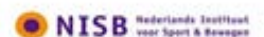


Hallucinatieve Integratieve Therapie (HIT)

Werkblad, versie mei 2015

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstellingen:



Colofon

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam organisatie: dr. J.A. Jenner; Jenner Consult
E-mail: J.A.Jenner@hotmail.com
Telefoon: 0637472137

Website (van de interventie): www.Audito.nl

Contactpersoon

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in, wanneer deze afwijkt van de ontwikkelaar of licentiehouder.

Naam: Dr. J.A.Jenner
E-mail: J.A.Jenner@hotmail.com
Telefoon: 0637472137

Referentie in verband met publicatie

Naam auteur interventiebeschrijving : J.A. Jenner
Titel interventie: Hallucinatiegerichte Integratieve Therapie (HIT)
Databank(en): Langdurige GGZ
Plaats, instituut: Utrecht, Trimbos-instituut
Datum: 27 januari 2016

Het werkblad is een invulformulier voor het maken van een interventiebeschrijving, geordend naar onderwerp (doelgroep, doel, enzovoort). De onderwerpen volgen de criteria voor beoordeling. De interventiebeschrijving is een samenvatting van de beschikbare schriftelijke informatie over de interventie voor de bezoeker van de databanken effectieve interventies en voor de erkenningscommissie interventies. De informatie is van belang voor de beoordeling van de kwaliteit, effectiviteit en randvoorwaarden van de interventie.

Inhoud

Colofon	2
Inhoud	3
Samenvatting	4
<i>Korte samenvatting van de interventie</i>	4
Doelgroep	4
Doel	4
Aanpak	4
Materiaal	4
Onderbouwing	4
Onderzoek	5
1. Uitgebreide beschrijving	6
1.1 Doelgroep	6
1.2 Doel	6
1.3 Aanpak	7
2. Uitvoering	10
3. Onderbouwing	12
4. Onderzoek	14
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	14
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	14
5. Samenvatting Werkzame elementen	18
Aangehaalde literatuur	19

Samenvatting

Korte samenvatting van de interventie

HIT helpt stemmenhoorders om controle te krijgen over hun stemmen en sleutelfiguren om op een andere manier om te gaan met stemmenhoorders. Centraal staat samenwerking volgens het twee-realiteiten principe: de stemmenhoorder als ervaringsdeskundige met de behandelaar als professional. HIT kent drie fasen: kennismaking en onderzoek (3 sessies), behandeling (6-8 sessies) en afronding (2-4 sessies). HIT integreert motiveringsmethodieken met cognitieve gedragstherapie, copingtraining, systeembehandeling, psychoeducatie, rehabilitatie en medicatie met op indicatie crisisinterventie in een oplossingsgerichte aanpak. Nabehandeling wordt gegeven met een meer-gezinnen HIT-variant.

De geprotocolleerde modules worden flexibel op geleide van persoonlijke wensen en vermogen uitgevoerd. Stemgericht huiswerk gericht op angstreductie, afleiding en oproepen van en onderhandelen met de stemmen is de kern van HIT.

Verbeteringen zijn duurzaam, significant beter dan van reguliere behandeling en generaliseren naar depressie/angst, desorganisatie, kwaliteit van leven en sociaal functioneren. Patiënt- en familietevredenheidsscore is hoog; drop-out is 9%.

Doelgroep

HIT is effectief gebleken bij patiënten die lijden onder en aan stemmenhoren.

Indicaties zijn: (chronische) schizofrenie en verwante stoornissen, dissociatieve stoornis, posttraumatische stressstoornis en borderlinepersoonlijkheidsstoornis.

Contra-indicaties zijn: primaire middelenverslaving, ernstige verwardheid en onvoldoende kennis van de taal, jonger dan zeven jaar en I.Q. lager dan 60.

Doel

HIT heeft als doel het anders leren interpreteren van en omgaan met de stemmen. Verdwijnen van de stemmen is fijn, maar niet het primaire doel.

Subdoelen zijn: verbeterde kwaliteit van leven, verbetering in sociaal functioneren, afname van (negatieve kenmerken van) stemmenhoren en co-morbide symptomen en verminderde gezinsbelasting.

Aanpak

Verwezen stemmenhoorders wordt geadviseerd met sleutelfiguren de behandeling te volgen. Na een uitvoerig kennismakingsgesprek volgen psychiatrisch onderzoek en een specifiek stemmenonderzoek. Tijdens de behandeling registreren stemmenhoorder en sleutelfiguren met een G-schema de stemmen in hun context. Daarna wordt middels huiswerkoefeningen gezocht naar de optimale copingstrategie. Afgesloten wordt met een persoonlijk relaps-preventieplan dat, zo mogelijk, mede met sleutelfiguren en huisarts wordt opgesteld.

Desgewenst is gelegenheid voor een specifieke stemmen gerelateerde meer-gezinnen nabehandeling.

Materiaal

HIT werkt volgens protocol (Jenner et al. 1996; Jenner 2016). Het gebruikt, naast de in de GGZ gebruikelijke materialen, specifieke materialen zoals de semigestructureerde stemmenvragenlijsten AVHRS (gehoorhallucinatiescoringslijst) en PUVI (positieve- en nuttige stemmenvrageninstrument), een trauma- (TRAMAL) en een spiritualiteitsvragenlijst (SPITE). Voor het opstellen van een persoonlijke copingstrategie wordt de GLOS (Groninger Lijst Omgaan met Stemmen) gebruikt. Daarnaast wordt de meer-gezinnennabehandeling gegeven volgens een trainers manual; stemmenhoorders en hun sleutelfiguren gebruiken een stemmenhoorders werkboek.

Onderbouwing

Stemmenhoren is bij veel patiënten met een psychiatrische stoornis chronisch van aard. Wantrouwen tegen GGZ-behandelaren en therapieontrouw scoren hoog bij stemmenhoorders. Bovendien scoren de reguliere behandelmethoden – *Treatment as usual* (TAU), CGT en medicatie – hoog op drop-out en therapieontrouw. Om deze redenen is HIT ontwikkeld.

Uit wetenschappelijk onderzoek bleken drop-out en behandelingsatisfactie van HIT significant beter dan bij bestaande behandelingen. De effecten waren significant beter en breder - co-morbide symptomen - dan van TAU, CGT en medicatie. De effecten waren duurzaam. De berekende kosten waren lager dan van TAU.

Onderzoek

HIT is onderzocht in een RCT en meerdere naturalistische studies. Uit de RCT bleek dat HIT effectief is in vermindering van subjectief lijden en positieve psychotische symptomen en verbetering van kwaliteit van leven en sociaal functioneren. In de naturalistische studies verbeterden HIT-patiënten significant op de items: subjectief lijden, vermindering van frequentie, intensiteit en gevolgen van stemmenhoren en verbetering in sociaal functioneren.

Ook is een implementatieonderzoek verricht.

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

Hallucinatiegerichte Integratieve Therapie is ontwikkeld voor mensen/patiënten die lijden aan en onder gehoorhallucinaties (stemmenhoren) en meer controle over hun stemmen willen krijgen. De wens minder last te krijgen van de stemmen is op zich voldoende motivatie mede omdat HIT een scala aan motiveringsmethodieken toepast (Jenner, 2016).

HIT is toegepast bij stemmenhoorders van verschillend(e) geslacht, sociaaleconomische status, leeftijd, lichte verstandelijke beperking, woonsituatie, diagnose en etnische, culturele en religieuze achtergrond. Tot op heden zijn geen aanwijzingen gevonden dat een van deze factoren een contra-indicatie vormt.

Contra-indicaties zijn: primaire verslaving aan drugs en/of alcohol; leeftijd jonger dan zeven jaar, vanwege onvoldoende realiteitsrijping; I.Q. < 60; desorganisatie en onvoldoende taalbeheersing.

HIT is vanaf 1994 ontwikkeld voor adolescente en volwassen patiënten met een stoornis uit het schizofreniespectrum (Jenner et al, 1996: HIT protocol). Het laatste decennium zijn specifieke aanpassingen ontwikkeld voor jeugdigen vanaf zeven jaar oud, suïcidale stemmenhoorders, personen met een lichte verstandelijke handicap en patiënten met een dissociatiestoornis, posttraumatische stressstoornis of een borderline persoonlijkheidsstoornis. De aanpassingen betreffen stoornisgerichte addities (Jenner, 2016).

Intermediaire doelgroep

HIT is a priori een systeemgerichte behandeling (White, 1986). Derhalve worden, zo mogelijk, familieleden en andere sleutelfiguren betrokken in een HIT-behandeling. Bij kinderen zijn deelname van ouders, bij verstandelijk gehandicapten begeleiders voorwaarde voor behandeling. Voor deelname van intermediairen bestaan geen aperte contra indicaties.

Selectie van doelgroepen

Selectie gebeurt op geleide van de lijdendruk en met differentiaal diagnostisch onderzoek t.a.v. hallucinaties en somatische en/of psychische stoornis. Co-morbiditeit van andere symptomen is daarbij geen aperte contra-indicatie.

Contra-indicaties zijn: primaire verslaving aan drugs en/of alcohol; leeftijd jonger dan zeven jaar, vanwege onvoldoende realiteitsrijping; I.Q. < 60; desorganisatie en onvoldoende taalbeheersing.

Behandeling gebeurt door in HIT getrainde behandelaars na verwijzing. Toegankelijkheid is vooralsnog beperkt tot regio's waar getrainde HIT-behandelaars werken.

Betrokkenheid doelgroep

HIT is ontwikkeld in samenspraak met stemmenhoorders en hun sleutelfiguren (St. Weerklank, Anoxis en Ypsilon), GGZ-behandelaars en patiënten van de Stemmenpolikliniek van het UMCG.

1.2 Doel

Hoofddoel

Anders leren interpreteren van en omgaan met de stemmen. Deze doelen zijn meetbaar aan afname van: (1) aantal, (2) frequentie, (3) intensiteit en (4) negatieve consequenties van de stemmen.

Subdoelen

1. Vermindering van subjectief lijden.
2. Vermindering van co-morbide symptomen zoals depressie, angsten en desorganisatie in denken.
3. Vermindering van belasting van het gezin.
4. Meer controle over de stemmen.
5. Verhoging van kwaliteit van leven.
6. Verbetering van sociaal functioneren.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Gemiddeld duurt behandeling 11-15 contacten in een periode van 9-12 maanden. De behandeling kent drie fasen: kennismaking en diagnostiek (3 contacten), behandeling (6-9 contacten), afronding (2-3 contacten) en een meer-gezinnen nabehandeling met variabele duur.

HIT maakt gebruik van een scala aan motiveringsmethodieken (Prochaska et al., 1992; Jenner, 2013) ter vermindering van therapieontrouw en zorgmijding voorkomend bij patiënten met schizofrenie en borderline persoonlijkheidsstoornis. Het integreert evidence based interventies (systeembehandeling, cognitieve gedragstherapie, copingtraining, psychoeducatie, rehabilitatie en medicatie). HIT wordt protocollair gegeven, maar is flexibel in tempo, vorm en volgorde van de respectieve interventies die gebeuren op geleide van wensen van het systeem, mogelijkheden, leeftijd en causale factoren.

Inhoud van de interventie

HIT heeft drie kenmerken:

- 1) Bejegening: attitude en vormaspecten,
- 2) inhoudelijk bepaalde behandelmodulen,
- 3) organisatie van zorg.

Vormaspecten en attitude

Het behandelaars stemmen hun gedrag af op gedrag, wensen en opvattingen van (het leefsysteem van) de stemmenhoorder. Zij passen diagnostiek, behandeling, logistiek van de zorg en taalgebruik daaraan aan. Zo werd 'psychiatrische polikliniek' vervangen door 'Stemmenpolikliniek' en patiënt door 'experienced expert'. Zolang hulpverleners hallucinaties uitleggen als gestoorde realiteitstoetsing blijven de bevindingen van Cohen & Berk (1985) - onbegrip, miscommunicatie en non-compliance - gelden. HIT richt zich met empathie, expliciete compassie, vertalen van klachten in doelen, uitgaan van kracht en directieven specifiek op de hulpvraag van stemmenhoorders: geef mij adequate hulp en steun bij mijn stemmenhoren.

Confronteren of invoegen?

Stemmenhoorders voelen zich persoonlijk afgewezen en selectief genegeerd door interpretaties die hun stemmen als irreëel bestempelen. Zij ontwikkelen wanen om hun onbegrijpelijke waarnemingen begrijpelijk te maken. Omdat wanen niet (door anderen) corrigeerbare denkstoornissen zijn, is een confronterende opstelling bij stemmenhoorders niet aangewezen. Confrontaties kunnen een waan versterken. Stemmenhoorders willen dat hun stemmen worden erkend als realiteit. HIT-therapeuten proberen zich in te leven in de denk- en belevingswereld van de stemmenhoorder.

Het twee-realiteiten principe

Het twee-realiteiten principe erkent zowel de realiteit van de stemmenhoorder als die van de niet-hoorders. Ook de psychotische realiteit wordt expliciet erkend, wel als anders dan die van de behandelaar. Stemmenhoorders worden expliciet uitgenodigd hun verantwoordelijkheid te nemen als ervaringsdeskundigen die verantwoordelijk zijn voor hun realiteit. Dit impliceert: relevante informatie over de stemmen aandragen, registreren wat stemmen waar en wanneer zeggen en adviezen uitproberen.

Behandelprotocol

Het eerste behandelprotocol dateert van 1996 (Jenner et al.), de laatste aanpassing dateert van 2016 (Jenner). HIT focust naast stemmen op zorgmijding, therapieontrouw, laag zelfvertrouwen en negatief zelfbeeld. Het hanteert een 11-stappen diagnostiek bestaande uit psychiatrisch onderzoek, gericht stemmenonderzoek met behulp van semigestructureerde stemmenvragenlijsten, trauma- en spiritualiteitsonderzoek en registratie van stemmen in hun context volgens G-schema door stemmenhoorder en sleutelfiguren. Na de psychiatrische diagnostiek sec maken patiënt, sleutelfiguren en behandelaar gezamenlijk een lijst van potentiële verklaringen. Om en om worden de verklaringen van elke persoon besproken. Elke verklaring krijgt een bijpassende aanpak waarvan begin, tijdsduur, ieders verantwoordelijkheden en de succescriteria worden afgesproken. De behandelaar initieert een crisisplan. Het behandelplan sec beschrijft de mix van behandelmodulen met het focus op copingtraining. Bij traumatische ervaringen wordt een verwerkingstraject opgestart; bij insufficiëntiegevoelens en gebrekkige zelfwaardering cognitieve gedragstherapie, zelf-instructie en empowerment strategieën (Chadwick et al., 1996; Birchwood et al., 2004; Romme & Escher, 2012). De verantwoordelijkheid voor omgang met en aanpak van buitenaardse wezens wordt uitdrukkelijk gelaten bij de patiënt. De behandelaar biedt ondersteuning en medicatie.

Integreren van stijlen en modules

Combinaties van meerdere interventies zijn effectiever dan monotherapie (Bustillo et al, 2001). Samenvoeging is echter niet zonder risico's. HIT-behandeling integreert meerdere evidence based interventies in een directieve oplossingsgerichte systeembehandeling. Training en supervisie in integreren van modules zijn daarbij onontbeerlijk om de soms tegengestelde visies achter elke module te integreren, omdat die rollen van hulpverleners, patiënten en familie verschillend, soms onderling strijdig definiëren. De zes HIT-modulen zijn gebaseerd op andere zorgmodellen: het medische, het morele, het compensatie-, het revalidatie- en het systemisch-interactionele zorgmodel (Siegler & Osmond, 1966; Jenner & Tromp, 1998). Het medische model definieert klachten als ziekteverschijnselen waarin de patiënt geen oorzakelijke rol speelt. De cognitieve gedragstherapie en de coping-doctrine komen uit de leertheorie die stoelt op het morele model dat klachten definieert als vormen van onacceptabel gedrag. Ziektegedrag is aangeleerd, dus hebben cliënten in dit model wél een oorzakelijke rol. Binnen een spirituele context wijzen stemmen naar zonde, straf, e.d.. Psychoeducatie en empowerment leunen op het compensatiemodel dat de patiënt niet verantwoordelijk stelt voor ziekten, maar wel voor het volgen van een gezondheidsprogramma. Het revalidatiemodel richt zich op acceptatie en leren-leven-met een handicap en stelt patiënten verantwoordelijk voor de manier waarop ze (willen) leren omgaan met handicaps. Het systemisch-interactionele model deelt sleutelfiguren een cruciale rol toe. Overeenstemming over werkwijzen en zorgmodellen is cruciaal binnen het behandelteam en in de samenwerking met andere hulpverleners.

HIT verloopt gestructureerd volgens protocol, maar tevens flexibel en gepersonifieerd (Jenner et al, 1996). Kennismaking, binding, diagnostiek en behandelplan zijn boven beschreven. Met een relaps-preventieplan - vroeg-symptomen, werkzame coping-strategieën, beloopp parameters en een noodscenario - wordt de behandeling afgesloten. Na instemming van de patiënt wordt dit naar huisarts en vervolgbehandelaars verstuurd.

Tijdens alle fasen gelden attitude- en motiveringsregels en inschatting van de actiebereidheid met behulp van het illness-awareness-model van Prochaska et al. (1982). Patiënt en sleutelfiguren brengen kenmerken van de stemmen en habituele reactiepatronen in kaart; daarna uitvoering en effect van coping-interventies.

Met behulp van positief etiketteren en reframing worden symptomen en gedrag positief benoemd (Lange, 1985). Dit is, anders dan complimenteren, veranderingsgericht en opent ruimte voor re-attributie. Het gezegde 'met stroop vang je meer vliegen dan met azijn' laat zien dat her-etiketteren de bereidheid tot meewerken vergroten kan. 'Goed kunnen luisteren' is vriendelijker en uitnodigender dan 'geen bek opendoen'. Men wordt liever bescheiden genoemd dan schuw.

De-stigmatiserende opmerkingen over patiënten kunnen echter door de sleutelfiguren ervaren worden als beschuldigingen. Bij mensen met chronische problemen telt dit zo mogelijk nog zwaarder dan in acute situaties. Vragen in de trant van "Ben je impulsief, doe je onbezonnen dingen?" verhogen de kans op acceptatie meer dan poneren van zekerheden. Mensen die ervan overtuigd zijn te lijden aan een lichamelijke ziekte beleven psychiatrische hulp snel als een vernedering. Benader (etiketteer) ambivalentie en weerstand positief in termen van zorgvuldig, creatief of 'het beste' nastreven. Dit sorteert meer effect dan uitleg over psychogene componenten aan patiënten die somatiseren.

Niet alle gedrag leent zich voor positief etiketteren.

Habituele coping wordt in kaart gebracht met de Groninger stemmencopinglijst (GLOS: Jenner & Geelhoed- Jenner 1998). Vervolgens wordt een drie-traps-copingplan opgesteld en onderzocht op effectiviteit tot een effectieve copingstrategie is gevonden.

Medicatie wordt geadviseerd op geleide van de voorgeschiedenis, psychiatrische diagnose en patiëntwens. Medicatieweigering wordt geaccepteerd.

Selectieve bekrachtiging en operante conditionering zijn veel toegepaste cognitieve interventies (Lange 1985; Chadwick & Birchwood 1996). Sleutelfiguren participeren actief. Zij krijgen uitleg, ondersteuning en gedragsadviezen (McFarlane et al. 1995a; Dyck et al 2000). Psychoeducatie wordt per systeem, niet per groep gegeven; is klachtgericht, niet ziektebeeld gericht.

Rehabilitatie wordt aangeboden binnen het raamwerk van de copingtraining om stigmatisering te minimaliseren. Het is gericht op sterkte en vermogen.

Nabehandeling is mogelijk op individuele, systeemgerichte en multifamily basis. De multifamily vorm wordt gegeven volgens een geprotocolleerd model vastgelegd in een trainers- en een traineesmanual (McFarlane et al., 1995 a&b; Jenner et al., 2001; Jenner et al., 2006).

Werving gebeurt via mond-tot-mond reclame en trainingen. Voor actieve werving is geen financiering beschikbaar. Belemmerende factoren hierbij zijn: (1) De symptoomgerichte interventie past slecht tot niet in een diagnose gerichte hulpverlening en financiering, (2) Diagnosegroepen gerichte GGZ-organisatie (stroommodel), (3) Huidige financiële situatie in de GGZ, (4) Transitie van de kinder- & jeugdpsychiatrie naar de JGZ, (5) Onbekendheid met (de voordelen van) HIT zoals lage drop-out, hoge satisfactie en significant

betere resultaten dan van monotherapieën, (6) Onvoldoende signalering en detectie van stemmenhoren bij jeugdigen.

2. Uitvoering

Materialen

Gedetailleerde informatie over het behandelprotocol is te vinden in Jenner (2016). Voor de nabehandeling wordt gewerkt met een trainers- en een traineeshandleiding. Voor behandeling van kinderen en adolescenten bestaat de website www.Audito.nl.

De behandelprotocollen zijn tegen kostprijs en portokosten te verkrijgen. Kosteloos beschikbaar zijn de testen AVHRS, PUVI, GLOS, TRAMAL en SPITE.

Foldermateriaal over diagnostiek, behandeling en trainingen is verkrijgbaar bij het secretariaat van HIT-netwerk Nederland p/a L.B. Luteijn, psychiater; GGZ Midden Holland; Gouda.

Locatie en type organisatie

HIT kan zowel ambulante, semi-muraal als intramuraal worden uitgevoerd binnen (GGZ-)instellingen of praktijken waar HIT-therapeuten werkzaam zijn.

Momenteel bieden vier GGZ-instellingen HIT-behandeling, te weten GGZ-Drenthe locatie Beilerwaard, GGZ-Breburg locatie Tilburg, GGZ-Gouda en (Kinder- en Jeugd)psychiatrische praktijk Juneco, afdeling Audito in Ten Boer, Groningen.

Behandelingen vinden momenteel ambulante en klinische plaats in de betreffende behandelcentra; op indicatie wordt behandeling aan huis geboden.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

HIT kan alleen worden gegeven door in deze methodiek getrainde hulpverleners. Nieuwe HIT-trainingen worden gestart bij een minimum van acht aanmeldingen. De opleiding bestaat uit zes dagen theoretisch-technische training gevolgd door tien dagen (live) supervisie. Informatie is op te vragen via j.a.jenner@hotmail.com en het secretariaat van het HIT-netwerk.

Vereiste vooropleidingen zijn: Verpleegkunde richting GGZ, psychologie en psychiatrie.

Kwaliteitsbewaking

Met goed gevolg afronden van de HIT-training geeft recht op lidmaatschap van het HIT-netwerk, dat uitwisseling van kennis en onderlinge consultatie organiseert. Van HIT-therapeuten wordt verwacht dat zij deelnemen aan intervisiebijeenkomsten die jaarlijks plaatsvinden én dat zij minimaal twee HIT-behandelingen per jaar uitvoeren. De leden van het netwerk worden ook gestimuleerd om elkaar buiten genoemde bijeenkomsten om te consulteren. Ook biedt het netwerk mogelijkheid voor second opinion.

Randvoorwaarden

De instelling moet HIT-hulpverleners voldoende, liefst geormerkte, tijd geven voor de uitvoering van HIT-behandelingen. Het is belangrijk dat er in de organisatie draagvlak is voor HIT. Een HIT-behandelaar moet samenwerken met een psychiater die verantwoordelijkheid draagt voor de psychiatrische diagnostiek (volgens de eerder beschreven elf stappen, inclusief somatisch onderzoek) en voor de medicatie. Zelfstandig-werkenden moeten geformaliseerde samenwerking hebben met een psychiater.

Implementatie

Een formeel plan voor landelijke HIT-implementatie moet nog worden gemaakt. Wel is implementatieonderzoek verricht (ZonMW project 94514203). Hieruit bleek dat GGZ-instellingen onvoldoende zijn ingesteld op implementatie van innovatieve behandelingen. Er bleek onvoldoende overleg tussen leiding en werkvloer, onvoldoende logistieke inbedding, geen projectverantwoordelijke en geen geormerkte tijd voor de nieuwe behandeling. Hulpverleners moesten de nieuwe behandeling naast hun reguliere werk doen. In enkele instellingen leidden deze frustraties er toe dat de nieuwe behandeling niet werd geïmplementeerd. Leidinggevend bleken zich niet bewust te zijn van deze lacunes. Sterker nog, zij waren overtuigd van een goede interne communicatie en goede projectvoortgang. Deze factoren zijn niet specifiek voor HIT. Het betreft reeds jaren bestaande en bekende problemen bij implementatie van innovaties in de zorg (Grol & Wensink, 2006).

Implementatie in nieuwe settings vraagt om een formeel commitment van directie en leidinggevend. Aanpassingen in logistiek en zorgstromen zijn nodig naast formele regels voor (door)verwijzing. Bij Juneco zijn bij iedere intake vragen naar stemmenhoren standaard en worden stemmenhoorders direct verwezen naar de Audito afdeling. Bij verdenking op stemmenhoren (anamnese, recidiverende niet-somatisch verklaarbare klachten, e.d.) moet intern worden verwezen voor een stemmenonderzoek door Audito.

Kosten

De kosteneffectiviteit van HIT is onderzocht op incrementele kosten. De betreffende gegevens zijn prospectief geregistreerd. Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat HIT goedkoper is dan TAU (Stant et al., 2003). De totale kosten per HIT-patiënt bedroegen 39.377 euro (mediaan 14.993 euro) tegen 46.990 euro (mediaan 27.789 euro) per controlepatiënt over een periode van 18 maanden. Op basis van een boots-trap analyse is te verwachten dat bij landelijke implementatie de besparing aanzienlijk hoger zal uitvallen (Stant et al., 2003).

Vragenlijsten zijn gratis te downloaden van de website, over te nemen uit HIT-boeken en artikelen, of op te vragen bij het secretariaat van het HIT-netwerk. De HIT en MFT-HIT manuals zijn tegen kostprijs en verzendkosten te verkrijgen. Trainingen worden gestart bij aanmelding van minimaal zes trainees. De kosten hiervoor bedragen bij zes tot acht deelnemers 200 tot 150 euro per dag per persoon (x 6 dagen training en 10 dagen supervisie).

De personele inzet voor het uitvoeren van een HIT-behandeling is gemiddeld 1,5 uur x 15 sessies = 22,50 uur per behandeltraject. Dit is net als bij reguliere behandelingen inclusief een korte voorbereiding en verslaglegging.

3. Onderbouwing

Probleem

HIT is ontwikkeld voor gehoorhallucinaties. De life-time prevalentie is 75% bij schizofreniespectrum stoornissen, 85% bij dissociatiestoornissen, en 30% bij affectieve-, posttraumatische- en borderlinepersoonlijkeitsstoornissen (Landmark et al, 1990; Nayani & Davis, 1996). Ruim zes procent van de jongeren lijdt aan chronisch stemmenhoren. In verhouding is de prevalentie bij volwassen vrouwen anderhalf keer die van mannen; bij jeugdigen is de verhouding 1:1 (Bartels-Velthuis et al. 2010 & 2011). Schizofrenie en affectieve stoornissen hebben een sterke erfelijke component; dissociatie, traumata en borderline persoonlijkheidsstoornis komen vaker voor bij vrouwen. Gehoorhallucinaties neigen tot persisteren met als gevolg achterdocht en wanen, chronische handicaps, suïcidaliteit, sociaal disfunctioneren en arbeidsongeschiktheid. Stemmen horende adolescenten hebben een acht keer hoger risico op suïcidale ideatie en een zes maal hoger risico op psychosen (Kelleher et al. 2013 & 2014). Berekend is dat 75.000 patiënten met schizofrenie chronisch stemmen horen.

Oorzaken

Nog onbekend is hoe gehoorhallucinaties ontstaan. Genetische en biochemische factoren, leeftijd, traumata, sociale en cognitieve (misinterpretaties) factoren spelen alle een rol bij stemmenhoren (Aleman & Laroi, 2008; Laroi & Aleman, 2010; Bentall et al, 2012; Jardri R. et al., 2013). De impact van elke factor vraagt nog verder onderzoek. De uitkomsten van wetenschappelijke onderzoeken zijn niet eenduidig. Een specifieke oorzakelijk gerichte therapie is mede daardoor nog onbekend. Beschermende factoren zijn het sociale milieu, de expressed emotions binnen de leefsituatie, het evenwicht belasting-belastbaarheid en de interpretatie van en manier van omgaan met de stemmen door patiënt en diens omgeving.

Aan te pakken factoren

De aan te pakken factoren resulteren uit het overzicht van oorzakelijke- en beschermende factoren (overzichten hiervan zijn te vinden in Aleman & Laroi, 2008; Laroi & Aleman, 2010; Jardri R. et al., 2013). De subdoelen zoals beschreven onder 1.2 sluiten hier als volgt op aan:

Biochemische factoren:

HIT biedt medicatie aan na overleg. Medicatieweigering wordt geaccepteerd, is geen contra-indicatie. De medicatiekeuze is diagnoseafhankelijk en richt zich op herstel van een biochemisch verstoord evenwicht en werkt bij ruim 70% van de patiënten die medicatie gebruiken. Problemen hierbij zijn: onvoldoende kennis van het persoonlijke evenwicht en hoge medicatieontrouw oplopend van 30% in het 1ste jaar tot 70% daarna (Johnstone et al., 1991). (Subdoel 2).

Cognitieve factoren:

Cognitieve interventies richten zich op misinterpretaties van de stemmen, het vergroten van zelfvertrouwen en zelfbeeld door positieve relabeling en reframing en stimuleren therapietrouw met operante conditionering en selectieve bekrachtiging (Chadwick & Birchwood, 1996; Birchwood et al. 2004). (Subdoelen 1, 2 en 4).

Interpretatie van en manier van omgaan met de stemmen door patiënt:

Copingtraining helpt mensen anders om te gaan met hun stemmen en weer mastery over hun symptomen en leven te herwinnen. Er zijn aanwijzingen dat stemmenhoorders een defensieve copingstijl hanteren bij negatieve stemmen en een meer coöperatieve stijl bij positieve stemmen. De gebruikte copingstijlen wisselen sterk in de loop van de tijd (Geelhoed-Jenner et al. 1998; Sayer et al. 2000). Het ideale pakket laat zich slecht samenstellen op grond van de literatuur. Onvolledig en inconsequent toegepaste coping is regel (Geelhoed-Jenner et al. 2001).

HIT brengt iemands habituele stemmencoping in kaart met de GLOS (Jenner & Geelhoed-Jenner, 1998). Ze worden ingedeeld als werkzaam, neutraal en onwerkzaam bij angstcontrole, afleiding en focussen op stemmen. In de oefenfase worden combinaties van coping onderzocht op hun effect met behulp van registratie. (Subdoelen 1, 4 en 5).

Sociale factoren, omgaan met stemmen door omgeving en belastbaarheid:

Rehabilitatie, positief etiketteren en reframen, gezinsbehandeling en psychoeducatie richten zich op verbetering van zelfbeeld en sociaal functioneren. Systeembehandeling geeft 20% relaps- en heropnamepreventie, bevordert de therapietrouw (McFarlane et al. 1995 a&b) en vermindert negatieve expressed emotions (Dyck et al., 2000) (Subdoelen 1, 3 en 6).

Verantwoording

Er is geen wetenschappelijk onderzoek beschikbaar naar een één-op-één relatie tussen interventie en effect. In bovenstaande paragraaf zijn verbanden tussen interventies en doelen reeds gesuggereerd. Wetenschappelijk is ook onbekend welke interventies bij wie het beste effect hebben. Hun effectiviteit lijkt

persoonsgebonden. Het effect hangt af van oorzaken, context en is gerelateerd aan voorgeschiedenis, persoon(lijkheid) en therapeutkenmerken. Ook eerdere behandelervaringen spelen een rol bij de effectiviteit van interventies. Interventies kunnen meerdere effecten hebben. Sommige interventies kunnen elkaar zelfs tegenwerken, reden waarom HIT de interventies heeft geïntegreerd. Hierdoor worden integratieproblemen klevend aan additie sec van interventies zoveel mogelijk voorkomen. In onderzoeken is de effectiviteit van de geïntegreerde behandeling HIT gebleken.

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

Het handboek van Grol & Wensink (2006) geeft een ontmoedigend overzicht van de complexiteit van implementeren van effectieve behandelingen op de werkvloer. Ook in ons HIT-implementatie onderzoek bleken meerdere van deze factoren werkzaam. Enkele citaten:

“De respons van GGz-instellingen op de schriftelijke benadering voor deelname aan het onderzoek was gering (23%). Een persoonlijke bekendheid van projectmedewerkers met het management van de GGz-instellingen bleek een positief effect te hebben op interesse voor deelname. In totaal hebben acht instellingen verspreid over Nederland daadwerkelijk deelgenomen aan het implementatieonderzoek. Vanuit deze acht instellingen hebben in totaal 29 behandelaars de HIT training ontvangen”.

“Uit interviews met de behandelaars bleek dat de implementatie van HIT binnen de instellingen met de nodige problemen gepaard is gegaan (o.a. beperkt beschikbare tijd, onvoldoende communicatie vanuit/met management). Het samenstellen van HIT-teams en de uitval van getrainde behandelaars zorgde in het merendeel van de instellingen voor problemen en onzekerheid bij behandelaars. Het management van de deelnemende instellingen beoordeelde het verloop van de implementatie als net voldoende. Over het algemeen vond het management dat de communicatie met de kernteamleden adequaat was verlopen. Men was zich deels bewust van tijdsproblemen voor de behandelaars, maar deze problemen konden volgens verschillende managers in praktijk niet altijd opgelost worden”.

“Het in kaart brengen van risico's omtrent voorgenomen implementaties door middel van het RABSODY model lijkt in principe mogelijk te zijn binnen de GGz. De vijf risicodomeinen zijn in ieder geval relevant voor het management en sluiten aan bij de dagelijkse praktijk. Wel lijkt er verschil te zijn tussen de risico-inschatting door het management met een voorgenomen implementatieprocedure en de risico's die tijdens de daadwerkelijke implementatie naar voren komen. Voor aanvang van het project verwachtte het management van de meeste instellingen weinig problemen op de voorgelegde risicodomeinen. Tijdens de nameting was de risico-inschatting meer divers. De discrepantie met de retrospectief opgestelde risicoprofielen door het projectteam laat zien dat het management teveel vanuit het eigen perspectief heeft gekeken: het risico vanuit de eigen positie inschatten, en niet vanuit zicht op wat het betekent voor de betreffende organisatieonderdelen die de implementatie waar moeten gaan maken”.

Op directieniveau speelden: onvoldoende inzicht in de complexiteit van de implementatie, niet aanstellen van een implementatie-eigenaar, geen geormerkte tijd voor de nieuwe interventie, geen logistieke maatregelen om de nieuwe interventie onderdeel te maken van het behandelpakket, etc. Tussen directie en de werkvloer bestonden forse communicatieproblemen waardoor directies overtuigd waren dat de implementatie goed was geregeld terwijl de werkvloer zich verloren en onvoldoende gesteund voelde.

Uitvoeringsonderzoek

In een RCT (Wiersma et al, 2001) is de HIT-klanttevredenheid onderzocht (N=76). Met een semi-gestructureerd interview werden patiënten onderzocht door niet-bij-de-behandeling betrokken onderzoekers. De tevredenheid van patiënten en sleutelfiguren was goed. HIT-patiënten waren significant meer tevreden over het betrekken van de familie bij de behandeling. (zie ook: Jenner et al, 2004,2006; Stant et al, 2003; Wiersma et al, 2004)

Patiënttevredenheid werd ook onderzocht in een naturalistische studie onder veertig achtereenvolgend behandelde stemmenhoorders bij de stemmenpolikliniek van het UMCG (Jenner et al., 1998; Wiersma et al., 2001). De groep hoorde gemiddeld acht jaar stemmen en was ruim zes jaar therapieresistent. Van hen had 75% een diagnose in het schizofrenie spectrum; de anderen hadden dissociatiestoornis en borderline persoonlijkheidsstoornis. Ruim 80% was (zeer) tevreden over HIT, in het bijzonder over de bejegening. Zij scoorden op een 5-puntsschaal 4-5.

Vanwege tevreden reacties van familieleden werden wij uitgenodigd door Ypsilon voor het geven van workshops en presentaties. De lage drop-out bij HIT (9% in de RCT en 1 patiënt in de naturalistische studie) mag worden opgevat als indirect bewijs voor patiënttevredenheid.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Conclusies in de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie (MDR-S; 2012) over de effectiviteit van HIT zijn gebaseerd op drie publicaties die dezelfde gerandomiseerde studie betreffen. In deze beschrijving zijn de publicaties uit de MDR-S meegenomen (inclusief een vierde publicatie over dezelfde gerandomiseerde studie), alsmede 2 niet-gecontroleerde studies.

1. Jenner e.a., 2004; Stant e.a., 2003; Wiersma e.a., 2004 (in MDR-S); Jenner e.a., 2006

A.

Stant AD, TenVergert EM, Groen H, Jenner JA, Nienhuis FJ, van de Willige G e.a. (2003). Cost-effectiveness of the HIT programme in patients with schizophrenia and persistent auditory hallucinations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 361-368.

Jenner JA, Nienhuis FJ, Wiersma D, van de Willige G. (2004). Hallucination focused integrative treatment: A randomized controlled trial. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 133-145.

Wiersma D, Jenner JA, Nienhuis FJ, van de Willige G. (2004). Hallucination focused integrative treatment improves quality of life in schizophrenia patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 194-201.

Jenner JA, Nienhuis FJ, van de Willige G, Wiersma D. (2006). 'Hitting' Voices of Schizophrenia Patients May Lastingly Reduce Persistent Auditory Hallucinations and Their Burden: 18-month Outcome of a Randomized Controlled Trial. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 51, 169-177.

B. Methode: een gerandomiseerde gecontroleerde studie naar HIT met standaardzorg als controlegroep. Patiënten in de HIT-groep kregen gemiddeld 11 sessies gedurende 9 maanden.

Uitkomstmaten: hallucinaties, psychopathologie, sociale beperkingen, kwaliteit van leven, coping, kosten, drop out.

Meetinstrumenten:

- hallucinaties: Psychotic Symptom Rating Scales [PSYRATS] (Haddock e.a., 1999); AHRS (Auditory Hallucination Rating Scale)
- psychopathologie: PANSS (Kay e.a., 1987)
- sociale beperkingen/functioneren: Groningen Social Disabilities Schedule (Wiersma e.a., 1988, 1990)
- kwaliteit van leven: quality of life (EuroQol Group 1990; WHOQOL Group 1998; Brooks 1996),
- coping strategieën: Auditory Hallucination Coping List [AHCL] (Jenner & Geelhoed-Jenner, 1998)

Meetmomenten: pre- en posttreatment na 9 maanden en follow-up na 18 maanden.

Doelgroep: "chronische schizofrenie patiënten" met persistente auditieve hallucinaties.

Inclusiecriteria: (1) auditieve hallucinaties >2 jaar; (2) diagnose schizofrenie, schizo- affectief of psychotische stoornis NAO; (3) voormalig gebruik van tenminste twee antipsychotica; (4) geen eerdere CGT behandeling voor hallucinaties; (5) momenteel geen alcohol- of drugmisbruik (matig gebruik toegestaan); (6) IQ>80.

C. Respondenten: 37 in HIT en 39 in controlegroep.

Resultaten:

Na 9 maanden follow-up lieten de patiënten in de HIT-groep significant meer verbeteringen zien op PANNS positieve symptomen, desorganisatie en algemene psychopathologie. De effectgroottes varieerden van 0.71 (voor hallucinaties) tot 0.47 (voor co-morbide PANNS symptomen) en waren niet allemaal significant. Bij de subjectieve maat AHRS (Auditory Hallucination Rating Scale) namen *distress* en *burden* significant meer af in de HIT-groep en was er een tendens bij frequentie, duur en controle over de stemmen.

De kosteneffectiviteitsanalyse over 63 patiënten toonde minder kosten voor psychiaterconsulten en inloopcentra voor de HIT-groep. De totale kosten voor HIT zijn niet-significant verschillend, maar wel iets lager dan de controlegroep.

De 18 maanden follow-up (met 31 patiënten in HIT en 32 in de controlegroep) kent geen statistische verschillen meer op de PANNS-scores desorganisatie en algemene psychopathologie, wel op positieve symptomen. De significante verbeteringen voor de HIT-groep op hallucinaties, last van hallucinaties en de negatieve inhoud van de hallucinaties bleven na 18 maanden overeind. Kwaliteit van leven was na 9 maanden follow-up significant voor de HIT-groep, die verviel bij de 18 maanden follow-up. Het sociale functioneren verbeterd in de HIT-groep significant wat betreft huishoudelijke werkzaamheden, familierelaties, partnerrelatie en ouderrol. Er is geen effect op sociale relaties, werk- en dagbesteding.

D. Beperkingen

- Het betreft een relatief klein aantal patiënten;

- Hoewel de studie geblindeerd was opgezet, hebben patiënten spontaan over HIT gerapporteerd waardoor de blinding gedeeltelijk verloren ging (dit leidt over het algemeen tot een overschatting van de effecten);
- De drop-outs na de beginmeting zijn niet in de intention-to-treat analyse opgenomen (dit leidt over het algemeen tot een overschatting van de effecten).

2. Jenner e.a., 1998

A. Jenner JA, Willige van de G, & Wiersma D. (1998). Effectiveness of cognitive therapy with coping training for persistent auditory hallucinations. *Acta Psychiatr Scand*, 98, 384-389.

B. Methode: een naturalistische studie waarin 40 patiënten naast standaard zorg HIT ontvingen (gemiddeld 15 sessies).

Uitkomstmaten: hallucinaties, sociale beperkingen, tevredenheid HIT-programma, kenmerken en subjectieve last van stemmen

Meetinstrumenten:

- sociale beperkingen/functioneren: Groningen Social Disabilities Schedule (Wiersma e.a., 1988, 1990)
- hallucinaties: The Auditory Hallucination Rating Scale

Meetmomenten: baseline en na gemiddeld na 12 maanden

Doelgroep: patiënten met therapieresistente auditieve hallucinaties

C. Respondenten: 40 patiënten met therapieresistente auditieve hallucinaties

Resultaten:

Significante verbeteringen werden gevonden op hallucinaties, angst, verstoring van het denken, sociale interacties en dagelijkse activiteiten. 20% van alle patiënten en 40% van de patiënten die de behandeling hadden afgerond, waren volledig vrij van auditieve hallucinaties. De tevredenheid met de behandeling was hoog (78%) en het drop-out percentage laag (9%).

D. Beperkingen

- Geen controlegroep
- Klein aantal patiënten
- Analyses met Chi² of t-test (geen controle mogelijk voor eventuele baseline verschillen)

3. Jenner e.a., 2001

A. Jenner JA, van de Willige G. (2001). HIT, hallucination focused integrative treatment as early intervention in psychotic adolescents with auditory hallucinations: A pilot study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 148-152.

B. Methode: een naturalistische studie waarin 14 adolescente patiënten HIT kregen aangeboden (gemiddeld 11 sessies).

Uitkomstmaten: hallucinaties, sociale beperkingen, tevredenheid HIT-programma, kenmerken en subjectieve last van stemmen

Meetinstrumenten:

- sociale beperkingen/functioneren: Groningen Social Disabilities Schedule (Wiersma e.a., 1988, 1990)
- hallucinaties: The Auditory Hallucination Rating Scale

Meetmomenten: baseline en na gemiddeld na 12 maanden

Doelgroep: patiënten die kampen met auditieve hallucinaties

C. Respondenten: 14 patiënten in de leeftijd van 16-24 jaar met acute of chronische auditieve hallucinaties.

Resultaten:

Compliance en tevredenheid met de behandeling waren hoog. 65% van de patiënten was stemmen-vrij voor ten minste twee maanden. Een meerderheid liet verbetering zien op sociaal functioneren.

D. Beperkingen

- Geen controlegroep
- Klein aantal patiënten
- Analyses met t-test

5. Samenvatting Werkzame elementen

Van geen enkele behandeling is deze vraag te beantwoorden. Elke behandeling bestaat uit meerdere interventies. Elke interventie bestaat uit verschillende elementen. Dit maakt onderzoek naar de werkzaamheid van een interventie nagenoeg onmogelijk. Zeker omdat ook specifieke, behandelaar gerelateerde, aspecten een rol spelen. Valide onderzoeksmethoden naar interventiespecifieke werkzame elementen is nog onbekend. Wat goed is voor de één, pakt slecht uit voor een ander is de status quo mede doordat intentie en attitude nauwelijks tot niet worden onderzocht. Hooguit zijn veronderstellingen gerechtvaardigd.

Patiënten en sleutelfiguren waarderen motiveringsmethodieken en HIT-bejegening - de-klant-is koning, twee-realiteiten principe, flexibiliteit, positief etiketteren, systeemaanpak - hoog. Dit bevordert coöperatie en therapietrouw.

Naamsverandering (Stemmenpolikliniek), positief etiketteren en het twee-realiteiten principe kunnen zorgmijding verminderen.

Het één-behandelaar uitgangspunt bij HIT vergroot de mogelijkheid op positieve patiënt-hulpverlener binding en vermindert risico's op splitting en communicatieproblemen tussen behandelaars zeker bij patiënten met schizofrenie of een borderline persoonlijkheidsstoornis.

HIT heeft evidence-based modulen geïntegreerd omdat monotherapie minder effectief is dan combinatietherapie (Bustillo et al., 2001) en integratie modelverwarring vermindert (Jenner & Tromp, 1998).

Aangehaalde literatuur

- Aleman & Laroi (2008). *Hallucinations: The science of idiosyncratic perception*. Washington DC: American Psychological Association.
- Bartels-Velthuis AA, Jenner JA, van de Willige G, et al. (2010). Prevalence and correlates of AVH in middle childhood. *BJP* 196:41-46.
- Bartels-Velthuis AA, van de Willige G, Jenner JA, et al. (2011). Course of AVH in childhood. *BJP* 199:296-302.
- Bentall RP, Wickham S, Shevlin M, Varese F (2012). Do specific early-life adversities lead to specific symptoms of psychosis? A study from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. *Schiz Bull* 38(4):734-740.
- Birchwood M, Gilbert P, Gilbert J et al. (2004). Interpersonal and role-related schema influence the relationship with the dominant 'voice' in schizophrenia: a comparison of three models. *Psychol Med* 34(8):1571-1580.
- Bustillo et al. (2001). The psychosocial treatment of schizophrenia: An Update. *AJP*, 158,2:163-75).
- Chadwick P & Birchwood M (1996). Cognitive therapy for voices. In Haddock G & Slade PD (eds). *Cognitive behavioural interventions with psychotic disorders*. London, Routledge.
- Cohen CI & Berk LA (1985). Personal coping styles of schizophrenic outpatients. *Hosp Comm Psychiatr*, 36:407-410.
- Dyck DG, Short RA, Hendryx MS, et al (2000). Management of negative symptoms among patients with schizophrenia attending multi-family groups. *Psychiatr Serv* 51(4):513-519.
- Geelhoed-Jenner B, Jenner JA, Wiersma D (2001). Does coping training influence strategies of coping with persistent auditory hallucinations in patients with schizophrenia? *Schiz Res* 49(1-2 suppl.):260.
- Grol R & Wensink M (2006). *Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Jardri R., Cachia A, Thomas P, Pins D. (Red.) (2013). *The neuroscience of hallucinations*. New York: Springer.
- Jenner JA (2013). *Directieve oplossingsgerichte interventies in de psychiatrie* (5de druk). Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Jenner JA (2016). *Hallucination-focused Integrative Therapy: a specific treatment that hits auditory verbal hallucinations*. New York, Routledge.
- Jenner JA & Geelhoed-Jenner BNWJ (1998). *De Groninger Lijst Omgaan met Stemmen*. Groningen, Interne publicatie UCP, UMCG Groningen.
- Jenner JA, Gorkum van I, Wiersma D (1996). *Protocol voor behandeling: Copingtraining en cognitieve therapie bij schizofrenie-patiënten met chronische en invaliderende hallucinaties*. Groningen, Interne publicatie UCP, UMCG.
- Jenner JA, Nienhuis FJ, Wiersma D, Willige van de G (2004). Hallucination focused Integrative Treatment: A Randomised Controlled Trial. *Schiz Bull* 30(1):133-145.
- Jenner JA & Tromp (1998). *Modellen van zorg*. In: *Wel bezorgd, geestelijke verzorging en gezondheid*. (red. Jenner et al.). Kampen: Kok.
- Jenner JA, Wiersma D, Willige van de G (1998). Effectiveness of cognitive behaviour therapy and coping training for persistent auditory hallucinations: a retrospective study of attenders of a psychiatric out-patient clinic. *Acta Psychiatr. Scand*, 98:384-9.
- Jenner JA, Willige van de G (2001). HIT, hallucination focused integrative treatment as early intervention in psychotic adolescents with auditory hallucinations: a pilot study. *Acta Psychiatr Scand*, 103:148-52.
- Jenner JA, Mulder H, de Boer R. (2001). HIT-MFT: Trainers protocol & patiënten werkboek.
- Jenner JA, Willige van de G, Wiersma D (2006). Multi-family treatment for patients with persistent auditory hallucinations and their relatives: a pilot study. *Acta Psychiatr Scand*, 113:154-158.
- Johnstone EC, Frith CD, Crow TJ et al. (1991). The Northwick Park 'functional' psychosis study: diagnosis and outcome. *Psychol Med* 22:331-346.
- Kelleher J, Lynch F, Harley M, et al. (2012). Psychotic symptoms in adolescence index for suicidal behavior: findings from 2 population-based case-control studies. *Arch Gen Psychiatry* 69(12):1277-1283.
- Kelleher J, Corcoran P, Keely H, et al. (2013). Psychotic symptoms and populations risk for suicide attempt: implications for suicidality, multimorbidity and functioning. *YAMA Psychiatry* 70():940-948.
- Landmark J, Merskey H, Cernovsky ZZ, et al. (1990). The positive triad of schizophrenic symptoms: its statistical properties and its relationship to 13 traditional diagnostic systems. *BJP* 156:388-394.
- Lange A (1985). *Gedragsverandering in gezinnen* (5de druk). Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Laroi F & Aleman A (2010). *Hallucinations: A guide to treatment and management*. Oxford: OUP.
- McFarlane WR, Lukens E, Dushay R et al. (1995a). Multiple family group and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 52:679-687.

- McFarlane WR, Link B, Dushay R. et al. (1995b). Psychoeducational multiple family groups: four-year relapse outcome in schizophrenia. *Fam Process* 34:127-144.
- Nayani TH & David AS (1996). The auditory hallucination: a phenomenological survey. *Psychol Med* 26:177-189.
- Prochaska JO & DiClemente CC, Norcross JC (1992). Transtheoretical therapy: towards a more integrative model of change. *Psychotherapy Theory Res Pract* 19:276-288.
- Romme M & Escher S (2012). Empowerment. In: Jenner JA (ed.) *Hallucinaties*. Assen: vanGorcum pp.112-122.
- Siegler M & Osmond H (1966). Models of Madness. *BJP* 112:1193-1203.
- Sayer J, Ritter S, Gournay K (2000). Beliefs about voices and their effect on coping strategies. *J Adv Nurs* 31(5):1199-1205.
- Stant AD, TenVergert EM, Groen H, Jenner JA, Nienhuis FJ, Willige van de G, Wiersma D (2003). Cost-effectiveness of the HIT programme in patients with schizophrenia and persistent auditory hallucinations. *Acta Psychiatr Scand*,107:361-368.
- White M (1986). Negative explanation, restraint and double description: a template for family therapy. *Fam Process* 25(2):169-184.
- Wiersma D, Jenner JA, Nienhuis FJ, Stant D, van de Willige G. Last van stemmen: een gecontroleerde (kosten)effectiviteitsstudie naar een op Hallucinaties gerichte Integratieve Therapie bij patiënten met schizofrenie of verwante psychose. *RGOC-reeks; 2001,3*. Groningen (ISBN 9036715555).
- Wiersma D, Jenner JA, Nienhuis FJ, Willige van de G (2004). Hallucination focused integrative treatment improves quality of life in schizophrenia patients. *Acta Psychiatr Scand* Vol109 (3):194-201.
- Wiersma D, Jenner JA, Willige van de G, Spakman M, Nienhuis FJ (2001). Cognitive behaviour therapy with coping training for persistent auditory hallucinations in schizophrenia: a naturalistic follow-up study of the durability of effects. *Acta Psychiatr Scand*, 103:393-99.