
GELOOF JE MIJ?

DE LISTEN-EMPATISE-AGREE-PARTNER-METHODE ALS VERBINDENDE SCHAKEL BIJ DE BEHANDELING VAN EEN PATIËNT MET SCHIZOFRENIE

Veruschka Meier

'Geloof je mij?' vraagt Sam hoopvol tijdens onze kennismaking. Sam is opgenomen vanwege een hardnekkige waan, die hem, volgens de hulpverleners en zijn familie, al dertien jaar in zijn greep houdt. Sam ziet dit anders: hij leeft in een spel en er is niemand die hem gelooft.

Inleiding

Schizofrenie wordt gezien als één van de meest invaliderende psychiatrische stoornissen en komt in Nederland naar schatting voor bij 120.000 mensen. De symptomen zijn onderverdeeld in negatieve en positieve symptomen. Een vlak effect, spraakarmoede, initiatiefverlies en sociale teruggetrokkenheid zijn negatieve symptomen. Desorganisatie, wanen en hallucinaties zijn positieve symptomen. De laatste twee zijn kenmerkend voor een psychose (Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie (mdrs), 2012) Een psychose is een toestand waarin de beleving van de werkelijkheid verstoord is. Het vinden van een verklaring voor deze verstoorde werkelijkheid noemt men een waan, het is een poging om te begrijpen wat er in de omgeving gebeurt (Van Blarikom, 2014).

Behandeling van schizofrenie

De behandeling van patiënten met schizofrenie wordt in de praktijk bemoeilijkt door een gebrek aan therapietrouw. Uit onderzoek blijkt dat 60 procent van de mensen met schizofrenie medicatieontrouw is (Dolder, Lacro, Leckband & Jeste, 2003). Dit gebrek aan therapietrouw hangt nauw samen met een ontbrekend ziektebesef; waarom je laten behandelen voor een ziekte die je niet hebt? Onderzoek wijst uit dat bij 60 procent van de mensen met schizofrenie sprake is van gedeeltelijk of geheel ontbrekend ziekte-inzicht (Matton, Wampers, de Hert & Peuskens, 2004).

De gevolgen van het ontbreken van ziekte-inzicht zijn ernstig; een slechter verloop van de ziekte, gedwongen opnames en toename van geweld en suicide (Amador, 2012). Onderzoek wijst ook uit dat mensen met ontbrekend ziekte-inzicht moeilijker een (samenwerkings)relatie aangaan (Johnson, Penn, Bauer, Meyer & Evans, 2007), dit heeft gevolgen voor de relatie met hulpverleners en familieleden. Daarnaast is er bij familieleden vaak sprake van schaamte, schuldgevoelens en machteloosheid, ook wel de 'burden of care' genoemd (Awad & Voruganti, 2009).

Ontbrekend ziekte-inzicht

Ontbrekend ziekte-inzicht wordt ook anosognosie genoemd, wat de Griekse vertaling is voor 'de ziekte niet kennen'. Anosognosie is een neurologisch defect, dat wordt gekenmerkt door het niet zien van ziekteverschijnselen, het vasthouden aan deze overtuiging, ondanks overweldigend bewijs van het tegendeel en het frequent voorkomen van confabulaties (Tielens, 2012). Sinds de jaren negentig van de vorige eeuw is er veelvuldig onderzoek gedaan naar dit neurologisch defect bij mensen met schizofrenie en wordt ontbrekend ziekte-inzicht steeds vaker gezien als een hersendefect in plaats van een onbewust copingmechanisme van het brein om zich te beschermen tegen teveel psychische pijn (Amador & David, 2004).

In de dsm-iv-tr wordt anosognosie expliciet genoemd als 'a manifestation of the illness rather than a coping strategy' (American Psychiatric Association (apa), 2007).

Uit onderzoek blijkt dat een succesvolle behandeling van wanen en/of hallucinaties niet een vanzelfsprekende verbetering van ziekte-inzicht geeft. Er moet specifiek gewerkt worden aan het ziekte-inzicht, wil men hier effect zien (Pijnenborg, 2013). Het effect van medicamenteuze interventies op het vergroten van ziekte-inzicht is het sterkst in de eerste drie maanden, daarna verbetert het inzicht nauwelijks. Van psychosociale interventies zijn er weinig aanwijzingen dat deze bijdragen aan een verbeterd inzicht (Pijnenborg, 2013). De Listen-Empathize-Agree-Partner-methode (LEAP) is specifiek ontwikkeld voor deze problematiek en heeft twee doelen: (1) herstel van de relatie met een patiënt die te vaak heeft gehoord dat hij ziek is; (2) het samen met de patiënt redenen vinden om een behandeling wel te accepteren (Mhi, 2012). Deze doelen bevinden zich binnen het deskundigheidsgebied van de verpleegkundig specialist ggz (vs ggz).

Listen Empathize Agree Partner-methode (LEAP)

LEAP is ontwikkeld door Xavier Amador, een Amerikaanse klinisch psycholoog, broer van een man met schizofrenie en is gebaseerd op drie stromingen; de client-centered therapy van Carl Rogers, Millers motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie (Amador, 2012). De combinatie van deze stromingen samen met de praktische handvatten die LEAP biedt, maakt deze methode geschikt voor hulpverleners uit de hele keten en voor familieleden. Onderzoek in 2009 uitgevoerd in de Verenigde Staten, laat zien dat LEAP de bereidheid tot behandeling vergroot en een verbetering laat zien in het ziekte-inzicht (Paillot, Goetz & Amador, 2009).

In de hier beschreven casus wordt geprobeerd aan te tonen dat LEAP 3 een effectieve verpleegkundige behandeling is om de machteloosheid van patiënt, familie en hulpverleners te doorbreken, de samenwerking te herstellen en met de patiënt redenen te vinden om een behandeling te accepteren.

Gevalsbeschrijving

Sam¹⁾ is een 31-jarige man, gediagnosticeerd met schizofrenie. Hij woont in een appartement van een beschermende woonvorm. De relatie met zijn moeder en zijn twee broers is hecht, er is sprake van een grote betrokkenheid. Zijn ouders zijn gescheiden, het contact met zijn vader is minder intensief, maar ook vader is betrokken bij Sam. Sam wordt op zijn achttiende voor het eerst opgenomen, kort daarna wordt de diagnose schizofrenie gesteld en wordt Sam met grote regelmaat (gedwongen) opgenomen. De koksopleiding die hij volgt, moet hij stoppen vanwege zijn terugkerende psychoses. Vanaf zijn eerste opname zegt Sam dat hij als bekende Nederlander (bn'er) in een spel leeft. Als hij dit spel wint, ontvangt hij miljarden euro's. Sam gaat ervan uit dat hij vanwege zijn status geldtegoeden heeft liggen in winkels bij hem in de buurt en neemt producten mee zonder te betalen, wat leidt tot aanhoudingen voor winkeldiefstal. Daarnaast voert hij opdrachten uit die hij van mensen op straat krijgt, zoals het laten zien van zijn geslachtsdeel.

Ook hierdoor komt hij in problemen met zijn omgeving en in aanraking met de politie. Sam heeft op het moment geen werk, hij is regelmatig in conflict met zijn familie en hulpverleners. Gebruik van alcohol versterkt zijn vaak boze stemming, wat de omgang met Sam bemoeilijkt. Sam heeft verschillende antipsychotica gebruikt, waarvan de laatste jaren 900 mg clozapine per dag. Sam wordt aangemeld voor een klinische opname, met als doel de waan te doorbreken.

Diagnostiek/classificatie

Tijdens de intakefase worden benodigde gegevens verzameld door middel van een psychiatrisch onderzoek door een vs ggz i.o., een hetero-anamnese en dossieronderzoek. Met behulp van de dsm ivclassificatie (apa, 2007) (tabel 1) en de *International Classification of Functioning, Disability and Health* (icf) (Nederlands who-icf Collaborating Centre, 2007) worden de stoornis en de functionele beperkingen in kaart gebracht en vervolgens geclusterd. Aan de hand van de nanda International (2009) worden voorlopige verpleegkundige diagnoses vastgesteld.

Tabel 1

DSM - IV classificatie bij verwijzing

As I	295.90 305.00 305.20 305.70	Schizofrenie: ongedifferentieerde type Misbruik van alcohol Misbruik van cannabis Misbruik van amfetamine
As II		Geen diagnose
As III		Geen diagnose
As IV	20 40 70 80	Problemen gebonden aan de sociale omgeving Werkproblemen Problemen met justitie Andere psychosociale en omgevingsproblemen
As V	gaf 30	

Na validatie met Sam, zijn familie en het multidisciplinaire team worden de verpleegkundige diagnoses definitief vastgesteld. De *Nursing Intervention Classification* (nic) (Bulechek & Butcher, 2012) en de *Nursing Outcome Classification* (noc) (Moorhead & Johnson, 2008) worden gebruikt bij het vaststellen van haalbare doelen en passende interventies (tabel 2).

Beschrijvende diagnose

Het betreft een 31-jarige man, gediagnosticeerd met schizofrenie. De ziekte wordt gekenmerkt door auditieve en visuele hallucinaties die hem doen geloven dat hij in een spel leeft (waan). Om dit spel te winnen krijgt hij opdrachten, die hem regelmatig in conflict brengen met zijn omgeving en in aanraking met justitie. Misbruik van cannabis, amfetamine en vooral alcohol versterken zijn vaak boze gevoelens. Dit resulteert in terugkerende sociale problemen en moeizaam contact. In icf-terminen leidt de ziekte tot een ernstige stoornis in de auditieve en visuele perceptie, de inhoud en de controle over denkprocessen en in het inzicht. Daarnaast is er sprake van een matige stoornis in de oriëntatie in persoon en in de hunkering. Deze verstoorde functies leiden tot ernstige beperkingen in het oplossen van problemen, het aangaan van relaties, het reguleren van gedrag in gezelschap, het zich gedragen volgens sociale regels in gezelschap en het behouden van werk. Externe ondersteunende factoren zijn de steun van zijn familie en het hebben van een eigen huurwoning.

De goede herinneringen die hij heeft aan de tijd voor het spel begon vormen een persoonlijke ondersteunende factor; hij kijkt met veel plezier terug op het uitgaansleven en werkervaringen.

Tabel 2

ICF, NANDA, NOC en verpleegkundige interventies

ICF	Verpleegkundig label (NANDA)	Zorgresultaten (NOC)	Verpleegkundige interventies
B 11420.2 Oriëntatie in eigen persoon B 1560.3 Auditieve perceptie B 1561.3 Visuele perceptie	Verstoorde zintuiglijke waarneming	Beheersing van verstoorde denkprocessen	Bevordering adequaat geneesmiddelen gebruik (NIC) LEAP
B 1602.3 Inhoudelijke denkprocessen B 1603.3 Controle denkprocessen B 1644.3 Inzicht	Verstoorde denkprocessen	Beheersing van verstoorde denkprocessen	Gedragregulering (NIC) Regulering van de omgeving: veiligheid (NIC) LEAP
D 175 Oplossen van problemen	Inadequate probleemhantering Machteloosheid	Participatie: besluitvorming over de zorg	Opbouw van een therapeutische relatie (NIC) Gezamenlijk doelen stellen (NIC)
B 1303.2 Hunkering	Risicovol gedrag voor de gezondheid (alcohol)	Kennis: regulering alcohol- en drugsgebruik	Motiverende gespreksvoering LEAP
D 7200.3 Het aangaan van relaties D 8451 Behouden van werk	(Risico op) eenzaamheid	Vergroten sociale betrokkenheid	Bevordering van de socialisatie (NIC)
D 7202.3 Reguleren van gedrag in gezelschap D 7203.3 Zich gedragen volgens sociale regels in gezelschap	Inadequate sociale interactie	Beheersing van verstoorde denkprocessen Vergroten sociale steun	LEAP Gezins-ondersteuning (NIC)

Verpleegkundig diagnostisch is er sprake van een verstoorde zintuiglijke waarneming en verstoorde denkprocessen wat, vooral in combinatie met drugs- en alcoholgebruik, leidt tot inadequate probleemhantering en inadequate sociale interactie, waardoor mensen hem gaan mijden.

Hij ervaart gevoelens van machteloosheid, eenzaamheid en gebrek aan sociale steun omdat niemand gelooft in zijn spel. De huidige insteek van de hulpverlening is het doorbreken van de waan. Dit stuit op veel verzet en boosheid, wat de samenwerking en zijn vertrouwen in anderen nog verder schaadt.

Behandeling

Bij opname volgt een evaluatie van de huidige medicatie. Haloperidol is niet eerder voorgeschreven en Sam is, als alternatief voor clozapine, door de verwijzer ingesteld op haloperidol. Deze medicatiewisseling zorgt voor een toename van psychotische symptomen, verbale agressie en extrapyramidale klachten. In overleg met Sam en zijn familie wordt besloten tot een terugkeer naar de clozapine met additie van fluvoxamine. Uit onderzoek blijkt dat fluvoxamine een sterke remmer is van het cytochroom-p450-1a2, het enzym dat de belangrijkste rol speelt in de afbraak van clozapine (Hiemke e.a., 1994; Veltkamp & Kaiser, 2003).

Na dossieronderzoek blijkt dat bestaande evidence based behandelingen in de afgelopen jaren afzonderlijk van elkaar zijn toegepast en altijd gericht zijn geweest op het doorbreken van de waan, zonder blijvend resultaat: 'Het is belangrijk het spel los te leren laten, het heeft je regelmatig in problemen gebracht. Als dit je lukt dan kun je andere dagbesteding krijgen dan het spel... De behandeling hier houdt in; praten met de dokter en pb'ers, medicatie nemen zodat de stemmen minder worden en je het spel kunt loslaten' (dossier cliënt). Besloten wordt om dit behandelgoal los te laten. Het nieuwe behandelgoal richt zich in eerste instantie op het ontwikkelen van een behandelrelatie met de huidige behandelaar en herstel van de relatie tussen Sam, familie en verwijzende hulpverleners. Daarnaast wordt de focus verlegd van het bestrijden van de waan (de stoornis) naar het behandelen van de gevolgen van de stoornis in het leven van Sam. Een methode die evidence based behandelingen zoals cgt, motiverende gespreksvoering en familie-interventies combineert met praktische handvatten voor herstel van een (behandel)relatie is de LEAP-methode. LEAP bestaat uit zeven interventies (tabel 3).

Tijdens de gesprekken worden de interventies uitgevoerd door de vs ggz i.o. Reflectief luisteren wordt met behulp van de door Amador beschreven basisprincipes uitgevoerd: *'Make it safe, know your fears, stop pushing your agenda, let it be, respect what you've heard, find workable problems en write the headlines'* (Amador, 2012).

Door verduidelijking te vragen, zonder oordeel te luisteren en empathie te tonen voor zijn eenzaamheid in het spel, wordt duidelijk hoe steunend de aanwezigheid van de bekende wereldburgers is in het dagelijkse leven van Sam. Het vooruitzicht om zijn te verwachten miljarden

met zijn broers en moeder te delen geeft hem een goed gevoel. Sam vraagt geregeld of wij hem geloven. Aan de hand van LEAP wordt antwoord op deze vraag uitgesteld: 'Ik zal antwoord geven op je vraag, maar ik wil graag nog meer van jou horen over dit onderwerp, voordat ik je mijn mening geef, is dat goed?'

Na een aantal maanden is op de vraag "geloof jij mij?" volgens de drie A's geantwoord: 'Ik wil me alvast verontschuldigen want mijn mening kan teleurstellend voor je zijn (*Apologize*), daarnaast kan ik het mis hebben, want ik weet lang niet alles (*Acknowledge*). Ik respecteer jouw mening en hoop dat dit andersom voor jou ook geldt (*Agree to disagree*). De afgelopen tijd heb je me veel verteld over het geld waar je al vijf jaar op wacht, ik moet helaas zeggen dat ik niet denk dat dit geld er komt, want ...' (Amador, 2012).

De stadia van gedragsverandering met betrekking tot het alcohol en cannabisgebruik wordt door middel van de Readiness to change questionnaire (rtc q) in kaart gebracht.

Tabel 3

Interventies LEAP (vrij vertaald vanuit het Engels)

- 1 Reflectief luisteren
 - 2 Empathie tonen
 - 3 Het uitstellen van een antwoord op de vraag 'geloof je mij?'
 - 4 Het uiteindelijk geven van een mening op bovenstaande vraag aan de hand van drie A's: Apologize (verontschuldigen), Acknowledge (toegeven van eigen feilbaarheid) en Agree (overeenkomen)
 - 5 Verontschuldigen als manier om nederigheid te laten zien en de gevoelens van de cliënt te respecteren
 - 6 Het komen tot gezamenlijke doelen tussen cliënt en hulpverlener
 - 7 Het als partners samen werken aan de gezamenlijke doelen (Mhi, 2012)
-

Er is sprake van vooroverweging volgens de motivatiecirkel van Prochaska & DiClemente, met motiverende gespreksvoering wordt aangesloten op deze fase van gedragsverandering (Trimbosinstituut, 2012). Sam komt in deze gesprekken tot de conclusie dat hij soms een kwade dronk heeft, waardoor hij in conflict komt met zijn familie. Dit wil hij in de toekomst voorkomen.

Op deze basis lukt het voorzichtig om afspraken te maken. Het vaststellen van gezamenlijke doelen wordt aan de hand van twee scenario's gedaan. Scenario één betekent dat hij de miljarden heeft ontvangen. Scenario twee houdt in dat er (nog) geen geld is gestort.

Omdat zijn omgeving scenario één accepteert, vermindert de strijd en groeit bij Sam de bereidheid om mee te werken aan scenario twee. Deze vorm van cognitieve gedragstherapie wordt door de vs ggz i.o. opgenomen in het behandelplan. De familie van Sam wordt nauw betrokken bij de behandeling en volgt de *Family Motivational Interviewing* training. Onderzoek wijst uit dat familie-interventies, waarbij familieleden/betrokkenen van patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen beter leren omgaan met hun familielid, een gunstig beloop op het welzijn van de patiënt met zich meebrengen (Smeerdijk e.a., 2011). Gedurende de behandeling onderhoudt de vs ggz i.o. contact met de sociaalpsychiatrisch verpleegkundige (spv) van het factwijkteam en met het woonbegeleidingsteam om het resocialisatieproces van Sam te begeleiden en kennis van LEAP over te dragen.

Resultaten

Na zes maanden gaat Sam voor het eerst voor een paar nachten naar zijn eigen woning en actief op zoek naar dagbesteding. In gesprek geeft Sam aan dat de kans dat hij miljarden euro's krijgt ongeveer 20 procent is en dat hij zich voorlopig richt op de doelen uit scenario twee. Deze doelen zijn door Sam zelf geformuleerd, hij presenteert zijn doelen in het woonbegeleidingsteam (tabel 4). Daarmee is het resultaat 'Participatie: besluitvorming over de zorg' behaald.

Discussie

Door het inzetten van LEAP verlopen de gesprekken vaak in een positieve sfeer, waardoor de weerstand van Sam afneemt. Door middel van een agenda worden de gesprekken gestructureerd. Een flip-over wordt gebruikt om te visualiseren en om de aandacht van Sam vast te houden.

Sam geeft steeds vaker aan een gesprek prettig te vinden. Het spel wordt steeds minder vaak een onderwerp in de gesprekken, de door Sam geformuleerde doelen winnen terrein. In de gesprekken over alcohol is er sprake van 'agree to disagree'. Het werken met twee verschillende scenario's en de manier van communiceren wordt positief ontvangen en uitgevoerd door het team. Zoals eerder onderzoek heeft aangetoond, is de inzet van de evidence-based interventies cognitieve gedragstherapie, motiverende gesprekstechnieken en familie-interventies, in combinatie met de praktische interventies die LEAP biedt, ook in deze casus effectief gebleken (Barrowclough e.a., 2001; Castelein, Knegtering, Van Meijel, Van der Gaag, 2014; Paillot, Goetz & Amador, 2009). Er bestaan in Nederland LEAP-trainingen. De vs ggz i.o. heeft geen training gevolgd, maar heeft aan de hand van het boek '*I am not sick, I don't need help*' van X. Amador (2012) de interventies uitgevoerd en de spv van het fact-wijkteam en de woonbegeleiding uitleg gegeven over LEAP. In hoeverre deze uitleg zorgt voor een blijvende, effectieve samenwerking met Sam is nog niet bekend.

Tabel 4

Door Sam geformuleerde LEAP doelen scenario 2

Doel 1	<i>Ik word niet meer opgenomen</i> Wat helpt mij hierbij: Zolang ik nog geen miljarden heb, richt ik mij op een leven met een bescheiden inkomen. Ik maak geen gebruik van mijn geldtegoeden. Ik negeer opdrachten die mij in problemen brengen.
Doel 2	<i>Ik heb geen ruzie met mijn familie over het spel</i> Wat helpt mij hierbij: Ik drink niet als ik een boze stemming heb.
Doel 3	<i>Ik heb werk met collega's</i>

Conclusie

Deze gevalsbeschrijving toont aan dat door het werken met LEAP de machteloosheid van een patiënt, zijn familie en de hulpverlening is verminderd. De familie en hulpverlening hebben handvatten in de communicatie met de patiënt, die zelf doelstellingen heeft geformuleerd, en zich gehoord voelt. Hoewel het spel nog steeds aanwezig is, is het de patiënt gelukt om de regie over zijn leven enigszins terug te pakken. Hierdoor is zijn perspectief veranderd en de samenwerking met hulpverlening en met zijn familie verbeterd. De kracht van LEAP is dat concreet en soms letterlijk wordt aangegeven hoe een gesprek te voeren. Er bestaan in Nederland trainingen om LEAP op de juiste wijze toe te passen. Om continuïteit van zorg te garanderen, verdient het trainen in LEAP van hulpverleners door de hele keten de aandacht. De vs ggz is opgeleid om de rol van behandelverantwoordelijke, coach en onderzoeker te vervullen en lijkt hiermee bij uitstek geschikt om LEAP in Nederland te onderzoeken, uit te dragen en in praktijk te brengen.

Noot

¹⁾ Sam is een gefingeerde naam. Sam heeft toestemming gegeven voor het gebruik van zijn gegevens voor deze gevalsbeschrijving

Meegewerkt aan dit artikel hebben: dhr. B. Lijten, mw. L. Strijbos en mw. M. van Zon. Dit artikel heeft eerder gestaan in Praxis GGZ Verpleegkundig Specialist.

Literatuurlijst

- Amador, X. (2012). *I am not sick, I don't need help*. New York: Vida Press.
- Amador, X.F. & David, A.S. (2005). *Insight ad psychosis: Awareness of Illness in Schizophrenia and Related Disorders*. Oxford University Press.
- American Psychiatric Association. (2007). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM IV-TR*. Amsterdam: Harcourt Assessment BV.
- Awad, G. A. & Voruganti, L. N. P. (2008). The Burden of Schizophrenia on Caregivers. *PharmacoEconomics*, volume 26, issue 2, 149-162.
- Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., Lewis, S. W., Moring, J., O'Brien, R., Schofield, N. & McGovern, J. (2001) Randomized Controlled Trial of Motivational Interviewing, Cognitive Behavior Therapy, and Family Intervention for Patients With Comorbid Schizophrenia and Substance Use Disorders. *American Journal of Psychiatry* 2001;158:1706-1713.
- Blarikom, J. van, (2014). *Cognitieve gedragstherapie bij psychose*. Geraadpleegd op 1 September via www.ypsilonzeeland.nl/nieuwsbrieven/Cognitieve_gedragstherapiebij_psychose_lezing_11maart2014.pdf
- Bulechek, G.M. & Butcher, H.K. (2012). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. St. Louis: Mosby
- Castelein, S., Knegtering, R., Meijel, B. van, & Gaag, M. van der, (2014) Artikel Richtlijn Schizofrenie 2012: basiszorg op het gebied van psychosociale interventies en verpleegkundige zorg. *GGZet Wetenschappelijk* 2014, jaargang 18, nummer 1.
- Dolder, C.R., Lacro, J.P., Leckband, S. & Jeste, D.V. (2003). Interventions to improve antipsychotic medication adherence: Review of recent literature. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 23, 389-399.
- Hiemke, C., Weigmann, H., Hartter, S., Dahmen, N., Wetzell, H. & Muller, H. (1994). Elevated Levels of Clozapine in Serum After Addition of Fluvoxamine. *Journal of Clinical Psychopharmacology*: August 1994, Volume 14, Issue 4, 279-280.
- Johnson, D.P., Penn, D. L., Bauer, D. J., Meyer, P. & Evans, E. (2007). Predictors of the therapeutic alliance in group therapy for individuals with treatment-resistant auditory hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology*, 47, 171-183.
- Matton, C., Wampers, M., Hert, M. de, & Peuskens, J. (2004). Ziekte-inzicht bij patiënten met schizofrenie. *Tijdschrift voor psychiatrie* 46, 9, 589-599.
- Mhi, A. I. (2012). *A Pilot Fidelity Study of Listen-Empatise-Agree-Partner (LEAP) with Assertive Community Treatment (ACT) Mental Health Clinicians*. Geraadpleegd op 5 september via <http://academiccommons.columbia.edu/catalog/ac%3A146841>
- Moorhead, S., & Johnson, M. (2008). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. Philadelphia: Elsevier.
- Nanda International (2009). *Nursing diagnoses: Definitions and Classification 2009-2011*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2012). *Multi Disciplinaire Richtlijn Schizofrenie*. Geraadpleegd op 1 september 2014 via www.ggzrichtlijnen.nl/uploaded/docs/Multidisciplinaire%20richtlijn%20Schizofrenie%202012.pdf
- Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre (2007). *Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health (2e druk)*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Paillot, C., Goetz, R. & Amador, X. (2009) Double-blind, randomized, controlled study of a psychotherapy designed to improve motivation for change, insight into schizophrenia and adherence to medication. *Schizophren Bulletin* 2009;35.
- Pijnenborg, M. (2013). Verminderd inzicht bij schizofrenie en andere psychotische stoornissen. *Psychopraktijk*, jaargang 5, nummer 6. 14-17.
- Smeerdijk, M., Keet, R., Dekker, N., Raaij, B. van, Krikke, M., Koeter, M., Haan, L. de, Barrowclough, C., Schippers, G. & Linszena, D. (2011). Motivational Interviewing and Interaction Skills Training for Parents to Change Cannabis Use in Young Adults with Recent-Onset Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial. *Psychological Medicine*, Volume 42, Issue 08, August 2012, pp 1627-1636.
- Tielens, J. A. E. (2012). *In gesprek met psychose*. Utrecht: De Tijdstroom
- Trimbosinstituut (2012). *Multidisciplinaire Richtlijn Dubbele Diagnose*. Geraadpleegd 11 op 2 oktober via www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=70
- Veltkamp, R. & Kaiser, L. H. W. M. (2003). Clozapine en fluvoxamine samen is meer dan twee keer alleen. *Tijdschrift voor psychiatrie* 45 (2003) 6, 347-351.