. Hier komt bij dat computerondersteunde vormen van educatie ook het belangrijke obstakel van analfabetisme of leesstoornissen kunnen omzeilen. Computers kunnen de aansturing laten plaatsvinden met behulp van iconen en/of het geschreven en gesproken woord. Vanwege de initiële ontwikkelingskosten zijn er helaas nu nog weinig voorbeelden te vinden van computerondersteunde educatie voor patiënten (zie ook Vollebregt, 2001).

Psychoeducatie kan gedurende alle fasen van de ziekte worden uitgevoerd. Het spreekt voor zich dat afhankelijk van het beloop van de stoornis, alsook de leeftijd van de betrokkene en zijn of haar sociale positie moet worden bepaald of het (nog) zin heeft verwanten bij de interventie te betrekken. Er zijn vooraf geen strikte voorwaarden te stellen waaraan de plaats van uitvoering moet voldoen of in welke vorm de interventie moet worden gegoten. Ervan uitgaande dat er sprake is van een educatieve vorm is

zou ook een ‘schoollokaal’ een geschikte plek kunnen zijn. Het spreekt voor zich dat er wel oog moet zijn voor eventuele negatieve herinneringen bij de deelnemers aan hun schooltijd. Verder kan een schoollokaal minder geschikt zijn voor bepaalde oefeningen.

2. ONDERZOEK - ALGEMEEN

In een flink aantal systematische literatuuronderzoekingen, waaronder metastudies, is de effectiviteit van psychoeducatie aangetoond. Omdat deze studies hoofdzakelijk stoornisspecifiek zijn ga ik er pas in paragraaf 3. uitvoeriger op in. Gunstige effecten zijn er voor de patiënt, waaronder een afname van terugval, verminderde psychotische symptomen, verbeterd sociaal functioneren en een verhoogde self-efficacy voor de verwanten alsmede een verlichting van de ervaren draaglast. Vergelijkbare gunstige bevindingen gelden voor wat betreft trainingen sociale vaardigheden. Hier bovenop is steun voor de veronderstelde kosteneffectiviteit van psychoeducatie (Pollio e.a., 1998; Barton, 1999).

Dixon e.a. (2001)

In een recent overzichtsartikel over psychoeducatie stelden Dixon e.a. (2001) dat op families (inclusief de betrokken patiënten) gerichte psychoeducatie, in al haar schakeringen, een ‘evidence-based practice’ is voor mensen met ernstige psychiatrische stoornissen. Deze onderzoekers wezen niet alleen op het belang van de educatieve overdracht van kennis aan patiënten en hun verwanten, maar ook op de emotionele steun die in het kader van psychoeducatie wordt verleend. Een ander zinvol onderdeel van psychoeducatie is volgens hen het benoemen van hulpbronnen in periodes van crisis én het trainen van probleemoplossende vaardigheden. Tegenover al deze voordelen staat volgens hen de vaststelling dat de toepassing van psychoeducatie lang niet tot de routinehandelingen van de zorgverlening behoort. Er zijn voor zowel de patiënten, hun verwanten, hulpverleners als de managers hindernissen die de implementatie van dit soort programma’s bemoeilijken. In die gevallen waarin deze echter zijn weggenomen blijkt het op alle niveaus (in het bijzonder ook bij de doelgroep zelf) gelukt te zijn om consensus te vormen over het nut van deze werkmethode. Andere voorwaarden voor de implementatie van psychoeducatieprogramma’s zijn:

- er is voldoende deskundigheid aanwezig om psychoeducatie uit te voeren;
- er zijn ondersteunende faciliteiten beschikbaar;
- het is gelukt een lange-termijnperspectief te ontwikkelen voor wat betreft de uitvoering – kortstondige initiatieven bekliven niet.

Beperkingen deelnemers

Wat vaak in de literatuur over psychoeducatie impliciet blijft, zijn de (cognitieve) beperkingen van de deelnemers, in het bijzonder de patiënten onder hen, met betrekking tot hun leer- en herinneringsvermogen, en de wijze waarop daarmee het beste rekening kan worden gehouden.

Macpherson e.a. (1996 a) hebben aan dit aspect expliciet aandacht besteed in een RCT (randomised controlled trial) dat betrekking had op psychoeducatie voor patiënten met schizofrenie. Zij concludeerden hieruit dat bij sommige patiënten duidelijke geheugenproblemen optreden (vaak geassocieerd met negatieve symptomen). Het is daarom van belang in het aantal geplande zittingen daarmee rekening te houden opdat het leerresultaat geconsolideerd kan worden.

Het is dus van groot belang om in het ontwerp en de bepaling van de inhoud van de educatieve programma’s uitdrukkelijk rekening te houden met de mogelijkheden en beperkingen van de ‘leerlingen’. Het is bekend dat mensen die kampen met psychische stoornissen vaak tekorten hebben in het cognitief functioneren en te maken hebben met gedragsstoornissen die hun vermogen om de aangeboden informatie te onthouden ernstig beperken. Tekorten in de aandachtsfunctie en het geheugen en andere cognitieve problemen benadelen de verwerking van complexe informatie of het leren van complexe vaardigheden. Maar ook los van cognitieve tekorten die gerelateerd zijn aan de psychische stoornis is het belangrijk rekening te houden met de opleidingsachtergrond en het intellectuele vermogen van de betrokkenen (Macpherson, Jerrom, Hughes, 1996 b). Helaas is er nog weinig kennis over op welke manier een goede afstemming tussen leerstof en de leermogelijkheden van de diverse doelgroepen het beste tot stand kan komen.

De educatieve inhoud en de behoeften van de deelnemers

Kan er op basis van onderzoek iets gezegd worden over de inhoud van psychoeducatie en de leerbehoeften van de deelnemers? Bisbee (2000) noemt twaalf thema's die in een psychoeducatieprogramma voor psychiatrische patiënten aan de orde gesteld moeten worden:

- de rechten en verantwoordelijkheden van patiënten;
- uitleg over wat een psychische stoornis is;
- medicatie;
- zelfobservatie en de monitoring van de stoornis;
- terugvalpreventie;
- leefstijl gericht op herstel;
- de gevaren van gebruik van psychoactieve stoffen;
- stressmanagement;
- omgaan met symptomen;
- de interacties in gezinnen;
- communicatie;
- het maatschappelijk functioneren van de patiënt.

Deze opsomming is echter de mening van de aanbieder. Wat willen de doelgroepen zelf? Hierover is helaas nog niet zoveel bekend. Pollio e.a. (1998) zijn in een workshop met familieleden van patiënten met een psychiatrische stoornis nagegaan welke educatieve behoeften zij zélf hebben, om op grond daarvan aanbevelingen te doen over het curriculum van psychoeducatieve interventies. Voor wat betreft de inhoud en opzet van psychoeducatie zijn er – vanuit het perspectief van de cursusleiders – diverse modellen (curricula, draaiboeken e.d.) ontwikkeld, maar deze zijn vrij zelden tot stand gekomen op basis van een inventarisatie van de leerbehoeften bij de doelgroep in kwestie. Hoewel in de opzet wel degelijk ruimte kan zijn voor inbreng van de zijde van de deelnemers, volgt uit de literatuur over groepsdynamica en groepstherapie dat de leiding een sterke invloed uitoefent op het verloop van het proces en de behandelde thema's. Daarom is het belangrijk ook vooraf te weten wat de deelnemers verwachten van het programma. Deze exploratieve studie moet uiteraard worden gerepliceerd voordat er harde afspraken aan kunnen worden ontleend.

Pollio e.a. gingen na aan welke thema's de deelnemers aan psychoeducatieve programma's de voorkeur geven. Vervolgens screenden ze een aantal gepubliceerde curricula voor psychoeducatieprogramma's en gingen ze na in hoeverre de curricula aan de door de doelgroep geprioriteerde onderwerpen aandacht besteedden. Opmerkelijk is de bevinding dat, hoewel alle curricula die betrekking hebben op schizofrenie (uitgebreid) aandacht besteden aan positieve symptomen, de respondenten aandacht voor de negatieve symptomen veel belangrijker vonden, ofschoon ook dat niet eens zo'n hoge rangorde kreeg. Een en ander hoeft nog niet te betekenen dat curricula geheel en al volgens de prioriteitenstelling van de toekomstige deelnemers moeten worden ontwikkeld. Wel is het, aldus Pollio e.a., van groot belang dat er veel meer flexibiliteit aanwezig is in de opzet en dat de deelnemers worden betrokken bij de planning van de interventie.

Ook Gasque-Carter en Curlee (1999) onderzochten (in een psychiatrisch ziekenhuis in de VS) welke educatieve behoeften verwanten van opgenomen psychiatrische patiënten hebben. Daaruit leidden ze enkele aanbevelingen af die van belang zijn voor de verdere ontwikkeling van psychoeducatie. In de *eerste* plaats stelden deze onderzoekers vast dat er meer moet worden gedaan om de relatie tussen de familieleden, die thuis betrokken zijn bij de verzorging en de hulpverlening, te versterken. Door een intensievere communicatie en de uitvoering van educatieve activiteiten kunnen volgens hen de verzorgende potenties van de familie beter benut worden. In de *tweede* plaats achten ze het van belang dat de educatieve activiteiten plaatsvinden in een niet-bedreigende plaats. Om daar meer over te weten te komen is het nodig aan de verwanten te vragen hoe, waar en wanneer zij het liefste het educatieve programma willen volgen. Dit houdt ook in dat aan hen gevraagd moet worden op welke wijze zij het liefste iets leren – schriftelijk materiaal, video's, inleidingen en/of groepsdiscussies. Deze afstemming is vooral van belang voor families uit lagere sociaal-economische strata, omdat zij vaak niet deelnemen of vroegtijdig afhaken.

Trouw aan de medicatievoorschriften

Uit een onderzoek onder psychiaters naar hun op patiënten gerichte educatieve activiteiten bleek dat, hoewel ze het allemaal belangrijk vonden om hun patiënten te informeren over de bijwerkingen van de

medicatie, slechts een derde van hen ook werkelijk routinematig de relevante informatie overdroeg (Macpherson e.a., 1996 a). De trouw aan de medicatievoorschriften, de compliantie, is bij patiënten met ernstige psychische stoornissen, zoals schizofrenie, is echter niet alleen van groot belang maar ook een groot probleem. Het profiel van de bijwerkingen van veel medicijnen is – in de beleving van de patiënten – vaak dermate negatief, dat zij zich van de middelen afkeren. In dat opzicht zijn, voor de behandeling van schizofrenie, de recente, atypische middelen, al een grote vooruitgang te noemen (Altamura en Malhi, 2000). Maar naast de zoektocht naar medicijnen met minder bijwerkingen, wordt ook gezocht naar effectieve sociaal-psychologische interventies zoals psychoeducatie (Gaebel, 1997). Zijn educatieve interventies die zich richten op cliënten die gebruik maken van psychofarmaca effectief?

De traditionele opvatting is dat de non-compliantie samengaat met *gebrekkige kennis* bij de betrokkenen over hun toestand alsmede over de bijeffecten van de medicijnen. Dit zou ertoe leiden dat de betrokkenen zich niet goed houden aan de medicatievoorschriften. Vanuit deze opvatting zijn verschillende strategieën ontwikkeld en toegepast. Deze hebben met elkaar gemeen dat ze erop gericht zijn het kennisniveau van de patiënten te verhogen en hun psychische toestand te verbeteren. Traditioneel werden lezingen gehouden door bijvoorbeeld verpleegkundigen met een minimale gelegenheid voor discussie tussen de participanten onderling. Recent zijn meer interactieve modellen tot ontwikkeling gebracht die ook veel beter geschikt zijn om naast het overdragen van therapeutisch relevante informatie sociale vaardigheden te oefenen en het geleerde in een beschermde omgeving in praktijk te brengen. Volgens Emer en McLarney (1999) wijst onderzoek uit dat interactieve groepen, in vergelijking met traditionele lezingen, effectiever zijn in het overdragen van informatie over de stoornis en dat de deelnemers deze informatie ook veel beter konden onthouden. Opmerkelijk is overigens dat de deelnemers zelf over beide modaliteiten even tevreden waren.

Evans e.a. (1996) zijn nagegaan of *fact sheets* een geschikt medium vormen voor de overdracht van kennis over medicatie aan opgenomen psychiatrische patiënten. Ze vergeleken een groep die alleen een fact sheet had ontvangen, een groep die daarbij ook nog een bespreking had meegemaakt met een controlegroep die geen interventie had ontvangen. Het merendeel van de patiënten las de sheets en gaf aan dat ze er wat aan hadden gehad. Indien hen de gelegenheid daartoe werd geboden stelden ze ook aanvullende vragen. De onderzoekers concludeerden echter dat het louter aanbieden van een fact sheet geen effect had op de ontwikkeling van het kennisniveau over de medicatie, maar dat een aanvullende bespreking met een professional wél leidde tot een significant effect. Verder bleek dat de patiënten uit de fact sheets vooral informatie overnamen over de bijwerkingen dan over de farmacologische werking of de voorzorgsmaatregelen.

De effecten van educatieve interventies met betrekking tot psychofarmaca kunnen onder andere op de volgende variabelen beoordeeld worden, zoals:

- compliantie van de patiënt met de therapie en de follow-up;
- kennis over de ziekte (waaronder de signalen en symptomen) en het belang van de behandeling;
- kennis van de bijwerkingen van de behandeling;
- de frequentie van terugval;
- het benutten van hulpdiensten en de kosteneffectiviteit.

Is er van psychoeducatie op al deze variabelen een positief effect te verwachten dat zich uit in een verbetering van de therapietrouw? In een recent, systematisch literatuuronderzoek naar behandelmethoden van mensen met ernstige psychische stoornissen concludeerden Mueser e.a. (2002) dat de effecten van psychoeducatie over medicatie slechts betrekking hebben op de verbetering van de *kennis* over farmaca. Er is volgens hen echter niet aangetoond dat daardoor ook het gebruik van de medicatie volgens voorschrift verloopt, of dat de educatie op andere parameters verbeteringen geeft. Deze ontnuchterende conclusie is niet zo opmerkelijk. Leertheoretici verkondigen al sinds jaar en dag dat veranderingen in kennis of attitude een onvoldoende factor is voor veranderingen in het gedrag.

In de onderstaande paragrafen waarin ik psychoeducatie stoornisspecifiek bespreek, ga ik nog dieper in op het thema ‘trouw aan de medicatievoorschriften’.

3. STOORNISPECIFIEKE ONDERZOEKINGEN NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN PSYCHOEDUCATIE

Het is aanvechtbaar om over het effect van patiënt- of psychoeducatie in zijn algemeenheid te spreken. Hetzelfde geldt voor uitspraken over de effectiviteit van bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie of andere therapievormen. Uitspraken over effectiviteit zijn bij voorkeur stoornisspecifiek. Uit de eventuele vaststelling van de ineffectiviteit van psychoeducatie (of onderdelen daarvan) bij bepaalde patiëntengroepen kan niet worden afgeleid dat dit gebrek aan effectiviteit ook geldt bij andere patiëntengroepen. Het is ook daarom aannemelijk om zo'n differentiatie te verwachten omdat de bijwerkingen van medicijnen verschillen en ook de cognitieve tekorten bij beide stoornissen globaal van elkaar verschillen. De kans dat een educatieve interventie *niet* tot een bevredigend leerresultaat leidt lijkt des te groter naarmate:

- de stoornis, in het bijzonder op het cognitieve vlak, ernstiger is (zie ook: Klingberg e.a., 1999), en
- de verhoging van het kennisniveau niet samengaat met het leren van vaardigheden en het inoefenen van alternatief gedrag.

3.1. Schizofrenie

Psychoeducatie in de geestelijke gezondheidszorg is goed onderzocht en de meeste aandacht gaat daarbij uit naar psychoeducatie voor schizofrenie. Er is vooral veel bekend over de effectiviteit van psychoeducatie bij schizofrenie voor patiënten inclusief hun verwanten. Daaruit blijkt dat – in ieder geval voor een korte periode – deze interventie effectief is voor een verbetering van het beloop van de ziekte. Een belangrijk aspect van de educatie bij schizofrenie aan patiënten is de medicatie.

Antipsychotische medicatie is bij schizofrenie onontbeerlijk, maar de bijwerkingen kunnen aanzienlijk zijn en verhinderen vaak de bereidheid zich geheel aan de voorschriften te houden. Door educatie poogt men de compliantie te verhogen. De ervaring heeft geleerd dat het informeren van patiënten over de bijwerkingen geen negatieve invloed heeft op de compliantie. Het heeft daarentegen wel een positieve invloed op het vertrouwen in de behandelaren en de medicijnen in kwestie (Motlova, 2000).

A. Uitkomsten van literatuuroverzichten

Dixon en Lehman (1995)

Dixon en Lehman (1995) stelden enkele jaren terug een systematisch literatuuroverzicht op naar het effect van op families (patiënt inclusief verwanten) gerichte psychoeducatie. Ze gingen na of deze interventies, als toevoeging op de medicatie, effectief waren voor het terugdringen van terugval, het verbeteren van het functioneren van de patiënt en het welzijn van de familie. Uit hun literatuurstudie maakten ze op dat psychoeducatie inderdaad terugval vermindert of zelfs verhindert. Een gunstig effect op het functioneren van de patiënt was er ook, maar minder overtuigend. Hetzelfde stelden ze vast voor het verhogen van het welzijn van de verwanten van de patiënten.

Verder probeerden deze onderzoekers te achterhalen of er één type psychoeducatie duidelijk superieur was. Op basis van hun literatuurstudie konden ze daarover geen uitspraken doen. Wel identificeerden ze enkele 'ingrediënten' die waarschijnlijk bijdragen aan de effectiviteit:

- een positieve houding aannemen en met de deelnemers een waarachtige werkrelatie aangaan;
- het bieden van structuur en stabiliteit;
- het focussen op het hier en nu;
- het hanteren van gezinsconcepten;
- het werken aan cognitieve herstructurering;
- het oriënteren op het gedrag;
- het verbeteren van de communicatie.

Dixon en Lehman probeerden ook te achterhalen of de effectiviteit van de psychoeducatie wordt beïnvloed door kenmerken van de patiënt en zijn of haar familieachtergronden. Baat bij familiegeoriënteerde psychoeducatie bleken vooral die patiënten te hebben die duidelijk een band met hun verwanten hebben. Uit de literatuur bleek echter wel een opmerkelijk verschil tussen families met een hoge en die met een lage 'expressed emotion' (EE). Bij een hoge EE zijn interventies waaraan meerdere families deelnemen superieur boven die waaraan slechts één familie deelneemt. Bij een lage EE is dat aldus Dixon en Lehman niet het geval.

Goldstein (1996)

Goldstein (1996) heeft de aandacht gericht op de vraag in hoeverre de effectiviteit van psychoeducatieve programma's specifiek is voor wat betreft de fase waarin de ziekte zich bevindt. In een overzicht van de literatuur stelde deze onderzoeker vast dat psychoeducatieve programma's, die zich richtten op slechts één familie vooral effectief zijn wanneer bij de patiënt recent de ziekte zich heeft gemanifesteerd, of wanneer na de start van de behandeling een stabilisatiefase is ingetreden. Het lijkt dus van belang snel na de diagnose met psychoeducatie te starten met zo'n familiegerichte interventie. Interventies die zich richten op meerdere families in één groepssetting zijn vooral effectief gedurende latere fases van de behandeling en bij meer chronische patiënten.

Dixon e.a. (2000)

In een update van het review van Dixon en Lehman over het effect van psychoeducatie voor patiënten met schizofrenie en hun verwanten, bespraken Dixon e.a. (2000) recent de uitkomsten van vijftien nieuwe onderzoeken. Ze concludeerden dat het bewijs voor de werkzaamheid van psychoeducatie hieruit wederom onvoorwaardelijk naar voren kwam. Psychoeducatie moet volgens hen blijvend deel uitmaken van de richtlijnen voor de behandeling van schizofrenie.

Aan de hand van hun onderzoeksmateriaal formuleerden ze de volgende vier criteria, die gebruikt kunnen worden bij de beantwoording van de vraag, of een specifieke patiënt en zijn of haar verwanten geschikt is voor psychoeducatie:

- de inschatting van het *belang* van de interventie voor verwanten en de patiënt;
- de mate en de kwaliteit van de *betrokkenheid* van de verwanten en de patiënt op elkaar;
- de identificatie van de *patient outcomes* die behandelaren maar ook de patiënt en de familieleden zich als doel stellen;
- de uitgesproken *voorkeur* van de patiënt en de verwanten voor psychoeducatie ten opzichte van andere psychosociale werkmethoden.

Pekkala en Merinder (2000)

Een recent en gedegen overzicht (meta-analyse) van de literatuur naar de effectiviteit van psychoeducatie bij schizofrenie is voor Cochrane gemaakt door Pekkala en Merinder (2000). Na een strenge selectie hielden ze slechts tien studies over van groepspsychoeducatieve interventies waaraan zowel patiënten als verwanten hadden deelgenomen. De resultaten van deze interventies vatten ze in hun meta-analyse als volgt samen: de compliantie met de medicatie was bij een meting een jaar na afloop significant verbeterd in één studie waarin gebruik werd gemaakt van een korte groepsgewijze interventie (gedefinieerd als tien of minder bijeenkomsten), maar andere studies konden dit positieve resultaat niet bevestigen. Wel bleek dat elke vorm van psychoeducatie significant bijdroeg aan een verminderde terugval en afname van het aantal heropnames gemeten in een periode van negen tot achttien maanden.

Voor deze literatuuronderzoekers bleek het echter lastig om de 'secundaire' resultaten van de interventies (kennistoename, psychische toestand, algemene beoordeling van het functioneren, en het niveau van de door verwanten uitgedrukte emoties) te beoordelen. Dat kwam omdat de in de geselecteerde RCT's de gebruikte meetschalen te zeer van elkaar verschilden. De bevindingen uit de beoordeelde studies lieten echter op een consistente wijze zien dat de interventies zeer waarschijnlijk bijdroegen aan een positief effect op het welzijn van de patiënt.

Er werd evenwel geen invloed vastgesteld van de interventies op de volgende variabelen: het 'inzicht', de aan de medicatie gerelateerde attitudes (van belang voor de compliantie) en de algemene tevredenheid met de dienstverlening. Slechts één studie mat ook de economische effecten van de interventie. Het bleek echter niet mogelijk om op grond van deze RCT's uitspraken te doen over de vraag welke vorm van psychoeducatie effectiever is, en in hoeverre de duur van de interventie daarop van invloed is.

Ondanks de verschillende tekortkomingen in het geselecteerde materiaal concludeerden Pekkala en Merinder dat psychoeducatie (voor patiënten en hun verwanten), als onderdeel van behandelprogramma's voor patiënten met schizofrenie en aanverwante stoornissen, een heel belangrijke bijdrage vormt. Mede omdat deze interventies van korte duur zijn en weinig kosten, moeten de beleidsmakers in de geestelijke gezondheidszorg hieraan volgens hen hun steun geven. Dit neemt niet weg dat er nog veel aanvullend onderzoek nodig is.

Merinder (2000) en Hodgkinson e.a. (2000)

In een review stelde Merinder (2000) vast dat psychoeducatie voor patiënten met schizofrenie nog de meest consistente verbeteringen liet zien op het vlak van kennis en compliantie, mits daarin gedragsaspecten zijn opgenomen. Hodgkinson e.a. (2000) kwamen in hun review voor het Australische Joanna Briggs Institute echter tot de conclusie dat groepspsychoeducatie voor de verbetering van de compliantie bij deze patiëntengroep *niet* effectief is. De uitkomsten van dit literatuuronderzoek van Hodgkinson e.a. komen overeen met de eerder vermeldde conclusie van Mueser e.a. (2002), namelijk dat psychoeducatie bij mensen met ernstige psychische stoornissen niet effectief is voor het bereiken van compliantie met de medicatie. We kunnen dus concluderen dat er nog weinig consistentie is in de uitkomsten van het evaluatieonderzoek voor wat betreft het zo belangrijke aspect als de compliantie.

B. Uitkomsten van trials (RCT's)

Hieronder bespreek ik in aansluiting op de hiervoor aangehaalde systematische literatuurstudies nog enkele belangrijke deelstudies:

Werkzame factoren

In overeenkomst met de bevindingen van Dixon en Lehman (1995) stelden Ascher-Svanum en Whitesel (1999) vast dat er over de werkzame factoren totnogtoe weinig zinnigs valt te zeggen op grond van onderzoek. Zij verrichtten een RCT waarin ze twee stijlen van groepspsychoeducatie (een heel didactisch gestructureerde versus een vrij-discussiërende opzet) met elkaar vergeleken. De uitkomsten verschilden nauwelijks van elkaar. Volgens de onderzoekers wees dit erop dat het nut van psychoeducatie niet voortspuit uit bepaalde therapeutisch-didactische ingrediënten maar waarschijnlijk meer met specifieke behandel-effecten te maken heeft. Dixon en Lehman waren tot een zelfde conclusie gekomen.

Deelname door één of meerdere families

In aansluiting op de in het review van Dixon en Lehman opgeworpen vraag omtrent de relatieve effectiviteit van psychoeducatieve interventies (voor één of meerdere families) zijn de uitkomsten van een onderzoek van McFarlane e.a. (1995 a en b) interessant. In een door hen uitgevoerd RCT stelden ze vast dat in beide varianten psychoeducatie een effectieve interventie is. Het aantal heropnames daalde aanzienlijk en de psychotische symptomen verminderden significant. Zij merkten evenwel op dat, wanneer de interventie aan meerdere families tegelijkertijd werd aangeboden, het aantal (ernstige) terugvallen in een periode van twee jaar na de interventie significant lager was dan bij een psychoeducatieve interventie waaraan slechts één familie had deelgenomen. In samenhang hiermee was ook het aantal opnames aanzienlijk minder. Goed beschouwd waren de psychoeducatieve interventies waaraan meerdere families deelnamen dus effectiever om de periode in remissie te verlengen. Het gunstige effect kwam vooral voor de dag bij patiënten met een hoog risico op terugval. De onderzoekers rekenden uit dat door deze interventies een enorme kostenbesparing kan worden bereikt.

Onderdeel van een omvattend behandelprogramma

Het spreekt voor zich dat het effect van psychoeducatie niet op zichzelf staat, maar moet worden bezien in het licht van een uit meerdere onderdelen bestaand behandelprogramma, waarin de diverse onderdelen goed op elkaar aansluiten en zijn geïntegreerd. Buchkremer e.a. (1997) vergeleken in een RCT het effect van verschillende combinaties van psychoeducatie (met het accent op de medicatie), cognitieve psychotherapie en individuele counseling in de behandeling van een groep (ambulante) patiënten met schizofrenie. In hun analyse van de beoordeling van de resultaten over een periode van enkele jaren stelden ze vast dat patiënten die, naast hun medicatie, een specifieke behandeling hadden gekregen, gemiddeld genomen een iets beter therapeutisch resultaat (met name: afname terugval) lieten zien, in vergelijking met de controlegroep die geen specifieke behandeling had ondergaan. Echter, de meest intensieve behandeling, die gebruik maakte van alle drie genoemde onderdelen, was het meest effectief in de reductie van het aantal klinische opnames.

Het lijkt ook verstandig de samenhang tussen psychoeducatie en cognitieve gedragstherapieën goed in beeld te brengen. Psychoeducatie kunnen we opvatten als een 'leermethode' die deel uitmaakt van

een groep – bewezen effectieve – psychosociale leerstrategieën voor de behandeling en rehabilitatie van patiënten met schizofrenie (Heinssen e.a., 2000). Psychoeducatie heeft qua werkwijze veel overeenkomsten met cognitieve gedragstherapie. De potentie van cognitieve gedragstherapie voor de behandeling en rehabilitatie van schizofrenie is al geruime tijd bekend (zie o.a. Liberman en Green, 1992). Deze therapievorm lijkt ook goed aan te sluiten bij wat inmiddels bekend is over de informatieverwerkende tekorten die zich bij deze stoornis voordoen. Sensky e.a. (2000) hebben recent in een RCT vastgesteld dat cognitieve gedragstherapie ook een effectieve behandelvorm is voor patiënten die te kampen hebben met hallucinaties en wanen die resistent zijn voor antipsychotische medicatie. Het lijkt daarom van belang om de zorgverlening zodanig te organiseren dat beide type interventies elkaars effect versterken.

Negatieve symptomen

Naarmate de consensus over de globale effectiviteit van familiegerichte (verwanten inclusief de betrokken patiënten) psychoeducatie steeds sterker wordt, is het uiteraard van belang meer specifieke thema's onder ogen te nemen. Zo gingen Dyck e.a. (2000) specifiek na in hoeverre een psychoeducatieve interventie, waaraan meerdere families hadden deelgenomen, effectief was voor het beloop van de *negatieve symptomen* van schizofrenie. De onderzoekers concludeerden op basis van hun onderzoek, waarin ze psychoeducatieve interventies vergeleken met standaardbehandelingen, dat deelname aan het educatieve programma inderdaad effectiever was voor de behandeling van negatieve symptomen bezien over de periode van een jaar. De onderzoekers wezen erop dat het belang van deze bevinding heel groot is: negatieve symptomen zijn gerelateerd aan terugval, slecht sociaal en beroepsmatig functioneren en een lagere subjectieve waardering van de kwaliteit van leven.

Programmaduur

De gedachte dat 'kort' even goed kan zijn als 'lang' is in de jaren negentig met veel rumoer in de geestelijke gezondheidszorg geslopen. Merinder e.a. (1999) zijn in een RCT nagegaan wat met een korte educatieve interventie voor patiënten met schizofrenie en hun verwanten (acht bijeenkomsten) kon worden bereikt. Het bleek dat één jaar na afloop van de interventie er bij zowel patiënten als verwanten een significante verhoging van de kennis over schizofrenie kon worden vastgesteld. Ook in de betrokkenheid op elkaar bleek bij zowel de patiënt als zijn of haar verwanten een merkbare verbetering te zijn opgetreden in vergelijking met een controlegroep. Er waren heel minieme verbeteringen in het patroon van terugval en het psychiatrisch beeld tot stand gebracht. Maar ten opzichte van de controlegroep waren er geen verschillen op het vlak van de compliantie, inzicht in de psychose, het psychosociaal functioneren of in de scores van de verwanten in 'expressed emotion'. De onderzoekers concludeerden dan ook dat een kortdurende psychoeducatieve interventie onvoldoende is om belangrijke variabelen, zoals terugval, compliantie, psychopathologie, inzicht of psychosociaal functioneren te beïnvloeden.

Verwachtingen en waardeningen

Van groot belang voor de effectiviteit van psychoeducatie zijn uiteraard de *verwachtingen* van de deelnemers en hun *waardeningen* na afloop. Ascher-Svanum e.a. (2001) hebben bij een groep opgenomen patiënten met schizofrenie onderzocht welke verwachtingen de deelnemers aan een educatief programma hadden (zoals over de coping met hun stoornis) en hoe ze het programma na afloop waardeerden. Uit het onderzoek bleek dat de deelnemers hoge verwachtingen hadden over de mogelijkheden tot *self-management* die deelname volgens hen zou opleveren. De deelname aan het programma stemde bij de deelnemers tot grote tevredenheid, waarbij de hoge verwachtingen aan het begin een zichzelf versterkend effect bleek te hebben op de tevredenheid na afloop. Er waren evenwel verschillen in het door de patiënten ervaren nut van het educatieve programma. Het 'meer te weten komen over de diagnose en de medicatie van de ziekte' waardeerden ze het hoogst. Het laagst waardeerden ze de informatie over de prevalentie van schizofrenie, de mogelijkheden van psychosociale rehabilitatie en het gebruik van gemeenschapsvoorzieningen.

3.2. Bipolaire stoornis

Psychoeducatie in verband met schizofrenie is, zoals we hebben gezien, diepgaand onderzocht. Ook psychoeducatie rondom andere stoornissen heeft – zij het in mindere mate – de aandacht getrokken van onderzoekers. Allereerst behandel ik psychoeducatie bij bipolaire stoornis.

A. Uitkomsten van literatuuroverzichten

Kusumakar (1997) / Parikh e.a. (1997) en Rothbaum & Astin (2000)

Volgens Kusumakar e.a. (1997), in hun overzichtsartikel over de fundamenteën van de effectieve behandeling van bipolaire stoornis, dient psychoeducatie een onverbreekbaar onderdeel uit te maken van een *holistic package* van bewezen effectieve interventies. Van belang is dat ook bij bipolaire stoornis vaak de directe verwanten (partners) worden betrokken bij de psychoeducatieve interventie.

Dezelfde onderzoeksgroep heeft de effectiviteit van psychosociale interventies bij bipolaire stoornis onder de loep genomen (Parikh e.a., 1997). Ze screenen de ‘outcome’-literatuur over een periode van twintig jaar. Ze concludeerden dat naast gezinstherapie met name psychoeducatie een stevig empirisch bewezen effectief fundament heeft en daarmee zonder meer aanbevolen moet worden als onderdeel van de behandeling van bipolaire stoornis. Ook Rothbaum en Astin (2000) kwamen in een literatuuroverzicht tot deze vaststelling.

B. Uitkomsten van trials (RCT's)

De gunstige beoordeling van Kusumakar e.a. is bevestigd, maar ook genuanceerd in verschillende latere RCT's.

Meerwaarde ten opzichte van standaardbehandeling

Clarkin e.a. (1998) zijn in een RCT nagegaan wat de effectiviteit van psychoeducatie (als toevoeging tot een standaard behandeling zonder psychoeducatie) is voor getrouwde patiënten en hun partners. Bij meting, bijna een jaar na de interventie bleek de groep patiënten die aan het gecombineerde programma had deelgenomen over het algemeen globaal beter te functioneren. Er konden overigens geen positieve resultaten op symptoomniveau worden vastgesteld, wel was er een verbeterde trouw aan de medicatievoorschriften.

Expressed emotion

Honig e.a. (1997) stelden vast dat een psychoeducatieve interventie, waaraan meerdere gezinnen deelnamen waarbij sprake was van bipolaire stoornis, de belangrijkste verwanten een significant gunstige verandering lieten zien in de expressed emotion (EE) in vergelijking met een controlegroep. Verder bleek dat een lage EE bij de verwanten samenging met minder ziekenhuisopnamen. De onderzoekers stelden verder vast dat de deelnemers een positief oordeel velden over de interventie, wat ook bleek uit het geringe aantal uitvallers.

Signaleren van symptomen

Perry e.a. (1999) zijn in een RCT nagegaan wat het resultaat is wanneer patiënten met bipolaire stoornis wordt geleerd om de vroege symptomen van terugval in een manische fase te identificeren en op basis daarvan contact te zoeken met een hulpinstantie. De onderzoekers stelden vast dat de deelnemers aan de experimentele interventie significant minder episodes van terugval in een manische fase van de ziekte meemaakten. Ook verbeterde significant het algemeen sociaal functioneren. De experimentele behandeling had evenwel geen effect op het tijdstip van de eerste terugval in een depressieve fase of het aantal depressieve fasen.

Preventie van terugval

Colom e.a. (2003) onderzochten recent het effect van groepspsychoeducatie (21 zittingen, zowel in een gestructureerd als een ongestructureerde modaliteit aangeboden) bij patiënten met bipolaire stoornis (type I en II). Behalve een assessment van de werkzaamheid *tijdens* de interventie onderzochten ze de deelnemers ook twee jaar na afloop daarvan. Ze stelden vast dat na deze groepsinterventie het aantal teruggevallen patiënten significant was gedaald alsook het aantal terugvallen per patiënt. Ook duurde het langer voordat depressieve, manische, hypomanische of

gemengde symptomen optraden. Verder was het effect merkbaar in het aantal en de duur van klinische opnamen.

3.3. Depressie

A. Uitkomsten van literatuuroverzicht

Pampallona e.a. (2002)

Eveneens bij de behandeling van depressie speelt de vraag welke bijdrage psychoeducatie kan spelen bij de verbetering van de therapietrouw c.q. de compliantie met de medicatievoorschriften. In een systematisch literatuuroverzicht, waarin de resultaten van 32 onderzoeken werden besproken, stelden Pampallona e.a. (2002) vast dat patiënteducatie – voor wat betreft de interventies die op compliantie gericht zijn – tot de best onderzochte werkwijzen behoort. Dit neemt niet weg dat, ook al is psychoeducatie bij depressie een effectieve werkwijze, het niet mogelijk is om op grond van de beschikbare literatuur te mogen vaststellen welk type psychoeducatie, eventueel in combinatie met andere behandelvormen, het meest effectief is.

B. Uitkomsten van trials (RCT's)

Psychoeducatie vergeleken met cursus problemen oplossen

In een goed opgezet multicentre RCT zijn Dowrick e.a. (2000) nagegaan wat de effectiviteit is van twee psychologische interventies (een programma gericht op problemen oplossen én een psychoeducatieve interventie in de vorm van een cursus) voor volwassenen met depressie. De effectiviteit maten ze met behulp van de score op de Beck Depression Inventory en de scores op de SF-36.

Beide interventies reduceerden de *caseness* (d.i. het moment waarop de patiënt beschouwd wordt aan de stoornis te lijden) en verbeterden het gevoel van welbevinden. Toch concludeerden de onderzoekers dat de probleemgerichte interventie voor volwassenen in een ambulante setting een lichte voorkeur verdiende, omdat er in vergelijking met de psychoeducatiecursus minder deelnemers uitvielen.

Oudere vrouwen

Psychoeducatie rondom depressie wordt vaak aangeboden in de vorm van een (preventieve) cursus. Schimmel-Spreuw e.a. (2000) gingen in een klein onderzoek (gehouden in Nederland) na wat het effect van zo'n interventie was bij oudere vrouwen. De cursus behelsde ook een vaardigheidstraining. Na afloop van de interventie werden de depressieve symptomen gemeten met behulp van de SCL-90 depressieschaal en de Geriatrische Depressie Schaal. De deelnemers waren enthousiast over de interventie en er was geen reden het programma ingrijpend te veranderen. De onderzoekers stelden vast dat de depressieve symptomen bij degenen die het programma hadden gevolgd significant waren verminderd. Psychoeducatie bevelen ze daarom aan als structureel onderdeel van de behandeling van oudere vrouwen met depressieve klachten.

3.4. Eetstoornissen

Er is opvallend veel bekend over psychoeducatie in verband met eetstoornissen. Dit zal ermee te maken hebben dat psychosociale interventies in het algemeen een belangrijk onderdeel uitmaken van het repertoire van behandelingsmogelijkheden van eetstoornissen. Vooral in een stepped care-benadering van eetstoornissen is psychoeducatie een vanzelfsprekende interventie naast andere kortdurende interventies en zelfhulpmethoden (Wilson e.a., 2000).

Anorexia nervosa

Wat is bekend over de effectiviteit van psychoeducatie in dit verband en hoe scoort psychoeducatie ten opzichte van vergelijkbare psychologische interventies? Geist e.a. (2000) vergeleken recent in een onderzoek de effectiviteit van gezinstherapie met een psychoeducatief programma. Het was gericht op meisjes in de adolescentie, die vanwege *anorexia nervosa* moesten worden opgenomen, en hun ouders. De aandacht ging uit naar de variatie in het lichaamsgewicht en een aantal psychosociale

variabelen, gemeten vier maanden na afloop van de interventie. De onderzoekers stelden vast dat beide interventies een significant gunstig effect hadden op het herstel van het ideale lichaamsgewicht. Ook leidden beide interventies tot een verhoging van het inzicht in de achterliggende gezinspathologie. De interventies hadden overigens geen significante verandering tot gevolg op het vlak van het psychisch functioneren van de meisjes en hun ouders. De onderzoekers concludeerden dat het psychoeducatieve programma de meest goedkope interventie was, maar wel even effectief bleek te zijn als de gezinstherapeutische interventie.

Boulimie nervosa

Davis e.a. (1999) hebben onderzoek gedaan naar psychoeducatie voor *bulimia nervosa*, al dan niet in combinatie met cognitieve gedragstherapie. Het onderzoek (RCT) richtte zich op een programma met een duur van 16 weken. Zoals te verwachten was, bracht een gecombineerd programma een beter resultaat voort voor wat betreft de vermindering van specifieke aan het eetgedrag gerelateerde symptomen. Bovendien leidde de combinatiebehandeling tot significant hogere remissiescores. Er waren geen specifieke verschillen merkbaar op het vlak van de non-specifieke psychopathologie. Maar wel kon worden vastgesteld dat, wanneer de deelnemers aan het gecombineerde programma remissie vertoonden op het vlak van aan het eten gerelateerde symptomen, dit gepaard ging met de relatief grootste verbeteringen op het vlak van de non-specifieke psychische problemen. Bij de patiënten die niet verbeterden was zowel direct na de behandeling als in de follow-upmeting geen verschil merkbaar tussen degenen die wel of niet alleen psychoeducatie hadden gehad.

Uehara e.a. (2001) zijn in een verkennend onderzoek specifiek nagegaan welke effecten met psychoeducatie voor patiënten met eetstoornissen en hun verwanten kunnen worden bereikt op het vlak van de *expressed emotion* (EE). Ze stelden de EE-scores vast met een batterij meetinstrumenten. Het onderzoek wees uit dat door de psychoeducatieve interventie de hoge EE-scores bij verwanten (met name betrof dit de zeer emotionele uitingen van overbetrokkenheid) verminderden. Ook de beoordeling door familieleden van de symptomen van de psychische problematiek bij de patiënten verbeterde aanzienlijk. De onderzoekers concludeerden dat deze vorm van psychoeducatie voor patiënten met eetstoornissen de ervaren problemen vermindert en bijdraagt aan meer positieve interacties in het gezin. Verder stelden ze vast dat EE een belangrijke indicator is voor de beoordeling van het effect van psychoeducatie.

Binge Eating Disorder

Veel behandelingen voor mensen (in de meerderheid vrouwen) met eetstoornissen maken gebruik van de groepsmodaliteit en combineren psychoeducatie met cognitieve gedragstherapie. Psychoeducatie is daarin een zo vanzelfsprekend onderdeel dat veel onderzoek er juist op gericht is na te gaan welke onderdelen daaraan toegevoegd moeten worden, ter verhoging van de effectiviteit van de behandeling. Als voorbeeld mag een goed uitgevoerd RCT gelden van Peterson e.a. (1998). Zij onderzochten de effectiviteit van drie typen cognitief gedragstherapeutische interventies voor vrouwen met Binge Eating Disorder (BED). BED is een eetstoornis die beschreven staat in de DSM IV en wordt gekenmerkt door het optreden van eetbuien: het consumeren van grote hoeveelheden voedsel in beperkte tijd, waarbij controleverlies wordt ervaren. Na afloop van een eetbui voelt men zich ellendig. Opmerkelijk is verder dat de vreetbuien na afloop niet worden gecompenseerd (vasten, excessieve lichamelijke activiteit e.d.).

In alle drie de therapietypen, waaronder ook een *partiële* zelfhulpgroep, kregen de deelnemers een half uur lang een bepaalde vorm van psychoeducatie (in de partiële zelfhulpgroep betrof dit een half uur durende videotape). Het onderzoek toonde aan dat cognitieve gedragstherapie voor BED ook, op een effectieve manier, in een gestructureerde zelfhulpgroep kan worden gevat. Voor ons is van belang dat alle drie de experimentele groepen (waar psychoeducatie steeds een onderdeel van vormde) beter scoorden dan een wachtlijstgroep en dat blijkbaar ook de modaliteit van de psychoeducatie – althans in deze context – geen verschil uitmaakte: een video kan dus de concurrentie aangaan met mondelinge informatieoverdracht.

Gecomputeriseerde psychoeducatie

De laatste bevinding van Peterson e.a. sluit aan bij die van Andrewes e.a. (1996). Zij vergeleken de effectiviteit van gecomputeriseerde psychoeducatie – het pakket DIET – voor patiënten met

eetstoornissen (boulimie en anorexia nervosa) met een placebo (dat overigens eveneens bestond uit een computerprogramma). Uit de vergelijking bleek dat de deelnemers aan DIET significant verbeterden in vergelijking met de controlegroep op het vlak van kennis en attitudes ten aanzien van de stoornis. Een bijkomende resultaat was dat de deelnemers het computerpakket gebruiksvriendelijk vonden en behulpzaam. Een en ander geeft steun aan de gedachte dat de discussie over het medium van psychoeducatie secundair minder belangrijk is dan die over de inhoud ervan.

3.5. Diversen

In diverse (kleinere) onderzoeken is de effectiviteit van psychoeducatie met betrekking tot een uiteenlopend aantal stoornissen, problemen of situaties onderzocht en aangetoond:

Verslaving

Kominars (1997) toonde aan dat voor de behandeling van *verslaving* psychoeducatie even effectief was als een behandeling waarbij gebruik werd gemaakt van visualisatie.

Ouders van intellectueel gehandicapte kinderen

Russell e.a. (1999) toonden aan dat een interactieve groepspsychoeducatieve interventie effectief was voor de verandering van de houding van ouders van *intellectueel gehandicapte kinderen* en vooral een waardevolle optie is als de beschikbare middelen beperkt zijn.

Mantelzorgers

Cuijpers en Stam (2000) concludeerden in een in Nederland uitgevoerd onderzoek naar de effectiviteit van op verwanten van psychiatrische patiënten gerichte interventies dat, om de *ervaren draaglast* te beperken, psychoeducatie op deze mantelzorgers zich moet concentreren op de wijze waarop zij het beste kunnen omgaan met de druk die op de relatie met de patiënt wordt gelegd én hoe ze beter kunnen reageren op het gedrag van de patiënt.

Acton en Kang (2001) deden een systematisch literatuuronderzoek (meta-analyse) naar de uitkomsten van het onderzoek naar het effect van diverse interventies die erop gericht waren de draaglast van verwanten van mensen met *dementie* te verlichten. De aandacht ging onder andere uit naar psychoeducatie. Ze selecteerden 24 onderzoeksrapporten. De onderzoekers concludeerden dat in zijn algemeenheid de onderzochte interventies geen effect hadden op de draaglast van de verwanten. Een uitzondering maakten ze voor interventies die een breed samengesteld pakket behelsden. Voor wat betreft psychoeducatie betekent het niet dat het helemaal ‘geen effect’ heeft, alleen dat het op zichzelf beschouwd geen substantiële bijdrage levert aan de (ervaren) draaglast bij de verwanten.

Posttraumatische stressstoornis

Psychoeducatieve technieken zijn, in de vorm van debriefing, veelvuldig toegepast als preventieve techniek bij slachtoffers van (fysiek of seksueel) geweld of van rampen (zie o.a. Allen e.a., 1997). De rationale hiervan is het voorkomen van een *posttraumatische stressstoornis*. Onderzoek (RCT) van Rose e.a. (1999) heeft evenwel uitgewezen dat in ieder geval een korte, eenmalige interventie niet werkzaam is voor de preventie van posttraumatische symptomen bij slachtoffers van geweldsmisdrijven. Nog duidelijker hieromtrent is een Cochrane-review (Suzanna e.a., 2002) dat heeft uitgewezen dat debriefing op grond van de huidige bewijsvoering géén bruikbare interventievorm is voor de preventie van posttraumatische stressstoornis bij slachtoffers van trauma. Verplichte deelname aan debriefingsessies moet daarom stoppen.

Persoonlijkheidsstoornissen

In de moderne behandelprogramma's voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen is psychoeducatie meestal een – onlosmakelijk – onderdeel, en mede daarom niet als zodanig onderzocht (zie ook: Links, 1998). Hiernaast zijn er psychoeducatieve programma's ontwikkeld voor familieleden van mensen met een persoonlijkheidsstoornis, zoals bijvoorbeeld *borderline* (Gunderson, 1997). Ons zijn geen studies bekend over de effectiviteit daarvan.

4. SAMENVATTING EN CONCLUSIES

In dit artikel ben ik ingegaan op de kenmerken van psychoeducatie en de resultaten van het onderzoek naar de effecten daarvan. Na een nadere verkenning van deze belangrijke werkvorm van de geestelijke gezondheidszorg zijn allereerst enkele algemene onderwerpen van het onderzoek naar psychoeducatie besproken. In het bijzonder is ingegaan op het thema compliantie. De uitkomsten van het onderzoek naar de effectiviteit van educatieve interventies op de therapietrouw komen sterk overeen met de ervaringen in de somatische gezondheidszorg. Het lukt om het kennisniveau te verhogen maar dit leidt niet automatisch tot een – duurzaam – effect is op het gedrag.

Belangrijke onderdelen van psychoeducatie zijn:

- geven van voorlichting over de (symptomen van de) psychische ziekte en de medicatie, sociale en medische voorzieningen, rehabilitatie en lotgenotencontact;
- inzicht geven in wijze waarop men vroege, waarschuwendende signalen kan waarnemen (terugvalpreventie);
- zoeken naar alternatieven voor inadequate cognities / gedragingen: cognitieve vaardigheden om verandering aan te brengen in negatieve attitudes of opvattingen; overdragen of trainen sociale en communicatieve vaardigheden; instructies over zelfzorg (ontspanningsoefeningen);
- ondersteunen van patiënten en verwanten bij streven naar betere zorgverlening / sterkere maatschappelijke positie;
- leren van manieren om om te gaan met pijnlijke gevoelens die de vooruitgang belemmeren.

De moderne psychoeducatie vertoont een sterke overlap met cognitieve gedragstherapie:

- mensen kunnen ook zelf gedrag bekrachtigen;
- self-efficacy (Bandura, 1997) (de wijze waarop mensen hun situatie onder controle te krijgen / beeld dat ze daarvan gevormd hebben);
- zelf-regulatie van het gedrag door taal / gedachten;
- zoeken naar voldoende congruentie tussen gedachten, gevoelens en gedrag.

Uit meta-analyse van psychoeducatie volgen gunstige effecten voor de patiënten en de verwanten.

Gunstige effecten voor de patiënt zijn onder andere: afname terugval; minder psychotische symptomen; beter sociaal functioneren. Gunstige effecten voor verwanten zijn onder andere: verhoogde self-efficacy en verlichting van de ervaren draaglast.

In de derde paragraaf zijn de uitkomsten besproken van stoornisspecifieke effectstudies. Vooral omtrent psychoeducatie bij schizofrenie, en in mindere mate bipolaire stoornis en eetstoornissen, is veel bekend. Eenduidige conclusies over ‘de effectiviteit van psychoeducatie’ die voor alle stoornissen geldig zijn mogen we op grond van deze studies eigenlijk niet trekken. Uitspraken over de effectiviteit van psychoeducatie moeten betrekking hebben op een concreet probleem, een nader omschreven doelgroep en een daaraan gerelateerd doel.

Wel kunnen we op basis van voldoende evidentie de uitspraak verantwoorden dat psychoeducatie voor de in de psychiatrie meest voorkomende stoornissen een waardevolle bijdrage levert aan de bevordering van de geestelijke gezondheid van de patiënten en hun verwanten. Maar, afhankelijk van de geselecteerde uitkomstmaten, is het profiel van het scala aan waargenomen effecten vrij divers. De positieve effecten kunnen verder strekken dan alleen kennisvermeerdering; ook op klinische uitkomstmaten zijn positieve resultaten gemeld. Cruciaal voor zo’n positief resultaat is dat *het leren van alternatief gedrag* een uitdrukkelijk onderdeel van de interactie vormde.

Toch is psychoeducatie, zo blijkt uit het merendeel van de studies die dit aspect hebben onderzocht, op zichzelf beschouwd onvoldoende om zoiets essentieels als de compliantie met de medicatie in een positieve richting te beïnvloeden. Verder zijn er voldoende redenen om sceptisch te staan tegenover de duurzaamheid van de bereikte positieve effecten – het resultaat eenmalige interventies beklijft niet. Vanwege het chronische karakter van veel psychische stoornissen is herhaling van psychoeducatie noodzakelijk. Daar staat tegenover dat in de literatuur niet of nauwelijks melding wordt gemaakt van contraproductieve effecten. Dit zegt niet dat deze niet bestaan, maar wel dat als ze er zijn ze nauwelijks opvallen.

LITERATUUR

- Acton, G.J. & Kang, J. (2001). Interventions to reduce the burden of caregiving for an adult with dementia: a meta-analysis. *Res Nurs Health*, 24, 349-360.
- Allen, J.G., Kelly, K.A. & Glodich A. (1997). A psychoeducational program for patients with trauma-related disorders. *Bull Menninger Clin*, 61, 222-239.

- Altamura, A.C. & Malhi, G.S. (2000). Topics in contemporary psychiatric practice: Compliance in major psychoses. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 4, 81 – 82.
- Andrewes, D.G., O'Connor, P., Mulder, C., McLennan, J., Derham, H., Weigall, S. & Say, S. (1996). Computerised psychoeducation for patients with eating disorders. *Aust N Z J Psychiatry*, 30, 492-497.
- Ascher-Svanum, H. & Whitesel, J. (1999). A randomized controlled study of two styles of group patient education about schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 50, 926-930.
- Ascher-Svanum, H., Rochford, S., Cisco, D. & Claveaux, A. (2001). Patient education about schizophrenia: initial expectations and later satisfaction. *Issues Ment Health Nurs*, 22, 325-333.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bisbee, C.C. (2000). Psychiatric Patient Education. *Psychiatric Times*, 17, nr. 4.
- Buchkremer, G., Klingberg, S., Holle, R., Schulze Monkong, H. & Hornung, W.P. (1997). Psychoeducational psychotherapy for schizophrenic patients and their key relatives or care-givers: results of a 2-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*, 96, 483-491.
- Clarkin, J.F., Carpenter, D., Hull, J., Wilner, P. & Glick, I. (1998). Effects of psychoeducational intervention for married patients with bipolar disorder and their spouses. *Psychiatr Serv*, 49, 531-533.
- Colom, F., Vieta, E., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Goikolea, J.M., Benabarre, A., Torrent, C., Comes, M., Corbella, B., Parramon, G. & Corominas, J. (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry*, 60, 402-407.
- Cuijpers, P. & Stam, H. (2000). Burnout among relatives of psychiatric patients attending psychoeducational support groups. *Psychiatr Serv*, 51, 375-379.
- Davis, R., McVey, G., Heinmaa, M., Rockert, W. & Kennedy, S. (1999). Sequencing of cognitive-behavioral treatments for bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*, 25, 361-374.
- Dixon, L., Adams, C. & Lucksted, A. (2000). Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophr Bull*, 26, 5-20.
- Dixon, L., McFarlane, W.R., Lefley, H., Lucksted, A., Cohen, M., Falloon, I., Mueser, K., Miklowitz, D., Solomon, P. & Sondheim, D. (2001). Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatr Serv*, 52, 903-910.
- Dixon, L.B. & Lehman, A.F. (1995). Family interventions for schizophrenia. *Schizophr Bull*, 21, 631-643.
- Dowrick, C., Dunn, G., Ayuso-Mateos, J.L., Dalgard, O.S., Page, H., Lehtinen, V., Casey, P., Wilkinson, C., Vazquez-Barquero, J.L. & Wilkinson, G. (2000). Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: multicentre randomised controlled trial. Outcomes of Depression International Network (ODIN) Group. *BMJ*, 321, 1450-1454.
- Dyck, D.G., Short, R.A., Hendryx, M.S., Norell, D., Myers, M., Patterson, T., McDonnell, M.G., Voss, W.D. & McFarlane WR. (2000). Management of negative symptoms among patients with schizophrenia attending multiple-family groups. *Psychiatr Serv*, 51, 513-519.
- Emer, D. & McLarney, M.A. (2002). Interactive groups for psychoeducation. *Psychiatric Serv*, 49, 288.
- Evans, M., Macpherson, R., Thompson, E. & Babiker, I. (1996). Educating psychiatric patients about their treatment: do fact sheets work? *J R Soc Med*, 89, 690-693.
- Furniss, M.J. (ed.) (2000). *Cognitive-behavioral approaches. An introduction to theory and research*. Liverpool: Liverpool University.
- Gaebel, W. (1997). Towards the improvement of compliance: the significance of psychoeducation and new antipsychotic drugs. *Int Clin Psychopharmacol*, 12, Suppl 1, 37-42.
- Gasque-Carter, K.O. & Curlee, M.B. (1999). The educational needs of families of mentally ill adults: the South Carolina experience. *Psychiatr Serv*, 50, 520-524.
- Geist, R., Heinmaa, M., Stephens, D., Davis, R. & Katzman, D.K. (2000). Comparison of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa. *Can J Psychiatry*, 45, 173-178.
- Goldstein, M.J. (1996). Psychoeducation and family treatment related to the phase of a psychotic disorder. *Int Clin Psychopharmacol*, 11 Suppl 2, 77-83.
- Greist, J.H. (1998). Clinical Computing: Treatment for All: The Computer as a Patient Assistant. *Psychiatr Serv*, 49, 887-889.

- Gunderson, J.G., Berkowitz, C. & Ruiz-Sancho, A. (1997). Families of borderline patients: a psychoeducational approach. *Bull Menninger Clin*, 61, 446-457.
- Heinssen, R.K., Liberman, R.P. & Kopelowicz, A. (2000). Psychosocial skills training for schizophrenia: lessons from the laboratory. *Schizophr Bull*, 26, 21-46.
- Hodgkinson, B., Evans, D., O'Donnell, A., Nicholson, J. & Walsh, K. (2000). *The effectiveness of individual therapy and group therapy in the treatment of schizophrenia*. Adelaide: Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery.
- Honig, A., Hofman, A., Rozendaal, N. & Dingemans, P. (1997). Psychoeducation in bipolar disorder: effect on expressed emotion. *Psychiatry Res*, 29, 17-22.
- Klingberg, S., Buchkremer, G., Holle, R., Schulze Monking, H. & Hornung, W.P. (1999). Differential therapy effects of psychoeducational psychotherapy for schizophrenic patients - results of a 2-year follow-up. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 249, 66-72.
- Kominars, K.D. (1997). A study of visualization and addiction treatment. *J Subst Abuse Treat*, 14, 213-223.
- Kusumakar, V., Yatham, L.N., Haslam, D.R., Parikh, S.V., Matte, R., Sharma, V., Silverstone, P.H., Kutcher, S.P. & Kennedy, S. (1997). The foundations of effective management of bipolar disorder. *Can J Psychiatry*, 42, Suppl 2, 69S-73S.
- Liberman, R.P. & Green, M.F. (1992). Whither cognitive-behavioral therapy for schizophrenia? *Schizophr Bull*, 18, 27-35.
- Links, P.S. (1998). Developing effective services for patients with personality disorders. *Can J Psychiatry*, 43, 251-259.
- Macpherson, R., Jerrom, B. & Hughes, A. (1996). A controlled study of education about drug treatment in schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 168, 709-717 (a).
- Macpherson, R., Jerrom, B. & Hughes, A. (1996). Relationship between insight, educational background and cognition in schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 168, 718-722 (b).
- McFarlane, W.R., Link, B., Dushay, R., Marchal, J. & Crilly, J. (1995). Psychoeducational multiple family groups: four-year relapse outcome in schizophrenia. *Fam Process*, 34, 127-144.
- McFarlane, W.R., Lukens, E., Link, B., Dushay, R., Deakins, S.A., Newmark, M., Dunne, E.J., Horen, B. & Toran J. (1995). Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 52, 679-687.
- Merinder, L.B. (2000). Patient education in schizophrenia: a review. *Acta Psychiatr Scand*, 102, 98-106.
- Merinder, L.B., Viuff, A.G., Laugesen, H.D., Clemmensen, K., Misfelt, S. & Espensen, B. (1999). Patient and relative education in community psychiatry: a randomized controlled trial regarding its effectiveness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 34, 287-294.
- Motlova, L. (2000). Psychoeducation as an indispensable complement to pharmacotherapy in schizophrenia. *Pharmacopsychiatry*, 33 Suppl 1, 47-48.
- Mueser, K.T., Corrigan, P.W., Hilton, D.W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., Essock, S.M., Tarrrier, N., Morey B., Vogel-Scibilia, S. & Herz, M.I. (2002). Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatr Serv*, 53, 1272-1284.
- Pampallona, S., Bollini, P., Tibaldi, G., Kupelnick, B. & Munizza, C. (2002). Patient adherence in the treatment of depression. *Br J Psychiatry*, 180, 104-109.
- Parikh, S.V., Kusumakar, V., Haslam, D.R., Matte, R., Sharma, V. & Yatham LN. (1997). Psychosocial interventions as an adjunct to pharmacotherapy in bipolar disorder. *Can J Psychiatry*, 42, Suppl 2, 74S-78S.
- Pekkala, E. & Merinder, L. (2000). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*, CD002831.
- Perry, A., Tarrrier, N., Morriss, R., McCarthy, E. & Limb, K. (1999). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ*, 318, 149-153.
- Peterson, C.B., Mitchell, J.E., Engbloom, S., Nugent, S., Mussell, M.P. & Miller, J.P. (1998). Group cognitive-behavioral treatment of binge eating disorder: a comparison of therapist-led versus self-help formats. *Int J Eat Disord*, 24, 125-136.
- Pollio, D.E., North, C.S. & Foster, D.A. (1998). Content and curriculum in psychoeducation groups for families of persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv*, 49, 816-822.

- Rothbaum, B.O. & Astin, M.C. (2000). Integration of pharmacotherapy and psychotherapy for bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*, 61, Suppl 9, 68-75.
- Russell, P.S., al John, J.K. & Lakshmanan, J.L. (1999). Family intervention for intellectually disabled children. Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 174, 254-258.
- Schimmel-Spreeuw, A., Linssen, A.C. & Heeren, T.J. (2000). Coping with depression and anxiety: preliminary results of a standardized course for elderly depressed women. *Int Psychogeriatr*, 12, 77-86.
- Sensky, T., Turkington, D., Kingdon, D., Scott, J.L., Scott, J., Siddle, R., O'Carroll, M. & Barnes, T.R. (2000). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Arch Gen Psychiatry*, 57, 165-172.
- Solomon, P. (1996). Moving from psychoeducation to family education for families of adults with serious mental illness. *Psychiatr Serv*, 47, 1364-1370.
- Stel, J.C. van der (2002). De mérites van groepspsychotherapie in de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Een literatuuroverzicht met implicaties voor het beleid. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 28, 303-317.
- Suzanna, R.O., Jonathan, B.I. & Simon, W.E. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev*, CD000560.
- Uehara, T., Kawashima, Y., Goto, M., Tasaki, S.I. & Someya, T. (2001). Psychoeducation for the families of patients with eating disorders and changes in expressed emotion: A preliminary study. *Compr Psychiatry*, 42, 132-138.
- Wilson, G.T., Vitousek, K.M. & Loeb, K.L. (2000). Stepped care treatment for eating disorders. *J Consult Clin Psychol*, 68, 564-572.
- Wilson, S.R. (1997). Individual versus group education: is one better? *Patient Educ Couns*, 32 (1 Suppl), S67-75.