

GGZ

Standaarden

Deze pdf is gepubliceerd op 03-02-2023 om 15:56. Bekijk de meest actuele versie op [www.ggzstandaarden.nl](https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/stemmen-horen)<https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/stemmen-horen>

Autorisatiedatum 20-11-2017 Beoordelingsdatum 18-06-2021

Generieke module
Stemmen horen

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Introductie	7
1.1 Introductie	7
2. Samenvatting	9
2.1 Samenvatting	9
2.1.1 Het onderwerp van de module	9
2.1.2 Patiëntenperspectief	9
2.1.3 Kernelementen van goede zorg	10
2.1.4 Organisatie van zorg	12
3. Inleiding	14
3.1 Algemeen	14
3.1.1 Prevalentie	14
3.1.2 Verklaring en betekenisgeving	15
3.1.3 Omgaan met stemmen	16
3.1.4 Stemmen horen en psychose	16
3.1.5 Herkennen en behandelen	17
3.2 Doelstelling van deze standaard	18
3.3 Doelgroepen van deze standaard	18
3.4 Uitgangspunten	18
3.4.1 Algemeen	19
3.5 Leeswijzer	19
3.6 Deze standaard staat in het Register	20
4. Patiëntenperspectief	21
4.1 Wensen en ervaringen van patiënten	21
4.1.1 Vanuit het perspectief van de stemmenhoorder	21
4.1.2 Vanuit het perspectief van de naastbetrokkenen	22
4.2 Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief	22
4.2.1 Effectieve zorg	22
4.2.2 Patiëntgerichte omgeving	22
4.2.3 Continuïteit van zorg	23
4.2.4 Regie over de zorg	23
4.2.5 Informatie, voorlichting en educatie	23
4.2.6 Emotionele ondersteuning, empathie en respect	23
4.2.7 Veilige zorg	23
4.2.8 Toegankelijke zorg	24
4.2.9 Kwaliteit van zorg transparant	24

4.2.10 Kosten transparant	24
5. Zorg rondom stemmen horen	25
5.1 Inleiding	25
5.1.1 Stadiering van zorg rondom stemmen horen	25
5.1.2 Behandelplan bij stemmen horen	25
5.1.3 Cyclus van zorg bij stemmen horen	26
5.1.4 Kernelementen van de zorg rondom stemmen horen	28
5.2 Vroege onderkenning en preventie	28
5.2.1 Stemmen horen in de kindertijd	28
5.2.2 Stemmen horen in de hulpzoekende populatie	30
5.2.3 Stemmen horen en jeugdtrauma	31
5.3 Diagnostiek	32
5.3.1 Overzicht van diagnoses waarbij het horen van stemmen kan voorkomen	32
5.3.2 Anamnese	33
5.3.3 Diagnostisch onderzoek	35
5.3.4 Psychose of niet?	35
5.3.5 Andere psychische aandoeningen	36
5.3.6 Lichamelijke aandoeningen	37
5.3.7 Aanvullend onderzoek	37
5.3.8 Psychotrauma	37
5.3.9 Dissociatieve stoornissen	38
5.3.10 Medicatie en intoxicatie	38
5.3.11 Diagnostiek bij kinderen	38
5.3.12 Indeling ernst	38
5.4 Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie	38
5.4.1 Verschillende behandelmogelijkheden bij stemmen horen: stemmen verminderen of er anders mee leren omgaan	38
5.4.2 Overzicht verschillende interventies met onderzocht effect op stemmen horen	39
5.4.3 Randvoorwaarden voor de behandeling bij stemmen horen	40
5.4.4 Wetenschappelijk onderzoek naar therapeutische relatie bij stemmen horen	41
5.4.5 Psychologische en psychotherapeutische behandeling	41
5.4.6 Copingtraining in de behandeling van stemmen horen	42
5.4.7 Hallucinatiegerichte Integratieve Therapie (HIT)	44
5.4.8 Cognitieve gedragstherapie	45
5.4.9 De benadering 'stemmen horen accepteren en begrijpelijk maken' (Maastrichtse benadering)	46
5.4.10 Andere psychologische interventies	48
5.4.11 Mindfulness	48
5.4.12 ACT	48
5.4.13 Relating therapy	49

5.4.14 Voice Dialogue	49
5.4.15 Avatars	50
5.4.16 Medicamenteuze behandeling bij stemmen horen	50
5.4.17 Hersenstimulatie	53
5.4.18 Vaktherapie bij stemmen horen	54
5.4.19 Crisismanagement bij het horen van stemmen met behulp van een crisisplan	54
5.4.20 Indicatie voor een passende behandeling	55
5.5 Monitoring	57
5.5.1 Evaluatie van de zorgcyclus	57
5.5.2 Monitoring edicatiegebruik	57
5.5.3 Monitoring psychologische en psychotherapeutische behandeling	58
5.5.4 Monitoring tools	58
5.6 Herstelondersteuning	58
5.6.1 Herstel bij stemmen horen	58
5.6.2 Vier fasen in herstel bij stemmen horen	59
5.6.3 Stigma en empowerment bij stemmen horen	60
6. Organisatie van zorg	63
6.1 Inleiding	63
6.2 Betrokken zorgverleners	63
6.3 Samenwerking	63
6.3.1 Samenwerking binnen de zorginstelling	64
6.3.2 Samenwerking tussen zorginstellingen	64
6.4 Competenties	66
6.4.1 Diagnostiek bij stemmen horen	66
6.4.2 Fenomenologie bij stemmen horen	66
6.4.3 Behandeling	66
6.5 Kwaliteitsbeleid	67
6.6 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg	68
6.7 Financiering	68
6.7.1 Algemeen	68
6.7.2 Specifiek	68
6.7.3 Diagnostiek/indicatiestelling bij stemmen horen	69
6.7.4 Behandeling bij stemmen horen	69
6.7.5 Herstel-, participatie-, en langdurige chronische GGZ	69
7. Kwaliteitsindicatoren	70
7.1 Algemeen	70
7.2 Specifiek	70
8. Implementatieplan	71

8.1 Kwaliteitsstandaarden	71
8.2 Gebruik van kwaliteitsstandaarden	72
8.3 Bestaande praktijk en vernieuwingen	73
8.4 Bestaande afspraken	73
8.5 Algemene implementatie thema's	74
8.5.1 Bewustwording en kennisdeling	74
8.5.2 Samenwerking	75
8.5.3 Capaciteit	76
8.5.4 Behandelaanbod	77
8.5.5 Financiering	78
8.5.6 ICT	79
8.6 Specifieke implementatie thema's	80
8.6.1 Bewustwording en kennisdeling	80
8.6.2 Samenwerking	81
8.6.3 Capaciteit	81
8.6.4 Behandelaanbod	81
8.6.5 Financiering	81
8.6.6 ICT	82
9. Achtergronddocumenten	83
9.1 Overzicht verschillende interventies met onderzocht effect op stemmen horen	83
9.2 Samenstelling werkgroep	84
9.3 Literatuur	86
9.4 Verdieping	102
9.4.1 Maastrichtse benadering	102
9.4.2 Evidentie van antipsychotica	102
9.4.3 Effect van behandeling met TMS en tDCS	103
9.4.4 Vragenlijsten ter mogelijke ondersteuning van de anamnese	103
9.4.5 Veelvoorkomende groepen geneesmiddelen met hallucinaties als bijwerking (bron: Farmacotherapeutisch Kompas)	104
9.4.6 Overzicht van de verschillende zorgstandaarden en modules, te hanteren bij (indicatie op) eventuele comorbiditeit	105
9.4.7 Waar moet een crisisplan aan voldoen?	105
9.4.8 Medicamenteuze behandeling bij stemmenhoren	106
9.4.9 Evidentietabel voor gebruik antipsychotica voor stemmenhoren bij psychotische stoornissen	118
9.4.10 Evidentietabel voor gebruik antipsychotica voor stemmenhoren bij borderline persoonlijkheidsstoornis	119
9.4.11 Evidentietabel voor gebruik antipsychotica voor stemmenhoren bij schizotypie	119
9.4.12 Evidentietabel voor gebruik antipsychotica voor stemmenhoren bij PTSS	120
9.4.13 Psychotherapeutische interventies voor stemmenhoren	120
9.4.14 Andere psychologische interventies	143
9.4.15 Description of the interventions, patient characteristics, location, transition criteria, and quality of the studies	152

9.4.16 Random effect-sizes, heterogeneity and publication bias in the main and sensitivity analyses	153
9.4.17 The effect of CBT on auditory hallucinations	154
9.4.18 The effect of ACT on positive symptoms	154
9.4.19 The effect of Mindfulness on positive symptoms	155
9.4.20 Evidentietabel voor toepassen CGT voor stemmenhoren	155
9.4.21 Evidentietabel voor toepassen mindfulness voor stemmenhoren	155
9.4.22 Evidentietabel voor toepassen ACT voor stemmenhoren	155
9.4.23 Evidentietabel voor toepassen HIT voor stemmenhoren	156
9.4.24 Evidentietabel voor toepassen Avatar Therapie voor stemmenhoren	156
9.4.25 Hersenstimulatie	156
9.4.26 Evidentietabel voor toepassen TMS / tDCS voor stemmenhoren	159
9.4.27 Steunpunten Stemmen Horen	160

1. Introductie

Autorisatiedatum 02-04-2020 Beoordelingsdatum 02-04-2020

1.1 Introductie

Ongeveer 7% van de volwassenen [hoort weleens stemmen](#) die er niet echt zijn. Die stemmen klinken heel echt. Alsof er iemand praat, terwijl er niemand in de buurt is. De stemmen zijn bij iedereen verschillend. Ze kunnen schreeuwen of heel zachtjes praten. Ze kunnen een paar woorden zeggen of urenlang doorpraten. Sommige mensen hebben de ervaring dat ze met hun stemmen gesprekken kunnen hebben, anderen niet. Bij sommige mensen zeggen de stemmen fijne dingen, bij anderen juist nare.

Stemmen horen is soms een voorloper van een psychose, maar niet altijd

In de praktijk horen veel mensen ([met](#) of [zonder](#) psychiatrische aandoening) regelmatig hinderlijke stemmen, zonder dat ze hun contact met de werkelijkheid verliezen of in hun functioneren worden beperkt. Stemmen horen kan een voorloper zijn van een [psychotische stoornis](#), maar dat hoeft niet.

Professionals weten meestal maar weinig over stemmen horen. Ze zien het symptoom vaak over het hoofd, en bieden daardoor geen passende zorg. De generieke module Stemmen horen geeft hulpverleners hier [handvatten](#) voor. Vooral voor de groep mensen die niet psychotisch zijn maar wel last hebben van stemmen kan deze generieke module het verschil maken.



2. Samenvatting

Autorisatiedatum 20-11-2017 Beoordelingsdatum 18-06-2021

2.1 Samenvatting

Van deze generieke module kan je [hier de samenvattingskaart Stemmen horen downloaden](#). Deze behandelt de volgende onderwerpen:

1. Het onderwerp van de module
2. Patiëntenperspectief
3. Kernelementen van goede zorg
4. Organisatie van zorg

2.1.1 Het onderwerp van de module

Stemmen horen komt bij ongeveer 9% van de Nederlanders voor. Slechts een derde van de mensen die stemmen hoort, zoekt professionele hulp. Stemmen horen, met of zonder wanen, komt veel voor bij mensen met de diagnose schizofrenie en daarnaast regelmatig bij mensen met andere aandoeningen, zoals borderline persoonlijkheidsstoornis, bipolaire stoornis, depressie, angststoornis, dissociatieve stoornis of PTSS. Ook bij neurologische aandoeningen zoals delier, dementie, de ziekte van Parkinson, hersentumoren en epilepsie, of bij afhankelijkheid en misbruik van middelen kan stemmen horen voorkomen. Tot slot komt stemmen horen voor bij mensen met gehoorverlies, en bij mensen zonder verdere psychiatrische, psychische of neurologische problematiek.

Hoe het stemmen horen beleefd wordt, verschilt per persoon. De stemmen kunnen verschillen in talige inhoud, emotionele lading, aantal stemmen, waargenomen bron (intern of extern), frequentie, duur, luidheid en ervaren mate van controle over het stemmen horen. Veel mensen hebben de ervaring dat er door henzelf of anderen met hun stemmen gecommuniceerd kan worden, terwijl andere mensen hun stemmen als eenrichtingsverkeer horen. De gevolgen van het stemmen horen verschillen ook: sommige mensen vinden het prettig om stemmen te horen, terwijl het voor anderen uitermate akelig is.

2.1.2 Patiëntenperspectief

Voor stemmenhoorders is het belangrijk dat hun stemmen door de hulpverlening en verdere omgeving geaccepteerd worden als zijnde een waarneming. Verklaringen die de persoon zelf heeft voor de stemmen moeten niet ontkend worden, maar begrepen worden vanuit de persoonlijke context van de stemmenhoorder. Uiteraard kunnen angstige en dysfunctionele verklaringen gaande de behandeling vervangen worden door functionele, neutrale verklaringen. Verder hechten sommige patiënten waarde aan: de

inzet van ervaringsdeskundigen; lotgenotencontact en continuïteit van zorg. Bij sommige naastbetrokkenen is behoefte aan voorlichting en contact met naastbetrokkenen-ervaringsdeskundigen, om te leren omgaan met het fenomeen stemmen horen en te leren hoe zij een naaste die stemmen hoort het beste kunnen steunen binnen de grenzen van hun kunnen.

2.1.3 Kernelementen van goede zorg

- Evaluatie: De stemmenhoorder is partner in de zorg gedurende het gehele zorgproces en is in alle fasen, van klachten t/m indicatiestelling, actief betrokken bij de evaluatiemomenten.
- Klachten: Het breed en vroeg onderkennen van stemmenhoren in de hulpzoekende populatie door ernaar te vragen.
- Diagnostiek: Het stemmenhoren varieert van een gezonde persoonseigenschap, tot een symptoom met negatieve gevolgen. De verklaring die de stemmenhoorder hanteert is van belang. De negatieve gevolgen en eventuele geassocieerde klachten en symptomen worden geïventariseerd. Stemmenhoren kan een onderdeel van een psychose zijn, dan zijn er meestal ook wanen en soms verward gedrag/spraak.
- Therapie: De zorg is gericht op het verminderen van stemmenhoren en/of van de negatieve gevolgen van stemmenhoren zoals die voor de individuele stemmenhoorder van toepassing zijn.
- Uitkomst: Het stemmenhoren wordt verminderd of verdwijnt volledig. Het zorgproces is bij chronisch stemmenhoren herstelondersteunend van aard.
- Indicatie: De keuze voor een passende behandeling is gebaseerd op een aantal gezamenlijk te beoordelen individuele en contextuele factoren. De diagnostische context, de ervaren last en de hulpvraag, het bestaan van gevaar voor zichzelf of voor anderen, reeds geprobeerde interventies, en behandelopties in de regio zijn onder andere van belang.

Vroege onderkenning en preventie

- Vraag actief naar het voorkomen van stemmenhoren, ook wanneer dit niet de aanleiding voor het zoeken van hulp was.
- Vraag actief naar stemmenhoren in de diagnostiek. Maak het bespreekbaar en beoordeel of sprake is van gezondheidsbedreigende gevolgen van het stemmenhoren.
- Gedragstherapeutische behandeling van stemmenhoren bij die mensen met een ultrahog risico op het ontwikkelen van een psychose kan goed ingezet worden om psychoses te voorkomen.

Diagnostiek

- Breng de kwalitatieve en kwantitatieve aspecten van het stemmenhoren in kaart (fenomenologie) en samenhang met andere factoren (met name: trauma, gehoorverlies, slaaptkort, drugsgebruik).
- Zoek naar bijkomende klachten zoals wanen, verward gedrag/spraak, somberheid,

- verlaagd zelfgevoel, automutilatie, gedachten aan zelfmoord en dissociatie.
- Ga na in hoeverre eventuele gehoorde opdrachten opgevolgd worden.
 - Vraag de (emotionele, gedragsmatige, sociale, lichamelijke) gevolgen uit.
 - Het spreken van een betrokkene uit de omgeving wordt geadviseerd. Eventuele bijbehorende klachten worden diagnostisch onderzocht en eventueel wordt aanvullend onderzoek aangevraagd (bijvoorbeeld een gehoormeting).

Psychologische interventies

Psychotherapeutische behandelvormen - zoals cognitieve gedragstherapie, coping training of de Maastrichtse benadering - zijn erop gericht om de stemmenhoorder op een andere manier met de stemmen te leren omgaan en daardoor de beleving ervan te veranderen. Op basis van wetenschappelijke evidentie wordt aanbevolen om bij stemmen horen in het kader van een (zich ontwikkelende) psychotische stoornis als eerste psychologische interventie een CGTp behandeling te starten, eventueel met COMET als aanvulling.

Wanneer tevens wanen of gedesorganiseerd gedrag/spraak aanwezig zijn is een antipsychoticum (in elk geval tijdelijk) aangewezen. Wanneer er geen sprake is van psychose, of wanneer CGTp onvoldoende resultaat levert, kunnen andere psychologische en psychotherapeutische behandelvormen overwogen worden. De uiteindelijke keuze voor een bepaalde behandelvorm, of combinatie van behandelvormen, hangt af van de diagnostische context van het stemmen horen, het klinisch behandel aanbod in de regio en de voorkeur van de patiënt.

Medicatie

Behandeling met medicijnen heeft als primair doel om de stemmen weg te nemen of te verminderen. Op basis van wetenschappelijke evidentie wordt het advies gegeven dat behandeling van stemmen horen met antipsychotische medicatie wordt ingezet voor patiënten met een primair psychotische aandoening, zoals schizofrenie, schizo-affectieve stoornis en schizofreniforme stoornis. De evidentie voor effectiviteit van antipsychotische medicatie bij stemmen horen in het kader van een psychotische stoornis is middelmatig. De evidentie voor gebruik van psychofarmaca bij stemmen horen in het kader van een stemmingsstoornis, borderline persoonlijkheidsstoornis of posttraumatische stress stoornis ontbreekt. In aanvulling op in de literatuur beschreven werkzaamheid van antipsychotische medicatie bij stemmen horen moeten ook de lijdensdruk, eventuele beperkingen in het functioneren, en de wens van de patiënt worden meegewogen bij het starten van medicamenteuze behandeling.

Aangezien antipsychotica aanzienlijke bijwerkingen kunnen hebben, wordt aanbevolen om bij (proef) behandelingen de werkzaamheid en de bijwerkingen nauwkeurig te observeren en te kwantificeren, en te waarborgen dat antipsychotica weer worden afgebouwd als ze onvoldoende werkzaam blijken of als de werkzaamheid niet opweegt tegen de bijwerkingen.

Neuromodulatie

rTMS is bewezen effectief voor het behandelen van stemmen horen bij patiënten met een psychotische

stoornis, waarbij is aangetoond dat de ernst van de stemmen afneemt ten opzichte van placebobehandeling. De wetenschappelijke evidentie voor deze bevindingen is gekwalificeerd als hoog. Dat betekent niet dat alle patiënten baat hebben van deze behandeling. Er is vooralsnog geen evidentie dat de behandel-effecten blijvend zijn na follow-up van 30 dagen.

Monitoring

- Plan behandelplanbesprekingen in waarbij de patiënt, regiebehandelaar, eventuele medebehandelaar en naasten aanwezig zijn. Kijk dan niet alleen naar de uitkomsten van de interventies, maar ook breder. Bijvoorbeeld naar de mate waarin sprake is van individueel herstel en maatschappelijk functioneren.

Herstel, participatie en re-integratie

Een belangrijk element in de zorg rondom stemmen horen is dat er aan herstel van persoon, herstel van gezondheid, herstel van sociaal en maatschappelijke rollen en herstel van dagelijks leven wordt gewerkt. Onder de term herstel wordt verstaan 'het leren leven met een beperking of kwetsbaarheid'. Herstel gaat uit van de mogelijkheden van het individu en het vinden van een waardevolle invulling van het leven met de beperkingen of kwetsbaarheden die het stemmen horen met zich meebrengt. In de herstelondersteunende zorg worden het vermogen tot zelfsturing en zelfontplooiing aangemoedigd en is het herstelbelemmerende effect (zelf)de-stigmatisering een punt van aandacht. Het dient echter opgemerkt te worden dat stemmen horen in principe niet chronisch is en dat behandeling vaak het geheel verdwijnen van dit symptoom kan bewerkstelligen. De meerderheid van de stemmen verdwijnt met behandeling, slechts een minderheid van de mensen blijft langdurig stemmen horen.

Het is niet voor alle stemmenhoorders haalbaar om chronische stemmen te leren accepteren en een verstandhouding op te bouwen met de stemmen. Bij deze groep mensen met stemmen dient het streven naar herstel en participatie echter niet gestaakt te worden, maar is het wel van belang dat de hulpverlening zich aanpast op de belevingswereld, de mate van inzicht en zelfredzaamheid van de stemmenhoorder. Voor deze groep zijn de specialistische stemmenpoli's een goede keuze, daar hier vaak alsnog verdwijnen dan wel reductie van de last van de stemmen behaald wordt.

2.1.4 Organisatie van zorg

De prevalentiecijfers van stemmen horen in het kader van verschillende diagnoses laten zien dat dit fenomeen regelmatig voorkomt over de volle breedte van de ggz. Dit houdt in dat vrijwel elke setting in de ggz te maken krijgt met zorg bij stemmen horen. De zorg rondom stemmen horen kan worden verleend in zelfstandige praktijken, ggz-instellingen, de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis of een universitair medisch centrum. Ook bestaat in Nederland een eHealth module die de patiënt alleen of

samen met zijn behandelaar kan doornemen.

Mensen die professionele hulp krijgen voor het horen van stemmen krijgen dikwijls meerdere behandelingen tegelijk aangeboden en daarom is de opzet van de zorg meestal multidisciplinair van aard. Bij deelname aan een speciale polikliniek voor stemmen horen komt het bijvoorbeeld voor dat de stemmenhoorder een dagprogramma volgt waarbij groepstherapie, individuele therapie, voorlichting en vaktherapie plaatsvindt. Ook wanneer behandeling niet vanuit een dagprogramma plaatsvindt, kan het zijn dat de stemmenhoorder meerdere vormen van zorg tegelijk ontvangt, bijvoorbeeld medicatie, psychotherapie en deelname stemmenhoordersgroepen. Monodisciplinaire behandeling bij een vrijgevestigde zorgverlener zoals psycholoog of psychiater is echter ook mogelijk. Daarnaast is multidisciplinaire samenwerking goed mogelijk in een professioneel netwerk van zorgverleners. Wanneer behandeling is aangewezen hangt van meerdere factoren af, waaronder de complexiteit en de hoofddiagnose.

3. Inleiding

Autorisatiedatum 20-11-2017 Beoordelingsdatum 18-06-2021

3.1 Algemeen

Stemmen horen kan bij vrijwel elke psychische stoornis passen. Ook zijn er mensen zonder psychische stoornis die stemmen horen.

Bron: McCarthy-Jones et al. 2014; Romme en Escher, 1989; Woodward et al. 2014

Hoe het stemmen horen beleefd wordt is per persoon verschillend.

Bron: Blom & Sommer, 2011; Romme en Escher, 1989

De gehoorde stemmen kunnen verschillen in talige inhoud, emotionele lading, aantal stemmen, waargenomen bron (intern of extern), frequentie, duur, luidheid en ervaren mate van controle over het stemmen horen. Sommige mensen hebben de ervaring dat er door henzelf of anderen met hun stemmen gecommuniceerd kan worden, terwijl andere mensen hun stemmen als eenrichtingsverkeer horen. De gevolgen van het stemmen horen verschillen ook: sommige mensen vinden het prettig om stemmen te horen, terwijl het voor anderen uitermate akelig is.

Bron: Daalman et al. 2011

3.1.1 Prevalentie

Stemmen horen komt bij ongeveer 7% van de algemene bevolking voor, ongeveer een derde van de mensen die stemmen hoort zoekt professionele hulp.

Bron: Tien, 1991; Beavan et al., 2011; Krakvik et al., 2015

Stemmen horen, met of zonder wanen, komt veel voor bij mensen met de diagnose schizofrenie en daarnaast regelmatig bij mensen met andere aandoeningen, zoals borderline persoonlijkheidsstoornis, bipolaire stoornis, depressie, angststoornis, dissociatieve stoornis of PTSS (zie [tabel Overzicht van diagnoses waarbij het horen van stemmen kan voorkomen](#)). Ook bij neurologische aandoeningen zoals delier, dementie, de ziekte van Parkinson, hersentumoren en epilepsie, of bij afhankelijkheid en misbruik van middelen kan stemmen horen voorkomen.

Bron: Perala et al., 2010; Matsuura et al., 2004

Tot slot komt stemmen horen voor bij mensen met gehoorverlies, zonder psychische of neurologische problematiek.

Bron: Teunisse et al., 2012 ; Linszen et al., 2015

3.1.2 Verklaring en betekenisgeving

Mensen die stemmen horen, hebben vaak een verklaring of overtuiging voor de herkomst van de stemmen. Sommige verklaringen kunnen helpend zijn in de omgang met stemmen en ervoor zorgen dat deze minder tot last zijn, andere verklaringen zijn neutraal of zelfs schadelijk. Veelal wordt gezien dat mensen die een negatieve verklaring hanteren, meer last hebben van de stemmen.

Bron: Caqueo-Urizar et al., 2015

Een voorbeeld van een negatieve verklaring is dat de stemmen voortkomen uit de duivel, boze geesten of een djinn die wil straffen. Ook komt het voor dat mensen stemmen horen van personen die hen in het verleden gekwetst hebben. Zij zijn ervan overtuigd dat deze personen nog altijd tegen hen spreken. Dergelijke verklaringen kunnen leiden tot gevoelens van angst, minderwaardigheid, schaamte en depressie.

Er bestaat een aantal theorieën over het ontstaan en in stand houden van stemmen die zijn gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. Deze vormen de basis voor verschillende behandelingen, zoals psychotherapie of medicatie.

Bron: Sommer et al., 2012; Thomas et al., 2015; Upthegrove et al., 2015

De behandelingen worden kort weergegeven in tabel [Overzicht verschillende interventies met onderzocht effect op stemmen horen](#). De achterliggende theorieën kunnen een nuttig onderdeel van voorlichting over stemmen horen zijn.

3.1.3 Omgaan met stemmen

Hoe mensen omgaan met het stemmen horen bepaalt voor een deel hoeveel last zij van de stemmen ervaren. De een heeft het idee dat er niks tegen de stemmen te doen is, terwijl een ander zich weerbaarder voelt en tactieken heeft bedacht om er minder hinder van te hebben.

3.1.4 Stemmen horen en psychose

Volgens de huidige, in de psychiatrie gehanteerde diagnostische criteria heeft iemand die langdurig stemmen hoort en daardoor in zijn functioneren beperkt wordt, een psychotische stoornis. De [Prevalentiecijfers](#) over stemmen horen bij diverse diagnoses laten zien dat deze definitie niet conform de praktijk is. Bij veel mensen die stemmen horen past de diagnose psychotische stoornis niet omdat zij het contact met de werkelijkheid niet verliezen en geen andere psychotische symptomen hebben. Men te behandelen volgens de zorgstandaard (vroeg) psychose is daarom niet wenselijk. Desondanks kan stemmen horen ook bij niet-psychotische mensen tot grote belemmeringen in het functioneren leiden. Met name wanneer de emotionele lading van de stemmen negatief is, de frequentie hoog is, en de stemmenhoorder hier niet goed mee om kan gaan.

Bron: Daalman et al., 2011; Zonneberg et al., 2016

Deze mensen hebben behoefte aan een duidelijk overzicht van de mogelijke zorg rondom stemmen horen.

Er is ook een groep mensen die laagfrequent en matig verontrustende stemmen hoort, vaak in combinatie met enkele andere milde tot matige psychische klachten, waarvoor zij professionele hulp zoeken. Zij hebben geen psychotische stoornis, maar wel een verhoogd risico om deze te ontwikkelen. Bij deze groep wordt het stemmen horen gezien als een subklinisch psychotisch symptoom. Verschillende vormen van psychotherapie zijn in deze situatie bewezen effectief.

Bron: Schmidt et al., 2015; Schultze-Lutter et al., 2015

Daarnaast zijn er mensen die behalve stemmen ook wanen of achterdocht ervaren. In dat geval kan er wel sprake van psychose zijn. De combinatie stemmen en wanen kan

gepaard gaan met een daling van het sociaal-maatschappelijk functioneren. Deze problematiek vergt behandeling en begeleiding.

Bron: Wykes et al., 2005; Hoffman et al., 2007

3.1.5 Herkennen en behandelen

Hoewel exacte cijfers missen, leert de praktijk dat veel mensen die stemmen horen en daar negatieve gevolgen van ondervinden, geen adequate behandeling, ondersteuning of begeleiding krijgen. Dit kan komen door onbekendheid met het fenomeen, ontoereikende diagnostiek, door gebrek aan aandacht voor stemmen horen in het behandeltraject of doordat de stemmenhoorder erover zwijgt, bijvoorbeeld omdat de stemmen dit verbieden of uit schaamte. Bij veel patiënten in de ggz, vooral bij mensen met een diagnose die niet in het psychosespectrum ligt, wordt stemmen horen niet stelselmatig uitgevraagd en blijft het vaak onopgemerkt.

De behandelmogelijkheden voor kinderen die stemmen horen zijn nog veel onbekender en voor deze groep zijn duidelijke handvatten en adviezen hard nodig.

Bron: Bartels-Velthuis et al., 2011; Escher et al., 2002

Of professionele zorg bij stemmen horen nodig is, hangt af van de mate van psychisch lijden dat veroorzaakt wordt door de stemmen en van andere gevolgen zoals beperkingen in het functioneren of eventuele bijkomende klachten zoals wanen of het verlenen van negatieve betekenis aan de stemmen. Het opvolgen van opdrachten van de stemmen kan tot gevaarlijke situaties leiden.

Bron: Junginger, 1995; McNeil et al., 2000; Braham et al., 2004; Shawyer et al., 2012

Er bestaan effectieve behandelingen met verschillende intensiteit die de hinder van de stemmen tot een acceptabel niveau kunnen terugbrengen en in sommige gevallen iemand vrij van stemmen kunnen krijgen. De behandelmogelijkheden zijn de afgelopen jaren flink uitgebreid, maar nog niet allemaal onderzocht op effectiviteit (zie [Overzicht verschillende interventies met onderzocht effect op stemmen horen](#) voor een samenvatting). Dat er diverse behandelmogelijkheden zijn, maakt het zinvol om het stemmen horen te herkennen en op te nemen in het behandelplan.

3.2 Doelstelling van deze standaard

Doelstellingen van deze module:

1. Verhogen van de awareness bij alle zorgverleners in de ggz rondom stemmen horen om (vroeg) herkenning te stimuleren.
2. Handvatten bieden voor adequate diagnostiek.
3. Behandelaanbod inzichtelijk maken en methoden aanbieden om daarmee tot een bij het individu passende behandeling te komen.

De redenen dat er voor stemmen horen een aparte generieke module is gemaakt zijn:

1. Er is een groep patiënten in de ggz die stemmen hoort en hier aandacht voor verdient, maar die niet in beeld is.
2. Diagnostiek van stemmen horen als symptoom vindt te weinig plaats, zeker bij patiënten met diagnose buiten het psychosespectrum.
3. Het behandelaanbod bij stemmen horen is niet algemeen bekend en niet systematisch uiteengezet op grond van bewezen effectiviteit, klinische praktijk en voorkeur van de patiënt.

3.3 Doelgroepen van deze standaard

Deze generieke module richt zich op de zorg voor mensen die stemmen horen en daar negatieve gevolgen van ondervinden, bijvoorbeeld: psychisch lijden, belemmering in het dagelijks functioneren of gevaar voor de persoon of omgeving. Dit kunnen patiënten zijn met een diagnose volgens de DSM-5, danwel mensen met een verhoogd risico hierop omdat ze hulp zoeken voor stemmen horen maar er nog geen diagnostiek heeft plaatsgevonden. Ook wordt ingegaan op de mogelijkheden voor ondersteuning van naastbetrokkenen van mensen die stemmen horen.

3.4 Uitgangspunten

Een belangrijk uitgangspunt in de module is dat de stemmenhoorder partner is in de zorg. De adviezen voor diagnostiek en behandeling van stemmen horen gaan dan ook uit van gezamenlijke besluitvorming, Het gekozen traject wordt vormgegeven vanuit een samenspraak tussen de patiënt, eventueel naasten en de behandelaar.

De inhoud van deze generieke module stemmen horen is zoveel mogelijk gebaseerd op wetenschappelijke evidentie. Tevens zijn de multidisciplinaire richtlijnen voor schizofrenie, bipolaire stoornis en persoonlijkheidsstoornissen, de Handreiking Herstelondersteunende Zorg en de [Landelijke Samenwerkingsafspraken GGz \(LGA\)](#) geraadpleegd. Daarnaast is de module gebaseerd op de praktijkervaring van professionals en het perspectief en de praktijkervaringen van de stemmenhoorders en naastbetrokkenen. Hierbij is gebruik gemaakt van de 'Basisset Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief', en zijn de wensen en behoeften van patiënten die stemmen horen geïnventariseerd.

3.4.1 Algemeen

Een generieke module beschrijft vanuit het perspectief van patiënten en naasten wat onder goed professional handelen (goede zorg) wordt verstaan. De meest actuele kennis vormt het uitgangspunt. Het gaat over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, praktijkkennis en de voorkeuren van patiënten en naasten. De beschreven zorg in de standaarden zijn geen wetten of voorschriften, maar bieden handvatten voor de professional om matched care en gepersonaliseerde zorg te kunnen leveren.

Het werken volgens de kwaliteitsstandaard is geen doel op zich. De combinatie van factoren die tot ziekte hebben geleid en de sociale context waarin de aandoening zich voordoet zijn voor iedere patiënt uniek. Daarnaast heeft iedere patiënt unieke behoeften om regie te voeren over zijn of haar herstel en leven. Zorgprofessionals ondersteunen dit proces vanuit hun specifieke expertise en de kennis die een kwaliteitsstandaard hen biedt. De kwaliteit van een professional kenmerkt zich wellicht meer door de wijze waarop hij of zij in staat is in de juiste gevallen en op het juiste moment (goed beargumenteerd) van een standaard af te wijken. Mede op basis van de kwaliteitsstandaard bepalen de patiënt (en diens naasten) en de professional, ieder met hun eigen expertise, samen wat de gewenste uitkomsten van zorg zijn en welke behandel- en ondersteuningsopties daarbij passend zijn.

Het is voor een succesvolle implementatie van de standaard belangrijk om aandacht te hebben voor de mogelijke benodigde veranderingen in het zorgveld die de standaard met zich meebrengt. Voorbeelden zijn mogelijke effecten op de beschikbare capaciteit van zorgverleners, budgetvraagstukken of ict-aanpassingen. Soms is niet elk onderdeel van deze standaard per direct uitvoerbaar. Bij deze standaard zijn een implementatieplan en de rapportage uitvoerbaarheidstoets opgeleverd. Deze bieden inzicht in hoeverre de standaard uitvoerbaar is. In de komende periode worden de stappen voor implementatie nader uitgewerkt.

3.5 Leeswijzer

1. Patiënt: conform andere kwaliteitsstandaarden wordt in deze module de term patiënt of stemmenhoorder gebruikt, er wordt niet gesproken van cliënt(en). Deze module is bedoeld voor mensen die stemmen horen en daar dusdanig last van hebben dat zij professionele zorg nodig hebben.
2. Eindnoten: in de eindnoten wordt verwezen naar de literatuur die is gebruikt om deze module tot stand te laten komen. Deze referenties staan voluit geschreven in Literatuur.
3. Hulpzoekende populatie: iedereen die hulp zoekt bij psychische klachten, bij wie de diagnostiek nog onvoltooid is. Een deel van deze groep heeft last van stemmen.
4. Ultrahoog risico: patiënten in de ggz die op basis van subklinische psychotische symptomen een sterk verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van een psychose. Een aanzienlijk deel van deze patiënten hoort stemmen en valt daarmee binnen de doelgroep van deze module.

5. Comorbiditeit: in deze module wordt het begrip comorbiditeit gebruikt voor psychische en of somatische klachten die naast het stemmen horen optreden.
6. Naasten: gezinsleden, familieleden, vrienden, burens of andere bekenden van de stemmenhoorder, die mogelijk een rol kan spelen in de zorg voor een patiënt.
7. Kwaliteit van evidentie: de kwaliteit van wetenschappelijke evidentie voor interventies bij stemmen horen is aan de hand van een GRADE waardering, gekwalificeerd als: “zeer laag”, “laag”, “middelmatic” of “hoog”. Deze waardering geeft aan wat momenteel de sterkte van het bewijs is voor de gerapporteerde effectiviteit. Het is mogelijk dat een interventie werkzaam is, maar door het ontbreken van gerandomiseerd controle onderzoek de kwaliteit van de evidentie als “laag” wordt beoordeeld.
8. Coping: een opzettelijke reactie op een stressor, in dit geval de stemmen, bedoeld om de negatieve gevolgen van die stressor te verkleinen. Er zijn verschillende vormen van coping. Bij stemmen horen wordt de indeling angstcontrole, afleiding en focussen gebruikt.
9. Prevalentie: het aantal keer dat een aandoening zich voordoet bij 100 personen.
10. Stressor: een gebeurtenis of situatie die stress veroorzaakt bij een persoon.
11. RCT: Randomised Controlled Trial. Dit is een onderzoeksoepzet waarbij de effectiviteit van een behandeling wordt gemeten door deze af te zetten tegen een controle conditie. Wie de behandeling krijgt en wie in de controle conditie komt, wordt op basis van willekeurige selectie (random) bepaald om te voorkomen dat er systematische verschillen tussen de groepen optreden die adequate meting van het behandeloeffect in de weg staan.
12. Auditief verbale hallucinaties: de wetenschappelijke term voor stemmen horen. Soms wordt ook van auditieve hallucinaties gesproken. Dan gaan het niet alleen over het horen van stemmen, maar ook andere geluiden.

3.6 Deze standaard staat in het Register

4. Patiëntenperspectief

Autorisatiedatum 20-11-2017 Beoordelingsdatum 18-06-2021

4.1 Wensen en ervaringen van patiënten

Wat wensen en verwachten patiënten en naastbetrokkenen van de professionele zorg gericht op stemmen horen? Voor het onderzoek naar het patiëntenperspectief op de behandeling van stemmen horen is gebruik gemaakt van Basisset Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief (Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie). Het onderzoek werd uitgevoerd door middel van een focusgroep bestaande uit leden van de patiëntenverenigingen Anoksis, Stichting Borderline en Stichting Weerklank, de beweging Stichting Intervoice en de familievereniging Ypsilon. Zie [Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief](#) voor de belangrijkste aandachtspunten per zorgdomein.

4.1.1 Vanuit het perspectief van de stemmenhoorder

De focusgroep geeft aan dat stemmenhoorders willen dat hun stemmen door de hulpverlening en verdere omgeving geaccepteerd worden als zijnde een waarneming. Acceptatie is een belangrijk element in het leren omgaan met het stemmen horen, zodat de negatieve gevolgen ervan afnemen en er herstelondersteunend gewerkt kan worden. Aandacht voor het levensverhaal van de patiënt speelt hierbij een belangrijke rol. Vraaggerichte zorg wordt belangrijk gevonden: met gedeelde besluitvorming zo goed mogelijk tegemoet komen aan individuele wensen en behoeften. Hulpverlener en stemmenhoorder overwegen samen de behandelopties waarbij goede informatie gegeven wordt over voor- en nadelen van de verschillende opties. Voor de praktijk worden de volgende suggesties gegeven:

Allereerst wordt verlangd dat er actief naar het vóórkomen en naar de vorm en inhoud van het stemmen horen wordt gevraagd door de zorgverlener, ook bij patiënten bij wie de diagnose niet in het psychosespectrum ligt. Een veilige en onbevooroordeelde omgeving waarbij aandacht is voor de emotie die het stemmen horen teweeg brengt en de gedachten die daarmee gepaard gaan wordt belangrijk gevonden.

Verklaringen die de persoon zelf heeft voor de stemmen moeten niet ontkend worden, maar begrepen worden vanuit de persoonlijke context van de stemmenhoorder. Zorgverleners moeten bij voorkeur openstaan voor verklaringen die voortkomen uit de cultuur of religie van de stemmenhoorder en hierbij aansluiten. Bij twijfel of een verklaring cultureel passend is, kunnen naastbetrokkenen geraadpleegd worden. Waar nodig moet een tolk ingezet worden.

Er is veel behoefte aan het structureel inzetten van goed opgeleide ervaringsdeskundigen en mogelijkheden voor lotgenotencontact. Op deze manier kunnen ervaringen met het stemmen horen worden uitgewisseld en kunnen mensen die

stemmen horen elkaar ondersteunen.

Voor de continuïteit in de zorg is het ook bij stemmen horen belangrijk dat er een duidelijk behandelplan wordt opgesteld, dat teveel wisselingen van behandelaar worden voorkomen en dat eventuele nieuwe behandelaars hetzelfde behandelplan blijven hanteren. Bij onvoldoende effect moet er verbreding in het zorgaanbod worden gezocht. Eventueel wordt in overleg doorverwezen.

4.1.2 Vanuit het perspectief van de naastbetrokkenen

De zorgverlener, de persoon die stemmen hoort en de naastbetrokkenen werken in principe samen in de behandeling van het stemmen horen. Alleen wanneer de persoon die stemmen hoort nadrukkelijk niet wil dat de naasten zich mengen in de behandeling, kan hiervan afgeweken worden. Naastbetrokkenen kunnen een centrale rol spelen in het signaleringsplan voor terugvalpreventie, ook kunnen zij een belangrijke herstelondersteunende functie hebben en mantelzorg bieden indien gewenst. Zij signaleren gedragsveranderingen soms eerder dan de persoon die stemmen hoort of de behandelaar. De naastbetrokkene is tevens belangrijk wanneer de stemmenhoorder zelf de organisatie van zorg niet overziet.

Bij naastbetrokkenen is behoefte aan voorlichting en contact met naastbetrokkenen-ervaringsdeskundigen, om te leren omgaan met het fenomeen stemmen horen en te leren hoe zij een naaste die stemmen hoort het beste kunnen steunen binnen de grenzen van hun kunnen.

4.2 Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief

Hieronder worden de belangrijkste wensen en bevindingen (ervaringen, verwachtingen en suggesties vanuit patiënten en naastbetrokkenen) van mensen die stemmen horen en hun naastbetrokkenen weergegeven.

4.2.1 Effectieve zorg

- Patiënt en hulpverlener moeten samen de hulpvraag van patiënt formuleren
- Als de behandeling niet vordert, moeten hulpverleners hier open over zijn, moet verbreding gezocht worden en moet doorverwijzen bespreekbaar zijn
- Landelijk overzicht van beschikbare behandelingen en zorgverleners m.b.t. stemmen horen

4.2.2 Patiëntgerichte omgeving

- Het is belangrijk dat zorgverleners het fenomeen stemmen horen accepteren als een waarneming van de patiënt
- Zorgverleners moeten perspectief blijven bieden aan stemmenhoorders en naastbetrokkenen, uitgaan van mogelijkheden
- Er moeten mogelijkheden zijn voor contact met ervaringsdeskundigen en voor

lotgenotencontact (eventueel telefonisch)

- Het is belangrijk dat er regelmatig wordt gepolst of het zorgaanbod adequaat is, hierin moet de eigen regie van de stemmenhoorder zo veel mogelijk ondersteund worden

4.2.3 Continuïteit van zorg

- Wisselingen van zorgverleners moeten zo veel mogelijk voorkomen worden
- Wanneer er toch een wisseling is, moet de nieuwe zorgverlener het eerder overeengekomen beleid doorvoeren of evalueren met de patiënt

4.2.4 Regie over de zorg

- Zorgverleners moeten de persoon die stemmen hoort goed informeren over de voor- en nadelen van verschillende behandelingen
- Middels gezamenlijke besluitvorming moet een individueel passende behandeling gevonden worden
- Als de zorgverlener de gewenste behandeling niet zelf aan kan bieden, moet tijdig worden doorverwezen
- Mensen die stemmen horen hebben ook een eigen verantwoordelijkheid om stemmen horen aan te kaarten bij zorgverlener
- Met goedvinden van de patiënt moeten naastbetrokkenen worden uitgenodigd bij intakes en behandelbesprekingen

4.2.5 Informatie, voorlichting en educatie

- Voor mensen die stemmen horen is voorlichting van groot belang om beter met hun klachten om te leren gaan
- Naastbetrokkenen moet geleerd worden hoe om te gaan met stemmen horen. Ook hierin speelt voorlichting een belangrijke rol
- Informatie en voorlichting dient op een cultuursensitieve manier te worden aangeboden

4.2.6 Emotionele ondersteuning, empathie en respect

- Acceptatie van de beleving van de stemmenhoorder is van belang
- Er moet aandacht zijn voor het persoonlijke verhaal van de patiënt
- Het is belangrijk dat de hulpverlener ingaat op de emotie die gepaard gaat met het stemmen horen en onderzoekt welke gedachten daarbij horen
- Taalgebruik op maat door zorgverleners
- De zorgverlener moet compassie tonen

4.2.7 Veilige zorg

- Mensen die stemmen horen kunnen gevoelig zijn voor een onrustige omgeving. Het is belangrijk dat daar rekening mee wordt gehouden (bijvoorbeeld rustige

wachtruimten)

- Het is belangrijk dat terugvalpreventie standaard in het behandelplan wordt opgenomen

4.2.8 Toegankelijke zorg

- Er is behoefte aan een goede sociale kaart bij stemmen horen
- Er is behoefte aan een crisisnummer voor mensen die stemmen horen en voor hun naastbetrokkenen

4.2.9 Kwaliteit van zorg transparant

- Het is belangrijk dat de zorg zo veel mogelijk in triade wordt opgezet, zodat partijen elkaar kunnen informeren
- Wanneer er geen naastbetrokkene is, organiseer dan een vertrouwenspersoon, bijvoorbeeld een mentor
- E-ROM en NEL kunnen goede uitkomstmaten geven voor zorg
- Belangrijkst is de subjectieve ervaring van de geboden zorg

4.2.10 Kosten transparant

- Kosten van ervaringsdeskundigheid worden nog niet altijd vergoed. Hier is behoefte aan
- Het eigen risico is helaas nog steeds een reden voor mensen om zich niet door te laten verwijzen

5. Zorg rondom stemmen horen

Autorisatiedatum 20-11-2017 Beoordelingsdatum 18-06-2021

5.1 Inleiding

In Zorg rondom stemmen horen wordt de zorg rondom stemmen horen beschreven. Het doel is om een helder overzicht te bieden van verschillende stadia van de zorg (informele zorg, eerste-, tweede- en derdelijnszorg) rondom stemmen horen. Hierin komt onder andere aan bod hoe goede diagnostiek bij stemmen horen eruit ziet en welke behandelmogelijkheden er zijn. Er worden adviezen gegeven over de verschillende typen behandelingen. Deze zijn voor zover mogelijk op wetenschappelijke evidentie gebaseerd en ook is rekening gehouden met klinische praktijkvoering en patiëntvoorkeur. Zorgverleners krijgen handvatten aangereikt voor het bieden van een hoge kwaliteit van zorg bij stemmen horen. Het perspectief van stemmenhoorders en hun naasten staat daarbij voorop.

5.1.1 Stadiering van zorg rondom stemmen horen

De stadiering van de zorg rondom stemmen horen zal verlopen volgens [de landelijke GGz samenwerkingsafspraken \(LGA\) tussen huisarts, praktijkondersteuner GGz \(POH-GGZ\), generalistische basis ggz en gespecialiseerde GGz](#). De LGA beschrijft hoe kan worden op- en afgeschaald, afhankelijk van de ernst van de psychische problematiek.

5.1.2 Behandelplan bij stemmen horen

Wanneer er professionele hulp wordt gezocht voor stemmen horen, is het raadzaam een behandelplan

behandelplan : De nadruk in het behandelplan in de ggz ligt op het herstel van de gezondheid als het vermogen aan te passen en regie te voeren in het licht van de fysieke, mentale en sociale omstandigheden van het leven alsmede het functioneren en het participeren van de patiënt. Het behandelplan beschrijft de aard van de problematiek, de mate van lijdensdruk en disfunctioneren, de situationele context, de hulpvraag van de patiënt en diens naasten, de persoonlijke behandeldoelen, de bijdragen van de patiënt en diens naasten, de professionele interventies, de inzet van het welzijnsdomein, mogelijk gevaar voor zichzelf en anderen, et cetera. Tevens bevat het behandelplan afspraken over het contact met de regiebehandelaar.

Voor duiding van de rollen, taken en verantwoordelijkheden van de professional als indicierend of coördinerend regiebehandelaar, verwijzen we naar het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ.

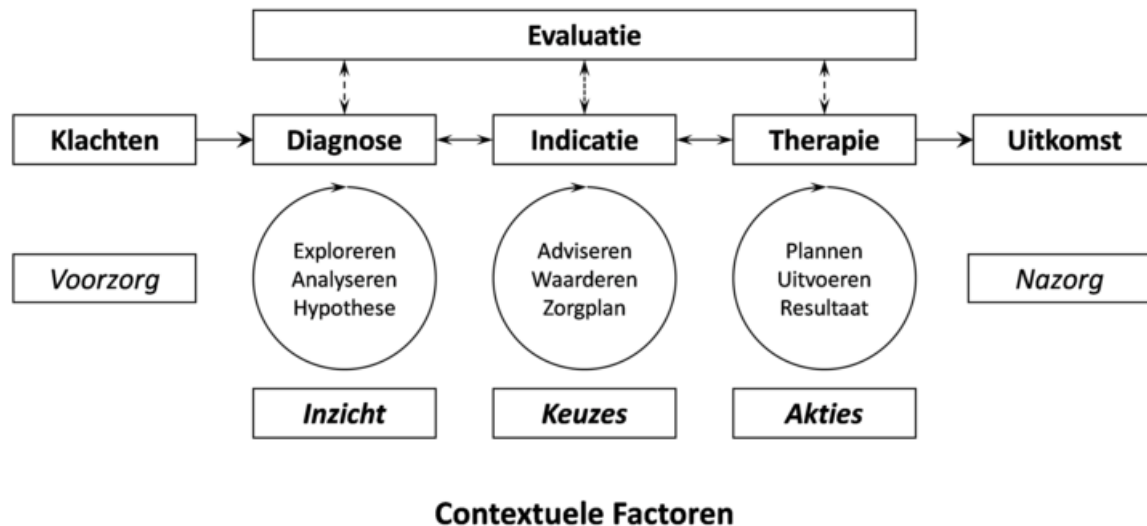
[Meer informatie](#)

op te stellen. Het stemmen horen kan de hoofdreden zijn om een behandelplan op te stellen, maar kan ook als onderdeel in een breder spectrum aan klachten worden opgenomen, afhankelijk van de zorgvraag van de patiënt en de samenhang van de klachten. Het behandelplan is een set van afspraken tussen patiënt en (regie)behandelaar over zorg en zelfmanagement. De afspraken over de behandeling zijn gebaseerd op de individuele doelen, behoeften en situatie van de patiënt en diens naasten. Afhankelijk van de klachten en de wensen van de patiënt en diens naasten worden in het behandelplan door de patiënt en de (regie)behandelaar gezamenlijk de behandeldoelen en de behandelaanpak geformuleerd.

5.1.3 Cyclus van zorg bij stemmen horen

Het opstellen, uitvoeren, monitoren en bijstellen van een behandelplan verloopt in een cyclus (zie figuur hieronder; analoog aan de Plan Do Check Act cyclus). Het gaat steeds om het gezamenlijk besluiten over de uitkomsten van de fases. In deze cyclus dient de indicatiefase als scharnier tussen de diagnostische cyclus en de therapeutische cyclus en zorgt de evaluatiefase voor feedback.

Cyclus van Zorg



Figuur: Cyclus van zorg

- Klachten: In deze module gaat het om stemmen horen en de gevolgen daarvan. Onder voorzorg kunnen bijvoorbeeld Vroegdetectie of preventie vallen.
- Diagnose: Stemmen horen is geen diagnose op zichzelf. Het is zaak om het stemmen horen binnen de juiste diagnostische context te bezien. Goede diagnostiek gaat verder dan een stoornisclassificatie. Er dient ook aandacht te zijn voor de situationele context, de kwetsbaarheden, weerbaarheden, andere psychische klachten, het persoonlijke verhaal en somatiek. Deze factoren worden gewogen en geformuleerd als beschrijvende diagnose. Dit vergroot het inzicht in het pathologische proces.
- Indicatie: Hier gaat het om het inventariseren van de wensen en mogelijkheden van de patiënt, bezien in het licht van behandelmogelijkheden en bijbehorende voor- en nadelen. Hierbij speelt enerzijds de voorkeur van de patiënt een belangrijke rol, anderzijds ook stoornis-specifieke richtlijnen, praktijkervaring en wetenschappelijke evidentie. De indicatie vindt zo veel mogelijk op basis van gemeenschappelijke besluitvorming plaats (keuzes).
- Therapie: Het is belangrijk dat de gekozen therapie aansluit bij de behandeldoelen die zijn overeen gekomen in het behandelplan (akties). Wanneer er gelijktijdig meerdere interventies worden opgestart is het belangrijk dat het zorgnetwerk goed van elkaars activiteiten op de hoogte is en hierin de samenwerking met de patiënt opzoekt.
- Evaluatie: Op elk van de onderdelen van de zorgcyclus kan evaluatie plaatsvinden. Veelal heeft de evaluatie betrekking op de uitkomst van de interventies, gestaafd tegen de doelen uit het behandelplan. Wanneer de interventie succesvol is geweest, dient evaluatie ertoe om te bepalen of de behandeling afgesloten kan worden of dat er zich nieuwe behandeldoelen aandienen. Als de interventie niet succesvol is geweest, kan middels evaluatie bezien worden of de diagnostiek moet

worden heroverwogen, of er een andere interventie geïndiceerd is, of dat er meer tijd nodig is maar wel op de huidige weg voortgegaan kan worden.

- **Uitkomst:** Wanneer de behandeldoelen bereikt zijn dan is de zorgcyclus afgelopen. Als deze niet bereikt konden worden dan kan doorverwijzing naar een andere vorm van zorg ook een uitkomst zijn. Onder nazorg wordt bijvoorbeeld incidentele monitoring van klachten of herstelondersteunend contact verstaan.

5.1.4 Kernelementen van de zorg rondom stemmen horen

Gezamenlijke besluitvorming

Het belangrijkste uitgangspunt bij de zorg rondom stemmen horen is dat de stemmenhoorder partner is in de zorg. De adviezen voor diagnostiek en behandeling van stemmen horen zullen dan ook van gezamenlijke besluitvorming in triade uitgaan, waarbij het gekozen traject vormgegeven wordt vanuit een samenspraak tussen de patiënt, naastbetrokkenen en de behandelaar.

Herstelondersteunende zorg

Een ander belangrijk element in de zorg rondom stemmen horen is dat er gewerkt wordt aan persoonlijk herstel. Hierin staat het begrip empowerment centraal: “het ontwikkelen van eigen kracht, talenten en mogelijkheden en de ontwikkeling van inzicht en acceptatie van onmogelijkheden en beperkingen”.

Bron: Handreiking Herstelondersteunende Zorg, 2012

Naarmate het herstel vordert zal ook het vermogen tot zelfsturing en zelfontplooiing toenemen. In de herstelondersteunende zorg worden deze eigenschappen aangemoedigd. In de herstelondersteunende zorg draait het tevens om ervaringskennis. Hierbij gaat het om opgedane kennis over het eigen functioneren en de bevorderende en belemmerende factoren die daarop van invloed kunnen zijn.

5.2 Vroege onderkenning en preventie

5.2.1 Stemmen horen in de kindertijd

Tijdens de kindertijd (8-12 jaar) en adolescentie (12-18 jaar) komt stemmen horen in ongeveer 4.5-9% van de algemene bevolking voor.

Bron: Bartels-Velthuis et al., 2010; Rubio et al., 2012

In de meeste gevallen (76-90%) gaat stemmen horen vanzelf weer over. Zo'n 15% van de kinderen heeft er in de tussentijd wel veel last van. Ook kan het horen van stemmen een voorloper zijn van een psychische stoornis of al gepaard gaan met pathologie. Jeugdigen die stemmen horen, hebben een 3 keer zo grote kans op het ontwikkelen van een depressieve stoornis en een 5 tot 16 keer vergroot risico op het ontwikkelen van een psychotische stoornis.

Bron: Dhossche et al., 2002; Poulton et al., 2000

De groep kinderen en adolescenten bij wie het stemmen horen niet vanzelf overgaat, heeft vanaf vroege leeftijd al meer last van het stemmen horen en daarnaast ook meer last van waanachtig denken en gedragsproblemen. Met name de mate waarin kinderen macht toekennen aan de stemmen en de mate waarin het stemmen horen als indringend wordt ervaren hangt samen met psychopathologie. Ook is aangetoond dat langdurig stemmen horen een samenhang vertoont met dissociatie en mishandeling.

Bron: Escher et al., 2002a;,b; 2004

Tevens is het persisteren van stemmen horen geassocieerd met een lager opleidingsniveau.

Slechts een minderheid van de ouders weet dat hun kind stemmen hoort. Voor hulpverleners is het daarom belangrijk dat zij bij kinderen die last hebben van psychische, cognitieve of gedragsproblemen het stemmen horen expliciet uitvragen.

Het is niet geïndiceerd om stemmen horen bij kinderen zonder meer te behandelen als een voorstadium van psychose.

Bron: Murray & Jones, 2012

Bij kinderen die zelf rapporteren dat zij stemmen horen, zonder daar verder last van te hebben en in afwezigheid van stoornissen in de ontwikkeling, kan worden uitgegaan van een goedaardig, voorbijgaand fenomeen.

Bron: Bartels-Velthuis et al., 2011

Echter, wanneer kinderen stemmen horen en hier last van hebben dient wel een adequate inschatting te worden gemaakt van mogelijk bijkomende (psychische) problemen en of, en welke, zorg is geïndiceerd.

Adviezen bij stemmen horen bij minderjarigen

- In afwezigheid van negatieve gevolgen is incidentele monitoring en normalisatie van het fenomeen voldoende.
- Bij negatieve gevolgen is meer uitgebreide diagnostiek geïndiceerd en wordt al naar gelang de ernst van de klachten behandeling aanbevolen.
 - Bij de diagnostiek is het belangrijk om bedacht te zijn op psychotrauma en misbruik.
 - Er kan in eerste instantie worden gedacht aan normaliserende voorlichting en wanneer kinderen last hebben van stemmen horen kan Cognitieve gedragstherapie worden overwogen.
 - Bij ernstige persisterende stemmen met waanvorming (transitie naar psychose) kan cognitieve gedragstherapie en tevens medicamenteuze interventie overwogen worden.

5.2.2 Stemmen horen in de hulpzoekende populatie

Uit onderzoek blijkt dat mensen die aangeven dat ze weleens stemmen horen, maar die geen psychotische stoornis hebben, bijna vijf maal vaker dan de algemene populatie last hebben van psychische klachten.

Bron: Dhossche et al., 2002

Hierbij kan het onder andere gaan om angststoornissen, stemmingsstoornissen, posttraumatische stressstoornis, persoonlijkheidsstoornis, dissociatieve stoornis en afhankelijkheid van middelen.

Bron: Breetveld et al., 2010; Kelleher et al., 2012; Slotema et al., 2012

Bij mensen die voor het eerst hulp zoeken voor psychische problemen van welke aard dan ook (de hulpzoekende populatie) komt stemmen horen vaker voor dan in de algemene bevolking. Bij een combinatie van psychische klachten, achteruitgang in het functioneren en lichte psychotische symptomen (waaronder vaak stemmen horen), wordt er gesproken van een klinisch verhoogd risico (ultrahoog risico) op het ontwikkelen van een psychotische stoornis.

Bron: Fusar-Poli et al, 2012 ; Fusar-Poli et al, 2015

In de hulpzoekende populatie vormt het incidenteel horen van stemmen dus een mogelijk signaal voor het ontwikkelen van een psychotische stoornis. Het is aannemelijk dat behandeling met bepaalde vormen van psychotherapie bij patiënten met ultrahoog risico helpt om psychose te voorkomen.

Bron: van der Gaag et al., 2013; Stafford et al., 2013; Ising et al., 2015; Ising et al., in druk.

Voor adequate behandeling is het belangrijk om de aanwezigheid van stemmen horen al vroeg in de diagnostiek te betrekken.

Adviezen bij stemmen horen in de hulpzoekende populatie

1. Stemmen horen is een veel voorkomende klacht in de algemene hulpzoekende populatie (mensen met psychische klachten bij wie nog geen diagnose bekend is), betrek dit in de diagnostiek en maak het bespreekbaar.
2. Gedragstherapeutische behandeling van stemmen horen bij mensen met een ultrahoog risico op het ontwikkelen van een psychose kan goed ingezet worden om psychoses te voorkomen.

5.2.3 Stemmen horen en jeugdtrauma

Jeugdtrauma, met name door emotioneel of seksueel misbruik, fysiek misbruik en langdurig pesten, is een sterke risicofactor voor het ontwikkelen van stemmen horen, zowel tijdens de kindertijd als op latere leeftijd.

Bron: Escher et al., 2004; McCarthy-Jones, 2011; Bartels-Velthuis et al., 2012; Daalman et al., 2011; Varese et al., 2012; Bentall et al, 2014; van Nierop et al., 2014; Ajnakina et al., 2015

De relatie tussen jeugdtrauma en stemmen horen is dermate sterk beschreven in de literatuur dat er inmiddels een oorzakelijk verband wordt verondersteld tussen misbruik in de kindertijd en stemmen horen op latere leeftijd. Het is dus van groot belang bij het horen van stemmen bedacht te zijn op kindermisbruik, met name seksueel misbruik, in de jeugd en de eventuele consequenties daarvan. De stem hoeft niet over het trauma te gaan, dit is maar bij een kleine groep direct gerelateerd. Het komt wel vaak thematisch overeen, bijvoorbeeld met het thema “onveiligheid”.

Advies bij stemmen horen en jeugdtrauma

Het is van belang om tijdens de diagnostiek van stemmen horen aandacht te besteden aan traumatische gebeurtenissen en eventuele klachten ten gevolge daarvan. Indien nodig kan de behandeling daarop worden aangepast.

Bron: Van den Berg & Van der Gaag, 2012

Andersom is het van belang om bij patiënten die een trauma doorgemaakt hebben te informeren naar stemmen horen.

5.3 Diagnostiek

Deze paragraaf biedt zorgprofessionals handvatten om het consult 'Stemmen horen' in goede banen te leiden en samen met de patiënt tot een effectief beleid te komen. Tijdens de diagnostiek kan gestart worden met het opstellen van een individueel behandelplan.

Het horen van stemmen kan bij veel verschillende diagnoses als symptoom optreden, zie [tabel](#). Daarnaast komt stemmen horen ook voor als geïsoleerd symptoom: naar schatting hoort ongeveer 7% van de algemene bevolking wel eens stemmen en zoekt daarvan ongeveer 16% professionele hulp bij stemmen horen.

Bron: Tien et al., 1991; Beavan et al, 2011; Krakvik et al., 2015

Deze prevalentiecijfers geven een duidelijke indicatie van het belang van goede differentiaaldiagnostiek bij stemmen horen. De fenomenologische aspecten van stemmen horen laten veel differentiaal diagnostische overlap zien, daarom zijn het voornamelijk bijkomende klachten die in kaart moeten worden gebracht om tot een goede classificatie te komen.

Desalniettemin is beschrijvende diagnostiek bij stemmen horen van groot belang om tot een goede indicatie voor behandeling te komen. Hierbij gaat het voornamelijk om het in kaart brengen van de fenomenologie, beloop, attributie, gevolgen en de hulpvraag. Zie verder [Anamnese](#).

5.3.1 Overzicht van diagnoses waarbij het horen van stemmen kan voorkomen

Indien mogelijk wordt prevalentie van stemmen horen weergegeven, anders van (auditieve) hallucinaties of psychotische symptomen in het algemeen.

Bron: Sommer & Kahn, 2014

Ziektebeeld	Prevalentie	Bron
Schizofrenie	40-80 % auditieve hallucinaties	Larøi et al., 2012
Dissociatieve stoornis	88% auditief verbale hallucinaties	Ross et al., 1990
Bipolaire stoornis	11%-63% auditief verbale hallucinaties	Toh et al., 2015
Delirium	28% auditieve hallucinaties	Perälä et al., 2010
Borderline persoonlijkheidsstoornis	27% auditieve hallucinaties	Zonneberg et al., 2016
Angststoornis	27% psychotische symptomen	Wigman et al., 2012
Post-traumatische stressstoornis	50% auditieve hallucinaties	Anketell et al., 2010
Unipolaire depressie	5%-51% auditief verbale hallucinaties	Toh et al., 2015
Autisme	26% hallucinaties	Kyriakopoulos et al., 2014
Gehoorverlies	8% stemmen	Linszen et al., niet gepubliceerd
Epilepsie	25% psychotische symptomen	Matsuura et al, 2003
Ziekte van Parkinson	Tot 22% auditieve hallucinaties	Fenelon & Alves, 2010
Ziekte van Alzheimer	Tot 29% auditieve hallucinaties	Burghaus et al, 2012
Dementie met Lewy Bodies	8% auditieve hallucinaties	Nagahama et al, 2007
Narcolepsie	40% hallucinaties	Leu-Semenescu et al., 2011

Tabel: Overzicht van diagnoses waarbij het horen van stemmen kan voorkomen

5.3.2 Anamnese

De anamnese heeft een sleutelrol binnen de diagnostiek. In deze module wordt ‘stemmen horen’ gedefinieerd als: *het waarnemen van gesproken taal in wakende toestand, zonder dat iemand anders dit kan waarnemen*. Het horen van stemmen is per definitie onderdeel van iemands eigen, subjectieve waarneming en daarmee niet anders te meten dan via het verhaal van de persoon die het zelf hoort. Heteroanamnese van naastbetrokkenen kan waardevolle informatie geven omdat het stemmen horen sterk van invloed kan zijn op het gedrag van de persoon.

Introductie van het onderwerp

Soms is het stemmen horen de directe aanleiding voor het diagnostisch consult en dient het onderwerp zich vanzelf aan. Echter, veel mensen die stemmen horen vertellen dit niet spontaan op het spreekuur. Op het horen van stemmen rust in de huidige westerse maatschappij een taboe. Vaak gaat het gepaard met gevoelens van schaamte of angst.

Bron: Vilhauer, 2015

Bij patiënten met een diagnose uit de tabel [Overzicht van diagnoses waarbij het horen van stemmen kan voorkomen](#), dienen zorgverleners het onderwerp stemmen horen actief bespreekbaar te maken op een neutrale en normaliserende manier.

Een voorbeeldzin om het onderwerp te introduceren is 'Het komt wel eens voor dat men iemand hoort spreken, terwijl er niemand lijkt te zijn, of terwijl niemand anders dit hoort. Heeft u wel eens zulke stemmen gehoord?' (zie ook achtergronddocument [Vragenlijsten ter mogelijke ondersteuning van de anamnese](#)). Woorden als 'hallucinatie' en 'psychotische symptomen' kunnen schaamte en weerstand oproepen bij de patiënt. Probeer in de verdere anamnese daarom zoveel mogelijk te refereren aan de termen die de patiënt zelf gebruikt.

Uitvragen van stemmen

Vragen over de stemmen zelf kunnen in verschillende categorieën worden verdeeld:

Fenomenologie. Hieronder vallen zowel beschrijvende vragen over de inhoud en vorm van de stemmen (Wat hoort u precies? Hoeveel stemmen zijn het? Zijn het stemmen van bekenden? Wat zeggen de stemmen?), alsook vragen over specifieke kenmerken van de stemmen, zoals frequentie en duur van de stemmen, de richting waar ze vandaan komen, specifieke momenten van de dag waarop de stemmen meestal wel of juist niet voorkomen en het al dan niet optreden van bijhorende gewaarwordingen, zoals beelden, geuren, of aanrakingen.

Beloop. Dit is het in kaart brengen van wanneer de stemmen begonnen zijn, en of daar een bijzondere gebeurtenis aan vooraf ging, bijvoorbeeld drugsgebruik, nieuwe medicatie, vereenzaming, gehoorverlies, slaaponthouding of een traumatische gebeurtenis. Vervolgens wordt samen met de patiënt nagelopen hoe het horen van de stemmen sindsdien is verlopen. Hierbij is van belang om ook na te vragen wat de patiënt zelf al heeft geprobeerd (ervaringskennis), welke interventies er al hebben plaatsgevonden en wat het effect daarvan op de stemmen was.

Attributie. Met de volgende voorbeeldvragen kan de attributie van het stemmen horen opgehelderd worden: "Waar denkt u zelf dat de stemmen vandaan komen?" en "Ervaart u de stem(men) als machtig?". Behandelaars dienen zich te beseffen dat de attributie kan worden beïnvloed door culturele verschillen of persoonlijke opvattingen.

Bron: Larøi et al, 2014.

Het is belangrijk om uit te vragen of de stemmen ook opdrachten geven en zo ja, of de patiënt deze opdrachten dan ook uitvoert. Vragen die hierbij gesteld kunnen worden zijn: "Moet u wel eens dingen doen van de stemmen?" en indien ja, "Voert u deze opdrachten ook wel eens uit?". Deze opdrachten kunnen aanzetten tot gedrag dat schadelijk is voor de patiënt zelf, of zijn/haar omgeving.

Gevolgen. Centraal hierin staat het uitvragen van de emotionele last die de patiënt van de stemmen ervaart en de impact van de stemmen op het dagelijks functioneren. Vraag die hierbij gesteld kan worden zijn: “Hoe voelt u zich als u stemmen hoort?” Vaak heeft stemmen horen invloed op het sociaal-maatschappelijk functioneren. Ook moet aandacht zijn voor zaken als eenzaamheid, slaapgebrek en rouw.

Hulpvraag. De hulpvraag en mogelijke doelstellingen van de patiënt rondom de stemmen moeten goed in kaart worden gebracht, als onderdeel van het behandelplan. Daarop aansluitend kan de vraag worden gesteld wat patiënt van het consult en de hulpverlener verwacht. Tevens worden kwaliteiten en krachten uitgevraagd, zoals coping, sociale steun en intelligentie.

Heteroanamnese. Heteroanamnese is van toegevoegde waarde omdat de naastbetrokkene van de patiënt aanvullende informatie kan geven, met name over de gevolgen. Tevens kan hiermee worden bepaald of er ondersteuning van naastbetrokkenen gewenst is.

Vragenlijsten

Vragenlijsten kunnen van toegevoegde waarde zijn om specifieke onderdelen van de fenomenologische presentatie op een gestructureerde manier in kaart te brengen (zie [Vragenlijsten ter mogelijke ondersteuning van de anamnese](#)). In het verdiepingsdeel [Psychotherapeutische interventies voor stemmen horen](#) staan nuttige aanvullingen om tijdens de diagnostiek rekening te houden met de individuele levensgeschiedenis van de patiënt.

5.3.3 Diagnostisch onderzoek

De primaire functie van het diagnostisch onderzoek is om een adequate inschatting te maken van ernst van de symptomen en eventuele comorbiditeit. Het horen van stemmen kan als geïsoleerd fenomeen optreden, zonder dat er sprake is van overige klachten of een psychische aandoening. In de praktijk zoekt men echter meestal professionele hulp als het stemmen horen gepaard gaat met psychische klachten en een verminderd functioneren (bijvoorbeeld vereenzaming, slaapproblemen of problemen in het maatschappelijk functioneren). Het stemmen horen op zichzelf is geen kenmerk van een specifieke stoornis.

Bron: Daalman et al., 2011; Zonneberg et al., 2016

Daarom is het van belang om een goed beeld te krijgen van comorbide klachten. Dit bepaalt welke diagnose uiteindelijk gesteld wordt en kan gevolgen hebben voor het type behandeling dat wordt aangeraden.

5.3.4 Psychose of niet?

Een belangrijke stap binnen de diagnostiek bij stemmen horen is de inschatting of het horen van stemmen onderdeel uitmaakt van een psychose.

Mede doordat auditieve hallucinaties enkel bij de criteria voor psychotische stoornissen expliciet worden benoemd, wordt bij stemmen horen vaak gedacht dat er sprake is van een psychose. Hoewel auditieve hallucinaties een symptoom van een psychose kunnen zijn, betekent dit niet dat iedereen met stemmen een psychose heeft. Net als dat sombere stemming een depressief symptoom is, heeft niet iedereen met een sombere stemming een depressieve stemmingsstoornis.

Voor de inschatting of er sprake is van psychose wordt geadviseerd de A-criteria voor schizofrenie uit de DSM-5 te gebruiken (tabel hieronder, American Psychiatric Association, 2013). De aanwezigheid en ontstaansgeschiedenis van de symptomen dient tijdens het consult zorgvuldig te worden uitgevraagd en geobserveerd. Een gestructureerd interview zoals de CAARMS ([Vragenlijsten ter mogelijke ondersteuning van de anamnese](#)) kan hier nuttig bij zijn.

Men spreekt van een psychose bij de aanwezigheid van 2 of meer van de onderstaande symptomen:

- > Wanen
- > Hallucinaties
- > Onsamenhangende spraak (bijvoorbeeld frequent de draad kwijtraken)
- > Ernstig chaotisch of katatoon gedrag
- > Negatieve symptomen (vervlakking van het affect, gedachten- of spraakarmoede, apathie)

Tabel: DSM-5 A-criteria voor schizofrenie

De DSM-V classificeert stemmen horen met psychisch lijden, in afwezigheid van andere klachten, als: Andere gespecificeerde schizofrenie-spectrum of andere psychotische stoornis.

5.3.5 Andere psychische aandoeningen

Voor volledige differentiaaldiagnostiek dient te worden nagegaan hoe het horen van stemmen zich verhoudt tot aanwezigheid van andere psychische klachten en stoornissen. Aandachtspunten voor het uitvragen zijn:

- Psychiatrische voorgeschiedenis.
- Depressieve of manische episode: stemmingsbeloop, stemmingscongruent beloop van de stemmen.
- Angststoornis: Samenhang tussen stemmen en angstklachten, paniek of fobieën.
- Posttraumatische stressstoornis: luxatie en/of inhoudelijke kleuring van stemmen door traumatische gebeurtenis, herbelevingen, nachtmerries, stemming.
- Borderline of schizotypische persoonlijkheidsstoornis: kenmerken zich onder andere door een langdurig patroon van moeite met het verdragen van emoties en problemen in het contact met anderen en kunnen beide gepaard gaan met het

horen van stemmen.

- Dissociatieve stoornissen: zich vervreemd voelen van zichzelf of de omgeving, stukken tijd kwijt zijn of wisselingen vertonen van identiteit of gedrag, alsof iemand een ander persoon is.
- Autisme: verstoring van communicatie, verbeelding en sociale interactie.

Hoewel het meestal niet mogelijk is om een persoonlijkheidsstoornis, dissociatieve stoornis of autisme al na één consult al vast te stellen, kunnen hiertoe wel aanwijzingen worden verzameld vanuit observaties over de interpersoonlijke gedragingen, biografische gegevens, heteroanamnese en (tegen)overdracht. Ook suïcidaliteit als gevolg van de stemmen zelf of de opdrachten van de stemmen moet goed worden uitgevraagd.

5.3.6 Lichamelijke aandoeningen

Aangezien stemmen horen tevens voorkomt bij ziektebeelden die niet primair psychisch van aard zijn (zie [tabel](#)), kan tijdens het diagnostisch onderzoek nagegaan worden of hiervoor aanwijzingen zijn. Vervolgens wordt bepaald of nader onderzoek nodig is. Aandachtspunten voor het uitvragen zijn:

- Algemene somatische voorgeschiedenis met speciale aandacht voor neurologische verschijnselen, lichamelijk onderzoek indien relevant.
- Ziekte van Alzheimer: cognitieve klachten met chronisch progressief beloop.
- Ziekte van Parkinson: extrapiramidale bewegingsstoornissen.
- Dementie met Lewy bodies: extrapiramidale bewegingsstoornissen, wisselende aandacht, cognitieve klachten.
- Epilepsie: aanvalsgewijze episodes van stemmen horen; aanvalsgewijze wegrakingen, absences en/of trekkingen van armen of benen.
- Geheeroverlies: subjectieve klachten van het gehoor, heteroanamnestisch aanwezigheid geheeroverlies.

5.3.7 Aanvullend onderzoek

Op indicatie kan screenend aanvullend onderzoek in de spreekkamer van toegevoegde waarde zijn, indien sprake is van aanwijzingen voor de aanwezigheid van een stoornis zoals vermeld in tabel [Overzicht van diagnoses waarbij het horen van stemmen kan voorkomen](#). Indien relevant dient er een medisch specialist (neuroloog, KNO-arts, e.d.) bij de verdere diagnostiek en behandeling te worden betrokken.

5.3.8 Psychotrauma

De relatie tussen psychotrauma in de jeugd en stemmen horen is in [Stemmen horen en jeugdtrauma](#) beschreven. Tijdens de diagnostiekfase dient hier expliciet aandacht voor te zijn. Wanneer er een hulpvraag is op het gebied van trauma, bijvoorbeeld omdat een patiënt tevens voldoet aan de criteria voor posttraumatische stressstoornis, kan worden overwogen ook de traumatische klachten te behandelen. Zie de Zorgstandaard Trauma-

en stressorgerelateerde stoornissen.

5.3.9 Dissociatieve stoornissen

Eveneens bestaat een sterke samenhang tussen stemmen horen en dissociatieve symptomen. Daarom dient ook voor dissociatieve symptomen expliciet aandacht te zijn bij de diagnostiek. Indien er aanwijzing is voor dissociatie kan een Dissociatieve Ervaringen Schaal worden afgenomen om de klachten in beeld te krijgen. Zie de Zorgstandaard Dissociatieve stoornissen voor de behandeling bij dissociatieve symptomen.

5.3.10 Medicatie en intoxicatie

Er zijn verschillende groepen geneesmiddelen en psychoactieve stoffen waarbij het optreden van hallucinaties als bijwerking of effect is beschreven (zie [Veelvoorkomende groepen geneesmiddelen met hallucinaties als bijwerking](#)). Medicijnen en middelengebruik dienen daarom ook te worden uitgevraagd. Uitvragen van het effect van het middel op het beloop van de stemmen kan eveneens inzichtgevend zijn.

5.3.11 Diagnostiek bij kinderen

Stemmen horen bij kinderen kan een goedaardig fenomeen van voorbijgaande aard zijn (zie [Stemmen horen in de kindertijd](#)). Er moet dus eerst onderzocht worden of het stemmen horen plaatsvindt in het kader van een normale ontwikkeling of dat er meer aan de hand is. Wanneer het stemmen horen gepaard gaat met sociaal, cognitief of emotioneel disfunctioneren is er kans op psychopathologie. Met name psychotrauma moet in deze groep goed uitgevraagd worden.

5.3.12 Indeling ernst

Het inschatten van de ernst van het stemmen horen wordt hoofdzakelijk bepaald door de lijdensdruk voor patiënt en omgeving, de impact van de stemmen op het dagelijks leven, het gevaar voor de patiënt en/of omgeving, suïcidaliteit, en de aanwezigheid van psychose. Vragenlijsten als de PSYRATS of QPE kunnen nuttig zijn om dit systematisch mee in kaart te brengen (zie [Vragenlijsten ter mogelijke ondersteuning van de anamnese](#)). Er zijn geen afkapwaarden te geven met betrekking tot de ernst van de stemmen. De ernst wordt bepaald in samenspraak tussen de diagnosticus en de patiënt.

5.4 Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie

5.4.1 Verschillende behandel mogelijkheden bij stemmen horen: stemmen verminderen of er anders mee leren omgaan

Er bestaat een divers aanbod van behandel mogelijkheden bij stemmen horen, zie [tabel](#). In deze module onderscheiden we coping, psychologische behandeling, psychofarmaca en behandeling middels directe stimulatie van de hersenen. Coping training en

psychologische behandeling leren de stemmenhoorder om op een andere manier met de stemmen om te gaan, met vermindering van het stemmenhoren als indirect gevolg.

Behandeling middels psychofarmaca en hersenstimulatie heeft als primair doel om de stemmen weg te nemen of te verminderen.

Alle vormen van behandeling dienen ertoe bij te dragen dat de ervaren lijdensdruk van het stemmen horen wordt verlaagd en de kwaliteit van leven wordt verhoogd. Het is nog niet goed mogelijk om op voorhand te weten welke behandeling bij een individuele patiënt zal aanslaan. Wel kan er op basis van de literatuur en klinische praktijk een geïnformeerde keuze worden gemaakt over het starten van een bepaalde behandeling.

Voor alle beschreven behandelingen is goede praktijkervaring vanuit het perspectief van behandelaar en patiënt, echter de staat van het wetenschappelijk onderzoek verschilt. Naar sommige behandelingen is veel onderzoek gedaan en naar andere nog weinig. De omschreven kwaliteit van de evidentie zegt iets over de betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid van het gevonden effect en is niet bedoeld om de effectiviteit van behandelingen onderling te vergelijken. Wanneer de kwaliteit van de wetenschappelijke evidentie lager uitvalt, gaat patiëntvoorkeur en praktijkervaring dus een belangrijker rol spelen bij de indicatie voor behandeling.

De uiteindelijke keuze voor een bepaalde behandelvorm, of combinatie van behandelvormen, zal sterk afhangen van de diagnostische context van het stemmen horen, het behandel aanbod en de voorkeur van de patiënt. De adviezen zijn bedoeld als leidraad voor het maken van een geïnformeerde keuze. Geen enkele behandeling kan garantie bieden op succes en het blijkt vaak een zoektocht naar de juiste aanpak op individueel niveau.

5.4.2 Overzicht verschillende interventies met onderzocht effect op stemmen horen

	Medische interventies		Gedragsmatige interventies		Cognitieve gedragstherapie *Tweede generatie*			Cognitieve gedragstherapie *Derde generatie*			Emancipatoire aanpak	Integrale aanpak	
	Antipsychotische medicatie	Repetitief Transcraniële Magnetische Stimulatie	Coping training	Vaktherapie	Cognitieve Gedragstherapie	Cognitieve gedragstherapie met behulp van Virtual Reality Avatars	Relating therapij	Acceptance Commitment therapij	Mindfulness	In gaan op de ervaring van de stemmen, Accepteren als waarneming	Voice Dialogue	Hallucinaties gerichte integratieve therapie	
Interventie	Ontregeling van neurotransmitters	Over- en onder-activiteit van hersengebieden	Trainen van alternatieve respons op stemmen horen	Muziektherapie en psychomotorische therapie	Catastrofale betekenisgeving van psychisch fenomeen	Catastrofale betekenisgeving van psychisch fenomeen	Catastrofale betekenisgeving van psychisch fenomeen	Normaliseren psychische ervaring	Aandacht richten en oordeel stoppen	Relatie leggen karakteristieke stem met problemen stemmenhoorder in de levensgeschiedenis	Meerdere energie-lichamen die deel-zelf zijn	Eclectisch model	
Model	DSM classificatie psychotische stoornis met AVH	Aanwezigheid van stemmen horen	Gestructureerde interviews	Aanwezigheid van stemmen horen	Gestructureerde interviews/ vragenlijsten/	Gestructureerde interviews/ vragenlijsten/	In kaart brengen van de persoonlijke relatie met de stemmen	Aanwezigheid AVH	Geen	Maastrichtse Interview: gezamenlijke ordening van betekenis en ervaringen in rapport	In kaart brengen "Responsible parent", "Rational Mind", "Child", "Discowned self(s)"	Gestructureerde interviews	
Assessme nt	Behandelen met antipsychotische medicatie	Stimulatie van hersengebieden door elektro magnetisme / laagstroom	Aanleren van gedrag dat de negatieve gevolgen van het stemmen horen zelf vermindert	In groepen of individueel trainen onder begeleiding.	Zoeken naar alternatieve verklaringen, testen met gedrags-experimenten.	Zoeken naar alternatieve verklaringen, testen met gedrags-experimenten met Virtual Reality.	Zoeken naar alternatieve verklaringen met nadruk op veranderen machtsbalans	Mindfulness oefening. Handelen middels toegevoegde acties	Nadruk op sensorische verkelijkheid en accepteren/ niet beoordelen	Angst reducerende interventies; Valideren van eigen verklaring; Ingaan op achterliggende problemen	Integreren van deezelven in de persoonlijkheid	Copingtrainin g, CGT, Systeeminventie, psychoeducatie, steun, rehabilitatie	
Duur behandel ing	Onbeperkt	1 tot 6 maanden	Niet geïndiceerd	Niet geïndiceerd	3 tot 6 maanden/ 16 zittingen	7 weken	Niet geïndiceerd	4 tot 15 zittingen	Niet geïndiceerd	Niet geïndiceerd	Niet geïndiceerd	Tot 12 maanden	
Expertise behandelaa r	Ptr	Getrainde: Ptr / Flg / Oz	Ptr / Flg / Ykt	Ykt / Pmt	Cgt/ Gzpl Kp	Cgt/ Gzpl / Kp	Gzpl / Kpl Pt	Ptr/ Ptl Gzpl Kp	Ep	Training interview	Ep	Ptr/ Ptl/ Gzpl Kp / Spv	
Effecten	Afname hallucinaties	Klein tot middelmatig effect	Afname distress bij hallucinaties indien onderdeel van HIT / Onderzoek in enge zin ontbreekt	Onvoldoende onderzoek aanwezig	Middelmatige effecten	Geen effecten bij onderpoverd onderzoek	Geen effecten; slechts 6 case studies	Onderzoek ontbreekt voor stemmen/ klein tot middelmatig voor psychose	Geen effecten bij stemmen/ psychose	Onvoldoende	Toetsend onderzoek aanwezig Kwalitatief onderzoek (gevalsbeschrijvingen): positief bevonden	Onvoldoende onderzoek aanwezig	Afname distress bij hallucinaties
Follow-up effecten	Effect stopt bij afbouw	Geen langdurige effecten	Onvoldoende onderzoek aanwezig	Onvoldoende onderzoek aanwezig	Blijvend effect op middellange termijn	Geen effecten	Onvoldoende onderzoek aanwezig	Onderzoek ontbreekt	Geen effecten	Idem, zie boven	Onvoldoende onderzoek aanwezig	Onduidelijk	
Kwaliteit evidentie	Middelmatig	Hoog	Onvoldoende onderzoek aanwezig	Onvoldoende onderzoek aanwezig	Hoog	Zeer laag	Onvoldoende onderzoek aanwezig	Laag	Middelmatig	kwalitatief	Onvoldoende onderzoek aanwezig	Zeer laag	

5.4.3 Randvoorwaarden voor de behandeling bij stemmen horen

Verklaringsmodel van de stemmenhoorder als uitgangspunt

Voor mensen die hulp zoeken omdat zij stemmen horen, is het belangrijk dat zij hun klachten in een veilige en onbevooroordeelde omgeving kunnen bespreken. Er moet aandacht zijn voor de emoties die het stemmen horen teweegbrengt en de gedachten die ermee gepaard gaan. Ook is het van belang dat de zorgprofessional open staat voor de verklaring die de patiënt zelf heeft voor het stemmen horen. Dit hangt vaak samen met persoonlijke en culturele factoren, of kan in het geval van stemmen horen bij psychose sterk beïnvloed worden door een waandenkbeeld. In alle gevallen is het zaak dat de zorgverlener probeert af te stemmen op de belevingswereld van de stemmenhoorder en van daaruit werkt aan de klachten. De zorgverlener hoeft het niet eens te zijn met het verklaringsmodel van de stemmenhoorder, soms is het juist prettig voor de stemmenhoorder om een alternatieve verklaring voor de stemmen aangereikt te krijgen, maar door afstemming te zoeken blijft wel gewaarborgd dat de stemmenhoorder zich gehoord voelt.

Stemmen horen serieus nemen

Verder moet het fenomeen stemmen horen altijd serieus worden genomen in de

behandelsetting, juist ook wanneer de primaire diagnose niet in het psychose-spectrum ligt. Het komt nog te veel voor dat mensen die last hebben van stemmen en hier behandeling voor zoeken, zich onbegrepen of afgewezen voelen. Soms wordt het stemmen horen afgedaan als 'pseudohallucinaties', wat leidt tot de onjuiste gedachte dat er vooral niet te veel aandacht aan zou moeten worden besteed. Van origine is de term pseudohallucinaties bedoeld om aan te duiden dat de persoon inzicht heeft dat de ervaring buitengewoon is en niet gedeeld wordt door anderen, het zegt niets over de 'echtheid' of de lijdensdruk die ermee gepaard gaan.

Bron: Upthegrove et al., 2015

Ongeacht de diagnostische context van de stemmen, moet er passende behandeling geboden worden. In overleg met de patiënt kan worden besproken welke prioriteit het stemmen horen moet krijgen in de behandeling.

5.4.4 Wetenschappelijk onderzoek naar therapeutische relatie bij stemmen horen

De wetenschappelijke evidentie op dit gebied komt uit studies naar cognitieve gedragstherapie bij stemmen horen. De resultaten suggereren dat enkel een goede therapeutische relatie niet voldoende is om tot vermindering van klachten te leiden, er moet ook een actieve behandeling worden aangeboden. Verder blijkt dat therapeuten met veel expertise betere resultaten boeken dan therapeuten met minder expertise. De leeftijd van de stemmenhoorder en chroniciteit van klachten lijken een behandelings-effect niet in de weg te staan.

Bron: Durham et al., 2003; Wykes et al. 2005

5.4.5 Psychologische en psychotherapeutische behandeling

Conclusies en handvatten

Psychologische interventies vormen een belangrijk onderdeel in de behandeling van stemmen horen. Het trainen van copingstrategieën kan laagdrempelig aangeboden worden en heeft goede praktijkervaring. Psychologische behandelingen kunnen gelijktijdig met een medicamenteuze behandeling worden ingezet, maar ook onafhankelijk hiervan.

Met name CGT is bewezen effectief in het verminderen van de ervaren last van de stemmen. De meeste studies naar psychologische behandelingen voor stemmen horen zijn echter gedaan bij patiënten met psychose of een hoog risico hierop, wat slechts een subgroep is binnen de gehele populatie stemmenhoorders.

Op basis van wetenschappelijke evidentie (zie achtergronddocument [Psychotherapeutische interventies stemmenhoren](#)) wordt aanbevolen om bij stemmen horen in het kader van een (zich ontwikkelende) psychotische stoornis als eerste psychologische interventie een CGTp behandeling te starten, eventueel met COMET als aanvulling. Wanneer er geen sprake is van psychose, of wanneer CGTp onvoldoende resultaat levert, kunnen andere psychologische en psychotherapeutische behandelvormen overwogen worden. In deze gevallen kan op basis van individuele voorkeur en praktijkervaring een passende keuze gemaakt worden. In deze module zijn alleen behandelmethoden genoemd waarvan beschreven is dat zij specifiek voor stemmen horen bedoeld zijn. Dat wil uiteraard niet zeggen dat dit de enige mogelijke opties zijn. Wij houden dan ook de deur nadrukkelijk open voor andere psychologische psychotherapeutische behandelmethoden dan hier genoemd.

Er zijn verschillende behandelvormen, die alle gemeen hebben dat ze vaardigheden proberen aan te leren om op een andere manier met het stemmen horen om te gaan, zodat de ervaren last ervan neemt. Het is niet het primaire doel om de stemmen te verminderen of weg te nemen. Deze behandelvormen zijn op verschillende therapeutische kaders gebaseerd, waarbij voor de ene meer wetenschappelijke onderbouwing is dan voor de andere.

Psychotherapeutische behandelingen worden in deze module verder onderverdeeld in:

- Copingtraining
- Cognitieve Gedragstherapie (CGT)
- Hallucinatie-gerichte Integratieve Therapie (HIT)
- Acceptance and Commitment Therapie (ACT)
- Mindfulness
- Voice Dialogue (VD)
- Stemmen Horen Inzichtelijk en Begrijpelijk Maken (Maastrichtse benadering)

Deze behandelvormen verschillen onder andere in de mate waarop ze gericht zijn op verandering in gedrag, cognities (overtuigingen), acceptatie en inzicht. In deze paragraaf zijn alleen behandelmethoden genoemd die specifiek voor stemmen horen bedoeld zijn. Dat wil uiteraard niet zeggen dat dit de enige mogelijke opties zijn. Wij houden de deur nadrukkelijk open voor andere psychologische psychotherapeutische behandelmethoden dan hier genoemd. Bij het bepalen van de behandeldoelen en behandeling maakt de behandelaar op grond van het verhaal van de patiënt en de eigen expertise een keuze voor de meest passende behandelvorm en behandeling. In de Generieke module Psychotherapie worden de verschillende behandelvormen beschreven.

5.4.6 Copingtraining in de behandeling van stemmen horen

Coping is een opzettelijke reactie, in dit geval op de stemmen, bedoeld om de negatieve gevolgen van de stemmen te verkleinen en het stemmenhoren te verminderen. Het trainen van adequate coping kan op zichzelf stand worden aangeboden, maar wordt vaak toegepast in combinatie met cognitieve gedragstherapie (CGT) en is als zodanig

een onderdeel van diverse psychologische en psychotherapeutische behandelingen voor stemmen horen. Een behandelmethode die gebruik maakt van copingtraining in combinatie met CGT is Hallucinatiegerichte Integratieve Therapie (HIT).

Copingstrategieën bij stemmen horen kunnen gericht zijn op het activeren van de taalgebieden in de hersenen met andere taken dan stemmen horen. Ook kan het werkgeheugen actief gebruikt worden door andere taken, met als doel het stemmenhoren te verminderen of de aandacht er van af te leiden. Een hulpmiddel dat voor deze twee doelen ingezet kan worden is de "[Temstem](#)" app. Deze app helpt met taalspellen om minder last van de stemmen te hebben door de stemmen tijdelijk te laten stoppen, te proberen de stemmen minder levendig en indrukwekkend te maken en de gebruiker te helpen zich sterker en zelfverzekerder te voelen. Verder worden positieve begheden of gedachtes ingezet om tegenwicht te bieden aan de impact van de stemmen.

Copingstrategieën

De Groninger Lijst Omgaan met Stemmen horen (GLOS) maakt onderscheid tussen verschillende typen coping met stemmen die mensen kunnen toepassen, waarvan sommige effectieve oplossingen kunnen zijn en andere niet.

Bron: Jenner JA 1988

Zo wordt in de GLOS onderscheid gemaakt tussen strategieën die gebruik maken van mond- of stembandactiviteit zoals zingen, praten, kauwgom kauwen; andere motorische activiteit zoals wandelen, sporten, schrijven; chemische effecten zoals medicatie, drugsgebruik of voeding; cognitieve activiteit zoals geruststellende gedachten of negeren; lichamelijke activiteit zoals muziek luisteren, zelfbeschadiging of oordoppen, en activiteiten op sociaal gebied zoals iemand bellen, je terugtrekken, of de behandelaar bellen.

Bron: Inouye & Shimizu, 1970

Hoewel vrijwel alle patiënten copingstrategieën toepassen voor hun stemmen, rapporteert ongeveer een derde van de patiënten redelijk tot goed resultaat hiervan. Strategieën die voor de één succesvol zijn, helpen de ander juist niet. Dit suggereert dat niet zo zeer de keuze van de copingstrategie van belang is, maar wel dat deze consequent moet worden toegepast en dat er geleerd moet worden van succeservaringen.

Bron: Falloon & Talbot, 1981 ; Carter et al., 1996

5.4.7 Hallucinatiegerichte Integratieve Therapie (HIT)

Bij Hallucinatiegerichte Integratieve Therapie (HIT) wordt coping het meest expliciet getraind. Nadat stemmenhoorders voorlichting over de stemmen hebben gekregen beginnen zij met het registreren van hun stemmen. Is de patiënt eenmaal in staat om systematisch stemmen te registreren, dan worden verschillende copingstrategieën getraind.

Bron: Jenner 2004

Er worden doorgaans twee of drie strategieën gekozen en één voor één, of tegelijkertijd, geoefend. Het effect van de coping wordt bepaald doordat de patiënt na elke copingstrategie (of een combinatie van strategieën) zijn of haar stemmenlast scoort op een registratieformulier. Zo wordt goed zichtbaar welk effect de coping heeft.

Het is van belang in welke volgorde men deze copingstrategieën zet, men kiest de meest aantrekkelijke als eerste. Ook zorgt men dat men begint met haalbare strategieën om bemoedigende resultaten te kunnen behalen. De eerste keer dat iemand bemerkt dat de coping effect heeft op het stemmen horen is goud waard, nu ontstaat een gevoel van controle. In de praktijk zien we een gevoel van opluchting en een stressverlagend effect van dit gevoel van controle.

In groepstherapieën voor stemmenhoorders is de uitwisseling van copingstrategieën een van de mogelijkheden om van elkaar te leren. Dit stimuleert mensen om inventief te zijn en nieuwe strategieën te oefenen die hen aanspreken.

Informatie over de evidentie van HIT.

Informatie over de evidentie van HIT.: Bij een onderzoek was er na achttien maanden follow-up verbetering in kwaliteit van leven en sociaal functioneren, maar was er geen effect meetbaar wat betreft ernst van de symptomen, sociale relaties, werk en dagbesteding. Concluderend worden er positieve effecten gerapporteerd en is de praktijkervaring met HIT goed. De kwaliteit van de wetenschappelijke evidentie van deze behandelvorm bij stemmen horen wordt gekwalificeerd als laag. Echter, voor sommige subonderdelen zoals CGT en medicatie is de evidentie apart beschreven.

5.4.8 Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie (CGT) gaat ervan uit dat klachten en problemen in belangrijke mate kunnen worden verklaard uit en in stand worden gehouden door oude en nieuwe al dan niet bewuste leerervaringen. De invloed van die leerervaringen komt onder andere tot uitdrukking in de wijze waarop men denkt, voelt en doet. In de therapie ligt de nadruk op het beïnvloeden van het geleerde voor zover dit een rol speelt in het ontstaan en voortbestaan van de klachten en problemen. Door het formuleren van heldere doelen kan de therapie voortdurend worden geëvalueerd en waar nodig worden bijgesteld. In de therapie wordt zowel binnen als tussen de sessies gebruikt gemaakt van opdrachten en gerichte oefeningen generieke module Psychotherapie.

CGT bij stemmen horen richt zich op de negatieve gevoelens die de stemmen vaak oproepen, die op hun beurt weer tot problemen kunnen leiden. Bijvoorbeeld het vermijden van bepaalde plaatsen of mensen, ruzie maken met familieleden of het almaar gehoorzamen aan stemmen of het behagen van stemmen. Een specifieke vorm van CGT is CGTp, wat gericht is op psychotische symptomen, zoals stemmen horen. Bij CGTp worden sterke emoties die samengaan met het stemmen horen onder de loep genomen en wordt onderzocht hoe deze beter te controleren of te voorkomen zijn. Angst, voortdurende boosheid en bedroefdheid kunnen veranderen en minder worden naarmate men anders over zaken gaat denken.

Een methode die kan worden ingepast binnen CGTp of andere behandelingen, is Competetive Memory training (COMET), om het zelfvertrouwen te versterken bij negatieve stemmen. Mensen wordt geleerd verbeelding te gebruiken om minder macht toe te kennen aan de stemmen en zichzelf in een hogere positie te plaatsen. Het dagelijks leven raakt hierdoor minder verstoord. Minpunt is dat niet alle patiënten bereid of in staat zijn om de benodigde huiswerk oefeningen uit te voeren.

Bron: Van Der Gaag et al., 2012.

CGT kan ook gebruikt worden om mensen te behandelen die incidenteel stemmen horen, terwijl zij hulp zoeken voor andere psychische klachten. In deze groep vormt het stemmen horen een risicofactor voor het ontwikkelen van een psychotische stoornis, zij behoren daarmee tot de ultrahoog risicogroep. Middels CGT kan een daadwerkelijke psychose afgewend worden in deze ultrahoog risicogroep. Deze behandeling is effectief en kostenbesparend.

Bron: van der Gaag et al., 2013; Stafford et al., 2013; Ising et al., 2015; Ising et al., in druk.

In het Nederlandse taalgebied zijn er uitgebreide CGTp protocollen voor stemmen die somberheid, angst of schaamte oproepen, deze zijn gratis beschikbaar via [gedachtenuitpluizen](#).

Bij kinderen en adolescenten die stemmen horen kan het voor deze doelgroep aangepaste CGT protocol “Sterker dan je Stemmen” worden overwogen. Deze therapie kan nu in pilotversie worden toegepast. Er wordt begin 2017 een definitieve versie van verwacht.

Bron: Maijer, Staring & Palmen, 2016 .

Informatie over evidentie van CGT.

Informatie over evidentie van CGT.: Bij individuele CGTp waarbij op basis van “case formulation” een persoonlijke behandeling wordt gegeven, worden middelgrote behandel-effecten gerapporteerd. Kleinere positieve effecten zijn er voor groeps-CGTp. Ook zijn er gunstige resultaten voor een cognitieve interventie, specifiek gericht om opdrachten van stemmen niet te gehoorzamen.

Voor deze module is een nieuwe meta-analyse gedaan met maar liefst 19 studies die het effect van cognitieve gedragstherapie op stemmen hebben geëvalueerd.

In het achtergronddocument 'Psychotherapeutische interventies voor stemmenhoren' (zie link hieronder) staan de details weergegeven. Als het gaat om individuele gepersonaliseerde behandeling met stemmen als primaire uitkomstmaat is de effectiviteit bewezen met een middelgroot effect. De bevindingen zijn robuust en de evidentie heeft een GRADE score van hoog.

[Meer informatie](#)

5.4.9 De benadering ‘stemmen horen accepteren en begrijpelijk maken’ (Maastrichtse benadering)

Uitgangspunt van de Maastrichtse benadering is dat de karakteristieken van de verschillende stemmen die gehoord worden, verwijzen naar de meegemaakte problemen en verstoorte emoties van de stemmenhoorder.

Bron: Romme en Escher, 1989, Romme et al., 1992; Romme en Escher, 1999; Romme et al., 2012

Er zijn instrumenten ontwikkeld met als doel de achterliggende persoonlijke factoren in kaart te brengen die geassocieerd zouden kunnen zijn met het stemmenhoren. Het in kaart brengen van deze factoren wordt gezien als diagnostisch proces.

Doel en achtergrond

Het doel is om de behandeling te richten op de oorzaak van het stemmenhoren in plaats van alleen op het beleven van stemmen. Wanneer iemand begrijpt met welke ervaringen of problemen in zijn leven zijn/haar stemmenhoren samenhangt, dan wordt het voor hem/haar beter mogelijk te leren omgaan met het stemmenhoren. Het leren inzien van de samenhang met de emoties die het stemmenhoren voeden en opwekken is belangrijk. Dit wordt in de Maastrichtse benadering “de stemmen begrijpelijk maken” genoemd. Een voorwaarde voor het begrijpen van de samenhang tussen het stemmenhoren en de bijbehorende emoties is de acceptatie van het stemmenhoren. Het leren hanteren van het stemmenhoren als een waarneming doet men door systematisch in te gaan op de eigenschappen van de stemmen.

Maastrichtse interview

Het Maastrichtse interview leidt tot een systematische beschrijving van de karakteristieken. Het interview gaat uitgebreid en systematisch in op de ervaring van het stemmenhoren. De zo verkregen gegevens zijn vaak chaotisch en ongeordend. Op basis van de vergaarde informatie maakt men een rapport waarin de gegevens geordend worden. Samen met de stemmenhoorder wordt met de geordende gegevens een begrijpelijk construct gevormd. De samenhang van de stemmen met de ervaren problemen (trauma's en psychische conflicten) zijn nu duidelijk gemaakt.

Het Maastrichtse interview is gebaseerd op de ervaringen van 500 stemmenhoorders.

Behandeling

Het leren omgaan met de stemmen is een eerste fase in de Maastrichtse benadering. Daarvoor kunnen bijvoorbeeld aspecten van de cognitieve gedragstherapie worden gebruikt. Bij de behandeling is het doen verminderen of verdwijnen van het stemmenhoren geen doel op zich. Het gaat er om te leren omgaan met ermee samenhangende trauma's of psychologische processen waarin men is vastgelopen. De gespreksleiders zijn een ervaringsdeskundige en een hulpverlener, die vanuit een niet-wetende en niet-veroordelende houding het makkelijker trachten te maken voor de stemmenhoorder.

Er bestaan diverse stemmenhoordersgroepen die werken volgens deze benadering.

Informatie over evidentie van de Maastrichtse benadering.

Informatie over evidentie van de Maastrichtse benadering.: De Maastrichtse benadering is in 2013 kwalitatief geëvalueerd door Corstens en Longden bij 100 nieuwe mensen die stemmen horen. Het is niet mogelijk onderzoek te doen naar de effectiviteit van de benadering op de ernst van het stemmen horen, omdat de behandeling daar niet op gericht is.

[Meer informatie](#)

5.4.10 Andere psychologische interventies

Er zijn enkele andere specifieke behandelmethoden voor stemmen horen waarmee in de praktijk goede ervaringen zijn opgedaan. Momenteel is er echter onvoldoende bewijs voor de effectiviteit van deze methoden, omdat er nog weinig onderzoek van goede kwaliteit naar is verricht. Het gaat om mindfulness, acceptance and commitment therapy (ACT), relating therapy (RT), voice dialogue (VD) en het gebruik van avatars in CGT-behandelingen.

5.4.11 Mindfulness

Bij Mindfulness richt men de aandacht op het hier en nu, zonder te oordelen. Mensen leren niet tegen de stemmen te vechten, maar in plaats daarvan te accepteren dat ze er zijn. Het is de bedoeling dat mensen hierdoor weer macht over zichzelf krijgen, zodat de lijdensdruk afneemt. Er zijn echter studies die laten zien dat mensen juist meer kunnen gaan hallucineren, als gevolg van het wegnemen van externe prikkels.

Bron: Kuijpers et al., 2007; Sethi and Bhargava, 2003; Walsh and Roche, 1979; Williams, 2010

Hoewel in de praktijk ook positieve resultaten van mindfulness ervaren worden, is de wetenschappelijke evidentie voor effectiviteit van deze behandelvorm bij stemmen horen zeer laag.

5.4.12 ACT

ACT is een vorm van CGT waar ook elementen van mindfulness in zijn opgenomen. Centraal staan acceptatie, toegewijd en waardegericht handelen en het loskomen van gedachten, zodat deze de persoon minder snel raken. Bij ACT leert men de stemmen te observeren en te erkennen, zonder de echtheid te beoordelen of erop te reageren. Daarnaast worden persoonlijke waarden en doelen geformuleerd, en wordt geprobeerd

de effecten van de stemmen op het dagelijks functioneren te verminderen door mensen te stimuleren een betekenisvol leven te leiden.

Informatie over evidentie van ACT.

Informatie over evidentie van ACT.: Hoewel in de praktijk wel positieve resultaten van ACT ervaren worden, is de wetenschappelijke evidentie voor effectiviteit van deze behandelvorm bij stemmen horen laag.

5.4.13 Relating therapy

Relating therapy is ontwikkeld om mensen te helpen een functionele relatie met hun stemmen tot stand te brengen, waarbij de stemmenhoorder geleerd wordt om dominant te zijn ten opzichte van de stem.

Bron: Birchwood et al., 2004, Hayward et al., 2014

Er zijn geen principiële verschillen met persoonlijke CGT en CGT voor opdrachtstemmen.

Informatie over evidentie van Relating therapy.

Informatie over evidentie van Relating therapy.: Hoewel in de praktijk wel positieve resultaten van deze behandeling gezien worden, is de kwaliteit van de wetenschappelijke evidentie voor effectiviteit van deze behandelvorm bij stemmen horen vooralsnog laag.

5.4.14 Voice Dialogue

Ook in de methodiek van de Voice Dialogue is het doel om de relatie tussen de stemmenhoorder en de stemmen te verbeteren. Stemmen hebben volgens deze theorie betekenis en er zijn goede redenen dat ze zijn gekomen, ook wanneer de stemmen negatief zijn. Stemmen praten veelal in metaforen, een droomtaal, en worden daarom niet altijd goed begrepen. De interventie bestaat eruit dat een facilitator (dit kan een therapeut of ervaringsdeskundige zijn) verhelderende vragen stelt, waardoor de stem zijn of haar verhaal kan vertellen. Hierbij komen kwetsbaarheden en dieperliggende emotionele thema's van de stemmenhoorder naar voren, die verduidelijken waar die persoon moeite mee heeft of had in zijn/haar leven. Uiteindelijk worden de stemmen bondgenoot, waardoor de relatie tussen de stemmenhoorder en de stemmen in positieve zin beïnvloed wordt.

Informatie over evidentie van Voice Dialogue.

Informatie over evidentie van Voice Dialogue. : Hoewel in de praktijk wel positieve resultaten van Voice Dialogue behandeling ervaren worden, is de wetenschappelijke evidentie voor effectiviteit van deze behandelvorm bij stemmen horen vooralsnog laag.

5.4.15 Avatars

Het gebruik van avatars in CGT therapieën heeft als doel de hulpeloosheid en het gebrek aan controle te beïnvloeden.

Bron: Leff et al., 2013

Er wordt met behulp van een computer een visueel beeld gemaakt, inclusief stem, van de personen of wezens waar de stemmen aan worden toegekend. Het kan helpen om een dialoog aan te gaan, om op die manier te leren tegen de stemmen in te gaan. Deze behandelvorm is nog in een experimentele fase en de wetenschappelijke evidentie voor effectiviteit is laag.

5.4.16 Medicamenteuze behandeling bij stemmen horen

Op basis van wetenschappelijke evidentie

Op basis van wetenschappelijke evidentie: Omdat stemmen horen vaak voorkomt bij patiënten met een psychotische stoornis, heeft het meeste onderzoek naar de effectiviteit van medicatie tegen stemmen horen betrekking op antipsychotica in deze populatie. Bij een psychose is er in veel gevallen sprake van een verstoorde dopaminehuishouding, waarbij met name een verhoogde beschikbaarheid van dopamine in het striatum is aangetoond. De werking van antipsychotica berust veelal op het blokkeren van de dopamine D2 receptor, hetgeen de verhoogde beschikbaarheid van dopamine kan compenseren. Zie: Howes et al., 2009; 2012.

wordt het advies gegeven dat behandeling van stemmen horen met antipsychotica wordt ingezet voor patiënten bij wie sprake is van een primair psychotische aandoening, zoals schizofrenie, schizo-affectieve stoornis en schizofreniforme stoornis. De evidentie voor effectiviteit van antipsychotica bij psychotische symptomen in het algemeen is

hoog. Gezien de uitkomstmaat van de onderzoeken hallucinaties in algemene zin betrof, en niet stemmen horen specifiek, moet de kwaliteit van de wetenschappelijke evidentie in dit kader echter gekwalificeerd worden als middelmatig.

Bron: Johnsen et al., 2013; Sommer et al., 2012

Wanneer stemmen horen zich voordoet in het kader van een stemmingsstoornis, borderline persoonlijkheidsstoornis of posttraumatische stress stoornis, kunnen antipsychotica gebruikt worden om de stemmen als psychotisch fenomeen te verminderen, maar systematisch onderzoek specifiek gericht op stemmen ontbreekt. Daarom is de kwaliteit van de wetenschappelijke evidentie in dit kader laag.

Bij stemmen horen in het kader van gehoorverlies zijn andere middelen zoals acetylcholinesteraseremmers, antidepressiva, anti-epileptica, benzodiazepines en barbituraten mogelijk meer effectief dan antipsychotische medicatie, maar hiervoor ontbreekt systematisch onderzoek.

Bron: Coebergh et al., 2015

Bijwerkingen

In aanvulling op in de literatuur beschreven werkzaamheid van antipsychotica bij stemmen horen moeten ook de lijdensdruk, eventuele beperkingen in het functioneren, en de wens van de patiënt worden meegewogen bij het starten van medicamenteuze behandeling. Aangezien antipsychotica aanzienlijke bijwerkingen kunnen hebben, wordt aanbevolen om bij (proef-)behandelingen de werkzaamheid en de bijwerkingen nauwkeurig te observeren en te kwantificeren, en te waarborgen dat antipsychotica weer worden afgebouwd als ze onvoldoende werkzaam blijken of als de werkzaamheid niet opweegt tegen de bijwerkingen, zie [Monitoren](#). Voor een uitgebreide evaluatie van bijwerkingen bij gebruik van antipsychotica wordt verwezen naar de [generieke module Bijwerkingen](#). Voor medicamenteuze behandelingen van de genoemde aandoeningen waarbij stemmen horen voor kan komen, verwijzen wij naar de desbetreffende zorgstandaarden ([Psychose](#), [Dissociatieve stoornissen](#), [Bipolaire stoornissen](#), [Depressieve stoornissen](#), [Persoonlijkheidsstoornissen](#)).

Voor een uitgebreide tekst met de onderbouwing van dit advies wordt verwezen naar achtergronddocument [Medicamenteuze behandeling bij stemmen horen](#).

Indicatie voor behandeling met medicatie

De indicatie voor behandeling met medicatie is afhankelijk van de lijdensdruk en de onderliggende morbiditeit. Voor patiënten met een psychose geeft behandeling met

eerste-keuze antipsychotica bij ongeveer twee derde van de mensen vermindering van de psychotische klachten, hieronder valt ook stemmen horen. Van de patiënten bij wie deze medicatie niet het gewenste effect heeft, bereikt ongeveer de helft alsnog remissie met clozapine. Dit is een antipsychoticum dat op een andere manier aangrijpt, met een grotere effectiviteit dan overige antipsychotica.

Bron: Kane and Correll 2016 ; Leucht et al., 2013

Al met al kunnen antipsychotica bij patiënten met een psychotische stoornis een forse verlaging van hallucinaties, waaronder stemmen horen, teweegbrengen.

Bron: Johnsen et al., 2013; Sommer et al., 2012

Voor de (medicamenteuze) behandeling van psychose verwijzen wij naar de [Zorgstandaard Psychose](#).

Er is echter geen één op één verband tussen een verstoorde dopaminehuishouding en het fenomeen stemmen horen. Bij patiënten met een psychose wordt niet in alle gevallen een ontregeling van het dopaminesysteem gezien. Ook wordt er geen ontregeling van het dopaminesysteem gerapporteerd bij mensen in de algemene bevolking die subklinische stemmen horen.

Bron: Martinot et al., 2001; Yatham et al., 2002; Howes et al., 2013

Dit zou kunnen verklaren waarom antipsychotische medicatie niet bij iedereen die last heeft van stemmen horen effectief is.

Bron: Uchida et al., 2011; Bonoldi and Howes, 2014.

Wanneer naast stemmen horen tevens sprake is van wanen en/of desorganisatie (zie [Diagnostiek bij stemmen horen](#)), is er meestal een indicatie voor behandeling met antipsychotische medicatie. Er wordt bij voorkeur niet met antipsychotica behandeld wanneer iemand stemmen hoort zonder dat er sprake is van een psychotische aandoening, aangezien er dan ook geen aanwijzingen zijn voor verhoogde dopaminesynthese.

Bron: Howes et al., 2013; Demjaha et al., 2012; Daalman et al., 2011; Slotema et al., 2012; Sommer et al., 2010

Bij ernstig lijden door stemmen horen, kan echter ook in afwezigheid van wanen en desorganisatie een behandeling met antipsychotica geprobeerd worden.

Informatie over evidentie van antipsychotica en andere geneesmiddelen.

Informatie over evidentie van antipsychotica en andere geneesmiddelen. : Ten aanzien van andere psychische aandoeningen waarbij stemmen horen zich voor kan doen (zoals stemmingsstoornissen met psychotische kenmerken, (borderline) persoonlijkheidsstoornis, en posttraumatische stress stoornis met psychotische kenmerken) is er evidentie voor de effectiviteit van antipsychotica tegen psychotische fenomenen in het algemeen, maar ontbreekt wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van antipsychotica specifiek op stemmen horen.

[Meer informatie](#)

5.4.17 Hersenstimulatie

Het effect van behandeling met TMS en tDCS

Het effect van behandeling met TMS en tDCS: De ontwikkeling van beeldvormende technieken voor het meten van hersenactiviteit heeft het mogelijk gemaakt de activiteit van hersengebieden te meten wanneer iemand stemmen hoort.

[Meer informatie](#)

van stemmen horen is onderzocht bij patiënten met een psychotische stoornis, en met name indien medicamenteuze behandeling onvoldoende effectief was gebleken.

TMS is bewezen effectief voor het behandelen van stemmen horen in deze populatie, waarbij is aangetoond dat de ernst van de stemmen afneemt ten opzichte van placebobehandeling. De wetenschappelijke evidentie voor deze bevindingen is gekwalificeerd als hoog. Er is voorsnog geen evidentie dat de behandel-effecten blijvend zijn na follow-up van 30 dagen. Deze behandeling kan ingezet worden als

onderhoudsbehandeling, maar de effectiviteit van een dergelijke onderhoudsbehandeling is tot op heden niet onderzocht.

Er is vooralsnog geen wetenschappelijke ondersteuning voor het aanbieden van TMS of tDCS bij stemmen horen buiten het kader van een primair psychotische stoornis. Echter, gezien de veiligheid en geringe kans op bijwerkingen kunnen deze behandeltechnieken worden overwogen als andere behandelingen niet effectief blijken.

Voor een uitgebreide tekst over de onderbouwing van deze adviezen wordt verwezen naar achtergronddocument [Hersenstimulatie](#).

5.4.18 Vaktherapie bij stemmen horen

Er worden verschillende vormen van vaktherapie aangeboden bij stemmen horen, zoals psychomotorische therapie en muziektherapie. Deze behandelingen vinden veelal plaats in combinatie met een andere behandelvorm zoals medicatie of psychotherapie. Vaktherapieën hebben een belangrijke ondersteunende functie, met name waar het aankomt op de relatie tussen de klachten en de lichaamsbeleving, coping en individueel herstel. Voor algemene inhoudelijke informatie over vaktherapie wordt verwezen naar de Generieke Module Vaktherapie.

Informatie over evidentie van vaktherapie.

Informatie over evidentie van vaktherapie.: Er is nog veel onderzoek te verrichten op het gebied van deze therapievormen bij stemmen horen. Momenteel is er enkel wetenschappelijke evidentie voor de werkzaamheid van muziektherapie op positieve psychotische symptomen, waar stemmen horen toe kan behoren. De kwaliteit van de evidentie moet echter als zeer laag worden beoordeeld.

5.4.19 Crisismanagement bij het horen van stemmen met behulp van een crisisplan

Mensen die regelmatig last hebben van het horen van stemmen, ervaren vaak weinig controle over deze stemmen.

Bron: Slotema et al., 2012

Ook kunnen ze andere klachten ervaren zoals angst of somberheid. Hierdoor kunnen ze weinig energie hebben om activiteiten te ondernemen. Als het nog slechter met iemand gaat kunnen de stemmen zelfs zo prominent aanwezig zijn dat mensen niet meer voor zichzelf zorgen of dat ze gehoor geven aan de opdracht die de stem hen geeft, met als

gevolg dat ze in een gevaarlijke situatie terecht kunnen komen. Deze mensen kunnen baat hebben bij een signaleringsplan, ofwel Wellness Recovery Action Plan (WRAP). Doel van een signaleringsplan is om meer inzicht en controle te ervaren over klachten en te voorkomen dat iemand in een crisissituatie komt. Dat wil zeggen een situatie waarin iemand niet meer voor zichzelf (of het gezin) kan zorgen dan wel een gevaar voor zichzelf of voor anderen vormt.

Informatie over evidentie van crisismanagement.

Informatie over evidentie van crisismanagement. : Studies omtrent signaleringsplannen bij het horen van stemmen ontbreken vooralsnog. Een signaleringsplan kan echter zinvol zijn bij mensen die veel last hebben van het horen van stemmen met als doel om de controle daar over te vergroten, ervaringskennis op te bouwen, negatieve gevolgen te voorkomen en de verantwoordelijkheid voor het eigen welzijn/herstel te vergroten. Mede gezien de positieve ervaringen in de klinische praktijk, zowel van hulpverleners als van patiënten, adviseren wij mensen die last hebben van het horen van stemmen in overleg met hun behandelaar een signaleringsplan op te stellen. Voor meer informatie verwijzen wij naar de Generieke Module Acute Psychiatrie.

[Meer informatie](#)

5.4.20 Indicatie voor een passende behandeling

In deze module worden tal van behandelvormen omschreven. Bij elke behandeling is zo goed mogelijk beschreven in welke mate de werkzaamheid ervan onderbouwd is en in welke gevallen ze aan te raden zijn. Toch kan het ingewikkeld zijn om op basis van alle losse behandelingen met elk een andere insteek een individueel passend behandelplan te maken. Hieronder wordt een aantal vragen beschreven, die zorgverleners, patiënten en naasten samen kunnen beantwoorden om tot zorg op maat te komen.

1. Binnen welke diagnostische context vindt het stemmen horen plaats?

Indien de diagnose helder is, geeft dat veelal een aanleiding om voor bepaalde behandeling te kiezen. In het geval van stemmen horen bij een psychotische stoornis blijkt een aanpak met antipsychotische medicatie vaak effectief, terwijl het bij andere diagnostische kaders nog onduidelijk is of de bijwerkingen opwegen tegen het effect. Wanneer er sprake is van (vroeg)kinderlijke traumatisering, dan is psychotherapie de aangewezen behandelmethodede en kan de behandeling hierop focussen. Zie ook Zorgstandaard Trauma en stressorgerelateerde aandoeningen, en Zorgstandaard Dissociatieve stoornissen. Mocht er behoefte zijn de stemmen beter te begrijpen, dan kan het Maastrichtse interview worden gebruikt.

2. Wat is de hulpvraag/wens van de patiënt?

Mensen willen vaak dat hun stemmen verdwijnen, of in elk geval dat zij er minder last door ervaren. De behandelingen die in deze module beschreven worden dragen hier op verschillende manieren aan bij. Daarom is goede voorlichting over de werking en bijwerkingen van elke behandeling van belang, zodat hierin een persoonlijke afweging gemaakt kan worden. Er dient altijd overwogen te worden om een psychologisch of psychotherapeutisch behandelaanbod te doen, dit kan worden aangevuld met medicatie of hersenstimulatie.

3. Wat heeft de patiënt zelf al geprobeerd? Welke professionele zorg is er al geboden voor het stemmen horen?

Patiënten proberen zelf vaak op allerlei manieren het stemmen horen minder te maken of er anders mee om te gaan, het is raadzaam om dit samen te bespreken voordat er wordt gekozen voor een behandeling. Soms hebben patiënten zichzelf al hele goede coping aangeleerd, maar in andere gevallen is de manier van omgaan met de stemmen contraproductief en kan dit onderwerp van behandeling zijn. Soms zijn er al veel verschillende behandelingen geprobeerd zonder succes, daarom is het belangrijk om deze goed in kaart te brengen en samen met de patiënt te bespreken wat maakte dat het gewenste resultaat niet bereikt werd, zo kan effectief worden gezocht naar andere mogelijkheden.

4. Wat is de impact van het stemmen horen op het functioneren?

Stemmen horen kan op alle levensterreinen invloed hebben. Directe invloeden kunnen bijvoorbeeld zijn dat de patiënt opdrachten van de stemmen uitvoert en hier per dag veel tijd mee kwijt is of er zelfs door in gevaar komt. Indirect kan het stemmen horen ook leiden tot isolement, verminderde maatschappelijke en sociale participatie, een laag zelfbeeld en stigmatisering. Het is belangrijk om deze invloeden in kaart te brengen, zodat gedurende de behandeling ook kan worden gestuurd op individueel herstel. Leidt het stemmen horen tot gevaarlijke situaties voor de patiënt zelf of zijn omgeving, dan is het raadzaam om ook een signaleringsplan op te stellen.

5. Wat zijn de behandelmogelijkheden?

Deze vraag heeft betrekking op de behandelsetting. Niet elke zorgverlener biedt alle eerder besproken behandelvormen, maar van specialistische GGZ-instellingen, behandelsettings waar veel stemmenhoorders behandeld worden, mag verwacht worden dat zij een breed behandelaanbod hebben. Is de wens van de patiënt echter niet overeenkomstig met het behandelaanbod, dan kan de uitkomst zijn dat er wordt doorverwezen, zie [Samenwerking tussen zorginstellingen](#).

6. Wat zijn de voor-/nadelen?

Elke behandeling heeft voor en nadelen, waarbij per individu de afweging moet worden gemaakt welke zwaarder wegen. Goede objectieve informatie vooraf aan de behandeling is belangrijk, zodat de stemmenhoorder, samen met de naastbetrokkenen en behandelaar, een keuze kan maken.

7. Draagt de behandeling bij aan persoonlijk herstel?

Er moet worden nagegaan in hoeverre de geboden zorg bijdraagt aan het ontwikkelen van eigen kracht, talenten en mogelijkheden en de ontwikkeling van inzicht en acceptatie van onmogelijkheden en beperkingen.

5.5 Monitoring

5.5.1 Evaluatie van de zorgcyclus

Het overkoepelende doel van het monitoren van uitkomsten van interventies is de evaluatie van de zorgcyclus. Het gaat er om dat het zorgnetwerk van patiënt, hulpverleners en naastbetrokkenen op effectieve wijze bezig is om de behandeldoelen uit het behandelplan na te streven. Het bepalen van het effect van de activiteiten door het monitoren van de uitkomsten van de interventies is hierin een belangrijke stap. Maar er moet ook breder gekeken worden, bijvoorbeeld naar de mate waarin sprake is van individueel herstel en maatschappelijk functioneren. Het resultaat is een besluit over de voortgang van de zorg, het aanpassen van de interventie of het herzien van de diagnose. In praktische zin is dit te realiseren door behandelplanbesprekingen in te plannen waarbij de patiënt, regiebehandelaar,

regiebehandelaar,: Voor duiding van de rollen, taken en verantwoordelijkheden van de professional als indicierend of coördinerend regiebehandelaar, verwijzen we naar het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ.
[Meer informatie](#)

eventuele medebehandelaar en naasten aanwezig zijn.

5.5.2 Monitoring medicatiegebruik

[Antipsychotica](#) worden slechts aangeraden voor een bepaald deel van de mensen die last van stemmen hebben. De diagnostiek van de aan- of afwezigheid van een primaire psychotische stoornis bij stemmen horen luistert nauw. Het is aan de arts om samen met de patiënt en eventueel naastbetrokkene de voor- en nadelen van medicatiegebruik af te wegen, op basis van zorgvuldige diagnostiek. Hoewel antipsychotica effectief kunnen zijn bij stemmen horen, geven ze ook bijwerkingen. Het is dus van belang om goed in kaart te brengen en overeenstemming te krijgen over het gewenste effect van het medicijn en welke bijwerkingen de stemmenhoorder acceptabel vindt. Ook de duur van de behandeling met antipsychotica dient met de patiënt en eventueel naasten te worden afgestemd. Indien er wordt gekozen voor behandeling met antipsychotica is het van belang om de werking en bijwerkingen goed te monitoren (bijvoorbeeld met vragenlijsten), zodat tijdig kan worden ingegrepen bij ongewenste effecten. Met name in de opstart- en afbouwfase is het wenselijk om frequent te monitoren. Zie voor een

overzicht van het monitoren van bijwerkingen bij het gebruik van antipsychotica de Generieke module Bijwerkingen. Preventie, monitoring en behandeling van bijwerkingen door geneesmiddelen voor psychische aandoeningen.

5.5.3 Monitoring psychologische en psychotherapeutische behandeling

Bij psychologische en psychotherapeutische behandeling is het van belang om het beloop van de klachten tijdens de behandeling te monitoren. Bij succesvolle behandeling kan het voorkomen dat de klachten aanvankelijk iets toenemen, om vervolgens op een lager niveau uit te komen. Het is van belang te evalueren hoe de patiënt hiermee om gaat en mogelijke bijkomende klachten zoals suïcidaliteit of automutilatie te monitoren.

5.5.4 Monitoring tools

In [Vragenlijsten ter mogelijke ondersteuning van de anamnese](#) staan enkele vragenlijsten die kunnen worden ingezet om de aard en ernst van het stemmen horen in kaart te brengen. De vragenlijst die bij de diagnostiek is gebruikt, kan op gezette tijden opnieuw worden ingevuld om het effect van de behandeling op de klachten te volgen.

De uitkomsten kunnen ook gebruikt worden op hoger niveau, voor kwaliteitsontwikkeling van de ggz. Hiervoor wordt een kwaliteitscyclus gehanteerd, waarin de uitkomsten van belangrijke uitkomstmaten bijdragen aan een verbeterde kwaliteit en efficiëntie van de zorg.

Bron: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz, Meerjarenprogramma 2014-2017

5.6 Herstelondersteuning

5.6.1 Herstel bij stemmen horen

Een belangrijk element in de zorg rondom stemmen horen is dat er aan herstel van persoon, herstel van gezondheid, herstel van sociaal en maatschappelijke rollen en herstel van dagelijks leven wordt gewerkt. De term herstel moet hier niet worden gelezen als synoniem voor genezing, maar als het 'leren leven met een beperking of kwetsbaarheid'.

Herstel is een individueel proces gericht op het hervinden van de persoonlijke identiteit en het hernemen van de regie op het leven. Herstel verwijst in dit verband naar herstel van identiteit, zelfbeeld, zelfvertrouwen, sociale relaties en sociale rollen die als gevolg van psychische en/of verslavingsproblemen aangetast zijn, en dus niet alleen naar vermindering van ziekteverschijnselen. Hierbij staan de mogelijkheden en krachten van de mens centraal.

Hierbij is het van belang dat er niet te snel gedacht wordt dat er met de stemmen moet

worden geleerd te leven, of dat genezing niet meer mogelijk is. Het kan zijn dat er met andere behandelvormen nog wel verbetering of genezing is te behalen. Behandelaar en patiënt moeten samen tot overeenstemming komen over het doel van de behandeling: genezing en/of herstel.

Naarmate het herstel vordert zal ook het vermogen tot zelfsturing en zelfontplooiing toenemen, in de herstelondersteunende zorg worden deze eigenschappen aangemoedigd. Een ander belangrijk thema in de herstelondersteunende zorg is ervaringskennis. Hierbij gaat het om opgedane kennis over het eigen functioneren en de helpende en belemmerende factoren die daarop van invloed kunnen zijn.

Er zijn verschillende stijlen van herstel van problemen met stemmen horen. Sommige mensen met stemmen zijn gebaat bij het actief verwerven van inzicht en betekenisgeving van het stemmen horen, terwijl anderen juist gebaat zijn bij een stijl waarbij ze leren hun symptomen te managen en niet al te veel stil te staan bij psychologische mechanismen achter het stemmen horen.

Bron: De Jager et al., 2015

Beide stijlen kunnen in gelijke mate aan herstel bijdragen, het is daarom belangrijk dat de stemmenhoorder zelf een voorkeur kan aangeven en dat deze wordt gerespecteerd.

Zie voor een uitgebreid overzicht van het aanbod herstelondersteunende zorg in Nederland de [generieke module Herstelondersteuning](#). Deze module geeft een overzicht en rangschikking van herstelondersteunende interventies vanuit zorgverleners, peer support en informele steungevers binnen en buiten de ggz.

5.6.2 Vier fasen in herstel bij stemmen horen

Er worden vier fasen in de herstelondersteunende zorg onderscheiden.

Bron: Gagne, 2004

Bij stemmen horen kunnen deze fasen als volgt omschreven worden:

1. overweldigd worden door de stemmen
2. worstelen met de stemmen
3. leven met de stemmen
4. leven voorbij de stemmen

De *eerste fase* kenmerkt zich door overweldigende stemmen, welke voor verwarring, hopeloosheid, machteloosheid en isolatie kunnen zorgen. Tijdens deze fase zijn de

stemmen zo overweldigend dat het functioneren in het teken staat van overleven, zowel mentaal als fysiek. Vaak wordt in deze fase voor het eerst hulp voor de stemmen gezocht.

In de *tweede fase* bestaat nog steeds de angst om overmand te worden door stemmen, maar komt er ook ruimte om actief met de klachten om te gaan. Tijdens deze fase zijn een gebrek aan zelfvertrouwen en een zoektocht naar identiteit vaak thema's waar de stemmenhoorder mee worstelt.

In de *derde fase* groeit het besef dat er met het stemmen horen kan worden geleefd. De angst om overmand te worden door stemmen neemt af en er ontstaat meer ruimte om eigen krachten en beperkingen te leren kennen.

In de *vierde fase* raakt het stemmen horen steeds meer op de achtergrond. Er is nu ruimte voor zelfontplooiing in brede context, waarbij het zoeken van verbinding met anderen, het (her)ontdekken van eigen kunnen en talenten, en het stellen van nieuwe doelen in het leven weer mogelijk wordt. Hierbij wordt rekening gehouden met mogelijke kwetsbaarheden die het stemmen horen met zich meebrengt, maar hoeft dit niet langer op de voorgrond te staan.

Het is belangrijk te vermelden dat herstel in eerste plaats een persoonlijk proces is. De boven beschreven fasen zijn dus meer een veralgemenisering van het herstelproces. Hierbij kan wel gesteld worden dat herstel vaak beter verloopt wanneer men naasten in het proces betreft, er een focus is op zelfacceptatie en zelfvertrouwen, de persoon eigen keuzes maakt en zichzelf eigenaar van de ervaring van het stemmen horen maakt.

Bron: Coleman, 2004; Romme & Escher, 2012.

Per individu kan de beleving en invulling van de verschillende fasen sterk verschillen, herstel is vaak een proces van vallen en opstaan.

Het is niet voor alle stemmenhoorders haalbaar om de stemmen te leren accepteren en een verstandhouding op te bouwen met de stemmen. Bij deze groep mensen met stemmen dient het streven naar herstel en participatie echter niet gestaakt te worden, maar is het wel van belang dat de hulpverlening zich aanpast op de belevingswereld, de mate van inzicht en zelfredzaamheid van de stemmenhoorder.

5.6.3 Stigma en empowerment bij stemmen horen

Stigma wordt omschrijven als een ongewenste, beschamende eigenschap die de status van een individu in de ogen van anderen in de gemeenschap verlaagd.

Dit gebeurt op grond van gemeenschappelijke, afwijkende kenmerken en/of gedragingen die angst of afkeer oproepen. Bij mensen die stemmen horen kan dit een belemmering

zijn in het herstelproces. Voor een algemeen overzicht van destigmatisering in de ggz wordt verwezen naar de Generieke Module [Destigmatisering](#).

Tijdens het herstel, participatie en re-integratie bij stemmen horen ligt de aandacht vooral op het vlak van persoonlijke acceptatie, het verminderen van zelfstigma en het verkrijgen van inzicht in de relatie tussen het stemmen horen en emoties.

Bron: Romme & Morris, 2013

Hiermee kan worden gezocht naar een nieuwe balans in het leven, waarbij zelfstandigheid en empowerment belangrijke aspecten zijn. Empowerment kan worden omschreven als: “het ontwikkelen van eigen kracht, talenten en mogelijkheden en de ontwikkeling van inzicht en acceptatie van onmogelijkheden en beperkingen”.

Bron: Handreiking Herstelondersteunende Zorg, 2012

Dit proces kan worden begeleid door een individueel therapeut, lotgenotencontact of begeleiding van een ervaringsdeskundige. Ook de naastbetrokkenen van de stemmenhoorder kunnen een belangrijke rol spelen in destigmatisering en herstel, een familie-ervaringsdeskundige kan hen goed bijstaan in dit proces.

Individuele en collectieve empowerment zijn onderdelen van herstelondersteunende zorg die een destigmatiserend effect wil bewerkstelligen, onder andere met een normaliserende houding ten opzichte van stemmen horen als menselijke variatie die niet enkel als symptoom van ziekte hoeft te worden gezien. Een vorm van collectieve empowerment zijn steungroepen die volledig voor en door stemmenhoorders gedraaid worden. Voorbeelden hiervan zijn het RIBW Steunpunt Stemmen horen in Nijmegen en Den Haag (zie achtergronddocument [Steunpunt Stemmen Horen](#)) voor de werkwijze ‘Omgaan met Stemmen horen’ die hier wordt gehanteerd. Deze methodiek richt zich onder andere op het opdoen van ervaringskennis: wat helpt wel en wat helpt niet bij stemmen horen? Onderdelen van deze vorm van ondersteuning zijn: voorlichting, in kaart brengen van het levensverhaal, ervaringen met stemmen horen en ervaringskennis en betekenisgeving. Hoewel in de praktijk wel positieve resultaten van deze steunpunten gezien worden, is de kwaliteit van de wetenschappelijke evidentie voor effectiviteit vooralsnog laag.

Een andere vorm van empowerment is de inzet van ervaringsdeskundige stemmenhoorders in zowel de zorg, het onderwijs als onderzoek.

Bron: Silberman, S. (2015)

Diverse organisaties in Nederland bieden ervaringsdeskundige ondersteuning bij stemmen horen, bijvoorbeeld Stichting Weerklank, Steunpunt Stemmen Horen Nijmegen & Rivierenland, Steunpunt Stemmen Horen Haaglanden en Hersteltalent. Verder zijn er een aantal ervaringsdeskundigen die ofwel op persoonlijke titel ondersteuning bieden, ofwel deel uitmaken van een multidisciplinair team. Verschillende vormen waarop ervaringsdeskundigen ondersteuning aan stemmenhoorders bieden, zijn: open spreekuur, individuele ondersteuning, groepsondersteuning (lotgenotencontact), cursussen en workshops. Tenslotte zijn er ervaringsdeskundigen actief op het gebied van informeren en ondersteunen van naasten van stemmenhoorders. Voor meer informatie: [Generieke Module Ervaringsdeskundigheid](#).

6. Organisatie van zorg

Autorisatiedatum 20-11-2017 Beoordelingsdatum 18-06-2021

6.1 Inleiding

De prevalentiecijfers van stemmen horen in het kader van verschillende diagnoses laten zien dat dit fenomeen regelmatig voorkomt over de volle breedte van de ggz. Dit houdt in dat vrijwel elke setting in de ggz te maken krijgt met zorg bij stemmen horen. De zorg rondom stemmen horen kan worden verleend in zelfstandige praktijken, ggz-instellingen, de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis of een universitair medisch centrum. Per setting zijn er verschillen in de organisatie van de zorg welke in algemene zin beschreven staan in het [Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ](#). In deze module worden algemene kenmerken van de organisatie van de zorg rondom stemmen horen besproken.

Mensen die professionele hulp krijgen voor het horen van stemmen krijgen dikwijls meerdere behandelingen tegelijk aangeboden en daarom is de opzet van de zorg meestal multidisciplinair van aard. Bij deelname aan een speciale polikliniek voor stemmen horen komt het bijvoorbeeld voor dat de stemmenhoorder een dagprogramma volgt waarbij groepstherapie, individuele therapie, voorlichting en vaktherapie plaatsvindt. Ook wanneer behandeling niet vanuit een dagprogramma plaatsvindt, kan het zijn dat de stemmenhoorder meerdere vormen van zorg tegelijk ontvangt, bijvoorbeeld medicatie, psychotherapie en deelname stemmenhoordersgroepen. Monodisciplinaire behandeling bij een vrijgevestigde zorgverlener zoals psycholoog of psychiater is echter ook goed mogelijk. Daarnaast is multidisciplinaire samenwerking goed mogelijk in een professioneel netwerk van zorgverleners. Waar behandeling is aangewezen hangt van meerdere factoren af, waaronder de complexiteit en de hoofdiagnose.

6.2 Betrokken zorgverleners

In [De zorg rondom stemmen horen](#) zijn de diagnostiek en behandeling bij stemmen horen uitgebreid aan bod gekomen. Hieruit is duidelijk dat er een breed scala aan mogelijkheden is waarbij verschillende typen zorgverleners betrokken kunnen zijn. Welk type zorg de zorgverlener mag bieden hangt af van de bevoegdheid en bekwaamheid, dat wil zeggen dat de zorgverlener een specifieke opleiding moet hebben gevolgd en voldoende relevante werkervaring moet hebben of onder supervisie werkt. Ook moet de zorgverlener zijn competenties onderhouden middels bijscholing en intervisie. Voor de kwaliteitseisen per beroepsgroep verwijzen wij naar het [Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ](#).

6.3 Samenwerking

6.3.1 Samenwerking binnen de zorginstelling

De zorg voor mensen die stemmen horen is vaak multidisciplinair van aard. Daarom moeten een goede samenwerking en continuïteit van zorg gewaarborgd worden. Binnen een zorginstelling is het belangrijk dat er met regelmaat intervisie en informatieoverdracht plaatsvindt tussen de betrokken zorgverleners.

Omdat stemmen horen als symptoom bij diverse aandoeningen voorkomt, zal de zorg niet binnen een stoornisspecifiek zorgpad passen. Veel instellingen zijn echter wel in dergelijke zorgpaden ingericht, waardoor het risico bestaat dat niet iedereen gelijke toegang heeft tot adequate zorg voor stemmen horen. Het is daarom van groot belang dat er overleg plaatsvindt tussen verschillende afdelingen en teams binnen instellingen, zodat men op de hoogte is van de beschikbare behandelingen. Op deze manier kunnen patiënten op tijd voor een (deel)behandeling voor stemmen horen doorverwezen worden.

6.3.2 Samenwerking tussen zorginstellingen

UMC's en GGZ-instellingen kunnen de stemmenhoorder een keuze bieden uit verschillende behandelingen en bovendien twee of meer behandelingen combineren voor maximaal effect. Ook vrijgevestigde psychologen, psychotherapeuten of psychiaters kunnen meerdere behandelvormen voor stemmen horen aanbieden en tegelijk aanbieden, zo nodig. Indien ze dat niet kunnen bieden, kunnen ze een samenwerking aangaan met andere hulpverleners in hun professionele netwerk of met een grotere GGZ-instelling.

Lotgenotencontact wordt vaak toegevoegd aan andere behandelingen en is zowel binnen grotere instellingen als in aparte vorm te verkrijgen bij een aantal stemmenhoordersgroepen in Nederland. Deze groepen worden altijd gefaciliteerd door ervaringsdeskundigen of door ervaringsdeskundigen en een hulpverlener. Bij minder zware problematiek of wanneer de stemmenhoorder daar speciaal voor kiest kan het voorkomen dat lotgenotencontact de enige vorm van ondersteuning is.

Het is belangrijk dat de samenwerking tussen zorgaanbieders rondom stemmen horen goed verloopt, en op gelijkwaardig niveau met patiënten en hun naaste omgeving. Voor het voeren van een juiste samenwerking op het gebied van verwijzen, overleg, consultatie, terugrapportage en gedeelde begeleiding wordt verwezen naar de [Landelijke ggz samenwerkingsafspraken \(LGA\) tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz](#) en het rapport '[Over de brug](#)'.

De afspraken voor verwijzing per zorgechelon worden conform de LGA in het kader van stemmen horen als volgt aangehouden:

Begeleiding in de huisartsenpraktijk (waarmee zowel de huisarts als de praktijkondersteuner ggz (POH-GGZ) wordt bedoeld) is geïndiceerd bij:

- Stemmen horen, met of zonder DSM-classificatie, met lichte of matige lijdensdruk en disfunctioneren EN van relatief korte duur.

- Stabiel chronisch stemmen horen waarbij geen sprake is van crisisgevoeligheid en een laag risico op terugval.
- Stemmen horen en een eigen voorkeur voor begeleiding in de huisartsenpraktijk en bij wie het motiveren voor behandeling in de ggz niet succesvol is en er geen ernstig gevaarcriterium aanwezig is.

Hierbij wordt aangetekend dat iemand die voor een eerst stemmen hoort en daarvoor hulp wil, ook bij licht tot matig lijdensdruk en disfunctioneren verwezen wordt door de huisarts voor diagnostiek en behandeling. Dit kunnen namelijk tekenen van een vroege psychose zijn, of van een andere onderliggende aandoening waarvoor psychotherapie is aangewezen. Psychotherapeutische behandelingen vinden niet plaats in de huisartsenpraktijk.

Patiënten die stemmen horen zonder lijdensdruk behoeven geen specifieke begeleiding en kunnen inderdaad door de huisartsenpraktijk behandeld blijven.

Daarnaast zijn er patiënten met chronische ernstige psychiatrie, die bijvoorbeeld jarenlang (depot) antipsychotica gebruiken en in een verzorgingshuis of beschermd wonen verblijven. Er is sprake van ernstig disfunctioneren, maar zij geven geen problemen of gevaar. Deze patiënten kunnen door de huisarts behandeld worden, mits deze zich daarvoor voldoende bekwaam voelt.

Verwijzing naar de generalistische basis ggz is geïndiceerd bij:

- Stemmen horen waarbij het vermoeden van een DSM-classificatie aanwezig is met: matige tot ernstige lijdensdruk en disfunctioneren OF een zekere mate van gevaarsrisico in aanwezigheid van beschermende factoren zoals: adequate coping, werk of structurele daginvulling en dagelijks steunsysteem.
- Het uitblijven van verbetering na begeleiding in huisartsenpraktijk (na twee maanden).
- Stabiele chronische problematiek waarbij sprake is van een hoger risico op terugval.

Verwijzing van patiënten naar de gespecialiseerde ggz is geïndiceerd bij:

- Stemmen horen bij (het vermoeden van) een DSM-classificatie met: ernstige lijdensdruk en disfunctioneren OF recidiverende ernstige problematiek OF complexe problematiek die om multidisciplinaire behandeling vraagt (dit kan plaatsvinden binnen een professioneel samenwerkingsverband) OF hoog risico op verwaarlozing, geweld, suïcide, zelfbeschadiging of mishandeling.
- Indicatie voor out-reachende of bemoeizorg (F-ACT).
- Het uitblijven van effect na behandeling in de generalistische basis ggz (na drie tot vier maanden).
- Het uitblijven van verbetering bij de behandeling in de huisartsenvoorziening (na twee maanden), waarbij de ernst en complexiteit behandeling in de generalistische basis ggz niet geschikt maakt.
- Instabiele chronische problematiek bij wie onvrijwillige behandeling noodzakelijk is.

6.4 Competenties

6.4.1 Diagnostiek bij stemmen horen

Wanneer het stemmen horen als symptoom wordt betrokken in de klinische diagnostiek om tot een specifieke stoornisclassificatie te komen, dient deze inschatting gemaakt te worden door een zorgverlener die bekwaam en bevoegd is tot het diagnosticeren van psychische stoornissen en goed bekend is met de differentiaaldiagnostiek (inclusief somatische ziektebeelden) van stemmen horen.

6.4.2 Fenomenologie bij stemmen horen

Vaak is het gewenst om het stemmen horen fenomenologisch in kaart te brengen zodat de lijdensdruk die het te weeg brengt bepaald kan worden en de behandeling op de juiste manier kan worden ingestoken. Dit kan helpen om een geïnformeerde keuze te maken bij het inzetten van bepaalde copingstrategieën, een specifiek CGT protocol voor stemmen die angst, depressie of schaamte oproepen, of om de behandelrelatie tussen patiënt en zorgverlener meer diepgang te geven. De assessment kan worden gemaakt door de hulpverlener die bevoegd en bekwaam is om de behandeling die op de assessment volgt, uit te voeren.

6.4.3 Behandeling

Crisismanagement

Wanneer het stemmen horen leidt tot crisisgevoeligheid is het raadzaam om een [Crisisplan](#) op te stellen. Een crisisplan dient primair door de stemmenhoorder, regiebehandelaar

regiebehandelaar: Voor duiding van de rollen, taken en verantwoordelijkheden van de professional als indicierend of coördinerend regiebehandelaar, verwijzen we naar het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ.

[Meer informatie](#)

en zo mogelijk naastbetrokkene, medebehandelaar en huisarts te worden opgesteld. Indien de stemmenhoorder een woon- of werkbegeleider, of juridisch of financieel bewindvoerder heeft, kan deze uiteraard ook betrokken te worden. Het is belangrijk dat alle betrokken partijen in de zorg op de hoogte zijn van het crisisplan.

Copingstrategieën

Het aanleren en verbeteren van copingstrategieën bij stemmen horen kan in individueel of in groepsverband plaatsvinden. De zorgverlener die deze vorm van zorg verleent dient over voldoende expertise en opleiding te beschikken om over het specifieke

onderwerp dat aan bod komt in de klinische praktijk aan te mogen bieden.

Farmacotherapie

Het voorschrijven van farmacotherapie bij stemmen horen is voorbehouden aan een arts of verpleegkundig specialist. Gezien het brede spectrum aan mogelijke bijwerkingen dient de keuze voor een specifiek antipsychoticum in overleg met een psychiater te gebeuren.

Psychologische en psychotherapeutische behandelingen

Zorgverleners die [Psychologische en psychotherapeutische behandelingen](#) verlenen, dienen over voldoende scholing te beschikken om met de betreffende patiëntgroep te mogen werken en bekwaam zijn in het uitvoeren van de specifieke interventie.

Hersenstimulatie

Behandeling middels hersenstimulatie (TMS en tDCS) bij stemmen horen staan niet geregistreerd als voorbehouden handeling. Zorgverleners die deze vorm van behandeling verlenen dienen echter wel voldoende scholing en kennis van veilig handelen te hebben om deze techniek toe te passen.

Stemmenhoordersgroepen

Stemmenhoordersgroepen worden geleid door twee 'facilitators': twee ervaringsdeskundigen of een ervaringsdeskundige en een professional. Buiten de muren van de GGZ worden deze groepen veelal geleid door twee ervaringsdeskundigen. De facilitators dienen geschoold te zijn in de [Maastrichtse benadering](#). Bij de stemmenhoordersgroepen wordt veel gebruik gemaakt van herstelverhalen en lotgenotencontact.

6.5 Kwaliteitsbeleid

De kwaliteit van zorg bij stemmen horen kan primair worden gewaarborgd door regelmatig met de stemmenhoorder en naastbetrokkene af te stemmen of men tevreden is over de zorg. Op organisatieniveau kan het algemene kwaliteitsbeleid van de zorginstelling gevolgd worden, of het individuele kwaliteitsstatuut van de ambulante zorgverlener. Vaak wordt hiervoor gebruik gemaakt van *routine outcome monitoring* (ROM) onderzoeken, voor andere indicatoren, zie [Kwaliteitsindicatoren](#).

Van groot belang is de keuzemogelijkheid voor de stemmenhoorder. Het aanbod dient voldoende breed te zijn zodat er van aanpak kan worden gewisseld wanneer een therapievorm niet goed aansluit bij de persoon of wanneer er onvoldoende resultaten geboekt worden. Dit aanbod hoeft niet per se bij één hulpverlener beschikbaar te zijn, dat kan ook in verschillende organisaties worden aangeboden, in goede afstemming. Uiteindelijk is het doel van de zorg rondom stemmen horen om persoonlijk herstel en een betere kwaliteit van leven bij de stemmenhoorder te bewerkstelligen. Deze aspecten zijn niet lineair overeenkomstig uit te drukken in enig fenomenologisch aspect

van stemmen horen.

6.6 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg

Er is geen specifiek wetenschappelijk onderzoek gevonden naar kosteneffectiviteit rond de zorg bij stemmen horen. De verantwoordelijkheid voor kosteneffectiviteit en doelmatige zorg ligt daarom bij de behandelverantwoordelijke/regiebehandelaar en de stemmenhoorder. Deze zien er samen op toe dat de behandeling doelmatig verloopt.

6.7 Financiering

6.7.1 Algemeen

Een kwaliteitsstandaard beschrijft wat goede zorg is, ongeacht de financieringsbron (Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), aanvullende verzekering of eigen betaling door de cliënt/patiënt). Onderschrijving van de kwaliteitsstandaard door een financier, dan wel opname in het Register van Zorginstituut Nederland, betekent niet dat de beschreven zorg per definitie vergoed wordt door een financier.

Voor vergoeding van de beschreven zorg heeft de patiënt/cliënt mogelijk een aanspraak op een van de financiers. In het geval van de Zvw is het echter aan het Zorginstituut Nederland om te duiden wat verzekerde zorg is binnen het basispakket. Hetgeen betekent dat de goede zorg beschreven in de kwaliteitsstandaard niet gelijk staat aan verzekerde zorg conform het basispakket.

6.7.2 Specifiek

Gezien het in [Zorg rondom stemmen](#) besproken effect van verschillende interventies is het van groot belang dat deze behandelingen voor iedereen die stemmen hoort en daar negatieve gevolgen van ondervindt toegankelijk zijn. Er bestaan in Nederland verschillende bronnen van financiering voor het leveren van medische zorg, zoals de basiszorgverzekering, de aanvullende zorgverzekering, de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Hieronder zal per zorgdomein worden toegelicht vanuit welke bron of combinatie van bronnen deze het beste gefinancierd kan worden.

Op dit moment valt niet alle zorg die in deze module beschreven staat onder vergoede zorg. Om voor vergoeding in aanmerking te komen is het onder andere belangrijk dat zorg bewezen effectief is. Van behandelingen als antipsychotica, CGT en TMS heeft deze module aangetoond dat het wetenschappelijk bewijs voor effectiviteit bij stemmen horen overtuigend is. TMS valt nog niet onder vergoede zorg. Bij andere interventies kan dit nog niet gezegd worden omdat de staat van het wetenschappelijk onderzoek nog niet zo ver is, het is dus niet zo dat deze interventies bewezen *oneffectief* zijn. Deze module is zo opgebouwd dat de adviezen en handvatten voor goede zorg in eerste instantie uit gaan van zorg waar wetenschappelijke evidentie voor is. Tegelijkertijd wil deze module

ook het patiëntperspectief tot zijn recht laten komen en daarom zijn behandelingen toegelicht waar in de praktijk goede ervaringen mee zijn bij de behandeling van stemmen horen. Het is belangrijk dat onderzoek naar deze behandelvormen, en naar personalized care bij stemmen horen actief gestimuleerd wordt.

6.7.3 Diagnostiek/indicatiestelling bij stemmen horen

Deze vorm van zorg wordt geleverd vanuit vrijgevestigde praktijken door professionele zorgverleners, ggz instellingen en ziekenhuizen, de financiering wordt vanuit de basisverzekering verzorgd.

6.7.4 Behandeling bij stemmen horen

Deze vorm van zorg wordt geleverd vanuit vrijgevestigde praktijken (door professionele zorgverleners), GGZ instellingen en ziekenhuizen. De financiering wordt vanuit de basisverzekering verzorgd. In de module besproken vormen van behandeling verleend door professionele zorgverleners omvatten: [Psychologische en psychotherapeutische behandeling](#), [Medicamenteuze behandeling](#), [Fysische stimulatietechnieken](#), [Vaktherapie](#) en [Crisisinterventie](#).

6.7.5 Herstel-, participatie-, en langdurige chronische GGZ

Zorg die specifiek gericht is op herstel- en participatieondersteuning, wordt veelal georganiseerd vanuit Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW). Deze zorg wordt gefinancierd vanuit de WMO.

7. Kwaliteitsindicatoren

Autorisatiedatum 20-11-2017 Beoordelingsdatum 18-06-2021

7.1 Algemeen

Akwa GGZ begeleidt het project 'doorontwikkeling ROM' waarin gekeken wordt hoe de professional de patiënt kan monitoren. Afhankelijk van de in het individueel zorgplan opgenomen doelen, kunnen patiënt en behandelaar samen beslissen hoe en wanneer er geëvalueerd wordt. Dit evalueren kan aan de hand van een set indicatoren en bijhorende meetinstrumenten.

7.2 Specifiek

Het waarborgen van de kwaliteit van zorg behoort tot de doelstellingen van de Generieke Module Stemmen horen. Het is belangrijk dat belanghebbende partijen in de zorg inzicht krijgen in de kwaliteit van de geboden behandeling bij stemmen horen. Dit inzicht wordt ten dele verkregen door metingen te verrichten aan verschillende onderdelen van het zorgproces en behandeluitkomsten. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van verschillende typen indicatoren, zoals uitkomstindicatoren (geven een maat voor de uitkomst van het zorgproces), procesindicatoren (geven een maat voor de uitvoering van de zorg) en structuurindicatoren (geven een maat voor de kwaliteit van de zorginstelling).

Dergelijke indicatoren hebben een signaalfunctie. Ze zijn bedoeld om een evaluatie te maken van de geleverde zorg. Een indicator is per definitie generiek en dit betekent dat de uitkomst per zorginstelling deels afhankelijk is van factoren die niet in de indicator zijn opgenomen. De uitkomst moet dus altijd in de context van de zorgaanbieder gezien worden. Daarom kunnen indicatoren nooit als absoluut maatgevend worden beschouwd of gebruikt als alleenstaand prestatie criterium. Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ zal generieke kwaliteitsindicatoren gaan ontwikkelen die ook op deze module van toepassing zullen zijn.

8. Implementatieplan

Autorisatiedatum 09-07-2019 Beoordelingsdatum 09-07-2019

8.1 Kwaliteitsstandaarden

Volgens de definitie van Zorginstituut Nederland beschrijft een kwaliteitsstandaard in algemene termen wat goede zorg is vanuit het perspectief van de patiënt. Zowel richtlijnen, zorgstandaarden als generieke modules vallen onder de verzamelnaam 'kwaliteitsstandaard'.

'kwaliteitsstandaard'.: Kwaliteitsstandaarden zijn niet statisch maar worden periodiek beoordeeld of aanpassing c.q. uitbreiding nodig is. Vanaf publicatie van een standaard vindt jaarlijks een eenvoudige beoordeling plaats waarbij (kleine) aanpassingen waar nodig worden verwerkt. Eens in de 4 jaar start een volledige revisiebeoordeling van iedere standaard.

Een zorgstandaard biedt voor álle professionals, patiënten en hun naasten een kapstok door te beschrijven hoe integrale zorg bij een bepaalde aandoening er uit ziet vanuit het perspectief van de patiënt (beschrijving optimale zorg). Een zorgstandaard beschrijft het complete zorgcontinuüm (ofwel alle fases waar een patiënt mee te maken krijgt of kan krijgen) voor een bepaalde psychische aandoening. In een zorgstandaard komt niet alleen een groot aantal mogelijke zorgproblemen aan de orde, maar wordt ook expliciet de organisatie van het zorgproces beschreven. Dat alles bezien vanuit het perspectief van de patiënt.

Een richtlijn is een document met aanbevelingen voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met psychische aandoeningen, gebruikmakend van wetenschappelijk onderzoek aangevuld met expertise en ervaringen van professionals, patiënten en naasten. Voor specifieke situaties gebruiken professionals de richtlijnen die relevant zijn voor hun specifieke beroepsgroep en specifiekere dan de zorgstandaard ingaan op wat er op dát moment aan zorg geleverd kan worden (beschrijving minimale zorg). Aan één zorgstandaard kunnen dus meerdere richtlijnen ten grondslag liggen (bijvoorbeeld de NHG-richtlijnen van huisartsen, een MDR opgesteld en geautoriseerd door psychiaters en psychologen, richtlijnen voor verpleegkundigen, etc.).

Een generieke module biedt, net als een zorgstandaard, professionals, patiënten en naasten een kapstok door te beschrijven hoe integrale zorg er uit ziet vanuit het perspectief van een patiënt. Het verschil tussen een zorgstandaard en een generieke module is dat een zorgstandaard stoornis specifiek is en een generieke module juist zorgcomponenten of zorgonderwerpen beschrijft die relevant zijn voor meerdere

psychische aandoeningen. De zorg die wordt beschreven in een generieke module kan, afhankelijk van de aandoening, in één of meerdere fases van het zorgproces van toepassing zijn.

Zorgstandaarden, richtlijnen en generieke modules vormen een eenheid. Hiermee kunnen de professional en de patiënt samen de behandeling vormgeven.

8.2 Gebruik van kwaliteitsstandaarden

Zorgstandaarden en generieke modules vormen samen met multidisciplinaire richtlijnen, wet- en regelgeving en beroepsethiek de basis voor de zorgprofessional om tot goede zorg te komen (de professionele standaard).

(de professionele standaard): De professionele standaard in de gezondheidszorg is het geheel van professionele medische normen dat beschrijft wat in een bepaalde situatie 'goed handelen' is. De professionele standaard zorgt ervoor dat zorgverleners goede, veilige en verantwoorde zorg leveren. De professionele standaard is als zodanig geen regel, maar een 'kapstok', die nader is uitgewerkt in wetten, richtlijnen, protocollen, beroepscode, uitspraken van de tuchtrechter, kwaliteitsstandaarden, gedragsregels en handreikingen. De professionele standaard kan dus gezien worden als de gedeelde waarden en normen binnen een beroepsgroep.

[Meer informatie](#)

De zorgprofessional kan er beargumenteerd van afwijken als - naar zijn oordeel en in samenspraak met de patiënt - de belangen van de patiënt daarmee beter zijn gediend vanwege diens specifieke situatie en voorkeuren.

De toepassing van professionele standaarden komt voort uit het [Burgerlijk wetboek, artikel 453](#). Daarin staat dat de hulpverlener bij zijn werkzaamheden 'de zorg van een goed hulpverlener in acht moet nemen en daarbij handelt in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard.'

professionele standaard.: Artikel 1 van de Zorgverzekeringswet geeft de definitie van een professionele standaard: een richtlijn, module, norm, zorgstandaard dan wel organisatiebeschrijving, die betrekking heeft op het gehele zorgproces of een deel van een zorgproces. Een professionele standaard legt vast wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de patiënt goede zorg te verlenen en is in een openbaar register opgenomen.

[Meer informatie](#)

Een kwaliteitsstandaard beschrijft in algemene termen wat goede zorg is vanuit het perspectief van de patiënt. Kwaliteitsstandaarden zijn echter geen doel op zich. Zij hebben een functie in het proces van kwaliteitsbevordering. Kwaliteitsstandaarden vervullen een onmisbare functie in de kwaliteitscyclus. In die context bevorderen ze de [kwaliteit en doelmatigheid van de zorg](#). Op welke wijze zorgaanbieders en financiers, maar ook patiënten/burgers en zorgverzekeraars kwaliteitsstandaarden gebruiken in de respectievelijk zorginkoopmarkt en zorgverzekeringsmarkt is aan hen om in te vullen.

8.3 Bestaande praktijk en vernieuwingen

Een kwaliteitsstandaard beschrijft grotendeels de bestaande praktijk ten aanzien van de zorg voor mensen met psychische klachten en aandoeningen. In de standaard zijn verwijzingen opgenomen naar onderliggende richtlijnen en veldnormen van de afzonderlijke beroepsgroepen. Zo is de standaard voor een groot deel al ingebed in het dagelijks werk van de zorgprofessional.

Deels bevat de kwaliteitsstandaard nieuwe elementen of komen bestaande elementen prominenter naar voren in de inhoud en organisatie van zorg. De kwaliteitsstandaard is geschreven vanuit het perspectief van de patiënt en diens naaste. Aandacht voor herstel en eigen regie komen daardoor nadrukkelijker aan bod dan in bijvoorbeeld richtlijnen; gezamenlijke besluitvorming over de behandeling door patiënt en professional vormt in alle standaarden een kernelement. Andere elementen zijn bijvoorbeeld de wijze waarop de verschillende zorgonderwerpen met elkaar in verband gebracht worden (multidisciplinair en integraal), het betrekken van naasten en ervaringsdeskundigen en het monitoren van de behandeling. De opstellers van deze kwaliteitsstandaard zijn zich ervan bewust dat de implementatie van deze elementen een transitie betekent die een gemeenschappelijke inspanning vraagt van zorgverleners, zorgaanbieders, patiënten en financiers. Al deze partijen zetten zich gezamenlijk in om deze kwaliteitsstandaard zo goed en zo snel mogelijk te implementeren.

8.4 Bestaande afspraken

Zorgprofessionals en zorgaanbieders in de 'brede ggz' zijn nu aan zet. Zij moeten kennisnemen van de inhoud van deze kwaliteitsstandaard en vervolgens aan de slag gaan met de implementatie ervan. Zorgprofessionals en zorgaanbieders hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor implementatie in hun eigen organisatie. Koepel-, branche en beroepsorganisaties helpen hun leden hierbij.

Een aantal algemene thema's speelt bij de implementatie van (vrijwel) alle standaarden een rol. Dit zijn thema's waar in algemene zin aandacht voor moet zijn én aandacht voor moet blijven om de kwaliteit van de zorg steeds verder te verbeteren. Het gaat om de zes thema's bewustwording en kennisdeling, samenwerking, capaciteit, behandelaanbod, financiering en ICT. Dit zijn ook thema's waar in sommige gevallen zorgen over zijn en knelpunten worden gezien bij implementatie van de standaarden. Implementatie-activiteiten voor deze zes thema's moeten geen losstaande actiepunten zijn. In de meeste gevallen zijn deze actiepunten al onderdeel van bestaande afspraken

zoals onder andere verwoord in het [Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg \(ggz\) 2019 t/m 2022](#) en [Bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019 t/m 2022](#). Landelijke implementatie van de kwaliteitsstandaarden in het veld is daarmee direct gekoppeld aan de planning en gemaakte afspraken in deze bestuurlijk akkoorden.

8.5 Algemene implementatie thema's

De implementatie van de kwaliteitsstandaard vraagt tijd en energie van alle partijen. Maar dat is niet voor niks: werken volgens kwaliteitsstandaarden biedt ook kansen voor effectievere en doelmatiger behandelingen.

De afspraken in het algemene deel van het plan richten zich daarom vooral op uitvoerbaarheidsissues die een landelijke aanpak vragen om implementatie op lokaal/regionaal niveau mogelijk te maken. Iedere regio en iedere zorgaanbieder is anders. De hoeveelheid informatie die nog geïmplementeerd moet worden en hoe dat het beste gedaan kan worden, verschilt per situatie. Op lokaal niveau moet implementatie verder worden ingevuld, bijvoorbeeld in de vorm van een (lokaal) uitvoeringsplan.

8.5.1 Bewustwording en kennisdeling

Verandering begint bij bewustwording. Ook in de ggz. De zorgstandaarden en generieke modules stellen, meer dan zorgverleners tot nu toe gewend waren van professionele standaarden, expliciet het perspectief van patiënten centraal. Dat kan misschien wel tot een ander gesprek in de behandelkamer leiden, waarin via gezamenlijke besluitvorming mogelijk ook andere keuzes voor behandeling en begeleiding worden gemaakt. Kennisdeling en bewustwording zijn de sleutelwoorden om deze verandering te realiseren.

Kennisdeling draagt bij aan het beter begrijpen van de impact die psychische aandoeningen op een patiënt hebben en van hun wensen en ideeën over behandeling en herstel. Kennis delen gebeurt op verschillende niveaus: in de (basis)opleiding tot zorgprofessionals, tijdens bij- en nascholing van professionals maar kan ook bijvoorbeeld via een landelijke campagne. Het delen van kennis kan hierdoor bijdragen aan:

- het verminderen van stigma over mensen met psychische aandoeningen, in de zorg maar ook daarbuiten;
- het realiseren van een cultuuromslag in eigen organisatie;
- het creëren van een draagvlak voor het gebruik en de inhoud van de standaard;
- oog hebben voor specifieke problematiek;
- oog hebben voor eventuele risico's.

Landelijke afspraken

Iedere professional zorgt ervoor dat hij de kwaliteitsstandaarden kent die voor uitoefening van zijn beroep nodig zijn. Zorgaanbieders faciliteren hun medewerkers, zodat zij deel kunnen nemen aan de benodigde bij- en nascholing.

Het bestuurlijk akkoord bevat een groot aantal actiepunten die kennisdeling over en bewustwording van de kwaliteitsstandaarden stimuleren:

- Partijen benadrukken dat het belangrijk is dat professionals kunnen werken volgens de geldende kwaliteitsstandaarden. Daartoe moeten professionals voldoende in de gelegenheid worden gesteld om bij- en nascholing te volgen. De financiering daarvan is onderdeel van de contracteringsafspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.
- Partijen hebben met elkaar afgesproken dat beroepsgroepen structureel de doorontwikkeling van opleidingen borgen die betrekking hebben op de ggz en op begeleiding (opleidingseisen en -structuren, onderwijsprogramma's en examinering). De zorgstandaarden worden ingebed in de opleidingen.
- Het akkoord bevat afspraken over bijvoorbeeld het beschikbaar stellen van extra opleidingsplaatsen voor gz-psychologen en het in beeld brengen van de personele capaciteitsbehoefte.

Deze afspraken ten aanzien van opleiding dragen bij aan het verankeren van kennis over en gebruik van kwaliteitsstandaarden in de praktijk. Onderstaande partijen zetten zich in voor de uitvoering van deze afspraken op landelijk niveau.

Lokale oplossingsrichtingen

Professionals in de ggz hebben de 'verantwoordelijkheid' om hun collega's in aanpalende domeinen daar waar nodig kennis bij te brengen over psychische aandoeningen en over de (inhoud van) de daarbij behorende kwaliteitsstandaard. Denk hierbij aan het organiseren van een cursus of voorlichting over psychische aandoeningen aan collega's van de somatische afdelingen in het ziekenhuis of een informatiebijeenkomst over jeugd-ggz aan gemeenten.

8.5.2 Samenwerking

Zorgverleners functioneren in professionele netwerken binnen de gezondheidszorg en het sociale domein. Vaak zijn er meerdere professionals betrokken bij de behandeling en is een duidelijke rolverdeling tussen die professionals (binnen en tussen organisaties) nodig. Voor een goede implementatie van kwaliteitsstandaarden maken professionals (in en buiten de ggz), aanbieders, financiers en andere betrokkenen duidelijke samenwerkingsafspraken zodat de continuïteit en kwaliteit van de zorg niet in het geding komt. Goede en snelle informatie-uitwisseling (met respect voor privacy-wetgeving) en toegankelijkheid van informatie zijn daarbij belangrijke randvoorwaarden om de samenwerking goed te laten verlopen. Het [Landelijk Schakelpunt](#), waarin zorgverleners met toestemming van de patiënt eenvoudig inzicht hebben in het medicatieoverzicht van de patiënt is een voorbeeld van een hulpmiddel voor uitwisseling van en toegang tot informatie. Steeds meer GGZ-instellingen sluiten zich hier al bij aan.

Landelijke afspraken

Het bestuurlijk akkoord bevat een aantal actiepunten die de benodigde samenwerking in

het kader van implementatie van de kwaliteitsstandaarden stimuleren: in de (door)ontwikkeling van opleidingen die betrekking hebben op de ggz en op begeleiding (opleidingseisen en -structuren, onderwijsprogramma's en examinering) wordt meer aandacht besteed aan samenwerking tussen verschillende domeinen en het organiseren van integrale zorg.

Ondertekende partijen schatten in dat de invoering van [het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ](#) en de afspraken over samenwerking in het bestuurlijk akkoord voldoende helder zijn en dat voor implementatie van de standaard geen aanvullende afspraken nodig zijn.

Lokale oplossingsrichtingen

Zowel zorgprofessionals, zorgaanbieders als samenwerkingspartners besteden nu al veel aandacht aan lokale en regionale samenwerking. Dankzij deze samenwerking kunnen zij onnodige en dure zorg voorkomen. Iedere professional werkt binnen de eigen lokale en regionale context uiteraard samen met collega's, maar ook met partners zoals huisartsen, jeugdzorg, wijkteams, gemeenten, ziekenhuis, school, woningcoöperaties of UWV.

Als leidraad voor deze samenwerkingsafspraken dienen:

- De Landelijke GGZ Samenwerkingsafspraken: deze vormen de basis van afspraken tussen huisartsen, generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ.
- Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ: hierin staan werkafspraken die de zorgaanbieder maakt over het vormgeven van de afstemming en samenwerking tussen professionals, over op- en afschalen van zorg en over een goede overdracht.
- In het kader van het bestuurlijk akkoord maken gemeenten en zorgverzekeraars stapsgewijs regionale afspraken over beleid en financiering ten aanzien van integrale zorg: maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, zorg, jeugdzorg, welzijn en preventie. Zorgaanbieders en gemeenten maken afspraken over de betrokkenheid van ggz-hulpverleners bij het wijknetwerk.
- In het bestuurlijk akkoord is ook vastgelegd dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken maken over de manier waarop de zorgprofessional voldoende ruimte en tijd krijgt voor goede samenwerking en afstemming.

8.5.3 Capaciteit

Een succesvolle uitvoering van de kwaliteitsstandaarden vereist voldoende capaciteit en tijd van professionals. In de huidige praktijk staan beschikbare tijd en capaciteit van professionals onder druk. Waar in sommige gevallen sprake is van een personeelstekort is in andere gevallen sprake van een probleem rondom optimale inzet van bepaalde professionals. Het organiseren en leveren van de zorg zoals beschreven in de kwaliteitsstandaarden kan resulteren in extra druk op bepaalde beroepsgroepen, verschuiving van inzet van de ene naar de andere beroepsgroep, maar mogelijk ook in minder werkdruk doordat de standaard goed wordt uitgevoerd en/of professionals beter samenwerken.

Ook blijken er in de praktijk behoorlijk wat problemen te zijn bij verwijzingen, met name

veel te lange wachttijden voor patiënten met ernstige psychische aandoeningen die verwezen worden naar de SGGZ.

Landelijke afspraken

In het bestuurlijk akkoord is benoemd dat op dit moment sprake is van (ernstige) arbeidsmarkt-problematiek. Voor zorg en welzijn wordt in 2022 een groot personeelstekort verwacht. De bestuurlijk akkoorden (ggz en huisartsenzorg) bevatten hiervoor een aantal actiepunten:

- Bestaande (behandel)capaciteit kan beter worden ingezet via vermindering van administratieve lasten en een betere taakverdeling, beter benutten van de mogelijkheden die functiedifferentiatie en taakherschikking bieden, alsook het opleiden van professionals in de ggz, bijvoorbeeld door het beschikbaar stellen van extra opleidingsplaatsen voor gz-psychologen en het gericht in beeld brengen van de personele capaciteitsbehoefte.
- (Tijdelijk) verruimen van capaciteit van regiebehandelaren en investeren in optimaal gebruik van (behandel)capaciteit door mee te werken aan het actieprogramma 'werken in de zorg'.
- Meer inzet van praktijkondersteuners ggz of consultatie van ggz-expertise in de huisartsenpraktijk.

Met de acties zoals beschreven in de bestuurlijk akkoorden en met inzicht in de juiste capaciteitsbehoefte, wordt een basis gelegd voor de aanpak van de arbeidsmarktknelpunten in de ggz.

8.5.4 Behandelaanbod

Landelijke afspraken

De ggz-sector kent een divers zorgaanbod: grote en kleinere ggz-instellingen met eigen personeel en een groot aantal vrijgevestigde zorgverleners. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken gezamenlijk afspraken over het benodigde behandelaanbod in de regio. Gemeenten bepalen zelf de omvang van het budget voor zorg maar ook de manier waarop zij de verschillende onderdelen van het sociaal domein willen organiseren. Als blijkt dat zorgaanbieders te maken hebben met capaciteitsproblemen of budgetplafonds, dan moet het voor patiënten helder zijn waar zij terecht kunnen voor zorg. Zorgaanbieders en financiers in de regio hebben gezamenlijk de verantwoordelijkheid om de wachttijden aan te pakken. Als er te weinig behandelaars zijn, dan is het de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders om mensen te wijzen op de zorgbemiddeling

zorgbemiddeling: Zie hiervoor ook het document Q&A Wachttijden Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg, november 2018.

[Meer informatie](#)

door hun eigen zorgverzekeraar. Hierover zijn ook afspraken gemaakt in het bestuurlijk akkoord.

Lokale oplossingsrichtingen

Betere samenwerking tussen ggz-instellingen in de regio, bijvoorbeeld als het gaat om het draaien van ANW-diensten. Een voorbeeld: in sommige regio's worden ANW-diensten bijna geheel door een klein clubje psychiaters in vaste dienst gedaan, terwijl ook psychiaters die niet in vaste dienst zijn, bereid zijn mee te draaien in deze diensten. Door hier goede afspraken over te maken, kan er voldoende capaciteit en aanbod geregeld worden in de regio.

8.5.5 Financiering

Landelijke afspraken

In het 'Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg (GGZ) 2019 t/m 2022' hebben alle betrokken partijen de ambitie uitgesproken om de kwaliteit van zorg in Nederland verder te verbeteren en eraan bij te dragen dat zorg zowel nu als op de lange termijn fysiek, tijdig én financieel toegankelijk blijft voor iedereen die dat nodig heeft. Ook is afgesproken er naar te streven om op termijn de kosten in de zorg niet sneller te laten stijgen dan de economische groei.

Lokale oplossingsrichtingen

Het bestuurlijk akkoord regelt dat gemeenten en zorgverzekeraars samen met zorgaanbieders in de 'brede ggz' stapsgewijs regionaal afspraken maken over beleid en financiering ten aanzien van integrale zorg: maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, zorg, jeugdzorg, welzijn en preventie. Het cliënt- en familieperspectief is hierbij vertegenwoordigd. De volgende thema's zullen, afhankelijk van de regionale situatie, in meerdere of mindere mate aan de orde zijn:

- Preventie en vroegsignalering.
- De aanpak van personen met verward gedrag.
- Brede triage en consultatie.
- De opbouw van ambulante zorg en ondersteuning.
- De bekostiging van samenwerking tussen het zorgdomein en het sociaal domein.
- De benodigde aanpak met betrekking tot de (financiering van) EPA / multiproblematiek-doelgroep.
- Overgang 18-/18+.
- De invulling van crisis- en ANW-uren.

- De rol en bekostiging van herstelacademies en zelfregiecentra.

Hoewel afspraken zijn gemaakt om toe te werken naar regionale afspraken over integrale zorg en daaruit volgend een integrale bekostiging zijn we daar nu nog niet. Dat is ook te merken aan de knelpunten ten aanzien van financiering die worden genoemd rondom implementatie van de kwaliteitsstandaarden:

- Hoe is de continuïteit van zorg én bekostiging te borgen, bijvoorbeeld bij de overgang 18-/18+, continueren van dagbesteding als de behandeling stopt of het financieren van contingentie management bij verslaving.
- Hoe kunnen we komen tot integrale bekostiging bij specifieke doelgroepen zoals kwetsbare ouderen, mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) of mensen met zowel somatische als psychiatrische problematiek?
- Hoe kunnen we komen tot een passende bekostiging voor bijvoorbeeld inzet ervaringsdeskundigen, inzet op preventie, zorg voor mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) of zwakbegaafdheid (ZB), zorg aan patiënten met eetstoornissen in een gespecialiseerd centrum of inzet diëtist bij deze groep patiënten.

In het bestuurlijk akkoord zijn afspraken gemaakt over hoe deze vraagstukken de komende jaren kunnen worden opgelost. Zo hebben partijen zich gecommitteerd aan afspraken uit het actieprogramma 'Zorg voor de Jeugd' voor wat betreft het inzetten van acties gericht op het soepel laten verlopen van de overgang naar volwassenheid (18-/18+). En subsidieert VWS op dit moment preventiecoalities, bedoeld om structurele samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten op het gebied van preventieactiviteiten voor risicogroepen te stimuleren en activeren.

8.5.6 ICT

(Goede en snelle) informatie uitwisseling en toegankelijkheid van informatie, waarbij de privacy van de patiënt optimaal wordt geborgd, zijn belangrijke randvoorwaarden voor samenwerking tussen zorgprofessionals binnen hun professionele netwerk. De implementatie van kwaliteitsstandaarden vraagt om verdere optimalisatie van gegevensuitwisseling via ICT.

Landelijke afspraken

In het zorgbrede '[Actieplan \(Ont\)Regel de zorg](#)' is een sectoraal actieplan curatieve ggz vastgesteld. Daar waar stroomlijning van gegevensuitwisseling bij ICT-toepassingen niet mogelijk of wenselijk is treden partijen met elkaar in overleg in het Informatieberaad Zorg en kunnen partijen gezamenlijk tot besluitvorming komen. Ook besteedt het actieplan aandacht aan vermindering van administratieve last als gevolg van het EPD en aan ICT-problematiek.

Daarnaast wordt er door het ministerie van VWS geïnvesteerd in het [Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional \(VIPP\) GGZ](#). Het gaat om een budget voor instellingen die Zvw-zorg leveren om de informatievoorziening

in de curatieve geestelijke gezondheidszorg te verbeteren door het implementeren van standaarden voor gegevensuitwisseling tussen patiënt en professional, het beschikbaar stellen van deze informatie aan de patiënt, het veilig verstrekken van (informatie over) medicatie en de inzet van eHealth bij de behandeling.

Lokale oplossingsrichtingen

Welke informatie, voor welke professionals, bij welke doelgroepen en bij welke aanbieders nodig is, is een keuze die lokaal gemaakt dient te worden. Of informatie over een eerdere suïcidepoging of informatie over medicatiegebruik en mogelijke bijwerkingen bijvoorbeeld standaard beschikbaar moet zijn óf dat alle informatie over een patiënt ook voor vaktherapeuten en huisartsen via het ICT systeem van de instelling te raadplegen moet zijn, zijn keuzes die binnen het professionele netwerk en met betrokken zorgaanbieders worden gemaakt. Dát zorgprofessionals (snel) toegang moeten hebben tot (goede) informatie, gegeven bestaande werkafspraken (zie hiervoor het [Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ](#) waar iedere zorgaanbieder over dient te beschikken) én beschikbare ICT toepassingen om de continuïteit én de kwaliteit van de zorg die men met elkaar nastreeft te waarborgen, is hierbij het uitgangspunt. Dit zou bijvoorbeeld gerealiseerd kunnen worden via een zorginfrastructuur of schakelpunt.

8.6 Specifieke implementatie thema's

8.6.1 Bewustwording en kennisdeling

Er heerst een stigma bij zowel professionals als patiënten op stemmen horen. Daardoor vinden bijvoorbeeld huisartsen ,maar ook patiënten het moeilijk om erover te praten. Daarnaast komt stemmen horen zowel bij psychotische als niet-psychotische patiënten voor, waardoor veel professionals zich ook niet bewust zijn van het brede voorkomen van stemmen horen en hier te weinig actief naar vragen bij hulpzoekenden zonder een primaire psychotische stoornis.

Door meer bekendheid te geven aan en aandacht te hebben voor stemmen horen, kan het stigma worden verminderd en het probleem (het horen van stemmen) sneller worden aangepakt. Dit vraagt om meer bekendheid bij zowel professionals én patiënten over het vóórkomen van stemmen horen en normalisering van het verschijnsel.

Landelijke afspraken

De landelijke afspraken zoals vermeld in het algemene deel van het implementatieplan bieden voldoende antwoord op dit implementatievraagstuk.

Wanneer het horen van stemmen wél gediagnosticeerd wordt, zijn er verschillende effectieve behandelmogelijkheden. Deze behandelmogelijkheden zijn gericht op het verminderen van stemmen én op het leren anders om te gaan met stemmen horen. Veel professionals hebben onvoldoende kennis en expertise over de inzet van behandelingen ten behoeve van deze twee doelen. Ook is niet altijd bekend dat deze behandelingen breder ingezet kunnen worden dan alleen in de gespecialiseerde ggz.

Ook dit vraagt om het vergroten van kennis over behandeldoelen en behandel mogelijkheden in de generalistische basis ggz en de huisartsenpraktijk.

Lokale oplossingsrichtingen

Inzet van eHealth modules over stemmen horen is momenteel nog te veel beperkt tot ggz-instellingen en behandeling in de gespecialiseerde ggz. Door eHealth modules ook beschikbaar te stellen voor generalistische basis ggz en huisartsenpraktijk, kan een groter publiek worden bereikt.

8.6.2 Samenwerking

Er zijn geen specifieke knelpunten gesignaleerd ten aanzien van dit thema voor de implementatie van de kwaliteitsstandaard.

8.6.3 Capaciteit

De juiste behandeling op het juiste moment voor de juiste patiënt (die stemmen hoort) vraagt om beschikbaarheid van voldoende stemmenpoli's, apparatuur en personeel. In de huidige praktijk heerst de indruk dat er onvoldoende stemmenpoli's zijn en er niet altijd TMS-apparatuur aanwezig is. Daarnaast is het vermoeden dat er te weinig cognitief gedragstherapeuten en psychologen zijn die gespecialiseerd zijn in behandeling van stemmen horen. Deze indruk moet worden onderbouwd.

Landelijke afspraken

De landelijke afspraken zoals vermeld in het algemene deel van het implementatieplan bieden voldoende antwoord op dit implementatievraagstuk. Hierin zijn onder andere afspraken gemaakt over het gericht in beeld brengen van de personele capaciteitsbehoefte in de ggz sector.

8.6.4 Behandelaanbod

Er zijn geen specifieke knelpunten gesignaleerd ten aanzien van dit thema voor de implementatie van de kwaliteitsstandaard.

8.6.5 Financiering

TMS (transcraniële magnetische stimulatie) wordt in de generieke module stemmen horen als mogelijke behandeling voor stemmen horen genoemd. TMS is bewezen effectief bij patiënten met psychotische symptomen, net zoals CGT, maar behoort in de huidige praktijk niet tot de verzekerde zorg. Daardoor wordt TMS niet altijd ingezet.

Landelijke afspraken

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen met Zorginstituut Nederland in gesprek gaan om TMS vanuit de basisverzekering te vergoeden.

8.6.6 ICT

Er zijn geen specifieke knelpunten gesignaleerd ten aanzien van dit thema voor de implementatie van de kwaliteitsstandaard.

9. Achtergronddocumenten

Autorisatiedatum 20-11-2017 Beoordelingsdatum 18-06-2021

9.1 Overzicht verschillende interventies met onderzocht effect op stemmen horen

	Medische interventies		Gedragsmatige interventies		Cognitieve gedragstherapie "Tweede generatie"			Cognitieve gedragstherapie "Derde generatie"		Emancipatoire aanpak		Integrale aanpak
Interventie	Antipsychotische medicatie	Repetitief Transcranïële Magnetische Stimulatie	Coping training	Vaktherapie	Cognitieve Gedragstherapie	Cognitieve gedragstherapie met behulp van Virtual Reality Avatars	Relating therapy	Acceptance Commitment therapy	Mindfulness	In gaan op de ervaring van de stemmen, Accepteren als waarneming	Voice Dialogue	Hallucinatierichte integratieve therapie
Model	Ontregeling van neurotransmitters	Over- en onder-activiteit van hersengebieden	Trainen van alternatieve respons op stemmen horen	Muziektherapie en psychomotorische therapie	Catastrofale betekenisgeving van psychisch fenomeen	Catastrofale betekenisgeving van psychisch fenomeen	Catastrofale betekenisgeving van psychisch fenomeen	Normalisatie van psychische ervaring	Aandacht richten en oordeel stoppen	Relatie leggen karakteristieke stem met problemen stemmenhoorder in de levensgeschiedenis	Meerdere energie-lichamen die deel-zelf zijn	Ecdectisch model
Assessme nt	DSM classificatie psychotische stoornis met AVH	Aanwezigheid van stemmen horen	Gestructureerde interviews	Aanwezigheid van stemmen horen	Gestructureerde interviews/ vragenlijsten/ Gepersonaliseerde casusformulering	Gestructureerde interviews/ vragenlijsten/ Gepersonaliseerde casusformulering	In kaart brengen van de persoonlijke relatie met de stemmen	Aanwezigheid AVH	Geen	Maastrichtse Interview: gezamenlijke ordening van betekenissen en ervaringen in rapport	In kaart brengen "Responsible parent", "Rational Mind", "Child", "Disowned self(s)"	Gestructureerde interviews

Methode	Behandelen met antipsychotische medicatie	Stimulatie van hersengebieden door elektro magnetisme / laagstroom	Aanleren van gedrag dat de negatieve gevolgen van het stemmen horen zelf vermindert	In groepen of individueel trainen onder begeleiding.	Normaliseren. Zoeken naar alternatieve verklaringen, testen met gedrags-experimenten.	Normaliseren. Zoeken naar alternatieve verklaringen, testen met gedrags-experiment en met Virtual Reality.	Normaliseren. Zoeken naar alternatieve verklaringen met nadruk op veranderen machtsbalans.	Mindfulness oefening. Handelen middels toegewezen acties	Nadruk op sensorische werkelijkheid en accepteren/ niet beoordelen	Angst reducerende interventies; Valideren van eigen verklaring; Inaan op achterliggende problemen	Integreren van deelzelden in de persoonlijkheid	Copingtraining, CGT, Systeeminterventie, psychoeducatie, steun, rehabilitatie
Duur behandeling	Onbeperkt	1 tot 6 maanden	Niet geïndiceerd	Niet geïndiceerd	3 tot 6 maanden/ 16 zittingen	7 weken	Niet geïndiceerd	4 tot 15 zittingen	Niet geïndiceerd	Niet geïndiceerd	Niet geïndiceerd	Tot 12 maanden
Expertise behandelaar	Ptr	Getrained: Ptr / Plg / Oz	Ptr / Plg / Vkt	Vkt / Pmt	Cgt/ Gzp/ Kp	Cgt/ Gzp / Kp	Gzp / Kp/ Pt	Ptr/ Ptr/ Gzp/ Kp	Ep	Training interview	Ep	Ptr/ Ptr/ Gzp/ Kp / Spv
Effecten	Afname hallucinaties	Klein tot middelmatig effect	Afname distress bij hallucinaties indien onderdeel van HIT / Onderzoek in enge zin ontbreekt	Onvoldoende onderzoek aanwezig	Middelmatige effecten	Geen effecten bij onderpowered onderzoek	Geen effecten: slechts 6 case studies	Onderzoek ontbreekt voor stemmen/ klein tot middelmatig voor psychose	Geen effecten bij stemmen/ psychose	Onvoldoende Toetsend onderzoek aanwezig (gevalsbeschrijvingen); positief bevonden	Onvoldoende onderzoek aanwezig	Afname distress bij hallucinaties
Follow-up effecten	Effect stopt bij afbouw	Geen langdurige effecten	Onvoldoende onderzoek aanwezig	Onvoldoende onderzoek aanwezig	Blijvend effect op middellange termijn	Geen effecten	Onvoldoende onderzoek aanwezig	Onderzoek ontbreekt	Geen effecten	Idem, zie boven	Onvoldoende onderzoek aanwezig	Onduidelijk
Kwaliteit evidentie	Middelmatig	Hoog	Onvoldoende onderzoek aanwezig	Onvoldoende onderzoek aanwezig	Hoog	Zeer laag	Onvoldoende onderzoek aanwezig	Laag	Middelmatig	kwalityf	Onvoldoende onderzoek aanwezig	Zeer laag

Voor alle genoemde interventies is goede praktijkervaring. De gerapporteerde effecten en kwaliteit evidentie is een samenvatting van de resultaten uit wetenschappelijk onderzoek. AVH= auditief verbale hallucinaties, expertise behandelaar: Ptr=psychiater, Plg=psycholoog, Oz=onderzoeker, Vkt=vaktherapeut, Pmt=psychomotorisch therapeut, Cgt=cognitief gedragstherapeut, Gzp=GZ-psycholoog, Kp=klinisch psycholoog,

Pt=psychotherapeut, Ep=ervaren practitioner, Svp=sociaal-psychiatrisch verpleegkundige.

9.2 Samenstelling werkgroep

Werkgroep

Werkgroep: Op het moment van publicatie is deze generieke module nog niet geautoriseerd door de LVVP. InEen en NVKG hebben afgezien van autorisatie.

De prioriteit van Ineen ligt bij onderwerpen die betrekking hebben op bestuurlijke en organisatorische aspecten van eerstelijnszorg. Deze module is vooral zorginhoudelijk. Met de hoeveelheid zorgstandaarden en modules die op dit moment aan ons voorgelegd worden, zijn wij genoodzaakt prioriteiten te stellen. Wij zien daarom af van het beoordelen en autoriseren van deze module.

De NVKG heeft niet geparticipeerd in deze standaard en de inhoud hiervan is minder relevant voor de dagelijkse praktijk van de klinisch geriater; daarom heeft deze standaard de autorisatieprocedure van de NVKG niet doorlopen.

- Zorg/onderzoekinstellingen

Zorg/onderzoeksinstituten

Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU), Hersencentrum, afdeling Psychiatrie	Leden werkgroep: Prof. dr. Iris Sommer (hoogleraar psychiatrie), Dr. Marc Bohlken (psycholoog), Dr. Sophie Heringa (psycholoog), Dr. Guusje Collin (arts i.o. psychiater), Dr. Edwin van Dellen (arts i.o. psychiater), drs. Mascha Linszen (arts-onderzoeker), drs. Kim Maijer (psychiater).
Parnassia GGz	Lid werkgroep: Prof. dr. Mark van der Gaag (hoogleraar klinische psychologie).
PsyQ	Lid werkgroep: Dr. Karin Slotema (psychiater).
Universitair Medisch Centrum Groningen, afdeling Psychiatrie (UMCG).	Leden werkgroep: drs. Jacqueline Quak (psychiater), Dr. Marije van Beilen (GZ-psycholoog), drs. Ingrid Tewelde-Kampert (GZ-psycholoog)
Kenniscentrum Phrenos	Lid adviesgroep: drs. Irene van de Giessen (ervaringswerker).
RIBW Nijmegen & Rivierenland, Steunpunt Stemmen Horen.	Lid werkgroep: Robin Timmers, Bsc (ervaringswerker).

- Beroepsverenigingen

Beroepsverenigingen

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP)	Lid werkgroep: drs. Bert Luteijn (psychiater)
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)	Lid werkgroep: drs. Ingrid Tewelde-Kampert (GZ-psycholoog)
Vereniging voor Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (VV&VN)	Lid werkgroep: Jeanne Derks, MSc (SPV en docent bij de hogeschool van Amsterdam)
Zorgverzekeraars Nederland (ONVZ)	Lid werkgroep: drs. Paulien Dudok van Heel-Sakkers (arts)

- Patiënten- /Familie- verenigingen

Patiënten- /Familie- verenigingen

Vereniging Anoksis	Lid werkgroep: Christine Blanke (bestuurslid)
Stichting Ypsilon	Lid werkgroep: Tom Rusting (regionaal bestuur Ypsilon).
Stichting Borderline	Lid werkgroep: Paul Ulrich (bestuurslid)
Mind Landelijk Platform Geestelijke Gezondheid	Lid werkgroep: Erica van den Akker (bestuurslid).
Stichting Weerklank	Lid werkgroep: Erica van den Akker (bestuurslid)

- Bewegingen voor mensen die stemmen horen, onderzoekers en behandelaars

**Bewegingen voor mensen die stemmen horen,
onderzoekers en behandelaars:**

Stichting Leven met Stemmen / Stichting Intervoice

Lid werkgroep: Dr. Sandra Escher (journalist /
wetenschapper).

- Benaderd, maar besloten af te zien van deelname:
- Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen.
- Nederlands Huisartsen Genootschap
- Landelijke Vereniging voor Vrijgevestigde Psychotherapeuten

9.3 Literatuur

Abi-Dargham A, Rodenhiser J, Printz D, Zea-Ponce Y, Gil R, Kegeles L, et al. Increased baseline occupancy of D2 receptors by dopamine in schizophrenia. *Proc Natl Acad Sci USA* 2000; 97: 8104-8109.

Ackerman SJ, Hilsenroth MJ (2003): a Review of Therapist Characteristics and Techniques Positively Impacting the Therapeutic Alliance 38:1-33.

Ajnakina O, Trotta A, Oakley-Hannibal E, Di Forti M, Stilo SA, Kolliakou A, et al. Impact of childhood adversities on specific symptom dimensions in first-episode psychosis. *Psychol Med* 2015;46:317-26.

Anketell C, Dorahy MJ, Shannon M, Elder R, Hamilton G, Corry M, MacSherry A, Curran D, O'Rawe B. An exploratory analysis of voice hearing in chronic PTSD: potential associated mechanisms. *J Trauma Dissociation*. 2010;11(1):93-107.

Bach, P., Hayes, S.C., 2002. The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial. *J. Consult. Clin. Psychol.* 70, 1129-1139.

Ballard C, O'Brien J, Swann A, Thompson P, Neil D, McKeith I. The natural history of psychosis and depression in dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease: persistence and new cases over 1 year of follow-up. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 46-49.

Bassiony MM, Lyketsos CG. Delusions and hallucinations in Alzheimer's disease: review of the brain decade. *Psychosomatics* 2003; 44: 388-401.

Bartels-Velthuis AA, Jenner JA, Van De Willige G, Van Os J, Wiersma D (2010): Prevalence and correlates of auditory vocal hallucinations in middle childhood. *Br J Psychiatry* 196:41-46.

Bartels-Velthuis AA, van de Willige G, Jenner J a, van Os J, Wiersma D (2011): Course of auditory vocal hallucinations in childhood: 5-year follow-up study. *Br J Psychiatry* 199:296-302.

Bartels-Velthuis, A. A., Van de Willige, G., Jenner, J. A., & Wiersma, D. (2012).

Consistency and reliability of the auditory vocal hallucination rating scale (AVHRS). *Epidemiology and psychiatric sciences*, 21(03), 305-310.

Beavan V, Read J & Cartwright C (2011) The prevalence of voice-hearers in the general population: A literature review, *Journal of Mental Health*, 20:3, 281-292, DOI: 10.3109/09638237.2011.562262

Bentall RP, de Sousa P, Varese F, Wickham S, Sitko K, Haarmans M, Read J. From adversity to psychosis: Pathways and mechanisms from specific adversities to specific symptoms. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014, Jul;49(7):1011-22.

Bentall RP, Haddock G, Slade PD 1994. Cognitive behavior therapy for persistent auditory hallucinations: from theory to therapy. *Beh. Ther.* 25 51-66

Birchwood, M., Gilbert, P., Gilbert, J., Trower, P., Meaden, A., Hay, J., Murray, E., Miles, J.N. V, 2004. Interpersonal and role-related schema influence the relationship with the dominant "voice" in schizophrenia: a comparison of three models. *Psychol. Med.* 34, 1571-1580.

Birchwood, M., Michail, M., Meaden, A., Tarrrier, N., Lewis, S., Wykes, T., Davies, L., Dunn, G., Peters, E., 2014. Cognitive behaviour therapy to prevent harmful compliance with command hallucinations (COMMAND): a randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry* 1, 23-33.

Blom, J. D., & Sommer, I. E. (Eds.). (2011). *Hallucinations: Research and practice*. Springer Science & Business Media.

Bonoldi I, Howes OD. Presynaptic dopaminergic function: Implications for understanding treatment response in psychosis. *CNS Drugs* 2014; 28: 649-663.

Borschmann, R., Henderson, C., Hogg, J., Phillips, R., & Moran, P. (2012). Crisis interventions for people with borderline personality disorder. *The Cochrane Library*.

Borschmann, R., Barrett, B., Hellier, J. M., Byford, S., Henderson, C., Rose, D., ... & Hogg, J. (2013). Joint crisis plans for people with borderline personality disorder: feasibility and outcomes in a randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 202(5), 357-364.

Braham, Louise G., Peter Trower, and Max Birchwood. "Acting on command hallucinations and dangerous behavior: A critique of the major findings in the last decade." *Clinical Psychology Review* 24.5 (2004): 513-528.

Breetvelt EJ, Boks MPM, Numans ME, Selten JP, Sommer IEC, Grobbee DE, Kahn RS, Geerlings MI (2010): Schizophrenia risk factors constitute general risk factors for psychiatric symptoms in the population. *Schizophr Res* 120:184-190.

Brunelin, J., M. Mondino, L. Gassab, F. Haesebaert, L. Gaha, M. F. Suaud-Chagny, M. Saoud, A. Mechri and E. Poulet (2012). "Examining transcranial direct-current stimulation (tDCS) as a treatment for hallucinations in schizophrenia." *Am J Psychiatry* 169(7): 719-

724.

Burghaus, L., Eggers, C., Timmermann, L., Fink, G. R., & Diederich, N. J. (2012). Hallucinations in neurodegenerative diseases. *CNS neuroscience & therapeutics*, 18(2), 149-159.

Burns, A. M., Erickson, D. H., & Brenner, C. A. (2014). Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant psychosis: a meta-analytic review. *Psychiatric Services*.

Campbell, L. A., & Kisely, S. R. (2009). Advance treatment directives for people with severe mental illness. *The Cochrane Library*.

Caqueo-Urizar A, Boyer L, Baumstarck K, Gilman SE (2015): The relationships between patients' and caregivers' beliefs about the causes of schizophrenia and clinical outcomes in Latin American countries. *Psychiatry Res* 229:440-446.

Carter, D. M., Mackinnon, A., & Copolov, D. L. (1996). Patients' strategies for coping with auditory hallucinations. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(3), 159-64.

Chadwick, P., Hughes, S., Russell, D., Russell, I., Dagnan, D., 2009. Mindfulness groups for distressing voices and paranoia: a replication and randomized feasibility trial. *Behav. Cogn. Psychother.* 37, 403-412.

Cipriani A, Barbui C, Salanti G, Rendell J, Brown R, Stockton S, et al. Comparative efficacy and acceptability of antimanic drugs in acute mania: A multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 2011; 378: 1306-1315.

Coebergh JAF, Lauw RF, Bots R, Sommer IEC, Blom JD. Musical hallucinations: review of treatment effects. *Front. Psychol.* 2015; 6: 1-11.

Coleman, R. (2004). *Recovery: An Alien Concept* (2nd ed.). Isle of Lewis: P&P Press.

Connor KO, Nelson B, Lin A, Wood SJ, Yung A, Thompson A (2015): Are UHR patients who present with hallucinations alone at lower risk of transition to psychosis? *Psychiatry Res*.

Corstens D & Longden E (2013). The origins of voices: links between life history and voice hearing in a survey of 100 cases. *Psychosis*, 5(3), 270-285.

Craig, T.K., Rus-Calafell, M., Ward, T., Fornells-Ambrojo, M., McCrone, P., Emsley, R., Garety, P., 2015. The effects of an Audio Visual Assisted Therapy Aid for Refractory auditory hallucinations (AVATAR therapy): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 16, 349.

Daalman K, Boks MP, Diederik KM, de Weijer AD, Blom JD, Kahn RS, Sommer IE. The same or different? A phenomenological comparison of auditory verbal hallucinations in healthy and psychotic individuals. *J Clin Psychiatry.* 2011.

Dannahy, L., Hayward, M., Strauss, C., Turton, W., Harding, E., Chadwick, P., 2011. Group person-based cognitive therapy for distressing voices: Pilot data from nine groups. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry* 42, 111-116.

de Jager, A., Rhodes, P., Beavan, V., Holmes, D., McCabe, K., Thomas, N., ... & Hayward, M. (2015). Investigating the lived experience of recovery in people who hear voices. *Qualitative health research*, 1049732315581602.

Demjaha A, Murray R, McGuire P, Kapur S, Howes O. Dopamine synthesis capacity in patients with treatment-resistant schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2012; 169: 1203-1210.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.

Diederer, K. M., K. Daalman, A. D. de Weijer, S. F. Neggers, W. van Gastel, J. D. Blom, R. S. Kahn and I. E. Sommer (2011). "Auditory hallucinations elicit similar brain activation in psychotic and nonpsychotic individuals." *Schizophrenia bulletin*: sbr033.

Dillon J, Hornstein GA (2013): Hearing voices peer support groups: a powerful alternative for people in distress. *Psychosis* 5:286-295.

Dhossche D, Ferdinand R, Van der Ende J, Hofstra MB, Verhulst F (2002): Diagnostic outcome of self-reported hallucinations in a community sample of adolescents. *Psychol Med* 32:619-627.

Durham RC, Guthrie A, Morton RV, Reid D a, Treliving LR, Owler DF, Macdonald RAR (2003): Tayside-Fife clinical trial of cognitive-behavioural therapy for medication-resistant psychotic symptoms. *Br J Psychiatry* 182:303-311.

Egerton A, Demjaha A, McGuire P, Mehta M, Howes O. The test-retest reliability of 18F-DOPA PET in assessing striatal and extrastriatal presynaptic dopaminergic function. *Neuroimage* 2010; 50: 524-531.

Evers S. Musical hallucinations. *Curr Psychiatry Rep* 2006; 8: 205-210.

Grimby A. Bereavement among elderly people: grief reactions, post-bereavement hallucinations and quality of life. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 87: 72-80.

ESCHER, S., ROMME, M., BUIKS, A., DELESPAUL, P., & Van Os, J. I. M. (2002a). Independent course of childhood auditory hallucinations: a sequential 3-year follow-up study. *The British Journal of Psychiatry*, 181(43), s10-s18.

Escher, S., Romme, M., Buiks, A., Delespaul, P., & van Os, J. (2002b). Formation of delusional ideation in adolescents hearing voices: a prospective study. *American journal of medical genetics*, 114(8), 913-920.

Escher, S., Morris, M., Buiks, A., Delespaul, P., Van Os, J., & Romme, M. (2004). Determinants of outcome in the pathways through care for children hearing voices. *International Journal of Social Welfare*, 13(3), 208-222.

Falloon, I. R., & Talbot, R. E. (1981). Persistent auditory hallucinations: Coping mechanisms and implications for management. *Psychological Medicine*, 11(2), 329-39.

Fénelon, G., & Alves, G. (2010). Epidemiology of psychosis in Parkinson's disease. *Journal*

of the neurological sciences, 289(1), 12-17.

Fitzgerald, P. B., S. McQueen, Z. J. Daskalakis and K. E. Hoy (2014). "A negative pilot study of daily bimodal transcranial direct current stimulation in schizophrenia." *Brain Stimul* 7(6): 813-816.

Fusar-Poli P, Schultze-Lutter F, Cappucciati M, Rutigliano G, Bonoldi I, Stahl D, et al. The dark side of the moon: Meta-analytical impact of recruitment strategies on risk enrichment in the clinical high risk state for psychosis. *Schizophr Bull* 2015, Nov 20.

Fusar-Poli P, Bonoldi I, Yung AR, Borgwardt S, Kempton MJ, Valmaggia L, et al. Predicting psychosis: Meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Arch Gen Psychiatry* 2012, Mar;69(3):220-9.

Gaudio, B.A., Herbert, J.D., 2006. Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: Pilot results. *Behav. Res. Ther.* 44, 415-437.

Gottlieb, J.D., Romeo, K.H., Penn, D.L., Mueser, K.T., Chiko, B.P., 2013. Web-based cognitive-behavioral therapy for auditory hallucinations in persons with psychosis: A pilot study. *Schizophr. Res.* 145, 82-87.

Haddock, G, Slade, PD, Bentall, RP, et al. 1998 A comparison of the long-term effectiveness of distraction and focusing in the treatment of auditory hallucinations. *Br j psychol* 71 339-349.

Hamner MB, Deitsch SE, Brodrick PS, Ulmer HG, Lorberbaum JP. Quetiapine treatment in patients with posttraumatic stress disorder: An open trial of adjunctive therapy. *J. Clin. Psychopharmacol.* 2003; 23: 15-20.

Hamner MB, Faldowski RA, Ulmer HG, Frueh BC, Huber MG, Arana GW. Adjunctive risperidone treatment in post-traumatic stress disorder: a preliminary controlled trial of effects on comorbid psychotic symptoms. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 2003; 18: 1-8.

Han C, Pae C-U, Wang S-M, Lee S-J, Patkar AA, Masand PS, et al. The potential role of atypical antipsychotics for the treatment of posttraumatic stress disorder. *J. Psychiatr. Res.* 2014; 56: 72-81.

Hayward, M., Overton, J., Dorey, T., Denney, J., 2009. Relating therapy for people who hear voices: a case series. *Clin. Psychol. Psychother.* 16, 216-227.

Hayward, M., Strauss, C., Bogen-Johnston, L., 2014. Relating therapy for voices (the R2V study): study protocol for a pilot randomized controlled trial. *Trials* 15, 325.

Hoffman, Ralph E. "A social deafferentation hypothesis for induction of active schizophrenia." *Schizophrenia Bulletin* 33.5 (2007): 1066-1070.

Howes O, Bose S, Turkheimer F, Valli I, Egerton A, Valmaggia L, et al. Dopamine synthesis capacity before onset of psychosis: a prospective [18F]-DOPA PET imaging study. *Am J Psychiatry* 2011; 168: 1311-1317.

Howes O, Kambeitz J, Kim E, Stahl D, Slifstein M, Abi-Dargham A, et al. The nature of dopamine dysfunction in schizophrenia and what this means for treatment. *Arch Gen Psychiatry* 2012; 69: 776–786.

Howes O, Kapur S. The dopamine hypothesis of schizophrenia: version III—the final common pathway. *Schizophr Bull* 2009; 35: 549–562.

Howes O, Montgomery A, Asselin M, Murray R, Grasby P, McGuire P. Molecular imaging studies of the striatal dopaminergic system in psychosis and predictions for the prodromal phase of psychosis. *Br J Psychiatry* 2007; 51: 13–18.

Howes O, Shotbolt P, Bloomfield M, Daalman K, Demjaha A, Diederiksen K, et al. Dopaminergic function in the psychosis spectrum: an [18F]-DOPA imaging study in healthy individuals with auditory hallucinations. *Schizophr Bull* 2013; 39: 807–814.

Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... & Schnabel, P. (2011). How should we define health?. *Bmj*, 343.

Ingenhoven TJM, Duivenvoorden HJ. Differential Effectiveness of Antipsychotics in on Symptomatic Outcome Domains. 2011; 31: 489–496.

Inouye T, Shimizu A. The electromyographic study of verbal hallucination. *J Nerv Ment Dis.* 1970 Dec;151(6):415-22.

Ising HK, Smit F, Veling W, Rietdijk J, Dragt S, Klaassen RM, et al. Cost-effectiveness of preventing first-episode psychosis in ultra-high-risk subjects: Multi-centre randomized controlled trial. *Psychol Med* 2015;45:1435-46.

Ising, H., Lokkerbol, J., Rietdijk, J., Dragt, S., Kraan, T., Boonstra, N., et al. (2016). Four-Year cost-effectiveness of cognitive behaviour therapy for preventing first-episode psychosis: The dutch early detection intervention evaluation (EDIE-NL) trial. *Schizophrenia Bulletin*, in press.

Jardri, R., A. Pouchet, D. Pins and P. Thomas (2011). "Cortical activations during auditory verbal hallucinations in schizophrenia: a coordinate-based meta-analysis." *American Journal of Psychiatry* 168(1): 73-81.

Jauhar, S., McKenna, P.J., Radua, J., Fung, E., Salvador, R., Laws, K.R., 2014. Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: Systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *Br. J. Psychiatry* 204, 20–29.

Jenner, J.A., Nienhuis, F.J., Van De Willige, G., Wiersma, D., 2006a. "Hitting" voices of schizophrenia patients may lastingly reduce persistent auditory hallucinations and their burden: 18-Month outcome of a randomized controlled trial. *Can. J. Psychiatry* 51, 169–177.

Jenner, J.A., Nienhuis, F.J., Wiersma, D., van de Willige, G., 2004. Hallucination focused integrative treatment: a randomized controlled trial. *Schizophr. Bull.* 30, 133–145.

Jenner, J.A., Van De Willige, G., Wiersma, D., 2006b. Multi-family treatment for patients

with persistent auditory hallucinations and their relatives: A pilot study. *Acta Psychiatr. Scand.* 113, 154-158.

Jenner JA, Geelhoed-Jenner BNWJ (1988). De Groningse lijst omgaan met stemmen horen. Interne publicatie afdeling psychiatrie UMCG, Groningen.

Jenner, JA (red) 2006 *Hallucinaties: kenmerken verklaringen behandelingen*. Assen: Van Gorcum.

Jenner JA, Nienhuis, FJ, Wiersma, D., Willigevan de, G. 2004. Hallucination focused integrative treatment improves burden, control and symptoms in schizophrenia patients with drug-resistant hallucinations. *Schizophrenia bulletin* 30 127-139.

Johnsen E, Sinkeviciute I, Løberg E-M, Kroken R a, Hugdahl K, Jørgensen H a. Hallucinations in acutely admitted patients with psychosis, and effectiveness of risperidone, olanzapine, quetiapine, and ziprasidone: a pragmatic, randomized study. *BMC Psychiatry* 2013; 13: 241-251.

Johnsen E, Sinkeviciute I, Løberg E-M, Kroken R a, Hugdahl K, Jørgensen H a. Hallucinations in acutely admitted patients with psychosis, and effectiveness of risperidone, olanzapine, quetiapine, and ziprasidone: a pragmatic, randomized study. *BMC Psychiatry* 2013; 13: 241-251.

Junginger, John. "Command hallucinations and the prediction of dangerousness." *Psychiatric Services* 46.9 (1995): 911-914.

Kane JM, Correll CU. The Role of Clozapine in Treatment-Resistant Schizophrenia. *JAMA Psychiatry*. 2016 Feb 3. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.2966.

Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13: 261-76.

Keck, P. E., McElroy, S. L., Havens, J. R., Altshuler, L. L., Nolen, W. A., Frye, M. A., ... & Rush, A. J. (2003). Psychosis in bipolar disorder: phenomenology and impact on morbidity and course of illness. *Comprehensive psychiatry*, 44(4), 263-269.

Kelleher I, Keeley H, Corcoran P, Lynch F, Fitzpatrick C, Devlin N, Molloy C, Roddy S, Clarke MC, Harley M, Arseneault L, Wasserman C, Carli V, Sarchiapone M, Hoven C, Wasserman D, Cannon M (2012): Clinicopathological significance of psychotic experiences in non-psychotic young people: Evidence from four population-based studies. *Br J Psychiatry* 201:26-32.

Koenigsberg H, Reynolds D, Goodman M, New A, Mitropoulou V, Trestman R, et al. Risperidone in the treatment of schizotypal personality disorder. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 628-634.

Koops, S., H. van den Brink and I. E. Sommer (2015). "Transcranial direct current stimulation as a treatment for auditory hallucinations." *Frontiers in psychology* 6.

Krystal JH, Rosenheck RA, Cramer JA, Vessicchio JC, Jones KM, Vertrees JE, et al.

Adjunctive risperidone treatment for antidepressant-resistant symptoms of chronic military service-related PTSD. A randomized trial. *JAMA psychiatry* 2011; 306: 493-502.

Krabbendam L, Myin-Germeys I, Hanssen M, Bijl R V, de Graaf R, Vollebergh W, Bak M, van Os J (2004): Hallucinatory experiences and onset of psychotic disorder: evidence that the risk is mediated by delusion formation. *Acta Psychiatr Scand* 110:264-72.

Kråkvik, B., Larøi, F., Kalhovde, A. M., Hugdahl, K., Kompus, K., Salvesen, Ø., ... & Vedul-Kjelsås, E. (2015). Prevalence of auditory verbal hallucinations in a general population: A group comparison study. *Scandinavian journal of psychology*, 56(5), 508-515.

Kühn, S. and J. Gallinat (2010). "Quantitative meta-analysis on state and trait aspects of auditory verbal hallucinations in schizophrenia." *Schizophrenia bulletin*: sbq152.

Kuijpers, H.J.H., Van Der Heijden, F.M.M.A., Tuinier, S., Verhoeven, W.M.A., 2007. Meditation-induced psychosis. *Psychopathology* 40, 461-464.

Kumari R, Chaudhury S, Kumar S. Dimensions of hallucinations and delusions in affective and nonaffective illnesses. *ISRN Psychiatry*. 2013 Aug 13;2013:616304.

Kyriakopoulos M, Stringaris A, Manolesou S, Radobuljac MD, Jacobs B, Reichenberg A, Stahl D, Simonoff E, Frangou S. Determination of psychosis-related clinical profiles in children with autism spectrum disorders using latent class analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014 Jun 26. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 24965798.

Larøi F, Sommer IE, Blom JD, Fernyhough C, Ffytche DH, Hugdahl K, Johns LC, McCarthy-Jones S, Preti A, Raballo A, Slotema CW, Stéphane M, Waters F. The characteristic features of auditory verbal hallucinations in clinical and nonclinical groups: state-of-the-art overview and future directions. *Schizophr Bull*. 2012 Jun;38(4):724-33.

Larøi, F., Luhrmann, T. M., Bell, V., Christian, W. A., Deshpande, S., Fernyhough, C., ... & Woods, A. (2014). Culture and hallucinations: overview and future directions. *Schizophrenia bulletin*, 40(Suppl 4), S213-S220.

Leff, J., Williams, G., Huckvale, M. a, A

rbuthnot, M., Leff, A.P., 2013. Computer-assisted therapy for medication-resistant auditory hallucinations: proof-of-concept study. *Br. J. Psychiatry* 428-433.

Lee AH, Weintraub D. Psychosis in Parkinson's disease without dementia: Common and comorbid with other non-motor symptoms. *Mov. Disord*. 2012; 27: 858-863.

De Leede-Smith S, Barkus E. A comprehensive review of auditory verbal hallucinations: lifetime prevalence, correlates and mechanisms in healthy and clinical individuals. *Front. Hum. Neurosci*. 2013; 7

Leu-Semenescu, S., De Cock, V. C., Le Masson, V. D., Debs, R., Lavault, S., Roze, E., ... & Arnulf, I. (2011). Hallucinations in narcolepsy with and without cataplexy: contrasts with Parkinson's disease. *Sleep medicine*, 12(5), 497-504.

Leucht S, Corves C, Arbter D, Engel RR, Li C, Davis JM (2009): Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *Lancet* 373:31-41.

Leucht S, Cipriani A, Spineli L, Mavridis D, Örey D, Richter F, Samara M, Barbui C, Engel RR, Geddes JR, Kissling W, Stapf MP, Lässig B, Salanti G, Davis JM (2013): Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: A multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 382:951-962.

Lieb K, Vollm B, Rucker G, Timmer A, Stoffers J. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *Br J Psychiatry* 2010; 196: 4-12.

Linszen MM, Brouwer RM, Heringa SM, Sommer IE. Increased risk of psychosis in patients with hearing impairment: Review and meta-analyses. *Neurosci Biobehav Rev.* 2015 Dec 30;62:1-20.

Lobban F, Barrowclough C, Jones S. The impact of beliefs about mental health problems and coping on outcome in schizophrenia. *Psychol Med.* 2004 Oct;34(7):1165-76. PMID: 15697043

McNiel, Dale E., Jane P. Eisner, and Renée L. Binder. "The relationship between command hallucinations and violence." *Psychiatric services* (2000).

Macdonald EM, Pica S, McDonald S, Hayes RL, Baglioni AJ, Jr. Stress and coping in early psychosis. Role of symptoms, self-efficacy, and social support in coping with stress. *Br J Psychiatry Suppl* 1998;172(33):122-127.

Mack J, Rabins P, Anderson K, Goldstein S, Grill S, Hirsch ES, et al. Prevalence of Psychotic Symptoms in a Community-Based Parkinson Disease Sample. *Am. J. Geriatr. Psychiatry* 2012; 20: 123-132.

Martinot M, Bragulat V, Artiges E, Dollé F, Hinnen F, Jouvent R, et al. Decreased presynaptic dopamine function in the left caudate of depressed patients with affective flattening and psychomotor retardation. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 314-316.

Martin DJ, Garske JP, Davis MK (2000): Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 68:438-450.

Matsuura, M., Adachi, N., Oana, Y., Okubo, Y., Kato, M., Nakano, T., & Takei, N. (2004). A polydiagnostic and dimensional comparison of epileptic psychoses and schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia research*, 69(2), 189-201.

McCarthy-Jones S, Thomas N, Strauss C, Dodgson G, Jones N, Woods A, Brewin CR, Hayward M, Stephane M, Barton J, Kingdon D, Sommer IE. Better than mermaids and stray dogs? Subtyping auditory verbal hallucinations and its implications for research and practice. *Schizophr Bull.* 2014 Jul;40 Suppl 4:S275-84.

McNiel, D. E., Eisner, J. P., & Binder, R. L. (2000). The relationship between command

hallucinations and violence. Psychiatric services.

Meyers BS. A Double-blind Randomized Controlled Trial of Olanzapine Plus Sertraline vs Olanzapine Plus Placebo for Psychotic Depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 2009; 66: 838.

Mondino, M., F. Haesebaert, E. Poulet, M. F. Suaud-Chagny and J. Brunelin (2015). "Fronto-temporal transcranial Direct Current Stimulation (tDCS) reduces source-monitoring deficits and auditory hallucinations in patients with schizophrenia." *Schizophr Res* 161(2-3): 515-516.

Montemagni C, Castagna F, Crivelli B, De Marzi G, Frieri T, Macri A, et al. Relative contributions of negative symptoms, insight, and coping strategies to quality of life in stable schizophrenia. *Psychiatry Res* 2014 Dec 15;220(1-2):102-111.

Mulsant B, Sweet R, Rosen J, Pollock B, Zubenko G, Flynn T, et al. A double-blind randomized comparison of nortriptyline plus perphenazine versus nortriptyline plus placebo in the treatment of psychotic depression. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 597-604.

Murray GK, Jones PB (2012): Psychotic symptoms in young people without psychotic illness: mechanisms and meaning. *Br J Psychiatry* 201:4-6.

Nagahama, Y., Okina, T., Suzuki, N., Matsuda, M., Fukao, K., & Murai, T. (2007). Classification of psychotic symptoms in dementia with Lewy bodies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(11), 961-967.

Newman Taylor, K., Harper, S., Chadwick, P., 2009. Impact of mindfulness on cognition and affect in voice hearing: evidence from two case studies. *Behav. Cogn. Psychother.* 37, 397-402.

van Nierop M, Lataster T, Smeets F, Gunther N, van Zelst C, de Graaf R, et al. Psychopathological mechanisms linking childhood traumatic experiences to risk of psychotic symptoms: Analysis of a large, representative population-based sample. *Schizophr Bull* 2014, Mar;40 Suppl 2:S123-30.

Nieuwdorp, W., S. Koops, M. Somers and I. E. Sommer (2015). "Transcranial magnetic stimulation, transcranial direct current stimulation and electroconvulsive therapy for medication-resistant psychosis of schizophrenia." *Current opinion in psychiatry* 28(3): 222-228.

Pae C-U, Lim H-K, Peindl K, Ajwani N, Serretti A, Patkar A a, et al. The atypical antipsychotics olanzapine and risperidone in the treatment of posttraumatic stress disorder: a meta-analysis of randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trials. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 2008; 23: 1-8.

Paulik, G., Hayward, M., Birchwood, M., 2013. Cognitive Behavioural Relating Therapy (CBRT) for voice hearers: a case study. *Behav. Cogn. Psychother.* 41, 626-631.

Pennings, M. H. A. ; M. A. J. Romme ; A. J. G. M. Buiks (1996) Auditieve hallucinaties by patiënten en niet-patiënten. *Tijdschrift voor psychiatrie, Jr* 38, no. 9, blz 648-660.

Perälä, J., Kuoppasalmi, K., Pirkola, S., Härkänen, T., Saarni, S., Tuulio-Henriksson, A., ... & Suvisaari, J. (2010). Alcohol-induced psychotic disorder and delirium in the general population. *The British Journal of Psychiatry*, 197(3), 200-206.

Pivac N, Kozaric-Kovacic D, Muck-Seler D. Olanzapine versus fluphenazine in an open trial in patients with psychotic combat-related post-traumatic stress disorder. *Psychopharmacology (Berl)*. 2004; 175: 451-6.

Phillips LJ, Edwards JF, McMurray NF, Francey S. Comparison of experiences of stress and coping between young people at risk of psychosis and a non-clinical cohort. *Behavioural and cognitive psychotherapy JID - 9418292 0514*.

Poulton, R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Cannon, M., Murray, R., & Harrington, H. (2000). Children's self-reported psychotic symptoms and adult schizophreniform disorder: a 15-year longitudinal study. *Archives of general psychiatry*, 57(11), 1053-1058.

Quinlan, P. E., King, C. A., Hanna, G. L., & Ghaziuddin, N. (1997). Psychotic versus nonpsychotic depression in hospitalized adolescents. *Depression and anxiety*, 6(1), 40-42.

Romme, M. A. J. (1996), *Understanding Voices*, Handsell publishing, 134 Greenway Road, Runcorn, Cheshire WA7, 5BS, U.K.

Romme, M.A.J. en A.D.M.A. Escher (1989). Hearing voices. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 209-216.

Romme, M.A.J., en A.D.M.A.C. Escher (1993), *Accepting voices*. Mind Publications, London.

Romme, M, A. Escher (1999), *Stemmenhoren accepteren*, Tyrion, Baarn

Romme M.A.J., Escher S. (1996). Empowering people who hear voices. In G. Haddock, P. D. Slade *Cognitive Behavioural interventions with psychotic disorders*. Routledge, Londen.

Romme MAJ & Escher S (2012). *Psychosis as a personal crisis: an experience based approach*. Routledge Publishers, UK. ISBN: 978-0-415-67331-0.

Romme, M. A. J. , A. Honig, O. Noorthoorn, A. D. M. A. C. Escher (1992). Coping with voices: an emancipatory approach. *British Journal of Psychiatry* 161, 99-103.

Romme, M., & Morris, M. (2013). The recovery process with hearing voices: accepting as well as exploring their emotional background through a supported process. *Psychosis*, 5(3), 259-269.

Ross CA, Miller SD, Reagor P, Bjornson L, Fraser GA, Anderson G (1990): Schneiderian symptoms in multiple personality disorder and schizophrenia. *Compr Psychiatry* 31:111-118.

Rubio JM, Sanjuán J, Flórez-Salamanca L, Cuesta MJ (2012): Examining the course of

hallucinatory experiences in children and adolescents: A systematic review. *Schizophr Res* 138:248-254.

Ruchlewska, A., Mulder, C. L., Van der Waal, R., Kamperman, A., & Van der Gaag, M. (2014). Crisis plans facilitated by patient advocates are better than those drawn up by clinicians: results from an RCT. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41(2), 220-227.

Ruddle, A., Mason, O., Wykes, T., 2011. A review of hearing voices groups: Evidence and mechanisms of change. *Clin. Psychol. Rev.* 31, 757-766.

Sayer J, Ritter, S, Gournay K 2000. Beliefs about the voices and their effects on coping strategies. *J of advanced nursing* 31(5) 1199-1205.

Schmidt, S. J., Schultze-Lutter, F., Schimmelmann, B. G., Maric, N. P., Salokangas, R. K. R., Riecher-Rössler, A., . . . Ruhrmann, S. (2015). EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. *European Psychiatry : The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 30, 388-404.

Schultze-Lutter, F., Michel, C., Schmidt, S. J., Schimmelmann, B. G., Maric, N. P., Salokangas, R. K. R., . . . Klosterkötter, J. (2015). EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses. *European Psychiatry : The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 30, 405-416.

Schulze-Rauschenbach, S. C., U. Harms, T. E. Schlaepfer, W. Maier, P. Falkai and M. Wagner (2005). "Distinctive neurocognitive effects of repetitive transcranial magnetic stimulation and electroconvulsive therapy in major depression." *The British Journal of Psychiatry* 186(5): 410-416.

Schutte MJL, ffytche DH, Linszen MMJ, Koops S, van Dellen E, Heringa SM, Slooter AJC, Teunisse R, van den Heuvel OA, Lemstra AW, Foncke EMJ, Slotema CW, de Jong J, Hoffman RE, Strauss C, Thomas N, Rossell SL, Sommer IEC. (Submitted) Development and psychometric validation of a new transdiagnostic instrument: the Questionnaire for Psychotic Experiences (QPE).

Sethi, S., Bhargava, S.C., 2003. Relationship of meditation and psychosis: case studies. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 37, 382.

Serino A, Heydrich L, Kurian M, Spinelli L, Seeck M, Blanke O. Auditory verbal hallucinations of epileptic origin. *Epilepsy Behav.* 2014; 31: 181-186.

Severus E, Schaaff N, Moller H. State of the art: treatment of bipolar disorders. *CNS Neurosci Ther* 2012; 18: 214-218.

Shawyer, F., Farhall, J., Mackinnon, A., Trauer, T., Sims, E., Ratcliff, K., Lerner, C., Thomas, N., Castle, D., Mullen, P., Copolov, D., 2012. A randomised controlled trial of acceptance-based cognitive behavioural therapy for command hallucinations in psychotic disorders. *Behav. Res. Ther.* 50, 110-121.

Sheitman B, Lieberman J. The natural history and pathophysiology of treatment resistant schizophrenia. *J Psychiatr Res* 1998; 32: 143-150.

Silberman, S. (2015) *NeuroTribes: The Legacy of Autism and the Future of Neurodiversity*.

Slotema, C., A. Aleman, Z. Daskalakis and I. Sommer (2012). "Meta-analysis of repetitive transcranial magnetic stimulation in the treatment of auditory verbal hallucinations: update and effects after one month." *Schizophrenia research* 142(1): 40-45.

Slotema, C. W., J. D. Blom, R. van Lutterveld, H. W. Hoek and I. E. Sommer (2014). "Review of the efficacy of transcranial magnetic stimulation for auditory verbal hallucinations." *Biological psychiatry* 76(2): 101-110.

Slotema, C. W., J. Dirk Blom, H. W. Hoek and I. E. Sommer (2010). "Should we expand the toolbox of psychiatric treatment methods to include Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS)? A meta-analysis of the efficacy of rTMS in psychiatric disorders." *Journal of Clinical Psychiatry* 71(7): 873.

Sommer IE, Daalman K, Rietkerk T, Diederik KM, Bakker S, Wijkstra J, et al. Healthy Individuals With Auditory Verbal Hallucinations; Who Are They? *Psychiatric Assessments of a Selected Sample of 103 Subjects*. *Schizophr Bull* 2010; 36: 633-641.

Sommer IEC, Slotema CW, Daskalakis ZJ, Derks EM, Blom JD, Van Der Gaag M. The treatment of hallucinations in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr. Bull.* 2012; 38: 704-714.

Sommer IE, Roze CM, Linszen MM, Somers M, van Zanten GA. Hearing loss; the neglected risk factor for psychosis. *Schizophr Res.* 2014 Sep;158(1-3):266-7.

Sommer, I. E., & van der Spek, D. W. (2016). Hearing voices does not always constitute a psychosis. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 160, D492.

Spieker DG, Cofsky Weiss J, Dealy RS, Griffin SJ, Hanin I, Neil JE, et al. The pharmacological treatment of delusional depression. *Am J Psychiatry* 1985: 430-436.

Sorrell, E., Hayward, M., Meddings, S., 2010. Interpersonal processes and hearing voices: a study of the association between relating to voices and distress in clinical and non-clinical hearers. *Behav. Cogn. Psychother.* 38, 127-140.

Soosay, I., Silove, D., Bateman-Steel, C., Steel, Z., Bebbington, P., Jones, P. B., ... & Marnane, C. (2012). Trauma exposure, PTSD and psychotic-like symptoms in post-conflict Timor Leste: an epidemiological survey. *BMC psychiatry*, 12(1), 1.

Stafford MR, Jackson H, Mayo-Wilson E, Morrison AP, Kendall T. Early interventions to prevent psychosis: Systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2013;346:f185.

Stamboliev R. (1993). *De Energetica van Voice Dialogue*. Baarn: Mesa Verde.

Stant, A., TenVergert, E., Groen, H., Jenner, J., Nienhuis, F., van de Willige, G., Wiersma,

D., 2003. Cost-effectiveness of the HIT programme in patients with schizophrenia and persistent auditory hallucinations. *Acta Psychiatr. Scand.* 107, 361-368.

Stoffers J, Völlm Birgit A, Rücker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2010

Stone H. & S. Stone (1993). *De innerlijke criticus*. Groningen: De Zaak.

Sundsted, K. K., M. C. Burton, R. Shah and M. I. Lapid (2014). "Preanesthesia medical evaluation for electroconvulsive therapy: a review of the literature." *The journal of ECT* 30(1): 35-42.

Thomas, N., Farhall, J., Shawyer, F., 2015. Beliefs about Voices and Schemas about Self and Others in Psychosis. *Behav. Cogn. Psychother.* 43, 209-223.

Taylor D, Cornelius V, Smith L, Young A. Comparative efficacy and acceptability of drug treatments for bipolar depression: a multiple-treatments meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2014; 130: 452-469.

Teunisse, R. J., & Rikkert, M. G. O. (2012). Prevalence of musical hallucinations in patients referred for audiometric testing. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(12), 1075-1077.

Thomas N, Hayward M, Peters E, Van Der Gaag M, Bentall RP, Jenner J, Strauss C, Sommer IE, Johns LC, Varese F, Garc??a-Montes JM, Waters F, Dodgson G, McCarthy-Jones S (2014): Psychological therapies for auditory hallucinations (voices): Current status and key directions for future research. *Schizophr Bull* 40.

Tien A. Distribution of hallucinations in the population. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 1991; 26: 287-292.

Tseng, P. T., Chen, Y. W., Lin, P. Y., Tu, K. Y., Wang, H. Y., Cheng, Y. S., ... & Wu, C. K. (2016). Significant treatment effect of adjunct music therapy to standard treatment on the positive, negative, and mood symptoms of schizophrenic patients: a meta-analysis. *BMC psychiatry*, 16(1), 1.

Turvey CL, Schultz SK, Arndt S, Ellingrod V, Wallace R, Herzog R. Caregiver report of hallucinations and paranoid delusions in elders aged 70 or older. *Int. Psychogeriatr.* 2001; 13: 241-249.

Uchida H, Takeuchi H, Graff-Guerrero A, Suzuki T, Watanabe K, Mamo D. Dopamine D2 receptor occupancy and clinical effects: a systematic review and pooled analysis. *J Clin Psychopharmacol* 2011; 31: 497-502.

Upthegrove R, Broome MR, Caldwell K, Ives J, Oyebode F, Wood SJ (2015): Understanding auditory verbal hallucinations: A systematic review of current evidence. *Acta Psychiatr Scand*:1-16.

Van Den Berg DPG, Van Der Gaag M (2012): Treating trauma in psychosis with EMDR: A pilot study. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 43:664-671.

Van der Gaag, M., Valmaggia, L.R., Smit, F., 2014. The effects of individually tailored formulation-based cognitive behavioural therapy in auditory hallucinations and delusions: A meta-analysis. *Schizophr. Res.* 156, 30–37.

van der Gaag M, Smit F, Bechdolf A, French P, Linszen DH, Yung AR, et al. Preventing a first episode of psychosis: Meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12 month and longer-term follow-ups. *Schizophr Res* 2013;149:56-62.

Van Der Gaag, M., Van Oosterhout, B., Daalman, K., Sommer, I.E., Korrelboom, K., 2012. Initial evaluation of the effects of competitive memory training (COMET) on depression in schizophrenia-spectrum patients with persistent auditory verbal hallucinations: A randomized controlled trial. *Br. J. Clin. Psychol.* 51, 158–171.

Van der Valk, R., Van de Waerdt, S., Meijer, C.J., Van den Hout, I., De Haan, L., 2013. Feasibility of mindfulness-based therapy in patients recovering from a first psychotic episode: A pilot study. *Early Interv. Psychiatry* 7, 64–70.

van Nierop, M., Lataster, T., Smeets, F., Gunther, N., van Zelst, C., de Graaf, R., ... & Viechtbauer, W. (2014). Psychopathological mechanisms linking childhood traumatic experiences to risk of psychotic symptoms: analysis of a large, representative population-based sample. *Schizophrenia bulletin*, 40(Suppl 2), S123-S130.

van Rood Y.R., van Ravesteijn H., de Roos C., Spinhoven Ph., Speckens A. Protocol voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. In: G. Keijsers, A. van Minnen, K. Hoogduin, editors. *Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten deel 2*. Hoofdstuk 1, 2011, 15-48. Amsterdam, Boom.

Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieverse R, Lataster T, Viechtbauer W, et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull* 2012;38(4):661-71.

Verhoeff, J, Veling, W, Van Beilen, M. 2015 Social Functioning and the UCL coping styles: Seeking Social Support and Actively Addressing as predictor for outcome in psychotic disorders (masterthesis, niet gepubliceerde data)

Vilhauer, R. P. (2015). Depictions of auditory verbal hallucinations in news media. *International journal of social psychiatry*, 61(1), 58-63.

Vita A, De Peri L, Sacchetti E. Antipsychotics, antidepressants, anticonvulsants, and placebo on the symptom dimensions of borderline personality disorder: a meta-analysis of randomized controlled and open-label trials. *J. Clin. Psychopharmacol.* 2011; 31: 613–624.

Wang HR, Woo YS, Bahk W-M. Atypical antipsychotics in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Clin. Neuropharmacol.* 2013; 36: 216–22.

Walsh, R., Roche, L., 1979. Precipitation of acute psychotic episodes by intensive meditation in individuals with a history of schizophrenia. *Am. J. Psychiatry* 136, 1085–

1086.

Werf, B. van der, P. Hermans & F. van Ree (1989). Praten met stemmen. Over het leren omgaan met hallucinaties. In K. van der Velden (red). *Directieve therapie 3*. Deventer: van Loghum Slaterus.

Wiersma, D., Jenner, J.A., Nienhuis, F.J., Van De Willige, G., 2004. Hallucination focused integrative treatment improves quality of life in schizophrenia patients. *Acta Psychiatr. Scand.* 109, 194-201.

Wigman, J. T., van Nierop, M., Vollebergh, W. A., Lieb, R., Beesdo-Baum, K., Wittchen, H. U., & van Os, J. (2012). Evidence that psychotic symptoms are prevalent in disorders of anxiety and depression, impacting on illness onset, risk, and severity—implications for diagnosis and ultra-high risk research. *Schizophrenia Bulletin*, sbr196.

Wigman JTW, Devlin N, Kelleher I, Murtagh A, Harley M, Kehoe A, et al. Psychotic symptoms, functioning and coping in adolescents with mental illness. *BMC Psychiatry* 2014 04/01;14:97-97.

Wijkstra J, Lijmer J, Burger H, Geddes J, Nolen W a. Pharmacological treatment for psychotic depression. *Cochrane database Syst. Rev.* 2013; 11: CD004044.

Williams, J.M.G., 2010. Mindfulness and psychological process. *Emotion* 10, 1-7.

Wykes T, Hayward P, Thomas N, Green N, Surguladze S, Fannon D, Landau S (2005): What are the effects of group cognitive behaviour therapy for voices? A randomised control trial. *Schizophr Res* 77:201-210.

Woodward TS, Jung K, Hwang H, Yin J, Taylor L, Menon M, Peters E, Kuipers E, Waters F, Lecomte T, Sommer IE, Daalman K, van Lutterveld R, Hubl D, Kindler J, Homan P, Badcock JC, Chhabra S, Cella M, Keedy S, Allen P, Mechelli A, Preti A, Siddi S, Erickson D. Symptom dimensions of the psychotic symptom rating scales in psychosis: a multisite study. *Schizophr Bull.* 2014 Jul;40 Suppl 4:S265-74.

Wykes, T., Hayward, P., Thomas, N., Green, N., Surguladze, S., Fannon, D., & Landau, S. (2005). What are the effects of group cognitive behaviour therapy for voices? A randomised control trial. *Schizophrenia research*, 77(2), 201-210.

Wykes, T., Steel, C., Everitt, B., & Tarrier, N. (2008). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia bulletin*, 34(3), 523-537.

Yatham L, Liddl P, Shiah I, Lam R, Ngan E, Scarrow G, et al. ET study of [(18)F]6-fluoro-L-dopa uptake in neuroleptic- and mood-stabilizer-naive first-episode nonpsychotic mania: effects of treatment with divalproex sodium. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 768-774.

Zanardi R, Franchini L, Gasperini M, Perez J, Smeraldi E. Double-blind controlled trial of sertraline versus paroxetine in the treatment of delusional depression. *Am J Psychiatry* 1996: 1631-1633.

Zanardi R, Franchini L, Serretti A, Perez J, Smeraldi E. Venlafaxine versus fluvoxamine in the treatment of delusional depression: a pilot double-blind controlled study. *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 26-29.

C. Zonnenberg, M.B.A. Niemantsverdriet, J.D. Blom, C.W. Slotema. *TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE* 58(2016)2, 122-129.

9.4 Verdieping

9.4.1 Maastrichtse benadering

De Maastrichtse benadering is in 2013 kwalitatief geëvalueerd door Corstens en Longden bij 100 nieuwe mensen die stemmen horen. Het is niet mogelijk onderzoek te doen naar de effectiviteit van de benadering op de ernst van het stemmen horen, omdat de behandeling daar niet op gericht is.

De benadering is gericht op het leren omgaan met de verschillende samenhangende factoren. Deze samenhangende factoren zijn zeer divers en daardoor niet in een meetbare uitkomstvariabele te definiëren. Dit maakt de Maastrichtse benadering minder vergelijkbaar met de andere benaderingen als het om wetenschappelijk onderzoek gaat. Er zijn daarom geen effectiviteitsgegevens beschikbaar zoals deze voor de behandelingen bestaan die gericht zijn op het verminderen van stemmen horen zelf. Het Maastrichtse interview is te downloaden via de site [Leven met stemmen](#) en is in 12 talen vertaald. Er bestaat een wereldwijd netwerk van stemmenhoordersgroepen die deze benadering hanteren en goede ervaringen ermee hebben ([The International Hearing Voices Network](#)).

9.4.2 Evidentie van antipsychotica

Ten aanzien van andere psychische aandoeningen waarbij stemmen horen zich voor kan doen (zoals stemmingsstoornissen met psychotische kenmerken, (borderline) persoonlijkheidsstoornis, en posttraumatische stress stoornis met psychotische kenmerken) is er evidentie voor de effectiviteit van antipsychotica tegen psychotische fenomenen in het algemeen, maar ontbreekt wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van antipsychotica specifiek op stemmen horen.

Over het effect van andere geneesmiddelen voor psychische aandoeningen op stemmen horen is weinig bekend. In mensen met persoonlijkheidsproblematiek is de effectiviteit onderzocht van stemmingsstabilisatoren en antidepressiva tegen cognitief-perceptuele symptomen inclusief achterdocht, betrekkingsideeën, paranoïde ideeën, illusies, derealisatie, depersonalisatie en hallucinatie-achtige symptomen. Er bleken onvoldoende aanwijzingen voor een positief behandelingseffect. In het kader van stemmen horen bij gehoorverlies is er enige evidentie op casusniveau voor effectiviteit van acetylcholinesteraseremmers, antidepressiva, anti-epileptica, benzodiazepines en barbituraten, maar systematisch onderzoek ontbreekt. Alhoewel benzodiazepines het angstniveau bij stemmen horen kunnen verlagen, kunnen ze ook de aandachtsfunctie

verlagen waardoor de last van de stemmen juist toeneemt.

9.4.3 Effect van behandeling met TMS en tDCS

De ontwikkeling van beeldvormende technieken voor het meten van hersenactiviteit heeft het mogelijk gemaakt de activiteit van hersengebieden te meten wanneer iemand stemmen hoort. Een aantal studies heeft vergeleken hoe hersenactiviteit verandert tijdens stemmen horen ten opzichte van een controleconditie. Samenvattend kan worden gezegd dat deze studies een verhoogde activatie aantonen tijdens het horen van stemmen in gebieden die betrokken zijn bij taalproductie, taalperceptie en het (verbaal) geheugen. Opvallend is dat zowel gebieden in de linker als in de rechter hemisfeer actief zijn. Een studie naar hersenactiviteit in stemmenhoorders met en zonder een psychotische stoornis vond een vergelijkbaar patroon in beide groepen.

Bron: Zie ook: Jardri et al. 2011, Sommer et al. 2010, Diederens et al. 2011.

Transcraniële Magnetische Stimulatie (TMS) en transcraniële Direct Current Stimulation (tDCS) zijn behandelingen die door middel van respectievelijk magnetisme en laagstroom de hersenen focaal stimuleren. Hiermee kunnen ze tijdelijk en plaatselijk de activiteit van de hersenen beïnvloeden. Beide technieken zijn erop gericht om de hersenactiviteit in de taalgebieden omlaag te brengen. Het wordt verondersteld dat het behandelingseffect teweeg wordt gebracht door de verhoogde activiteit tijdens het stemmen horen te normaliseren. Beide technieken zijn pijnloos en geschieden onder vol bewustzijn. Wanneer TMS en tDCS worden toegepast conform internationale veiligheidsrichtlijnen, treden vrijwel geen bijwerkingen op en kunnen ze als veilig worden beschouwd.

De behandeling van stemmen horen door middel van TMS en tDCS is alleen onderzocht in gerandomiseerde studies bij patiënten met een psychotische stoornis waar het hoofdzakelijk ging om stemmen die persisteren bij antipsychotische medicatie. Het is hierdoor onduidelijk in hoeverre hieronder beschreven effecten kunnen worden geëxtrapoleerd naar stemmen horen bij andere diagnoses.

Er is bewijs voor de werkzaamheid van TMS voor het behandelen van stemmen horen bij patiënten met een psychotische stoornis, waarbij is aangetoond dat de ernst van de stemmen afneemt ten opzichte van placebo behandeling. Er is vooralsnog geen evidentie dat de behandelingseffecten blijvend zijn na follow-up van 30 dagen. Voor tDCS is er nog onvoldoende wetenschappelijk bewijs om te kunnen spreken van een behandelingseffect.

9.4.4 Vragenlijsten ter mogelijke ondersteuning van de anamnese

Lijst	Beschrijving	Referentie
QPE Questionnaire Psychotic Experiences	Semi-gestructureerd transdiagnostisch interview over hallucinaties en wanen, waarbij aanwezigheid, ernst, attributie, beloop en fenomenologische karakteristieken van deze symptomen worden uitgevraagd.	<i>Schutte et al, under review</i>
QPE-screener	Ingekorte variant van de QPE; screent op de aanwezigheid van hallucinaties en wanen	<i>Schutte et al, under review</i>
PSYRATS Psychotic Symptoms RATing Scale	Semi-gestructureerd interview over akoestische hallucinaties (11 items) en wanen (6 items), die de aanwezigheid, ernst en fenomenologische karakteristieken van deze symptomen in kaart brengt. Specifieke training wordt aangeraden alvorens de lijst wordt afgenomen.	<i>Haddock et al, 1999. Vertaling: De Hert et al, 1996, Valmaggia, 1998.</i>
PANSS Positive and Negative Syndrome Scale	Interview dat in 3 schalen vraagt naar de aanwezigheid en ernst van positieve psychotische symptomen (7 items), negatieve psychotische symptomen (7 items) en algemene psychopathologie (16 items). Specifieke training is noodzakelijk voor afname.	<i>Kay et al, 1987. Vertaling: Wolthaus et al, 2000</i>
AVHRS Auditory Vocal Hallucination Rating Scale	Gestructureerd interview gericht op het horen van stemmen, waarbij ernst en fenomenologie van de stemmen worden uitgevraagd.	<i>Bartels-Velthuis et al, 2012.</i>
Het stemmen interview	Interview over het horen van stemmen met vragen over ontstaan van stemmen, de momenten waarop stemmen gehoord worden, of de stemmen adviseren, commentaar geven of opdrachten, wat de opvattingen over de herkomst en doel van de stemmen, de relatie tot het zelfbeeld, de emoties die verschillende stemmen oproepen, de gedragingen om met stemmen om te gaan en de gevolgen van het stemmen horen op het even van de stemmenhoorder.	<i>Van der Gaag et al, 2013</i>
The Maastricht Interview with a person who hears voices.	Interview over het horen van stemmen, bestaande uit een uitgebreide hoeveelheid vragen over fenomenologie, ernst, attributie en beloop van de stemmen.	<i>Escher et al, 1998</i>
CAARMS Comprehensive Diagnostiek of At Risk Mental State	Gestructureerd interview, bedoeld om een acute psychose te bevestigen of uit te sluiten en om te bepalen of iemand voldoet aan de criteria van een 'at risk mental state'. Nu nog geen toepassing van lijst in reguliere zorg, beperkt tot onderzoek. Specifieke training is noodzakelijk voor afname.	<i>Yung et al, 2005. Vertaling: van der Gaag et al, 2008.</i>
VOS -R Vragenlijst Opvattingen over Stemmen	Zelf-invul vragenlijst voor stemmenhoorders van 35 items, specifiek bedoeld om opvattingen over de stemmen in kaart te brengen.	<i>Chadwick et al, 2000. Vertaling: van der Gaag, Bervoets, de Boer.</i>

9.4.5 Veelvoorkomende groepen geneesmiddelen met hallucinaties als bijwerking (bron: Farmacotherapeutisch Kompas)

Antidepressiva (SSRI's/SNRI's/TCA's)	Bètablokkers
Opiaten	Antihistaminica
Dopamine-agonisten	Anti-epileptica (m.n. levatiracetam)
Anticholinergica	Memantine
Tabel 2b. Psychoactieve stoffen waarbij hallucinaties kunnen optreden (bron: Mori et al, 2012; Brady et al, 1991; Shakoor et al, 2015; Martin et al, 2006).	
Cannabis	Cocaïne
XTC (MDMA)	(Meth)amfetamine
Opiaten (morphine, oxycontin, heroïne)	NMDA-receptor-antagonisten (ketamine, methoxetamine, PCP)
Serotonine-2 α -agonisten (paddo's, mescaline, LSD, DMT, ayahuasca)	

9.4.6 Overzicht van de verschillende zorgstandaarden en modules, te hanteren bij (indicatie op) eventuele comorbiditeit

Zorgstandaard/module	Auteur	Jaar
Psychose (incl. module vroege psychose)	KO GGz	i.o.
Bipolaire stoornissen	KO GGz	i.o.
Depressie & Dysthymie	KO GGz	i.o.
Angststoornissen	KO GGz	i.o.
Persoonlijkheidsstoornissen	KO GGz	i.o.
Autismespectrumstoornissen	KO GGz	i.o.
Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag	KO GGz	i.o.
Slechthorendheid	NHG	2014
Dementie	NVN, NVKG, NVvP	2014
Parkinson	NVN	2010
Epilepsie	NVN	2013

i.o., in ontwikkeling
KO GGZ, Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ; NHG, Nederlands Huisartsen Genootschap;
NvN, Nederlandse Vereniging voor Neurologie; NVKG, Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie

9.4.7 Waar moet een crisisplan aan voldoen?

1. Contactgegevens
2. Omschrijven hoe een crisis er uit ziet. Met betrekking tot stemmenhoren kan er worden omschreven welke stemmen de patiënt ervaart wanneer deze in crisis is of dreigt te geraken. De patiënt brengt zelf in kaart hoe hij kan herkennen of het goed of slecht met hem gaat (variërend van fase 0 waarin het goed gaat, tot fase 4 waarin het zeer slecht gaat). Vervolgens geeft hij per fase aan wat hij kan ondernemen om zich beter te voelen of zich goed te blijven voelen en wat zijn omgeving of eventuele andere betrokkenen kunnen doen. Het is belangrijk dat hij zijn naasten hierbij betreft, want anderen hebben soms eerder in de gaten dat het minder gaat dan de persoon zelf en kunnen ook goede ideeën hebben welke factoren van invloed zijn.
3. Omschrijven hoe omstanders/zorgverleners dienen te handelen in geval van crisis. Hoe wil de patiënt bejegend wil worden? Is het met betrekking tot het stemmenhoren helpend om hiernaar te vragen of juist niet? Mogen hulpverleners de geheimhoudingsplicht jegens naasten opheffen?
4. Korte omschrijving dagelijkse bezigheden. Zijn er naasten/partner? Is er sprake van betaald/vrijwillig werk? Wat is de voornaamste daginvulling?
5. Korte omschrijving van relevante lichamelijke/medische informatie. Denk hierbij ook aan medicatie die wel/niet goed helpt in geval van crisis.
6. Afspraken. Met wie neemt patiënt contact op als het niet goed gaat? Waar kan deze terecht bij geen gehoor? De behandelaar, gebruik te maken van een 24-uurs telefonische bereikbaarheidsdienst of van een (crisis)opname.
7. Wensen in geval van opname. Welke instelling heeft de voorkeur?
8. Taken van contactpersonen. Wie neemt de thuissituatie waar?
9. Praktische aandachtspunten.

9.4.8 Medicamenteuze behandeling bij stemmenhoren

In afwezigheid van overige symptomen wordt stemmenhoren, in de literatuur beschreven als auditief verbale hallucinaties (AVH), veelal geclassificeerd als kortdurende psychotische stoornis of psychotische stoornis NAO.

Bron: American Psychiatric Association, 2013.

De evidentie voor medicamenteuze interventies bij psychoses in het kader van schizofrenie en stemmingsstoornissen laat zich mogelijk niet zonder meer vertalen naar AVH in engere zin. Dit hoofdstuk bespreekt de achtergrond, indicatie en evidentie voor medicamenteuze behandeling van AVH. Eerst zal een samenvatting gegeven worden van de effectiviteit van antipsychotica voor psychose in het kader van schizofrenie. Hierover bestaat veel literatuur. Echter, lang niet iedereen die stemmen hoort valt onder deze subcategorie. Voor mensen die stemmen horen zonder dat er sprake is van psychose in het kader van schizofrenie is de indicatie voor antipsychotica onduidelijk. Het gebrek aan evidentie hiervoor wordt in het latere deel van deze paragraaf besproken.

Achtergrond

Er is consistent meta-analytisch bewijs voor een dysregulatie van het dopamine systeem in psychose in het kader van schizofrenie en andere schizofrenie-spectrum stoornissen.

Bron: Howes et al., 2012.

PET en SPECT studies hebben een verhoogde presynaptische dopamine synthese capaciteit

Bron: Howes et al., 2007.

en verhoogde synaptische dopamine niveaus

Bron: Bonoldi and Howes, 2014.

aangetoond. Daarnaast wordt er bij provocatie met amfetamine een verhoogde dopamine afgifte gezien die geassocieerd is met een terugval in of verergering van

psychotische symptomen.

Bron: Bonoldi and Howes, 2014.

De verhoogde dopamine synthese gaat de eerste manifestatie van psychose bovendien in de tijd vooraf

Bron: Egerton et al., 2010; Howes and Kapur, 2009.

en neemt toe in de overgang van de prodromale fase naar de eerste ziekte-episode.

Bron: Howes et al., 2011.

Een verhoogde presynaptische dopamine synthese capaciteit wordt niet gevonden bij patiënten met een andere psychiatrische aandoening, zoals een stemmingsstoornis zonder psychotische symptomen

Bron: Martinot et al., 2001; Yatham et al., 2002.

en ook niet bij mensen met subklinische psychotische kenmerken in de algemene bevolking.

Bron: Howes et al., 2013.

De klinische effectiviteit van antipsychotica is gerelateerd aan de dopamine D2 receptor bezetting in het striatum.

Bron: Uchida et al., 2011.

Dit suggereert dat de werking van antipsychotica berust op het normaliseren van striataal dopamine. Ongeveer een derde van de patiënten met een psychose in het

kader van schizofrenie reageert echter niet op eerstelijns antipsychotica.

Bron: Sheitman and Lieberman, 1998.

Een mogelijke verklaring is dat er in 'non-responders' geen sprake is van een ontregeling van het dopamine systeem

Bron: Bonoldi and Howes, 2014.

. Deze hypothese wordt ondersteunt door bevindingen dat lagere synaptische dopamine levels geassocieerd zijn met een slechtere respons op behandeling

Bron: Abi-Dargham et al., 2000.

en dat therapieresistente patiënten geen afwijkende dopamine synthese capaciteit vertonen.

Bron: Demjaha et al., 2012.

Ongeveer de helft van de patiënten met een psychose in het kader van schizofrenie bereikt alsnog remissie van psychose met clozapine, een antipsychoticum met een grotere effectiviteit dan andere antipsychotica.

Bron: Kane and Correll 2016.

Indicatie voor medicamenteuze behandeling bij stemmenhoren

De bovengenoemde bevindingen over de rol van het dopamine systeem in psychose en de effectiviteit van antipsychotica in aan- en afwezigheid van dopamine dysregulatie suggereren dat behandeling met antipsychotica vooral effectief is wanneer er een ontregeling van de striatale dopamine signaaloverdracht is. Stemmenhoren kan door veel factoren veroorzaakt worden en meestal is er sprake van meerdere factoren. Een verstoorde dopamine aanmaak kan een factor zijn, maar dat is lang niet altijd het geval. Het is daarom te verwachten dat antipsychotica niet per definitie effectief zijn tegen

stemmenhoren. Auditief verbale hallucinaties in afwezigheid van een psychiatrische diagnose gaan vermoedelijk niet gepaard met een verhoogde dopamine synthese capaciteit

Bron: Howes et al., 2013.

en een normale dopamine synthese capaciteit is een voorspeller voor non-respons op antipsychotica.

Bron: Demjaha et al., 2012.

Hieruit volgt dat stemmen in afwezigheid van een verklarende psychiatrische of somatische aandoening

Bron: Daalman et al., 2011; Slotema et al., 2012; Sommer et al., 2010.

bij voorkeur niet medicamenteus worden behandeld. In algemene zin kan worden aangenomen dat het veronderstelde etiologische mechanisme een belangrijke factor is in de afweging om al dan niet medicamenteus te behandelen, waarbij vooral aandoeningen die zijn geassocieerd met dopamine dysregulatie in aanmerking komen voor behandeling met antipsychotica. In aanvulling op de veronderstelde etiologie, moeten ook de lijdensdruk, eventuele beperkingen in het functioneren, en de wens van de patiënt worden meegewogen in het indiceren van medicamenteuze behandeling.

Medicamenteuze behandeling van stemmen per etiologie

Primair psychotische stoornissen

Hieronder worden begrepen schizofrenie, de schizofreniforme stoornis en de schizoaffectieve stoornis. De evidentie voor de behandeling van schizofrenie en aanverwante aandoeningen met antipsychotica is zeer hoog,

Bron: voor meta-analyses zie: Leucht et al., 2009; Leucht et al., 2013.

maar slechts een tweetal studies onderzochten het effect van deze medicatie op hallucinaties in het bijzonder.

Bron: Sommer et al., 2012; Johnsen et al., 2013.

Geen van beide studies maakte onderscheid tussen visuele en auditieve hallucinaties.

In een studie van Sommer et al. (2012) werd data van de European First-Episode Schizophrenia Trial (EUFEST) opnieuw geanalyseerd, waarbij het effect van een vijftal antipsychotica - te weten haloperidol, olanzapine, amisulpride, quetiapine en ziprasidone - op item P3 (ernst van hallucinaties) van de Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS),

Bron: Kay et al., 1987.

werd onderzocht in 362 patiënten met een eerste psychotische episode, die bovendien tenminste milde hallucinaties ervoeren (PANSS P3 score van 3 of hoger; 73% van de totale EUFEST sample). De studie vond een gemiddelde afname in de ernst van hallucinaties van 4.4 (matig tot matig-ernstig) naar 2.5 (minimaal-mild) in de eerste vier weken van behandeling, met een verdere daling tot 1.5 (afwezig-minimaal) na zes maanden. Het percentage patiënten met ten minste milde hallucinaties daalde van 100% op baseline naar 8% na 12 maanden. Deze bevindingen tonen aan dat hallucinaties in patiënten met een psychotische stoornis over het algemeen goed reageren op behandeling met antipsychotica. Er werd geen duidelijk verschil in effectiviteit gezien tussen de verschillende middelen, hoewel haloperidol op trend-niveau minder effectief leek dan de overige middelen, met name in vergelijking met olanzapine ($\chi^2(1) = 6.93, P=0.008$ ongecorrigeerd)

Bron: Sommer et al., 2012.

Een tweede studie werd uitgevoerd door Johnsen et al. (2013). Het doel van deze studie was het vergelijken van de anti-hallucinatoire effecten van risperidon, olanzapine, quetiapine en ziprasidone tot twee jaar na de start van behandeling in een groep van 226 acuut vanwege psychose opgenomen patiënten (niet noodzakelijk de eerste episode). Voor het kwantificeren van de hallucinaties maakten ook zij gebruik van item P3 van de PANSS. Op baseline was er in 68% van de patiënten sprake van hallucinaties. Bij ontslag na zes weken was dit percentage gedaald tot 33%. De gemiddelde hallucinatie score was afgenomen van 3.6 (mild-matig ernstig) tot 2.0 (minimaal). In een subgroep met frequente hallucinaties werd een snellere afname van de ernst van hallucinaties gevonden in de quetiapine en ziprasidone groepen ten opzichte van de

risperidon groep (p=0.027)

Bron: Johnsen et al., 2013.

Op basis van GRADE evidentieprofielen wordt de kwaliteit van het bewijs voor effectiviteit van antipsychotica voor stemmenhoren beoordeeld als: matig. Er is dus een matige zekerheid over het bestaan van een klinisch relevant voordeel bij het gebruik van antipsychotica tegen stemmenhoren in het kader van een primair psychotische stoornis. Belemmerende factoren in de literatuur waren het ontbreken van een placebo controleconditie en hoge drop-out percentages.

Aanbeveling

Ondanks enkele limitaties laat de literatuur consistent zien dat antipsychotica effectief zijn tegen AVH in het kader van primair psychotische stoornissen. Er zijn voorzichtige aanwijzingen dat sommige antipsychotica effectiever zijn bij AVH dan andere, maar het is nog te vroeg om daar aanbevelingen aan te koppelen.

Voor een bespreking van de farmacotherapeutische behandeling van de primair psychotische stoornissen in algemene zin wordt verwezen naar de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie (2012), in het bijzonder naar de aanbevelingen voor behandeling bij medicatieresistentie.

Stemmingsstoornissen

Er zijn geen studies verricht naar het specifieke effect van medicamenteuze behandeling van stemmenhoren bij stemmingsstoornissen. Hallucinaties doen zich in het bijzonder voor in het kader van de bipolaire stoornis en de ernstige unipolaire depressie (dan 'met psychotische kenmerken'). In onderstaande paragrafen wordt de evidentie voor de medicamenteuze behandeling van psychotische symptomen in bredere zin bij deze diagnoses kort besproken.

Depressie met psychotische kenmerken. Een gestructureerde review van 12 studies naar de medicamenteuze behandeling van de psychotische depressie concludeert dat de combinatie van een antidepressivum met een antipsychoticum significant effectiever in de behandeling van de psychotische depressie is dan monotherapie met een van beide middelen (RR 1.44, 95% CI 1.1.5 tot 1.80, p=0.002)

Bron: Wijkstra et al., 2013.

. Vijf van de 12 studies onderzochten psychotische symptomen als secundair eindpunt,

Bron: Meyers, 2009; Mulsant et al., 2001; Spieker et al., 1985; Zanardi et al., 1996, 2000.

maar keken daarbij exclusief naar wanen.

Bipolaire stoornis. Een meta-analyse van studies naar de medicamenteuze behandeling van de acute manie vond een grotere effectiviteit van antipsychotische medicatie (met name risperidon, olanzapine, en haloperidol) dan van stemmingsstabilisatoren.

Bron: Cipriani et al., 2011.

Bij de bipolaire depressie bestaat sterk meta-analytische bewijs voor de effectiviteit van olanzapine in combinatie met fluoxetine. Olanzapine (monotherapie), quetiapine, lurasidone, valproïnezuur en SSRIs worden eveneens aangeraden

Bron: Taylor et al., 2014.

. Lithium wordt gezien als de gouden standaard voor de onderhoudsbehandeling, maar ook valproïnezuur, olanzapine, lamotrigine, aripiprazol en quetiapine zijn effectief bij deze indicatie.

Bron: Severus et al., 2012.

Aanbeveling

Antipsychotica zijn dus bewezen effectief in de behandeling van ernstige uni- en bipolaire stemmingsstoornissen, maar het effect op AVH in het bijzonder is niet onderzocht. Voor een uitgebreide bespreking van de farmacotherapeutische behandeling van affectieve stoornissen wordt verwezen naar de betreffende zorgstandaard.

Borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS)

Er zijn geen studies gedaan naar het specifieke effect van medicamenteuze behandeling op stemmenhoren bij patiënten met de diagnose BPS. De volgende paragraaf beschrijft de evidentie voor medicamenteuze behandeling van psychotische symptomen bij de borderline en schizotypische persoonlijkheidsstoornis in bredere zin.

Een aantal studies beschrijft het effect van antipsychotica op psychoticisme en cognitief-perceptuele symptomen bij de BPS. Twee gestructureerde reviews

Bron: Lieb et al., 2010; Stoffers et al., 2010.

en twee meta-analyse

Bron: Ingenhoven and Duivenvoorden, 2011; Vita et al., 2011.

s voorzien in een overzicht van de bevindingen van deze studies, waarbij de geanalyseerde studies grotendeels overeen komen. De meest recente meta-analyse van Vita et al. (2011) berekende de effectiviteit van antipsychotica op cognitief-perceptuele symptomen over de afzonderlijke studies. Zij vonden een significant effect op deze symptomen van antipsychotica (SMD = -0.53, $p=0.02$), maar niet van antidepressiva (SMD = -0.01, $p=0.936$). Dit komt overeen met de meta-analyse door Ingenhoven et al. (2010) die een vergelijkbaar effect rapporteren (SMD = -0.56, $p<0.05$).

Op basis van GRADE evidentieprofielen wordt de kwaliteit van het bewijs voor effectiviteit van antipsychotica voor stemmenhoren beoordeeld als: laag. Er is dus een lage zekerheid over het bestaan van een klinisch relevant voordeel bij het gebruik van antipsychotica tegen stemmenhoren in het kader van een BPS.

De kwaliteit van het bewijs voor effectiviteit van stemmingsstabilisatoren tegen stemmenhoren beoordeeld als: laag. Er is dus een lage zekerheid over de afwezigheid van een klinisch relevant voordeel bij het gebruik van stemmingsstabilisatoren tegen stemmenhoren in het kader van een BPS.

De kwaliteit van het bewijs voor effectiviteit van antidepressiva tegen stemmenhoren beoordeeld als: laag. Er is dus een lage zekerheid over de afwezigheid van een klinisch relevant voordeel bij het gebruik van antidepressiva tegen stemmenhoren in het kader van een BPS. Een belemmerende factor in de literatuur is dat de uitkomstmaten van de studies aspecifiek zijn voor AVH, omdat deze meestal een algemene score van positieve psychotische symptomen of cognitief-perceptuele symptomen betrof.

Aanbevelingen

Er is enige, indirecte, evidentie voor de effectiviteit van antipsychotica tegen stemmenhoren (als onderdeel van cognitief-perceptuele symptomen) bij patiënten met de diagnose BPS.

Er is geringe, indirecte, evidentie dat het gebruik van stemmingsstabilisatoren tegen stemmenhoren (als onderdeel van cognitief-perceptuele symptomen) geen klinisch relevant voordeel oplevert bij patiënten met de diagnose borderline

persoonlijkheidsstoornis.

Er is geringe, indirecte, evidentie dat het gebruik van antidepressiva tegen stemmenhoren (als onderdeel van cognitief-perceptuele symptomen) geen klinisch relevant voordeel oplevert bij patiënten met de diagnose BPS.

Voor een uitgebreide bespreking van de behandeling van de BPS wordt verwezen naar de betreffende zorgstandaard.

Schizotypie

Een recente review van studies naar auditief verbale hallucinaties onafhankelijk van diagnose noemt schizotypie als een biologische precursor voor hallucinatoire ervaringen.

Bron: de Leede-Smith and Barkus, 2013.

Er zijn geen studies gedaan bij mensen met schizotypie naar het effect van medicamenteuze behandeling op stemmenhoren in het bijzonder. Een dubbelblinde placebo-gecontroleerde RCT onderzocht het effect van risperidon op psychotische symptomen in patiënten met een schizotypische persoonlijkheidsstoornis en vond een grotere reductie op PANSS scores met risperidon versus placebo.

Bron: Koenigsberg et al., 2003.

Het effect op hallucinaties (item P3) werd niet afzonderlijk onderzocht.

Op basis van GRADE evidentieprofielen wordt de kwaliteit van het bewijs voor effectiviteit van risperidon voor stemmenhoren beoordeeld als: zeer laag. Er is dus een zeer lage zekerheid over het bestaan van een klinisch relevant voordeel bij het gebruik van risperidon tegen stemmenhoren in het kader van schizotypie. Belemmerende factoren in de literatuur zijn dat de uitkomstmaten van de studies specifiek zijn voor AVH en dat er slechts een gerandomiseerde trial bekend is.

Aanbevelingen

Er is enige, indirecte, evidentie voor de effectiviteit van risperidon tegen stemmenhoren (als onderdeel van psychotische symptomen) bij patiënten met een schizotypische persoonlijkheidsstoornis.

Post-traumatische stress stoornis (PTSS)

Drie meta-analyses stellen dat antipsychotica effectief zijn in de behandeling van PTSS, met name in het verminderen van intrusies.

Bron: Han et al., 2014; Pae et al., 2008; Wang et al., 2013.

De grootste RCT vond echter geen effect van risperidon additie.

Bron: Krystal et al., 2011.

Het is van belang op te merken dat in deze studie patiënten die al antipsychotica behoeften voor de behandeling van psychose nadrukkelijk werden geëxcludeerd. Antipsychotica lijken dus niet effectief bij PTSS in afwezigheid van psychose, en daarmee samenhangende dopamine dysregulatie (zie achtergrond). Drie open-label studies keken in het bijzonder naar het effect van antipsychotica op psychotische symptomen bij PTSS. Hamner et al. (2003) vonden een significant grotere reductie van PANSS totaal scores met risperidon additie versus placebo,

Bron: Hamner, Faldowski, et al., 2003.

een grotere reductie van PANSS positieve scores en PTSS symptomen bij (additie van) quetiapine

Bron: Hamner, Deitsch, et al., 2003

en Pivac et al. (2004) vonden een grotere afname van de negatieve en algemene subschaal van de PANSS met olanzapine in vergelijking met flufenazine.

Bron: Pivac et al., 2004.

Op basis van GRADE evidentieprofielen wordt de kwaliteit van het bewijs voor effectiviteit van antipsychotica voor stemmenhoren beoordeeld als: zeer laag. Er is dus een zeer lage zekerheid over het bestaan van een klinisch relevant voordeel bij het gebruik van antipsychotica tegen stemmenhoren in het kader van PTSS. Belemmerende factoren in de literatuur is dat de uitkomstmaten van de studies aspecifiek zijn voor AVH, omdat van een algemene score van psychotische symptomen wordt uitgegaan en het bewijs voornamelijk op open-label trials berust.

Aanbevelingen

Er is geringe, indirecte, evidentie voor de effectiviteit van antipsychotica voor stemmenhoren (als onderdeel van psychotische symptomen) bij patiënten met de diagnose PTSD.

Veroudering en gehoorverlies

De prevalentie van hallucinatoire ervaringen neemt toe met de leeftijd,

Bron: Tien, 1991; Turvey et al., 2001.

waarbij factoren zoals het verlies van de partner, neurocognitieve achteruitgang en gehoorverlies zijn aangemerkt als risicofactoren voor het optreden van hallucinaties.

Bron: Grimby, 1993.

Muzikale hallucinaties (MH) komen vaker voor in deze groep dan in de algemene bevolking.

Bron: Evers, 2006.

Ook stemmenhoren kan optreden bij afname van het gehoor.

Bron: Sommer et al. 2014; Linszen et al. 2015.

Er zijn geen klinische trials verricht naar de effectiviteit van medicamenteuze behandeling van auditieve hallucinaties in het kader van gehoorverlies, maar een recente review van Coebergh et al. (2015) biedt een overzicht van de behandeling van 276 casus uit 147 artikelen.

Bron: Coebergh et al., 2015.

De auteurs concluderen dat auditieve hallucinaties in het kader van gehoorverlies

zonder interventie kunnen verdwijnen. Als de hallucinaties te verdragen zijn, wordt geadviseerd de patiënt gerust te stellen en af te zien van verdere behandeling. Als de MH erg storend zijn is behandeling wenselijk. In totaal werden 96 patiënten met hallucinaties bij gehoorverlies beschreven, van wie er in totaal 54 medicamenteus werden behandeld. Over de case-reports werd het beste effect gezien van behandeling met acetylcholine-esterase-remmers (7 casus), alsmede – in aflopende mate van effectiviteit – van antidepressiva (19 casus), anti-epileptica (27 casus), benzodiazepines of barbituraten (5 casus), en antipsychotica (31 casus). Het effect van antipsychotica bij dit type hallucinaties lijkt dus laag.

Neurodegeneratieve aandoeningen en epilepsie

De medicamenteuze behandeling van auditieve hallucinaties in het kader van neurodegeneratieve aandoeningen zoals de ziekte van Parkinson,

Bron: Lee and Weintraub, 2012; Mack et al., 2012.

Lewy Body dementie en de ziekte van Alzheimer

Bron: Ballard et al., 2001; Bassiony and Lyketsos, 2003.

en epilepsie

Bron: Serino et al., 2014.

worden in deze generieke module buiten beschouwing gelaten. Hiervoor wordt verwezen naar de betreffende behandelrichtlijnen.

Conclusie en aanbevelingen

De commissie doet de aanbeveling dat behandeling van stemmenhoren met antipsychotische medicatie wordt gereserveerd voor situaties waarbij een verstoring van het dopamine systeem als onderliggend mechanisme wordt verondersteld. Daarbij wordt in het bijzonder bedoeld op stemmen die zich voordoen in het kader primair psychotische aandoeningen waaronder schizofrenie, waarin directe wetenschappelijke evidentie bestaat voor de effectiviteit van antipsychotica.

Bron: Johnsen et al., 2013; Sommer et al., 2012.

Mensen die stemmenhoren in afwezigheid van een psychiatrische stoornis lieten geen afwijkend striataal dopamine zien in een PET studie

Bron: Howes et al. 2013.

en zijn zullen naar verwachting weinig baat, maar mogelijk wel bijwerkingen, ervaren van antipsychotische medicatie. Voor andere aandoeningen in het kader waarvan stemmen zich kunnen voordoen (waaronder de stemmingsstoornissen met psychotische kenmerken, de borderline persoonlijkheidsstoornis, en psychotische PTSS) is er evidentie voor de effectiviteit van antipsychotica tegen psychotische fenomenen in het algemeen, maar ontbreekt wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van antipsychotica op stemmenhoren in engere zin. Voor patiënten die stemmenhoren in het kader van gehoorverlies lijkt de opbrengst van antipsychotische medicatie niet op te wegen tegen de bijwerkingen. Gezien de aanzienlijke bijwerkingen van deze middelen doet de commissie de algemene aanbeveling – indien wordt gekozen voor (proef-) behandeling met antipsychotica – om de werkzaamheid en de bijwerkingen nauwkeurig te observeren, om te waarborgen dat deze middelen weer worden afgebouwd als ze onvoldoende werkzaam blijken. Voor de een uitgebreide evaluatie van bijwerkingen bij gebruik van psychofarmaca wordt gewezen op de Generieke Module Gebruik van Psychofarmaca.

9.4.9 Evidentietabel voor gebruik antipsychotica voor stemmenhoren bij psychotische stoornissen

Author(s): Bohiken MM, Collin G, Sommer IEC
Date:
Question: Antipsychotic medication compared to treatment as usual for AVH in psychotic disorders
Setting:
Bibliography: Semmer et al., 2012; Johnsen et al., 2013

Quality assessment							Impact	Quality	Importance
Ni of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations			
All antipsychotics (follow up: range 6 weeks to 52 weeks)									
2	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious	not serious	none	Sommer et al., (2012): 100% of subjects with mild to moderate hallucinations at baseline reduced to 8% at last follow-up after 52 weeks of treatment, based on P3 item of PANSS scale (N=362). Johnsen et al., (2013): 68% of subjects with hallucinations at baseline declined to 33% after six weeks of treatment, based on P3 item of PANSS scale (N=226).	⊕⊕⊕⊕ MODERATE	
Olanzapine treatment (follow up: range 6 weeks to 52 weeks; assessed with: PANSS P3)									
2	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious	not serious	none	Both trials report a significant decrease in AVH in response to olanzapine treatment.	⊕⊕⊕⊕ MODERATE	
Risperidone treatment (follow up: range 6 weeks to 52 weeks; assessed with: PANSS P3)									
1	randomised trials	very serious ^{1,2}	not serious	not serious	not serious	none	Risperidone treatment is inferior to quetiapine and ziprasidone treatment after 300 days of treatment.	⊕⊕⊕⊕ LOW	
Quetiapine treatment (follow up: range 6 weeks to 52 weeks; assessed with: PANSS P3)									
2	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious	not serious	none	Quetiapine treatment was found to be effective in both trials.	⊕⊕⊕⊕ MODERATE	
Ziprasidone treatment (follow up: range 6 weeks to 52 weeks; assessed with: PANSS P3)									
2	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious	not serious	none	Ziprasidone treatment was found to be effective in both trials.	⊕⊕⊕⊕ MODERATE	
Haloperidol treatment (follow up: range 6 weeks to 52 weeks; assessed with: PANSS P3)									
1	randomised trials	very serious ^{1,2}	not serious	not serious	not serious	none	Haloperidol treatment was found to be effective in one trial, but there are indications that it is less effective compared to second generation antipsychotics.	⊕⊕⊕⊕ LOW	

CI: Confidence interval
¹ Large dropout rate
² Data is provided by only one study

9.4.10 Evidentietabel voor gebruik antipsychotica voor stemmenhoren bij borderline persoonlijkheidsstoornis

Author(s):
Date:
Question: Neuroleptic medication compared to placebo for treatment of AVH in BPD
Setting:
Bibliography:

Quality assessment							Ni of patients		Effect		Quality	Importance
Ni of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Neuroleptic medication	placebo	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
First generation antipsychotic: Haloperidol vs. placebo (follow up: range 5 weeks to 6 weeks)												
2	randomised trials	not serious	not serious	serious ¹	serious ¹	none	58	56	-	MD 0.44 SD fewer (1.09 fewer to 0.2 more)	⊕⊕⊕⊕ LOW	
Second generation antipsychotic: Aripiprazole vs. placebo												
1	randomised trials	serious ²	not serious	serious ¹	serious ¹	none	26	26	-	MD 1.05 SD lower (1.64 lower to 0.47 lower)	⊕⊕⊕⊕ VERY LOW	
Second generation antipsychotic: Ziprasidone vs. placebo												
1	randomised trials	serious ²	not serious	serious ¹	serious ¹	none	30	30	-	MD 0.23 SD lower (0.74 lower to 0.28 higher)	⊕⊕⊕⊕ VERY LOW	
Mood stabiliser: Carbamazepine vs. placebo												
1	randomised trials	serious ³	not serious	serious ¹	serious ¹	none	9	10	-	MD 0.58 SD fewer (1.5 fewer to 0.35 more)	⊕⊕⊕⊕ VERY LOW	
Mood stabiliser: Topiramate vs. placebo												
1	randomised trials	serious ²	not serious	serious ¹	serious ¹	none	28	28	-	MD 0.49 SD fewer (1.02 fewer to 0.05 more)	⊕⊕⊕⊕ VERY LOW	
Antidepressant: Amitriptyline												
1	randomised trials	serious ²	not serious	serious ¹	serious ¹	none	29	28	-	MD 0.43 SD fewer (0.96 fewer to 0.09 more)	⊕⊕⊕⊕ VERY LOW	
Antidepressant: Phenelzine Sulfate												
1	randomised trials	serious ²	not serious	serious ¹	serious ¹	none	34	28	-	MD 0.28 SD fewer (0.78 fewer to 0.22 more)	⊕⊕⊕⊕ VERY LOW	

CI: Confidence interval; **MD:** Mean difference
¹ The outcome measure assessed was psychotic symptoms, which include but are not confined to AVH
² Data from only one study
³ The number of subjects is very low

9.4.11 Evidentietabel voor gebruik antipsychotica voor stemmenhoren bij schizotypie

Author(s): Bohlken MM, Collin G, Sommer IEC
Date:
Question: Neuroleptic medication compared to treatment as usual for treatment of AVH in schizotypic personality disorder
Setting:
Bibliography: Koenigsberg et al., 2003

Quality assessment							Impact	Quality	Importance
No. of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations			
Risperidone vs. placebo									
1	randomised trials	serious ¹	not serious	serious ²	serious ²	none	After nine weeks treatment, active treatment showed significantly lower PANSS positive scores compared to placebo (p=0.009).	⊕○○○ VERY LOW	

CI: Confidence interval

1. Very low number of subjects
2. Primary outcome measure was cognitive perceptual symptoms, which include AVH

9.4.12 Evidentietabel voor gebruik antipsychotica voor stemmenhoren bij PTSS

Author(s): Bohlken MM, Collin G, Sommer IEC
Date:
Question: Neuroleptic medication compared to treatment as usual for treatment of AVH in PTSD
Setting:
Bibliography: Hamner et al., 2003; Hamner et al., 2009

Quality assessment							Impact	Quality	Importance
No. of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations			
Risperidone vs. placebo									
1	randomised trials	serious ^{1,2}	not serious	very serious ³	very serious ³	none	After 5 weeks of risperidone treatment 18 patients scores significantly lower on PANSS total scores (p<0.05) compared to 18 patients in the placebo group.	⊕○○○ VERY LOW	
Quetiapine vs. placebo (follow up: mean 12 weeks)									
1	randomised trials	serious ^{1,2}	not serious	very serious ³	very serious ³	none	After 12 weeks of quetiapine mono treatment, the active treatment group shows significantly lower PANSS total scores compared to the placebo group (p=0.0135).	⊕○○○ VERY LOW	

CI: Confidence interval

1. Only one study available
2. Open label trial
3. PANSS total score was assessed, which includes hallucinations

9.4.13 Psychotherapeutische interventies voor stemmenhoren

Achtergrond

Psychologische interventies zijn een belangrijk onderdeel in de behandeling bij stemmenhoren en kunnen gelijktijdig met een medicamenteuze behandeling worden ingezet. Er zijn verschillende behandelvormen, die allen gemeen hebben dat ze vaardigheden proberen aan te leren om op een andere manier met het stemmenhoren om te gaan, zodat de ervaren last ervan afneemt. Deze behandelvormen zijn op verschillende therapeutische kaders gebaseerd, waarbij voor de ene meer wetenschappelijke onderbouwing is dan voor de andere.

De meeste studies naar psychologische behandelingen voor het horen van stemmen zijn gedaan in patiënten met psychose of een hoog risico hierop. Bij andere groepen die stemmenhoren zijn deze behandelingen niet specifiek voor dit symptoom onderzocht. De behandeling die het vaakst wordt toegepast in studies, is cognitieve gedragstherapie (CGT). Dit kan plaatsvinden in groepen, of individueel. Daarnaast zijn er andere behandelmethodes getest, maar meestal slechts in een klein aantal studies. In deze paragraaf wordt beschreven wat het bewijs is voor al deze behandelmethoden.

Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie is een vorm van psychotherapie waarbij middels een gepersonaliseerde casusformulering samengewerkt wordt om de doelen van de patient te bereiken en de controle over symptomen en problemen te vergroten, zodat autonomie en zelfrespect toenemen. De werkrelatie is gelijkwaardig, onderzoekend, educatief en bemoedigend. In de kern is het een experiëntiële therapie, waarin door

nadenken en uitproberen wordt onderzocht hoe de ervaren wereld soms afwijkt van de geanticiperde wereld, zodat meer vrijheid van handelen ontstaat en opvattingen over zelf, ander en de wereld bijgesteld kunnen worden.

Een speciale variant van CGT is gericht op het behandelen van psychose: CGTp. Hierbij gaat het erom dat mensen een nieuwe betekenis geven aan psychotische symptomen, in dit geval de stemmen. Op deze manier is het de bedoeling dat mensen minder last van de stemmen ondervinden en met de stemmen leren omgaan in het dagelijks leven. Het doel is dus niet om de frequentie en ernst van de stemmen te verminderen.

Veel mensen die stemmen horen, hebben negatieve gedachten over zichzelf, over anderen en over de macht van de stemmen. Deze negatieve gedachten, met name die over zichzelf, zijn gerelateerd aan de stemmen en kunnen een aanknopingspunt vormen voor cognitieve therapie (Brockman and Murrell, 2015).

Er is een aantal meta-analyses verschenen over de effecten van CGTp bij psychose (dus wanen en hallucinaties). De oudste meta-analyses vonden grote effectgroottes vonden een effectgrootte van 0.91 (Rector and Beck, 2001), en effectgroottes van 0.65 aan het eind van de behandeling en 0.93 bij follow-up (Gould et al., 2001). Een kwalitatief goede meta-analyse over 33 gepubliceerde RCTs toonde effectgroottes aan van 0.40 (Wykes et al., 2008). Recent zijn een aantal andere meta-analyses verschenen. Burns et al. vonden een effectgrootte van 0.47 voor positieve symptomen bij medicatie-resistente psychose, in 16 studies (Burns et al., 2014). De meta-analyse van Jauhar en collega's vond een kleine effectgrootte van 0.25 voor positieve symptomen (Jauhar et al., 2014). Deze meta-analyse is echter bekritiseerd omdat het een aantal belangrijke studies geëxcludeerd heeft, waaronder studies met auditieve hallucinaties (Wykes, 2014). De meta-analyse van Turner et al. (2014) is de grootste tot op dit moment en omvat 44 studies die zes psychosociale interventies voor schizofrenie vergelijken, waaronder CGT. Het gaat steeds om de relatieve effectiviteit ten opzichte van een andere actieve interventies. CGTp was beter dan alle andere interventies bij elkaar om positieve symptomen te reduceren. De effectgrootte was 0.16. Dit bleef robuust in alle sensitiviteitsanalyses met "risk of bias". In vergelijking met "befriending" was de effectgrootte 0.42 en in vergelijking met ondersteunend counselen 0.23 (Turner et al., 2014). Bovengenoemde meta-analyses zijn echter niet specifiek gericht op het behandelen van stemmen horen, en worden daarom niet meegewogen in de beoordeling van het effect van CGT op het horen van stemmen.

In 2014 zijn de resultaten samengevoegd van 15 studies naar CGTp voor patiënten met een schizofreniespectrum stoornis die stemmen horen (Van der Gaag et al., 2014). Uit deze meta-analyse blijkt dat hallucinaties afnemen met een effectgrootte van 0.44, wat te omschrijven is als een klein tot middelgroot effect. Het effect wordt iets groter wanneer CGTp wordt vergeleken met een actieve behandeling (0.49) in plaats van met de standaardbehandeling, en ook wanneer alleen geblindeerde studies bekeken worden (0.46). De kwaliteit van het bewijs is hoog. Belangrijk is op te merken dat geen van de studies een negatief effect liet zien van CGTp op hallucinaties. CGT waarbij een individuele benadering per patiënt gehanteerd wordt, geeft betere resultaten dan algemene CGT. Deze individuele benadering kan ook in de vorm van een

groepsbehandeling gegeven worden.

Een review uit 2011 beschrijft studies over groeps-CGT specifiek voor stemmenhoren (Ruddle et al., 2011). Groeps-CGT voor stemmenhoren bleek alleen op een gerandomiseerde en gecontroleerde manier onderzocht te zijn bij patiënten met een diagnose schizofrenie of psychose. Deze studies worden ook in de meta-analyses van Van der Gaag et al. en Jauher et al. genoemd en laten inderdaad een positief effect zien. De effecten zijn echter geringer dan bij individuele CGT met behulp van gepersonaliseerde behandeling op basis van “case formulation”.

Er zijn voorlopig gunstige resultaten gevonden voor een cognitieve interventie specifiek voor stemmen die opdrachten geven. Deze behandeling is erop gericht om de macht die wordt toegekend aan de stemmen te beïnvloeden, met als gevolg dat patiënten de stemmen niet zullen gehoorzamen. Een gerandomiseerde studie in 197 patiënten met opdrachtstemmen liet zien dat na 18 maanden nog 28% van de mensen in de experimentele groep aan de stemmen gehoorzaamde, versus 46% van de mensen die de standaardbehandeling kregen, dit is een klinisch betekenisvol effect (Birchwood et al., 2014).

Een pilot met een interactieve internetbehandeling met CGT in 21 patiënten die stemmenhoren liet hoge patiënttevredenheid zien en significante afname in ernst van de stemmen (Gottlieb et al., 2013). Er was in deze studie echter geen controleconditie. Het effect zal daarom in grotere, gerandomiseerde studies onderzocht moeten worden.

In het Nederlands taalgebied zijn er uitgebreide CGT-protocollen beschikbaar via www.gedachtenuitpluizen.nl. De protocollen voor stemmen zijn ingedeeld naar de meest dominante emotie. Zo zijn er protocollen voor stemmen die angst oproepen, stemmen die somberheid oproepen en stemmen die schaamte oproepen. Bij angst gaat het veelal om dreigende stemmen of bevelshallucinaties. Het ondergraven van de macht van de stemmen staat hierbij centraal. Bij somberheid staan vaak een lage zelfwaardering en het herinnerd worden aan falen en het schelden centraal. Vaak zal Competitive memory training in het protocol geïntegreerd worden (zie hierna). Bij schaamte gaat het vaak om de angst dat wat de stemmen weten aan gedachten en gedragingen waarvoor de patiënt zich schaamt, ook aan anderen bekend is of wordt gemaakt.

Op basis van GRADE evidentieprofielen wordt de kwaliteit van het bewijs voor effectiviteit van CGT voor stemmenhoren beoordeeld als: matig tot hoog.

Aanbevelingen

Er is evidentie voor de effectiviteit van CGT tegen stemmenhoren bij patiënten met een psychotische stoornis.

Competitive Memory training (COMET)

Competitive Memory training (COMET) is een methode die gebruik maakt van verbeelding om het zelfvertrouwen van patiënten te versterken. Ook bij COMET is het doel niet om de frequentie van de stemmen af te laten nemen of om de inhoud van de

stemmen te beïnvloeden.

Van der Gaag en collega's hebben een COMET-protocol onderzocht in 77 mensen die negatieve stemmen horen (Van Der Gaag et al., 2012). Mensen wordt geleerd om de stemmen te verdragen, er afstand van te nemen door minder macht toe te kennen aan de stemmen en zichzelf in een hogere positie te plaatsen ten opzichte van de stemmen.

Uit de studie van Van der Gaag (2012) bleek dat depressie afnam bij mensen die stemmen horen, in slechts zeven behandelsessies. Het aantal stemmen en de inhoud veranderden inderdaad niet, maar het dagelijks leven werd minder verstoord en de controle over de stemmen nam toe in de groep die COMET had gekregen, versus alleen standaardbehandeling. Een nadeel was dat een deel van de deelnemers niet bereid of in staat was om de benodigde huiswerk oefeningen uit te voeren, hier moet dus in sommige gevallen extra aandacht aan besteed worden.

COMET is een transdiagnostische behandeltechniek, niet een op zichzelf staande behandeling. Het kan worden ingepast in een CGT-behandeling, wanneer de stemmen een negatief zelfbeeld blijven activeren en op deze wijze interfereren met het functioneren.

Benadering 'stemmen horen accepteren en begrijpelijk maken

1. Doel en verantwoording

Ruim 25 jaar hebben Romme en Escher onderzoek gedaan naar verschillende aspecten van het verschijnsel stemmen horen en ervaring opgedaan in de hulpverlening. Deze ervaringen zijn omgezet in een werkwijze die in de cursus 'omgaan met stemmen horen' geleerd kan worden. Belangrijkste inzichten van het onderzoek naar deze werkwijze zijn dat stemmenhoorders over hun ervaringen kunnen leren praten, er anders mee kunnen leren omgaan en daardoor beter in staat zijn weer hun eigen leven te leiden. Het gaat hier om stemmen horen met de kenmerken van wat in de psychiatrie 'auditieve hallucinaties' worden genoemd.

Uit het onderzoek naar stemmen horen kwam mede naar voren dat stemmen een functie hebben als persoonlijke boodschappers die reageren op persoonlijke levensomstandigheden. Hoe iemand omgaat met zijn of haar stemmen, is vaak een afspiegeling van hoe hij of zij omgaat met andere problemen in het leven. Bovendien bleek dat de manier waarop de stemmen met de stemmenhoorder omgaan, vaak een metafoor is voor de manier waarop de omgeving met hen omgaat. Het bewust worden en herkenbaar maken van de relatie tussen stemmen horen en de levensgeschiedenis is een belangrijk doel in de hulpverlening. Deze benadering, waarbij het stemmen horen binnen de algemene levensproblemen en levensbeschouwing past en niet alleen in de context van psychopathologie geplaatst wordt, zou men een emancipatoire benadering kunnen noemen (Romme & Escher 1989; 1993;1996, 1999; Romme e.a. 1992; Romme 1996; Pennings e.a. 1996).

Een tweede doel van deze benaderingswijze is de stemmen te demystificeren. Stemmen horen is een ongewone ervaring, die makkelijk leidt tot het zoeken naar een ongewone

verklaring die al gauw gemystificeerd raakt door deze als waan te definiëren. De psychiatrische naam 'auditieve hallucinatie' is dan ook een goed voorbeeld van mystificatie. Patiënten horen geen auditieve hallucinatie, maar horen stemmen. De vervreemdende benoeming maakt het voor de stemmenhoorder moeilijker de stemmen te accepteren als een persoonlijke ervaring. De benaderingswijze 'stemmen begrijpelijk maken' demystificeert de stemmen, maar daarmee zijn de problemen waar ze een gevolg van zijn, niet opgelost. Het nagaan op de betekenis de stemmen is als het verbreken van 'een verdedigingscode' of het openen van 'de poort' waardoor zicht kan ontstaan op de problemen achter de poort, maar waarmee de problemen niet vanzelf zijn opgelost.

1.2. Werkwijze

Werken met stemmenhoorders vereist een andere attitude van de hulpverlening dan men gemeenlijk in opleidingen in de psychiatrie en andere geestelijke gezondheidsberoepen heeft geleerd. Het gaat niet om de behandeling van een ziekte. Het gaat erom dat hulpverlener en stemmenhoorder een zoektocht ondernemen waarbij het zelfgevoel van de stemmenhoorder veel ondersteuning en bevestiging krijgt om de tocht aan te durven. De onderzoekers kwamen er achter dat leren omgaan met deze methode een omslag in het denken en handelen vraagt, die aanvankelijk onzeker kan maken. Echter vragen stellen en met anderen aan de nieuwe informatie werken geeft herkenning en inzicht. De beste werksituatie ontstaat wanneer er meerdere hulpverleners van een zelfde afdeling aan de cursus meedoen en of de hulpverleners samen met stemmenhoorders deelnemen.

1.3. Redenen voor een andere benadering

Het horen van stemmen, is te omschrijven als een intense, indringende ervaring. Men hoort één of meerdere stemmen, die niet door anderen gehoord worden, zonder de aanwezigheid van een externe bron. De stemmen worden ervaren als afkomstig van buiten jezelf; van iemand of iets anders. Deze ervaring komt geheel overeen met wat in de psychiatrie auditieve hallucinaties wordt genoemd. Bij deze benadering wordt er in de behandeling niet op de inhoud ingegaan. Romme en Escher stellen een behandeling voor, waarbij juist wel op inhoud, op omgang met en de betekenis van de stemmen wordt ingegaan. Redenen die voortkomen uit de hierna genoemde bevindingen.

- Stemmenhoorders ervaren het over hun stemmen te kunnen praten als bevrijdend. Het bewijs hiervan is de opkomst van de vele zelfhulp groepen, het wereldwijde stemmenhoorders netwerk, waarin stemmenhoorders van 27 landen participeren en de toenemende belangstelling van ervaringsdeskundigen voor meer kennis over hun ervaring door training en deelname aan congressen (Corstens et.al., 2014).
- Het actief vorm geven van het eigen leven. Van slachtoffer naar overwinnaar. Het bleek voor stemmenhoorders mogelijk controle te verwerven over de stemmen. Zoals Ron Coleman (1996) het noemt, 'door eigenaar te worden van die ervaring en er een relatie mee aan te gaan, in plaats van de stemmen af te wijzen'. Eigenaar zijn betekent ook zelf keuzen te hebben en niet vanzelfsprekend overgeleverd te zijn aan een ziekte.

- Het tegengaan van (zelf)stigma. Er hebben mensen aan de onderzoeken meegedaan die stemmen horen maar nooit psychiatrisch patiënt werden; mensen die geen behoefte aan GGZ hulp hadden, maar het omgekeerde ervoeren. De stemmen waren een verrijking in hun leven. Dit bevreesde de onderzoekers aanvankelijk. Nadere literatuurstudies in epidemiologisch onderzoek onder studenten populaties en in groter algemeen bevolkingsonderzoek (zie verderop) leerde dat allang was gebleken, dat ook in onze Westerse cultuur het niet zo uitzonderlijk is dat psychisch gezonde mensen stemmen horen. Van bijzondere mensen was dat reeds lang bekend, zoals van Socrates, filosoof en staatsman, Hildegard von Bingen, abdis van een Duitse kloosterorde, Van Swedenborgh, filosoof en staatsman, Jeanne d'Arc, krijgsvrouw, Gandhi, politiek een geestelijk leider in India, van Churchill, staatsman en van vele anderen.
- Stemmen horen hoeft geen aanwijzing te vormen voor psychopathologie. Zoals blijkt uit het feit dat gezonde mensen ook stemmen kunnen stemmen horen. Romme & Escher willen hierbij niet ontkennen dat de manier waarop iemand met de stemmen omgaat wel degelijk tot ziekte kan leiden, of aanleiding kan zijn tot een nogal gevarieerd aantal belevingen en gedragingen, die sterk overeenkomen met een aantal psychiatrische ziekteverschijnselen. Het zou heel wel juist kunnen zijn zoals Bosga (1990) stelt: 'Het probleem is niet zo zeer gelegen in de aanwezigheid van de stemmen, dan wel in het onvermogen om met die aanwezigheid om te gaan'. Romme en Escher zagen zijn stelling in hun onderzoek bevestigd. Zij constateerden dat de patiënten zich meer aan de stemmen ondergeschikt maakten. De groep stemmenhoorders die goed overweg konden met hun stemmen en die geen patiënt werden onderscheiden zich, doordat zij in de omgang met de stemmen zichzelf blijven.
- Stemmen kunnen hulpbronnen of adviseurs zijn bij allerlei vragen die zich in hun leven voordoen en vooral bij bijzondere, meer existentiële levensvragen. Zo luiden de in de literatuur beschreven ervaringen van de hierboven genoemde historische figuren. Dit zagen Romme en Escher ook bij stemmenhoorders die geen patiënt werden. Bij stemmenhoorders die wel patiënt werden gebeurd gedeeltelijk hetzelfde en gedeeltelijk iets anders.
- Mensen (ex-patiënten) die psychotische episoden beleven, hebben vaak ernstige, vaak levensbedreigende gebeurtenissen en/of relaties meegemaakt. (Jonge de; 1997; Coleman, 1996; O'Hagan, 1991; Read & Reynolds, 1996; Pat Deegan, 1993; Dillon; et al., 2013; Longdon et al., 2012). Ook in epidemiologisch onderzoek is inmiddels in ruime mate bevestigd dat het ontstaan van stemmen horen en het ontstaan van psychose in sterke mate samengaat met het mee gemaakt hebben van childhood adversities zoals dat in het later onderzoek word uitgedrukt (Read et al., 2012) gaven een bespreking van 380 onderzoeken naar het verband tussen childhood adversities en psychosen en specificeerde dit voor stemmen horen en lieten zien dat deze ervaring van etiologische betekenis is bij het ontstaan van stemmen horen. Een ander onderzoek van een selectie van 1400 studies (Varese et al., 2012) laat zien, dat de daaruit geselecteerde methodologisch goede studies ook een duidelijke relatie aangeven van een verhoogde kans op psychose na childhood adversities zoals seksueel misbruik, fysiek misbruik, emotionele verwaarlozing en

pesten. Dit kwam eveneens overeen met het onderzoek van Romme en Escher. Daar ging het ook in ruim 70% om ervaringen die bang, boos en machteloos maakten. Op zich normale reacties maar op abnormale gebeurtenissen. De stemmen werden in deze situaties begrijpelijk als een vorm van zelfbescherming die maakt dat de herinneringen aan de situatie liever uit het bewustzijn worden weggehouden. Stemmen komen in plaats van de herinnering of in plaats van de emotionele reacties er op.

1.4. Indicaties en contra indicaties

Indicaties en contra-indicaties zeggen iets over voor de ander weten wat het beste is of wat succes zal hebben of om die en die reden juist afgeraden moet worden. De benaderingswijze "stemmen horen" is 'het niet weten voor de ander' het motief 'op zoek te gaan met de ander'. De indicatie daarvoor bij stemmen horen is de hinder die de stemmen hoorder van zijn/haar stemmen ervaart

Er schuilt in deze benadering zonder twijfel een stuk idealisme, maar het is ook gestoeld op realisme. Romme en Escher zagen mensen, die na jaren eenzijdig behandeld te zijn vanwege de diagnose schizofrenie, nadat zij anders met hun stemmen leerden omgaan, hun leven weer oppakten, zich verder ontwikkelden en hun idealen vorm konden geven (Romme&Escher; 1993;1996;1999). Een dergelijke ontwikkeling is zo tegengesteld aan de carrière van de chronische patiënt, die vanwege de diagnose schizofrenie een aanzienlijk verarmd leven leidt, waarin na de eerste psychotische periode de ontwikkeling heeft stilgestaan en die gemarginaliseerd en vereenzaamd met moeite zich staande houdt. Deze tegenstelling is zo schril dat het alleszins de moeite waard is er energie in te steken. Romme en Escher gaan er dan ook vanuit dat in principe voor iedere stemmen hoorder deze benadering mogelijkheden biedt.

Een, in-principe waarvoor de stemmen hoorders beweging in Melbourne op hun wereldcongres in 2013 de argumenten aangaf in hun "Melbourne Declaration". In principe betekent niet in werkelijkheid voor iedereen gerealiseerd. Dit betekent dat er in de persoon gelegen een 'technische' mogelijkheid aanwezig is, maar dat niet iedereen de weg en de benodigde steun zal vinden of zich zal willen open stellen voor verandering.

Daarmee is gezegd dat deze benadering niet altijd succesvol is. Het is namelijk niet voorspelbaar op grond van harde criteria of de benadering succesvol zal zijn . Er zijn wel drie groepen stemmenhoorders te onderscheiden waarbij deze benadering niet werkt:

- mensen die marginaal leven maar een evenwicht hebben gevonden met de stemmen; stemmenhoorders die marginaal leven, maar wel tot een zeker evenwicht gekomen is. Mensen die het wel waarderen als zij over hun stemmen kunnen praten, omdat ze graag praten over iets wat ze redelijk veel bezig houdt. Maar mensen die in hun leven geen verandering meer willen brengen omdat ze hun leven op een bepaalde manier hebben ingericht en zich daarin redelijk veilig voelen. Zij hebben geen behoefte aan een stemmen analyse, wel aan een stuk positieve respectvolle steun

- mensen die marginaal leven, maar wel tot een zeker eventueel ook hoger evenwicht gebracht kunnen worden. Bij deze groep is het helaas slecht mogelijk voldoende door te dringen tot de persoon. Zij hebben ten aanzien van hun stemmen een soort absolute zekerheid over de juistheid van hun redenering. Mensen die zijn vastgeraakt in een patstelling.
- mensen waarbij het pathologisch gedrag bij confrontatie met hun problemen te heftig opblaait. Deze mensen wijzen bepaalde emoties zodanig af op grond van zulke sterke ideaalstellingen of zodanige schuldgevoelens dat zodra men in de buurt komt van deze emoties, het symptoom, of gedrag heftig opblaait. Het gaat bij al deze mensen niet om een bepaalde diagnose maar om een manier van omgaan met de symptomen die de persoon verder onbereikbaar maakt. Dit is geen prerogatief van de schizofrenie noch van de dis-sociatieve stoornis of de manisch depressief recidiverende psychose. Dit komt in alle diag-nose categorieën voor en is een probleem van benaderbaarheid waarbij de kloof tussen individu en samenleving niet overbrugd wordt. Hierbij is overigens de uiteindelijke acceptatie van wat er gebeurt is en de zelfacceptatie daarbij van wezenlijk belang.

2. Wetenschappelijke verantwoording

Aanleiding voor Romme om een andere benaderingswijze te ontwikkelen kwam voort uit gebrek aan effect van medicatie. Eén van zijn patiënten leed ernstig onder de stemmen en liet zich door de stemmen sociaal isoleren. De stemmen waren voor haar een heel indringende en vaak ook een angstwekkende beleving, waarbij zij steeds minder de baas werd over haar doen en laten. Omdat een dergelijke ervaring, een moeilijk in te leven ervaring is ook voor een psychiater en deze patiënte duidelijk behoefte had aan meer begrip, bracht hij haar in contact met anderen. Mogelijk konden zij bij elkaar meer begrip vinden door over hun ervaringen met het horen van stemmen te praten. De wederzijdse herkenning overtuigde Romme van de echtheid van de beleving. Het onderlinge contact gaf wel enig support, maar daarmee wist deze patiënte nog geen raad met de stemmen. Aangezien niemand van de aan Romme bekende patiënten raad wist met de invloed van de stemmen, is er in Nederland via een oproep op de T.V. gezocht naar mensen die er wel raad mee wisten. De oproep bracht Romme en Escher in contact met mensen die stemmen hoorden, maar nooit patiënt geweest waren. Mensen die in het dagelijks leven goed functioneerden en bovendien geen behoefte voelden om van de stemmen af te komen. Ze hadden de stemmen geaccepteerd en konden er mee omgaan. Het voor de onderzoekers aanvankelijk wel een schokkende ervaring om gezonde mensen te ontmoeten die vertelden dat ze stemmen horen (Romme en Escher 1989; 1990; 1993; 1996).

Deze ervaring bracht echter ook consequenties met zich mee. De veronderstelling dat akoestische hallucinaties een symptoom zijn van een psychiatrische stoornis en veelal typisch kenmerkend voor de ziekte schizofrenie, moest van een vraagteken worden voorzien. Het stellen van de volgende drie onderzoeksvragen was een min of meer logische consequentie van dit vraagteken:

1. Is stemmen horen op zichzelf een teken van psychiatrisch ziek zijn?
2. Hoort stemmen horen bij een specifieke psychiatrische ziekte?

3. Geven bepaalde kenmerken van het stemmen horen aanwijzingen voor de aanwezigheid van een bepaalde ziekte?

2.1. De drie onderzoeksvragen: nadere uitwerking.

AD 1 Is stemmen horen op zich een teken van psychiatrisch ziek zijn?

Epidemiologische studies in algemene populaties kunnen een antwoord geven op de vraag, of het horen van stemmen verwijst naar een psychiatrische stoornis. Er zijn in de loop der jaren een aantal onderzoeken verricht naar het verschijnsel stemmen horen in algemene populaties. Tien (1991), analyseerde gegevens over hallucinaties, die verzameld waren bij een grootschalig bevolkingsonderzoek (N=15.000). Hij vond 10 tot 15% hallucinatoire ervaringen, waarvan 2,3% auditieve hallucinaties. Slecht 1/3 van de mensen met auditieve hallucinaties ondervond zodanige hinder, dat zij daar hulp voor zochten. Hij vergeleek zijn studie met de studie van Sidgewick (1894), die in de vorige eeuw ook gekeken heeft naar het voorkomen van auditieve hallucinaties in een algemene populatie. Sidgewick vond dat zo'n 2% van de 17.000 mensen niet slaap gerelateerde auditieve hallucinaties rapporteerde. Tien gebruikte een in de psychiatrie geaccepteerd diagnostisch instrument de CIDI, Sidgewick niet, waardoor het werk van Sidgewick niet doordrong in de psychiatrie.

Andere onderzoekers zoals Posey en Losch (1983) hebben bij 375 Psychologie studenten onderzocht welke ervaringen zij hadden met auditieve hallucinaties. De meest voorkomende ervaringen binnen deze populatie waren het horen van een stem die iemands naam hardop riep (36%) en het hardop horen van de eigen gedachten (39%). Dit onderzoek werd herhaald door Barret en Etheridge (1992). Zij vonden dezelfde cijfers als Posey en Losch (1983), nl. dat een grote minderheid (30 tot 40%) auditief hallucinatoire ervaringen rapporteerde en dat ongeveer de helft daarvan (45%), deze ervaringen dagelijks tot maandelijks hadden. Zij onderzochten tevens of er sprake was van psychopathologie met behulp van de Minnesota Multiphasic Personality Inventory (M.M.P.I.). Er werden geen verschillen gevonden tussen de hallucinerende en de niet-hallucinerende studenten. Zij concludeerden hieruit dat gerapporteerde stemmen niet verbonden zijn met psychopathologie.

Deze auteurs komen allen tot de conclusie dat er mensen zijn die stemmen horen, waarbij geen sprake is van psychopathologie en dit lijkt ons voldoende aanwijzing om zorgvuldig te zijn bij het diagnosticeren en niet alleen op grond van het stemmen horen een diagnose te stellen. In theoretisch opzicht is dit niet vreemd, maar in de praktijk komt dit nog wel eens voor. Lewinsohn (1968) vond bij een studie naar hallucinaties bij opgenomen schizofrenie- patiënten, dat 30% aangaf hallucinaties te ervaren, terwijl omgekeerd de kans om als schizofreen gediagnostiseerd te worden als er hallucinaties aanwezig zijn, 84% was.

Ad 2 Hoort stemmen horen bij een specifieke psychiatrische ziekte?

Bij de Sociaal Psychiatrische Dienst van de RIAGG Maastricht heeft Honig geïnventariseerd, wie er van de in behandeling zijnde patiëntenpopulatie stemmen hoorden. Dit gebeurde via een aparte enquête, omdat niet altijd bij de hulpverlener

bekend was of iemand stemmen hoorde. In 1992 gaven van de 288 cliënten, er 81 (28%) aan stemmen te horen of gehoord te hebben. In de volgende tabel is de verdeling van auditieve hallucinaties naar hoofddiagnose opgenomen.

De verdeling van auditieve hallucinaties naar hoofddiagnose				
Onderzochte populatie	N= 288	Akoestisch hallucinaties	N= 81	(28%)
Stoornis		hallucinaties	percentage	totaal
schizofrenie		N=33	53%	
N=62				
dissociatieve stoornis	N= 4		80%	N= 5
depressie		N=25	28%	
N=90				
psychotische stoornis	N= 7		41%	N=17
persoonlijkheidsstoornis	N= 6		13%	N=48
overige (vooral angst)	N= 6		9%	N=66

Zoals uit de tabel naar voren komt hoorden 81 van de 288 mensen stemmen. Dit betekent dat bij deze populatie, meer dan één op de vier mensen stemmen hoort. Het resultaat laat ook zien dat stemmen horen bij verschillende diagnoses voorkomt en niet alleen bij schizofrenie. Dit is dus een tweede argument voor zorgvuldige diagnostiek.

Ad 3 Geven bepaalde kenmerken van het stemmen horen aanwijzingen voor de aanwezigheid van een bepaalde ziekte?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden, zijn de twee grootste diagnostische groepen uit de inventarisatie bij de SPD, mensen met de diagnose schizofrenie en met affectieve stoornissen, met elkaar vergeleken wat betreft enkele formele kenmerken van het stemmen horen. Deze formele kenmerken worden in de psychiatrische literatuur gebruikt om te differentiëren tussen ziektebeelden. Enkele formele kenmerken van het stemmen horen bij schizofrenie en affectieve stoornissen zijn staan in onderstaande tabel.

Enkele formele kenmerken van het stemmen horen		
stemmen	schizofrenie	affectieve stoornis
via de oren	80%	70%
in het hoofd	63%	65%
in het lichaam	11%	04%
buiten het hoofd	52%	39%
dialogo te voeren	47%	36%
stemmen zichzelf	24%	17%
van buiten zichzelf	93%	78%

Uit de tabel wordt duidelijk dat deze formele kenmerken niet gehanteerd kunnen worden om op grond daarvan een diagnose te stellen. Het is dus ook onjuist om op grond van deze kenmerken van het stemmen horen de diagnose schizofrenie te stellen.

Conclusie

Uit literatuuronderzoek en de bovengenoemde enquête kan het worden geconcludeerd dat:

1. er mensen zijn die stemmen horen en geen patiënt zijn;

2. stemmen horen bij verscheidene categorieën van psychiatrische stoornissen voorkomt;
3. de kenmerken van stemmen horen niet wijzen op een bepaalde stoornis.

Dit betekent voor Romme en Escher, dat men bij stemmen horen, alleen op grond van andere verschijnselen, wanneer deze geen verklaarbaar verband met stemmen horen hebben, men mag besluiten dat er sprake is van een bepaalde psychiatrische stoornis. M.a.w. er moet sprake zijn van een begrijpbare relatie.

2.2. Onderzoek bij drie groepen stemmenhoorders

De bovengenoemde conclusie was voor het project aanleiding om een onderzoek te doen en daarin patiënten die stemmen horen te vergelijken met mensen die stemmen horen zonder dat er sprake was van verdere pathologie. De volgende drie groepen werden gekozen:

- een groep schizofrenie patiënten die stemmen horen;
- een groep dissociatieve patiënten die stemmen horen;
- een groep 'niet-patiënten', mensen die stemmen horen, maar daarvoor geen professionele hulp gezocht hebben en die ook geen psychiatrisch patiënt zijn geworden.

Aanvankelijk konden wij bij deze laatste groep niet weten of deze mensen alleen 'niet patiënt' waren omdat ze geen hulp gezocht hadden of omdat er bij deze mensen, indien onderzocht, met behulp van psychiatrisch diagnostische instrumenten inderdaad geen sprake was van verdere psychopathologie; vandaar dat de selectie zich richtte op 'niet patiënten'.

De deelnemers aan het onderzoek

De patiëntengroepen werden benaderd via de Sociaal Psychiatrische Dienst van de Regionale Instelling Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg Maastricht (RIAGG) en de niet-patiënten werden geworven via regionale dag- en weekbladen. Uiteindelijk werden voor het onderzoek alleen die mensen geselecteerd, waarbij de ervaring van het stemmen horen de kenmerken vertoonden van wat in de psychiatrie een auditieve hallucinatie genoemd wordt, dat wil zeggen stemmen die anderen niet kunnen horen en die als ik-vreemd worden ervaren. We hebben ter bevestiging van de diagnose en de toedeling aan de groepen, twee instrumenten gebruikt, te weten de CIDI (Composite International Diagnostic Instrument) (Robins e.a. 1988, Wittchen e.a. 1991) en de DES (Dissociatieve Ervaringen Schaal) (Bernstein en Putnam, 1986). Beide instrumenten zijn ontworpen om grootschalig survey onderzoek naar psychiatrische problemen mogelijk te maken. En dus geschikt voor zowel populaties waarin weinig als waarin veel psychopathologie te verwachten valt. Er werden er 3 groepen samengesteld die bestonden uit:

- 18 patiënten die stemmen hoorden met de diagnose schizofrenie;
- 15 patiënten die stemmen hoorden met de diagnose dissociatieve stoornis;
- 15 zonder verdere pathologie hier verder te noemen 'niet patiënten'

stemmenhoorders.

Bij deze laatste groep is er op gelet of er bij afname met de CIDI en DES al of niet sprake was van verdere pathologie. Deze groep is voordat de analyses gedaan werden die hier zullen worden beschreven, eerst psychiatrisch diagnostisch onderzocht waarbij alleen diegenen werden geselecteerd voor deze groep, wanneer geen sprake was van verdere actuele psycho-pathologie*.

2.3. 48 stemmeninterviews.

In 1987 ontwikkelden Romme en Escher een interview voor stemmenhoorders. De vragen en de rubrieken werden samengesteld aan de hand van de ervaringen van stemmenhoorders. Dit interview werd gebruikt om meer inzicht te krijgen in de auditieve ervaringen zelf, in de invloed van de stemmen op de persoon en in de relatie van deze belevingen met de levensgeschiedenis. Een aantal gegevens uit de afgenomen 48 interviews worden hier beschreven. Het omvat de onderwerpen:

- Aard van de beleving
- Karakteristieken van de stemmen
- Omstandigheden bij het begin
- Triggers (uitlokkende factoren)
- Inhoud van de stemmen
- Invloed van de stemmen
- Interpretatie
- Coping
- Het sociale netwerk
- Ervaringen in de kindertijd

2.4. Bevindingen van het onderzoek

1. Kenmerken van de beleving van het stemmen horen

Een deel van de vragen in het onderzoek was erop gericht te kunnen vaststellen of bepaalde kenmerken van het stemmen horen vooral voorkomen bij bepaalde ziekten. Zo wordt in de psychiatrische literatuur bij schizofrenie gesproken over echte hallucinaties wanneer deze gehoord worden via de oren en de patiënt niet in staat is met deze stemmen een dialoog te voeren. Er wordt over pseudo-hallucinaties gesproken wanneer de stemmen in het hoofd worden gehoord en de persoon wel met de stemmen kan praten. Dit soort hallucinaties wordt geacht te horen bij de dissociatieve stoornissen.

Bron: Wing et al, 1974.

De volgende tabel laat een aantal kenmerken zien van het stemmen horen, zoals ervaren door de drie groepen stemmenhoorders.

Kenmerken van het stemmen horen	Schizofreen N=18	Dissociatief N=15	Niet-patiënt N=15
hoort stemmen via de oren ¹	14 (78%)	10 (67%)	8 (57%) ²
hoort stemmen in het hoofd	9 (50%)	11 (73%)	9 (60%)
komt uit zichzelf ¹	2 (11%)	1 (7%)	3 (20%)
komt niet uit zichzelf	18 (100%)	14 (93%)	14 (93%)
kan praten met de stem	12 (67%)	5 (33%)	9 (60%)
kan niet praten met de stem	6 (33%)	10 (67%)	6 (40%)
stemmen praten in 2e persoon	17 (94%)	14 (93%)	15 (100%)
stemmen praten in 3e persoon	7 (39%)	3 (23%) ³	4 (27%)
commentaar gevende stemmen	13 (72%)	12 (80%)	7 (47%)
¹ de kenmerken kunnen verschillen per stem		³ N=13, 2 missings	

Uit deze cijfers komt naar voren dat deze kenmerken niet de verschillen vertonen, die men volgens de psychiatrie zou verwachten. Bij alle drie de groepen horen mensen zowel stemmen via hun oren, als in hun hoofd en bij alle drie de groepen horen mensen stemmen die als 'niet mezelf' ofwel 'als afkomstig van een ander' worden beleefd. Het grootste verschil ligt in het kunnen praten met de stemmen. Dissociatieve patiënten geven in 2/3 van de gevallen aan niet met de stemmen te kunnen praten, de niet-patiënt stemmenhoorders en de schizofrenie patiënten vertellen het omgekeerde en geven aan in 2/3 van de gevallen wel met de stemmen te kunnen praten. Onze bevindingen zijn dus eigenlijk precies tegengesteld aan wat psychiatrisch gezien verwacht werd.

Er werd ook gekeken of de stemmen voldeden aan de criteria van wat Schneider 'symptomen van de eerste orde' noemt. Daarbij zijn volgens hem, stemmen die commentaar geven op gedrag van betrokkene en het horen van stemmen, die met elkaar praten over betrokkene (3e persoon) voldoende, zij het niet vereist voor de diagnose schizofrenie.

Bron: Schneider 1959, van den Bosch 1990.

Wat betreft het praten in de tweede of derde persoon, dus de stemmen praten rechtstreeks tot betrokkene of de stemmen praten met elkaar over betrokkene, zijn er geen duidelijke verschillen tussen de groepen. Ook commentaar-ge-ge-vende stemmen komen in alle drie de groepen in ongeveer dezelfde mate voor.

Uit dit onderzoek is ons gebleken, dat geen van deze formele kenmerken van het stemmen horen het verschil tussen patiënt of niet-patiënt zijn, kunnen verklaren. Waar liggen de verschillen dan wel?

2. Welke invloed hebben de stemmen op stemmenhoorder?

Stemmenhoorders verschillen van elkaar wat betreft de invloed van hun stemmen op hun gedrag of emoties. Die invloed kan ook nog eens per stem verschillend zijn. De

meeste mensen die stemmen horen, horen zowel positieve als negatieve stemmen, maar het effect en de consequenties hiervan kunnen verschillen. Daarom werd in het onderzoek zowel gevraagd of mensen positieve stemmen horen en wat die zeggen, als ook of men negatieve stemmen hoort en wat die dan zeggen. Vervolgens werd gekeken naar het effect van het horen van stemmen op de stemmenhoorder. Gevraagd werd of men de stemmen als overwegend positief, negatief of neutraal ervoer en of dit ertoe leidde dat men blij met of bang voor de stemmen was, de stemmen als storend ervoer enz. De onderstaande tabel laat voor de drie groepen de overeenkomsten en verschillen zien wat betreft de invloed van de stemmen op de stemmenhoorder. Deze tabel begint met een overeenkomst tussen alle drie de groepen. Zowel de patiëntengroepen als de niet-patiëntengroep stemmenhoorders horen zowel positieve als negatieve stemmen.

Invloed van de stemmen	Schizofreen N= 18	Dissociatief N= 15	Niet-patiënt N= 15
positieve stemmen	15 (83%)	10 (67%)	14 (93%)
negatieve stemmen	18 (100%)	14 (93%)	8 (53%)
overwegend positief	2 (11%)	2 (13%)	11 (79%) ¹
neutraal	4 (22%)	3 (20%)	3 (21%) ¹
overwegend negatief	12 (67%)	10 (67%)	niemand ¹
bang voor de stemmen	14 (78%)	11 (85%) ²	niemand ¹
stemmen maken van streek	16 (89%)	13 (100%) ²	4 (27%)
stemmen storen dagelijks leven	18 (100%)	14 (100%) ¹	3 (20%)
¹ N=14, 1 missing		² N=13, 2 missings	

Het grote verschil tussen de patiënten en de niet-patiënten is echter, dat bij de niet-patiënten de positieve stemmen overwegen terwijl dit niet het geval is bij de patiënten. De patiënten beleven de stemmen heel vaak als overwegend negatief, voor beide patiënten-groepen 67%, terwijl dit in ons onderzoek bij geen van de niet-patiënten het geval is. De meeste niet-patiënten (79%) ervaren de stemmen als overwegend positief. De negatieve beleving van de stemmen houdt vooral in dat de meeste patiënten bang zijn voor de stemmen, terwijl in de groep niet-patiënt niemand bang is voor de stemmen.

De stemmen maken de patiënten vrijwel allemaal van streek en storen hen in hun dagelijks doen en laten, terwijl dit maar bij 1/3 van de groep niet-patiënten het geval is. Het verschil tussen niet-patiënten en patiënten ligt vooral in ervaren negativiteit van de stemmen. De negatieve stemmen maken de patiënten dus bang, van streek en storen hen in het dagelijks functioneren.

3. Welke invloed heeft de stemmenhoorder op de stemmen?

Bovenstaand werd aangegeven welke invloed de stemmen hebben op de stemmenhoorder. De andere kant daarvan is welke invloed de stemmenhoorder heeft op de stemmen. Vragen die daartoe in het interview gesteld werden, waren o.a.: Bent u de

baas over de stemmen, kunt u opdrachten weigeren en maken de stemmen u machteloos. De invloed van patiënten hebben op de stemmen, is omgekeerd evenredig met de ervaren negativiteit van de stemmen. Hierbij zien we dus dat het nogal verschilt hoe stemmenhoorders het eigen baas zijn beleven.

Bijna alle niet-patiënten voelen zich eigen baas, nl. 87%. Dat is niet het geval bij de beide patiëntengroepen, daarbij geeft slechts 17% van de schizofreniepatiënten en slechts 7% van de dissociatieve groep aan de baas te zijn over de stemmen.

Invloed van de stemmenhoorder op de stemmen			
	Schizofreen N= 18	Dissociatief N= 15	Niet-patiënt N= 15
baas over de stemmen	3 (17%)	1 (7%)	13 (87%)
stemmen maken machteloos	13 (72%)	10 (71%) ¹	2 (13%)
kan opdrachten weigeren	16 (89%)	10 (67%)	15 (100%)

¹ N=14, 1 missing

De beide patiëntengroepen voelen zich machteloos ten opzichte van de stemmen, voor beide groepen meer dan 70%, terwijl de niet-patiëntgroep (87%) zich wel opgewassen voelt tegen de stemmen. Het gevoel van machteloosheid wordt bij de patiënten niet veroorzaakt door de mogelijkheid opdrachten te weigeren. Alle drie de groepen kunnen redelijk tot in hoge frequentie de opdrachten van de stemmen weigeren.

Het gevoel van machteloosheid, zoals later in dit hoofdstuk naar voren komen, hangt bij de patiënten waarschijnlijk samen met de levensgeschiedenis en wat men daarin heeft meegemaakt. Ze hebben een gevoel van machteloosheid ten aanzien van gebeurtenissen en/of omstandigheden in hun leven en ervaren ditzelfde gevoel naar de stemmen toe.

4. Stemmen horen en de levensgeschiedenis

Al bij de eerste enquête die we in 1987 onder stemmenhoorders hielden was opgevallen dat 70% vertelde over een traumatische gebeurtenis die zij in verband brachten met het stemmen horen

Bron: Romme & Escher 1989, 1993.

. Uit onderzoek van Ensink (1992, 1994) onder 100 vrouwen met een misbruik verleden, kwam ook een duidelijke relatie tussen stemmen horen en meegemaakte trauma's naar voren, maar hierbij waren alleen patiënten betrokken.

In dit vergelijkend onderzoek tussen patiënten en niet-patiënten is er dieper ingegaan op de gebeurtenissen in de levensgeschiedenis en hun invloed op het stemmen horen. In het interview werd er zowel geïnformeerd naar de gebeurtenissen die plaats vonden rond het begin van het stemmen horen als naar de verdere levensgeschiedenis vóór en

ná het begin van het stemmen horen. Daarmee kwamen wij op aanwijzingen waaruit wij concludeerden dat stemmen horen en patiënt worden niet hetzelfde is. Deze relatie met de levensgeschiedenis konden wij alleen bestuderen omdat wij ook 'niet-patiënten' die stemmen horen in het onderzoek hebben betrokken.

De relatie tussen stemmen en levensgebeurtenissen wordt op groepsniveau beschreven en wordt vervolgens met behulp van enkele voorbeelden toegelicht. Het gaat in de onderstaande tabel om de externe omstandigheden waarmee het begin van het stemmen horen verbonden is volgens stemmenhoorders.

Aanwezigheid van een omstandigheid/gebeurtenis bij begin	N=48		
	Schizofreen N= 18	Dissociatief N= 15	Niet-patiënt N= 15
duidelijke omstandigheden	13 (77%)	15 (100%)	8 (53%)
de omstandigheden of gebeurtenissen die genoemd werden:			
-	Overlijden dierbare (d.m.v. suicide)		
-	Alleen gaan wonen		
-	Verbreken relatie		
-	Ernstige spanningen binnen het gezin		
-	Begin of einde opleiding/baan		
-	Fysieke mishandeling		
-	Seksuele mishandeling		
-	Ernstige ziekte		

In vele gevallen gaat het vooral bij de patiënten om duidelijke gebeurtenissen met een negatieve invloed of lading. De tabel laat zien dat dit voor 77% tot 100% het geval is bij de patiënten en voor ongeveer 50% bij de niet-patiënten.

Deze gegevens krijgen pas betekenis in de individuele levensgeschiedenis. Het verloop van een traumatische gebeurtenis kan een belangrijke invloed hebben op de verdere levensgeschiedenis, maar hoeft dat niet te hebben. De macht of machteloosheid die daarbij ervaren wordt, maakt begrijpelijk welke invloed de stemmen kunnen hebben en hoe de stemmenhoorder daarop zal reageren. Wie machteloos achterblijft is ook machteloos ten opzichte van de stemmen en wie niet machteloos gemaakt wordt door traumatische gebeurtenissen, kan zich ook weerbaar tegenover de stemmen opstellen.

5. Bedreigende gebeurtenissen

Uit de 48 levensgeschiedenissen van de stemmenhoorders uit deze groep komt ten eerste naar voren dat we onderscheid moeten maken tussen de redenen waardoor het stemmen horen ontstaat en de redenen waardoor iemand al dan niet patiënt wordt. Omstandigheden waarna mensen stemmen zijn gaan horen, zouden misschien het beste te omschrijven zijn als existentiële trauma's d.w.z. gebeurtenissen waardoor iemand zich in zijn bestaan bedreigd voelt. Deze gebeurtenissen vonden plaats kort voordat het stemmen horen begon. Een paar voorbeelden:

- Een meisje van 9 jaar wordt door haar vader zodanig mishandeld dat zij moet worden opgenomen in het ziekenhuis met verschoven wervels. Ongeveer 2 uur na de opname hoort ze voor het eerst stemmen.
- Een vrouw van 39 jaar neemt een overdosis slaappillen als zij hoort dat haar zoon, die is weggelopen (gedeserteerd) uit militaire dienst door de politie is opgepakt. Zij

- begint de stem van haar moeder te horen. Deze is 4 maanden daarvoor overleden.
- Een vrouw van 28 jaar gaat stemmen horen in een periode van grote spanningen in het gezin. Zij werd geslagen door haar man, die haar in alles controleerde en bij wie ze niets goed kon doen. Een uitzichtloze situatie voor haar.
 - Een man van 41 jaar gaat stemmen horen voordat hij een examen moet doen waarvoor hij waarschijnlijk zal zakken en daarmee ernstige problemen verwacht in de uitoefening van zijn beroep.
 - Een vrouw van 40 jaar gaat stemmen horen in de periode waarin zij binnen drie maanden drie geliefde personen verloor: haar man, haar vader en haar schoonzus.

Deze gebeurtenissen zijn:

1. op zichzelf bedreigend, zoals b.v. ernstige mishandeling of het krijgen van een ernstige ziekte.
2. bedreigend doordat ze de verwachtingen die men aan het leven stelt de bodem in slaan, b.v. het zakken voor examen, het verlies van werk, een scheiding, of het overlijden van een naaste.
3. bedreigend vanwege de confrontatie die ze te weeg brengen met emotioneel overweldigende gebeurtenissen in het verleden, zoals b.v. het overlijden van de vader die mishandelde.

Dit zijn dus de traumatische gebeurtenissen waarmee het begin van het stemmen horen verbonden is. Of men al dan niet patiënt wordt, lijkt door andere invloeden bepaald te worden. Deze andere invloeden maken begrijpelijk, waarom men met de existentiële bedreiging en de daarmee verbonden stemmen meer en langdurig problemen ervaart. Enkele voorbeelden:

Het meisje van 9 jaar dat door haar vader zodanig werd mishandeld, dat zij moest worden opgenomen in het ziekenhuis vanwege verschoven wervels, waar ze na twee uur voor het eerst stemmen ging horen. Dit meisje was lichamelijk volledig, maar werd na dit voorval uit huis geplaatst bij oma waar ze zich veilig en prettig voelde zodat het trauma aanvankelijk geen verdere negatieve consequenties had. Helaas overleed oma 3 jaar later toen ze 12 jaar was en werd ze in een internaat geplaatst, waar ze met een zeer onzeker makend en nogal agressief opvoedingspatroon te maken kreeg. In dit instituut voelde ze zich net zo min veilig als vroeger bij haar vader thuis. Een dergelijk opvoedingspatroon maakt mensen onzeker en is meer bedreigend dan stimulerend en dit soort levensomstandigheden bevordert dat iemand niet weerbaar genoeg wordt om met de stemmen die traumatische gebeurtenissen oprakelen te kunnen omgaan.

Een ander voorbeeld is dat van de man van 41 jaar die stemmen gaat horen voordat hij een examen moet doen, waarvoor hij waarschijnlijk zal zakken en verwacht daardoor zijn beroep als kleine zelfstandige niet meer te kunnen uitoefenen. Bij hem is dit trauma een herhaling van wat hij in zijn jeugd heeft meegemaakt. Zijn vader had een zelfstandig boerenbedrijf. Hij werd door zijn vader als dom bestempeld en gekleineerd. Vader vond hem te dom om de boerderij over te nemen en gaf de boerderij aan zijn jongere broer. Sommige trauma's reactiveren de onmacht en kwetsing uit andere tijden en zijn daarom

heel moeilijk te verdragen en te verwerken.

Het laatste voorbeeld is dat van de vrouw die op 40-jarige leeftijd stemmen is gaan horen nadat achter elkaar drie belangrijke en geliefde personen zijn overleden, nl. haar man, haar vader en haar schoonzus. Alle drie binnen drie maanden. Zij werd geen patiënt. Het verschil met de patiënt-stemmenhoorder en deze niet-patiënt stemmenhoorder is dat dit gebeuren geen ontwrichtende gevolgen had voor haar dagelijks leven; er ontstonden geen financiële problemen; ze hield de relatie met haar kinderen. Bovendien vond deze gebeurtenis plaats bij een weerbaar persoon komend uit een gezin waarin ze gewaardeerd en bevestigd werd. Ook zij vertelde dat toen zij 11 jaar was er sprake was van seksueel misbruik, maar dat was een korte toenadering van iemand die veel kinderen benaderde en het had voor haar verder geen negatieve consequenties.

Het grote verschil tussen patiënt stemmenhoorders en niet-patiënt stemmenhoorders lijkt te zijn:

1. het verschil in consequenties van de gebeurtenis die aanleiding is tot het gaan horen van stemmen voor het leven van de stemmenhoorders.
2. het verschil in positieve en negatieve levenservaringen die iemand heeft meegemaakt in zijn voorgeschiedenis. Hoe weerbaar is de persoon daardoor geworden, of hoe onzeker en met welke gebrekkige identiteit komt iemand voor het probleem te staan dat aanleiding is tot het horen van stemmen.

2.5. Conclusie van het onderzoek

Bovenstaande resultaten overziend, dan komt daaruit naar voren dat het geen probleem is om het stemmen horen een psychotisch verschijnsel te noemen maar dat het probleem is dat er in de psychiatrie anders wordt gekeken naar psychotische verschijnselen dan naar neurotische verschijnselen. De relatie met de levensgeschiedenis is voor neurotische verschijnselen al lang bekend en wordt ook veelal geaccepteerd en tot uitgangspunt genomen van diagnostiek en behandeling.

Er zijn vele redenen waarom men anders is blijven kijken naar psychotische verschijnselen in de psychiatrie, maar daar gaan we hier niet op in. Belangrijk is vast te stellen dat ook psychotische verschijnselen begrijpelijk te maken zijn uit de individuele levensgeschiedenis.

Het team 'Stemmen horen' heeft in een publicatie een 50-tal, d.w.z. een selectie van de hen bekende herstelde stemmenhoorders, laten zien, bij wie duidelijk wordt dat als men psychotische verschijnselen benadert alsof het neurotische klachten zijn, een aantal mensen die stemmen horen en patiënt werden, de rol van patiënt heeft kunnen verlaten. Niet dat de voorgeschiedenis veranderd kan worden, maar men kan wel invloed uitoefenen op de consequenties van die voorgeschiedenis en mensen kunnen leren anders om te gaan met het dagelijks leven en met de stemmen. Hierdoor kan de ontwikkeling als persoon weer verder gaan. Dit lukt overigens echt niet altijd, want het anders omgaan met levensproblemen of de stemmen kan te bedreigend blijven.

Het hier beschreven onderzoek heeft ons ook opnieuw geleerd, dat de manier van psychiatisch diagnosticeren nadelig kan zijn voor patiënten. Niet alleen is, zoals velen waaronder Van Praag (1993), Bentall (1990) en Boyle (1990) en Blom (2003) aangetoond hebben, de diagnose schizofrenie wetenschappelijk niet valide, maar houdt ook het volgende gevaar in.

Diagnostiek van ziekte-eenheden gaat ervan uit dat de symptomen een gevolg zijn van de ziekte in plaats van andersom dat de ziekte het gevolg is van de symptomen. Dit in 'ziekte-eenheden' denken heeft tot gevolg dat men in de psychiatrie niet voldoende geïnteresseerd meer is in de afzonderlijke symptomen en hoe deze zijn ontstaan. De mens met zijn problemen verdwijnt achter de diagnose. Dit heeft tot gevolg dat men de relatie niet nagaat tussen de afzonderlijke symptomen en de levensgeschiedenis. Evenals de relatie tussen de symptomen onderling niet bekeken wordt. Sedert Kraepelin heeft de psychiatrie zich gebaseerd op de opvatting, die wetenschappelijk nooit gevalideerd werd, dat symptomen de gevolgen zijn van een ziekte-eenheid, waarvan de oorzaak toegeschreven wordt aan de biologische dysfunctie van de hersenen.

Uit de resultaten van het stemmen horen ervaren onderzoek lijkt het er meer op dat de sequentie van oorzaak en gevolg mogelijk anders ligt, nl. dat de stemmen die patiënten horen een sociaal emotioneel probleem representeren, waarmee zij niet weten om te gaan. Dit is dan weer reden zichzelf eveneens als machteloos te ervaren ten aanzien van de stemmen. Hierdoor voelt men zich niet opgewassen tegen de stemmen en laat men zich door hen domineren met als gevolg secundaire reacties zoals concentratiestoornissen, inadequaate affect, sociaal isolement, voor de omgeving onbegrijpelijk gedrag enz. Het zou dus ook zo kunnen zijn dat stemmen niet het gevolg zijn van ziekte maar dat ziekte het gevolg is van de manier waarop men met de stemmen en de daaraan ten grondslag liggende problemen omgaat.

Diagnostiek

In de benaderingswijze omgaan met stemmen horen wordt gewerkt met een procesdiagnose. Er wordt nagegaan in hoeverre de verschillende klachten en symptomen een reactie op elkaar zijn, maar ook in hoeverre de symptomen begrijpelijk te maken zijn als reactie op gebeurtenissen in de levensgeschiedenis.

3.1. Onderlinge samenhang van symptomen

In deze werkwijze wordt eerst nagegaan wanneer zich de eerste klacht voordoet, om vervolgens te bekijken of de andere klachten al dan niet een begrijpelijke reactie daarop vormen. Als het verschijnsel stemmen horen het eerst aanwezige symptoom was en iemand isoleert zich vervolgens sociaal, dan kan dit isoleren samenhangen met de verboden van de stemmen om uit te gaan, de telefoon op te nemen etc. Het kan ook zijn, dat het sociaal isolement een gevolg is van de schaamte voor het horen van stemmen of dat de stemmen de concentratie zodanig verstoren, dat een gesprek met anderen moeilijk is en men daarom contacten gaat vermijden. Een ander verschijnsel, 'inadequate affect' treedt soms op als reactie op de stemmen omdat de stemmen bv. ineens iets grappigs zeggen, in een situatie waar lachen helemaal niet past.

Zo kan het hele complex van symptomen dat gerekend wordt tot de schizofrenie zoals verward zijn, concentratie stoornissen, sociaal isolement etc. optreden als reacties op de stemmen. Vandaar dat het analyseren van de onderlinge relaties van de symptomen belangrijk is bij een procesdiagnose.

Overigens is het niet zo dat het stemmen horen altijd de ervaring is waarmee de klachten zijn begonnen, of dat de stemmen het belangrijkste verschijnsel zijn waardoor men gehinderd wordt. Het kan zijn dat sociaal isolement voortkomt uit sociale contactstoornissen en dat het stemmen horen daaraan secundair optreedt, of eerst nog voorafgegaan wordt door achtervolgingsideeën. Dat maakt het allemaal niet van minder belang om de onderlinge samenhang van belevingen en gedrag te analyseren.

3.2. Relatie met de levensgeschiedenis

Een andere reden voor het gebruik van een procesdiagnose is dat stemmen horen samenhangt met traumatische gebeurtenissen en/of problemen met het hanteren van bepaalde emoties of situaties, waaruit zich een kwetsbaarheid ontwikkelt voor die emoties en situaties. Deze emoties en situaties worden voor deze persoon vormen van specifieke stress. De procesdiagnose probeert te achterhalen welke stress zich voordeed bij het begin van het stemmen horen om vervolgens na te gaan hoe zich daardoor een toenemende kwetsbaarheid heeft ontwikkeld en hoe deze stress zich tot een voor de persoon specifieke stress ontwikkeld heeft.

3.3. Het stemmeninterview

In 1987 ontwikkelden we een interview voor stemmenhoorders aan de hand van reacties naar aanleiding van de tv-oproep (zie verderop) en de daaropvolgende de enquête. De vragen en de rubrieken stelden we samen aan de hand van de ervaringen van stemmenhoorders. Voor ons onderzoek gebruikten we dit interview om meer inzicht te krijgen in de auditieve ervaringen zelf, in de invloed van de stemmen op de persoon en in de relatie van deze belevingen met de levensgeschiedenis. Een aantal gegevens uit de afgenomen 48 interviews worden hier beschreven. Het omvat de onderwerpen:

- Aard van de beleving
- Karakteristieken van de stemmen
- Omstandigheden bij het begin
- Triggers (uitlokkende factoren)
- Inhoud van de stemmen
- Invloed van de stemmen
- Interpretatie
- Coping
- Het sociale netwerk
- Ervaringen in de kindertijd

Door vanuit het symptoom te vragen naar levensomstandigheden waarbij het symptoom voor het eerst optrad, kun je veel concreter doorvragen naar de relatie van de symptomen met de levensgeschiedenis. Je gaat uit van het symptoom, dat als eerste aanwezig was, en probeert te achterhalen wanneer dat symptoom gekomen is en wat er

toen gebeurd of veranderd is in iemands leven. Hierdoor wordt een verband wel duidelijker.

Dit lukt niet altijd. Soms nemen recentere gebeurtenissen of de verergering van het symptoom in een later stadium, de aandacht van de stemmenhoorder meer in beslag. Als we dat merken gaan wij hier het eerst op in en werken dan vervolgens terug in de levensgeschiedenis naar de jeugd. Eén van de patiënten bv. lijdt aan een dissociatieve stoornis met agressieve uitbarstingen. In zijn beleven hangt dit samen met verkrachting door één van zijn leraren op de middelbare school. De aard van de stem lijkt echter veel meer op een persoon, waardoor hij werd mishandeld op veel jongere leeftijd, maar dit gegeven is aanvankelijk geheel niet toegankelijk voor gesprek. Door dit soort verschuivingen kan een procesdiagnose veel tijd en geduld vragen om er geleidelijk achter te komen hoe de stemmen samenhangen met de levensgeschiedenis.

3.4. Relatie tussen triggers, stemmen horen en de levensgeschiedenis

Romme en Escher gaven in hun onderzoek aandacht aan 'Triggers' (In het heden uitlokkende factoren). Hierbij gaat het erom na te gaan welke omstandigheden het symptoom oproepen of verergeren. Dit kunnen bepaalde emoties, situaties, veranderingen in omstandigheden, verandering in eisen die aan de persoon gesteld worden, of interacties zijn. Bij de triggers wordt naar de relatie in het hier en nu gekeken. Triggers kunnen ook een relatie met de levensgeschiedenis aangeven bv. als de stemmen in een bepaalde periode in het jaar heftiger worden, zoals in het voorbeeld van de patiënte die ieder jaar psychotisch decompenseerde rond mei (de tijd waarin haar vader overleed) en rond november, (de periode waarin ze een ernstig ongeluk gehad had).

3.5. Behoeftte aan diagnostische instrumenten

Stemmen horen en de daaraan ten grondslag liggende problemen kunnen niet alleen leiden tot een complex van verschijnselen zoals gerekend tot bijvoorbeeld de diagnose schizofrenie, maar ook tot een complex van dissociatieve verschijnselen en verschijnselen zoals voorkomen bij affectieve stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, angsttoestanden en dwangverschijnselen.

Om de aanwezigheid van de variëteit aan symptomen te kunnen vaststellen, gebruiken we diagnostische instrumenten. Dit is nodig vanwege het gevaar voor verenging tot een ziektebeeld op grond van de aanwezigheid van enkele symptomen, terwijl andere klachten worden verwaarloosd. Voorbeeld is de diagnose schizofrenie te stellen op grond van de aanwezigheid van 'stemmen horen' en de aanwezigheid van depressieve verschijnselen of dissociatieve verschijnselen te verwaarlozen.

Voor het vaststellen van symptomen is het nuttig en nodig niet al te ingewikkelde instrumenten te gebruiken, die zowel praktisch hanteerbaar zijn als meer zicht geven op de aanwezigheid en de ernst van de verschijnselen. Belangrijke instrumenten daartoe zijn:

1. De Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

Dit is een veel gebruikt instrument, dat ook bij psychotische stoornissen te gebruiken is. Met behulp van de Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) kunnen een groot aantal mogelijke symptomen en hun ernst in kaart gebracht worden. De BPRS bestaat uit 24 items die met behulp van een semigestructureerd interview, gescoord worden op een 7 puntenschaal, variërend van 'niet-aanwezig' tot 'zeer ernstig'. Het instrument is ook geschikt om op verschillende tijdstippen tijdens de behandeling af te nemen, om te kunnen beoordelen of er een toe- of afname van psycho-pathologie is. Enkele items zijn: somatische fixatie, angst, depressieve stemming, ongewone gedachteninhoud, spanning, vervlakt affect en emotionele vervreemding.

Bron: Ventura e.a. 1993.

Van belang is de onderlinge samenhang van de verschijnselen te analyseren, want angst kan zowel oorzaak als gevolg van het stemmen horen zijn en dat geldt ook voor vijandigheid of agressiviteit of een vreemde gedachteninhoud. De BPRS kan ons soms op het bestaan van verschijnselen zoals bv. 'incoherentie' wijzen. Dit begrip duidt op een onsamenhangende spraak variërend van een eigenaardig woordgebruik en afdwalen van het onderwerp tot een volledig onbegrijpelijk zijn van de spraak voor de toehoorder. Dit symptoom vereist een eigen aandacht en is evenals het stemmen horen ook vaak een manier om bepaalde gevoelens of confrontaties op een afstand te houden. Dit verschijnsel maakt het ingaan op de stemmen te moeilijk, zodat het voorrang verdient in onze aandacht. Dit kan ook het geval zijn bij andere verschijnselen zoals bij de grootheidswaan.

Beperking van het instrument is dat de aanwezigheid van een symptoom vaststelt, maar geen relatie legt met andere aanwezige symptomen. Uit de vragen naar de aanwezigheid van angst kan men niet opmaken of de angst iets te maken heeft met het stemmen horen. Daarom zal dit instrument altijd aangevuld moeten worden met een nadere analyse van de relatie met andere symptomen. Bij angst is dit voor stemmen hoorders van belang omdat te grote angst eerst vraagt om beïnvloeding van de angst en de exploratie van de achtergrond daarvoor, alvorens men interventies verantwoord kan adviseren, zoals deelname aan een stemmen groep. Dit geldt voor veel van de met dit instrument geconstateerde aanwezigheid van klachten.

2. De Dissociatieve Ervaringen Schaal (DES)

Deze zelfscoringslijst, bestaande uit 28 items vraagt naar diverse dissociatieve klachten. Men geeft op een lineaire schaal, tussen 0 en 100 aan hoe vaak de genoemde klacht voorkomt bv. 'Terwijl ze luisteren naar het verhaal van iemand anders, beseffen sommige mensen weleens dat ze een gedeelte of het gehele verhaal niet gehoord hebben', of 'Sommige mensen hebben het gevoel dat hun lichaam niet van henzelf is'. Een hoge totaalscore geeft aan dat er sprake kan zijn van de aanwezigheid van een dissociatieve stoornis, die mogelijk duidt op een ernstig trauma, meestal in de vroege kindertijd/jeugd.

Bron: (ernstein en Putnam, 1986).

Met de Dissociatieve ervaringen schaal krijgen we niet alleen een uitkomst wijzend op een dissociatieve stoornis. Dit instrument geeft ook aan welk soort dissociaties plaats vinden, zodat men deze met de persoon kan bespreken. Dit is nodig omdat deze, soms merkwaardige, voorvallen ook voor de persoon nogal eens onbegrijpelijk en hinderlijk zijn. Hier is voorlichting aan de stemmenhoorder nodig. Bovendien kunnen bv. het begin van deze merkwaardige reacties ook wijzen op traumatische gebeurtenissen die toen plaatsvonden.

Bij een hoge DES-score (boven de 30) kan men er bijna zeker van zijn dat aan het stemmen horen een trauma ten grondslag ligt. Een hoge DES-score vraagt dus om meer diepgaande informatie, omdat schaamte en schuldgevoelens ontkenning van het trauma kunnen bevorderen.

3. Stemmingsschalen

Er zijn diverse Stemmingsschalen in gebruik. Bekende en veel gebruikte schalen zijn de ZUNG, een zelfscoringsschaal voor ervaren depressieve klachten of de Hamilton Rating Depression Scale, observatieschaal voor het bepalen van de ernst van het depressief toestandsbeeld.

Ook Stemmingsschalen kunnen ons op een meer gedifferentieerde manier dan met de BPRS alleen, informeren over de ernst en de invloed van de stemming op het gedrag en beleven. Ook hiermee wordt informatie verkregen die van belang kan zijn zowel voor de onderlinge samenhang der verschijnselen, als voor mogelijke achterliggende problemen.

3.6. Belang van vroeg-symptomen

Een laatste element van de nadere diagnostiek vormen de vroeg-symptomen, of te wel die klachten, die de patiënt herkent en vreest als een signaal voor een terugval of een op handen zijnde psychotische decompensatie. De cruciale periode die vooraf gaat en leidt tot de psychotische decompensatie moet heel nauwkeurig worden geanalyseerd. Het belang daarvan werd al door Beck (1952) geïllustreerd. Op dit gebied van vroegsymptomen is ook door Birchwood (1996) gewerkt, maar dan meer gericht op de functie als waarschuwingssysteem, dan op het begrijpelijk maken van de symptomen.

In psychiatrisch onderzoek wordt te vaak gewerkt met van de persoon geïsoleerde variabelen zoals stress, vulnerabiliteit, support etc. Het gaat echter om de met de persoon verbonden variabelen: de voor de persoon specifieke stress, vulnerabiliteit, supports etc. Althans wanneer men de psychotische verschijnselen voor de persoon begrijpelijk wil maken en daarmee de last en hinder wil verminderen. Dit geldt niet alleen voor schizofrenie

Bron: Beck 1952.

maar ook voor manisch depressieve psychosen.

Bron: Smith & Tarrier 1992, Johnston 1997.

4. *Samenvatting en conclusie*

- Het onderzoek naar het fenomeen stemmen horen van Romme en Escher, leidde naar een echte persoonlijke diagnose waarbij de systematiek om de diagnose te stellen gelijkvormig is bij elke patiënt. Behalve dat deze gepersonaliseerde vorm van psychiatrie ingangen biedt voor zorg op maat, zorgt het eveneens voor een conceptuele brug tussen wetenschap en zorgpraktijk. Door onderzoek van Romme en Escher zijn er categorieën ten behoeve van het stemmenhoren interview ontwikkeld. Ze zijn tot stand gekomen op basis van wetenschappelijke generalisaties van verhalen van reële bestaande mensen die stemmen horen.
- De benaderingswijze omgaan met stemmen horen past in de generieke module stemmenhoren omdat het zorginstellingen en professionals in staat stelt om samen met cliënt een persoonlijke diagnose te kunnen stellen waarin de oorzaak van de problemen beter meegenomen wordt, dan bijvoorbeeld bij de diagnose schizofrenie of dissociatieve identiteitsstoornis. Hierdoor kan men meer aandacht geven aan de problemen van de patiënt dat wil zeggen een behandeling op maat geboden worden met mogelijk een grotere kans van slagen dan het bieden van medicatie en psycho-educatie.
- Het betreft een (diagnostisch) instrument dat vroegtijdig ingezet kan worden en waarvan een preventieve werking uit kan gaan.
- De werkwijze is geschikt voor mensen die stemmen horen, er hinder van ondervinden en daar verandering/verbetering in aan willen brengen. Bij sommige mensen kunnen aanvullende diagnostische instrumenten behulpzaam zijn om preciezer vast te kunnen stellen of en welke vervolgenterventie wenselijk of noodzakelijk is.

9.4.14 Andere psychologische interventies

Mindfulness

Mindfulness poogt de aandacht te richten op relevante aspecten van de ervaring in het hier en nu, zonder daarbij te oordelen. In een mindfulnessbehandeling voor mensen die stemmenhoren, leren zij dat de manier waarop zij op hun stemmen reageren, een rol speelt in de ervaren last. Door niet tegen de stemmen te vechten, maar in plaats daarvan te accepteren dat ze er zijn, is het de bedoeling dat mensen weer macht over

zichzelf krijgen, waardoor de lijdensdruk afneemt.

Er is tot op heden weinig onderzoek gedaan naar mindfulness als behandeling voor stemmenhoren. Een kleine gerandomiseerde studie in mensen met een psychotische stoornis die stemmenhoren, vergeleek 9 patiënten die een mindfulnessgroepsbehandeling kregen met 9 patiënten op een wachtlijst.

Bron: Chadwick et al., 2009.

Er waren geen verschillen tussen de groepen. Wanneer beide groepen samen werden genomen was er klinische vooruitgang merkbaar, maar er trad geen significante verandering op in de ernst en ervaren last van de stemmen.

Dannahy en collega's (2011) voegden aspecten van mindfulness toe aan groeps-CGT. 62 patiënten die stemmenhoren deden mee, ongeacht diagnose. Er was geen controlegroep. Na 12 behandelingen en één maand follow up werd statistisch significante verbetering gezien wat betreft algemeen welbevinden en ervaren last van de stemmen, met matig grote effectgroottes (respectievelijk 0.63 en 0.95).

Bron: Dannahy et al., 2011.

Deze effecten kunnen echter ook non-specifieke gevolgen van behandeling zijn.

Aan de andere kant zijn er studies die waarschuwen voor negatieve effecten van mindfulness op psychotische klachten. Door het wegnemen van externe prikkels, zouden mensen juist meer kunnen gaan hallucineren. Er zijn een aantal cases beschreven waarbij meditatie, een methode gerelateerd aan mindfulness, psychotische symptomen opwekte in patiënten met een psychotische voorgeschiedenis.

Bron: Kuijpers et al., 2007; Sethi and Bhargava, 2003; Walsh and Roche, 1979; Williams, 2010.

Een pilot studie in 13 patiënten na een eerste psychose, liet echter geen nadelige effecten zien van mindfulness.

Bron: Van der Valk et al., 2013.

De auteurs wijzen op het belang van zeer duidelijke instructies, om verkeerd begrip van de oefeningen te voorkomen. Vier patiënten (ongeveer een derde) lieten mogelijk enige klinische verbetering zien wat betreft psychotische symptomen, maar dit moet uiteraard verder onderzocht worden in een grotere gerandomiseerde, gecontroleerde studie.

Op basis van GRADE evidentieprofielen wordt de kwaliteit van het bewijs voor effectiviteit van mindfulness voor stemmenhoren beoordeeld als: zeer laag. Er is dus een zeer lage zekerheid over het bestaan van een klinisch relevant voordeel van mindfulness tegen stemmenhoren in het kader van een psychotische stoornis. Belemmerende factoren in de literatuur zijn dat er slechts één kleine pilot studie is uitgevoerd, gericht op patiënten met een psychotische stoornis.

Aanbevelingen

Er is momenteel geen evidentie voor de effectiviteit van mindfulness tegen stemmenhoren bij patiënten met een psychotische stoornis.

Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

Acceptance and commitment therapy (ACT) is een vorm van CGT waar ook elementen van mindfulness in zijn opgenomen. In deze therapievorm staan acceptatie, toegewijd en waardegericht handelen centraal. Acceptatie houdt in dat mensen leren om de stemmen te observeren en te erkennen dat ze er zijn, zonder de echtheid ervan te beoordelen of erop te reageren. 'Commitment' legt de nadruk op het formuleren van persoonlijke waarden en doelen, en probeert de effecten van de stemmen op het bereiken van deze doelen te verminderen. Mensen worden gestimuleerd om middels toegewijde handelingen een betekenisvol leven te leiden, waardoor de stemmen het dagelijks functioneren minder zullen beïnvloeden.

Een studie in tachtig mensen met een ernstige psychiatrische aandoening die hallucineren, vergeleek patiënten die 4 individuele ACT-behandelingen kregen met patiënten die een standaardbehandeling kregen (Bach and Hayes, 2002). De condities waren blind voor de onderzoekers. De mensen in de ACT-groep bleken na vier maanden minder vaak opgenomen te zijn en minder in de echtheid van de stemmen te geloven. Zij rapporteerden echter vaker psychotische symptomen.

Met een vergelijkbaar protocol in 40 opgenomen patiënten met een psychotische of affectieve stoornis, vonden Gaudio en Herbert (2006) dat patiënten na ACT significant minder last van hun stemmen hadden. Mensen in de ACT groep lieten meer klinische verbetering zien dan mensen in de actieve controlegroep, met een matig grote effectgrootte van 0.60.

Bron: Gaudio and Herbert, 2006.

De onderzoekers en therapeuten waren echter niet blind, wat de resultaten mogelijk

heeft gekleurd.

Shawyer en collega's onderzochten in 43 patiënten een combinatie van individuele ACT en CGT als behandeling voor opdrachtstemmen.

Bron: Shawyer et al., 2012.

De controlegroep voerde gesprekken over neutrale onderwerpen, van dezelfde duur en met dezelfde therapeut als de CGT-ACT groep. Een derde groep kreeg geen aanvullende behandeling. Er werd zoveel mogelijk blind gescoord. Er werd geen verschil gevonden tussen de CGT-ACT behandeling en de neutrale gesprekken, beide groepen gingen erop vooruit ten opzichte van de groep zonder aanvullende behandeling.

Op basis van GRADE evidentieprofielen wordt de kwaliteit van het bewijs voor effectiviteit van ACT voor stemmenhoren beoordeeld als: laag. Er is dus een lage zekerheid over het bestaan van een klinisch relevant voordeel van ACT tegen stemmenhoren in het kader van een psychotische stoornis. Belemmerende factoren in de literatuur zijn dat er slechts kleine studies zijn uitgevoerd, gericht op patiënten met een psychotische stoornis.

Aanbevelingen

Er is momenteel weinig evidentie voor de effectiviteit van ACT tegen stemmenhoren bij patiënten met een psychotische stoornis.

Hallucinatie-gerichte integratieve therapie (HIT)

Hallucinatie-gerichte integratieve therapie (HIT) is in Nederland ontwikkeld, specifiek om stemmenhoren te behandelen. Eerdere genoemde therapieën, zoals CGTp, zijn met name effectief voor wanen, maar bieden voor stemmenhoren nog onvoldoende resultaat. HIT is een combinatie van CGT, coping training, familiebehandeling, revalidatie, mobiele crisisinterventie, antipsychotische medicatie en standaardbehandeling.

Bron: Jenner et al., 2006a.

Zowel patiënten als naasten krijgen cognitieve interventies en coping training. Motiverende gespreksvoering, paradoxale interventies, een houding van acceptatie en onderhandeling, positief benaderen van symptomen en van gedrag worden ingezet om therapietrouw te vergroten en het "twee-werkelijkheden-principe".

Alle publicaties over HIT betreffen dezelfde studie. Twee ongecontroleerde, niet-blinde cohortstudies van veertig en veertien patiënten

Bron: Jenner et al., 2006b, 2004.

en een gerandomiseerde studie met 63 patiënten lieten zien dat HIT in patiënten met schizofrenie die stemmenhoren gunstige effecten heeft op hallucinaties, ervaren last en negatieve inhoud van de stemmen.

Bron: Jenner et al., 2006a.

De effectgroottes waren middelgroot, varieerden van 0.47 tot 0.71, en waren niet allemaal statistisch significant. De interventie besloeg gemiddeld elf sessies over negen maanden.

Bron: Jenner et al., 2004.

Na achttien maanden follow-up waren er geen statistische verschillen meer wat betreft ernst van de symptomen.

Bron: Stant et al., 2003.

Kwaliteit van leven verbeterde niet significant aan het einde van de behandeling, maar wel statistisch significant bij de achttienmaandsfollow-up.

Bron: Jenner et al., 2004.

Het sociale functioneren verbeterde in de HIT-groep wat betreft huishoudelijke werkzaamheden, familierelaties, partnerrelatie en ouderrol. Er was geen effect op sociale relaties, werk- en dagbesteding.

Bron: Wiersma et al., 2004.

Aangezien HIT een geïntegreerde behandelmethodede is, is het onduidelijk wat precies de

werkzame onderdelen zijn. Waarschijnlijk zijn de gezinsinterventie en cognitieve gedragstherapie de effectieve ingrediënten. De effecten van HIT zijn vergelijkbaar met die van cognitieve gedragstherapie (afname symptomen en lijdensdruk) en gezinsinterventie (beter sociaal functioneren en hogere kwaliteit van leven).

Op basis van GRADE evidentieprofielen wordt de kwaliteit van het bewijs voor effectiviteit voor stemmenhoren van HIT als zodanig beoordeeld als: laag. Er is dus een lage zekerheid over het bestaan van een klinisch relevant voordeel van HIT tegen stemmenhoren in het kader van een psychotische stoornis. Belemmerende factoren in de literatuur zijn dat er slechts één studie is uitgevoerd, gericht op patiënten met een psychotische stoornis. Door de geïntegreerde aanpak is niet duidelijk wat precies de werkzame onderdelen zijn.

Aanbevelingen

Er is momenteel weinig evidentie voor de effectiviteit van HIT als zodanig tegen stemmenhoren bij patiënten met een psychotische stoornis.

Relating therapy (RT)

Er zijn aanwijzingen dat de relatie die mensen met hun stemmen hebben van belang is.

Bron: Birchwood et al., 2004.

Voor sommige mensen die stemmen horen is het prettig om een actieve relatie met de stemmen aan te gaan, in plaats van zich ervan te distantiëren.

Bron: Sorrell et al., 2010.

Therapie kan mensen helpen een functionele relatie met hun stemmen tot stand te brengen. Hayward en collega's hebben hiervoor relating therapy (RT) ontwikkeld. Hierin leren mensen dat ze met hun stemmen op een manier kunnen omgaan die lijkt op de omgang met andere mensen, als een wederkerige relatie. Er is een serie patiënten beschreven waaruit bleek dat dit bij vier van de vijf mensen positief effect had.

Bron: Hayward et al., 2009.

Daarnaast is een succesvolle behandeling die bestaat uit een combinatie van CGT en RT beschreven voor één enkele casus.

Bron: Paulik et al., 2013.

Verder zijn er nog geen uitgebreide, gerandomiseerde onderzoeksresultaten bekend, op dit moment loopt er een eerste kleine studie naar deze methode.

Bron: Hayward et al., 2014.

Er zijn geen principiële verschillen met persoonlijke CGT en CGT voor opdrachtstemmen.

Op dit moment is het niet mogelijk een GRADE evidentieprofiel op te stellen over de effectiviteit van RT tegen stemmenhoren.

Aanbevelingen

Er is momenteel onvoldoende evidentie om RT aan te bevelen als behandeling voor stemmenhoren.

De Voice Dialogue methode (Stone & Stone, 1993) en praten met stemmen.

De theorie van de Voice Dialogue gaat ervan uit dat de persoonlijkheid gevormd wordt door meerdere subpersoonlijkheden of 'Zelven'. In Voice Dialogue maakt de facilitator of begeleider - we gebruiken bewust niet het woord therapeut - contact met deze 'Zelven' om een proces op gang te brengen waarin deze zich kunnen uiten, en 'hun' verhaal kunnen vertellen: wanneer ze zijn ontstaan, wat ze moeten doen, wat er zou gebeuren als ze er niet zouden zijn etcetera. Bij het praten met stemmen worden deze theorie en techniek van de Voice Dialogue gebruikt. Stemmen hebben betekenis in het leven van de stemmenhoorder en er zijn goede redenen waardoor ze zijn gekomen. Ook betekenis wanneer de stemmen negatief zijn en iemand bijvoorbeeld aanzetten tot zelfdestructie.

Een belangrijk voorbeeld om stemmen horen te begrijpen is de zogenaamde Interne Criticus. Iedereen heeft zo'n Criticus. Die geeft kritiek op je. Die ontstaat als reactie op kritiek uit je omgeving: 'blijf van de kachel af; ben eens wat beleefder; pas je nou eindelijk eens aan'. De Interne Criticus ontwikkelt zich om te voorkomen dat je kritiek van belangrijke anderen krijgt. De Interne Criticus van de stemmenhoorder kan vervolgens helemaal ontsporen, maar had als doel de persoon te beschermen tegen kritiek van buiten. Dit is een duidelijke analogie voor negatieve destructieve stemmen. Deze negatieve stemmen worden dus als in principe beschermend gekaderd.

Het praten met stemmen begint met de stemmenhoorder te vragen wat de stemmen er van vinden om met de facilitator te praten waarbij wordt benadrukt dat het doel niet is de stemmen te onderdrukken of weg te sturen, maar om hen beter te leren kennen. De stem(men) moet(en) er, evenals de persoon die de stemmen hoort, in toestemmen.

Het komt vaak voor dat de stemmen de persoon verbieden om over hen te praten of dat de persoon die stemmen hoort er zelf niet over durft te praten (Van der Werf, Hermans & Van Ree, 1998). De persoon en de stemmen moeten goede redenen worden aangereikt om met de facilitator te praten. Uitgebreide uitleg evenals voorbeelden van eerdere positieve ervaringen kunnen de bereidheid tot praten doen toenemen. Ook is het van groot belang duidelijk te maken dat het doel niet is de stemmen tot zwijgen te brengen, integendeel, de relatie tussen stemmenhoorder en de stemmen te verbeteren, waarbij de stemmenhoorder meer regie over diens leven krijgt.

De facilitator kan direct of indirect met de stemmen praten. Direct: laat de stem door jou praten en kom terug als wij dat nodig vinden. Indirect: kunt je aan de stem de volgende vraag stellen en mij vertellen wat h/zij antwoordt?

In de praktijk stelt de facilitator verhelderende vragen, waardoor de stem haar of zijn verhaal kan vertellen. Het is met nadruk niet de bedoeling dat de behandelaar in discussie met de stem gaat.

Voorbeeldvragen zijn:

- wie ben je;
- heb je een naam, zo ja, hoe heet je;
- hoe oud ben je;
- wanneer ben je in het leven van de persoon gekomen;
- wat was de aanleiding van je komst;
- wat waren de omstandigheden toen;
- wat streef je na;
- wat zou er gebeuren als je er niet zou zijn;
- hoe gaat de persoon met je om;
- welke moeilijkheden kom je tegen bij de omgang met de persoon.

Er komt door deze vragen te stellen met behulp van de stemmenhoorder een “gesprek” tot stand waarbij vele aspecten van de stemmen worden verduidelijkt. De stemmen worden vanuit een accepterende houding benaderd. Hierbij komen kwetsbaarheden en dieperliggende emotionele thema’s van de stemmenhoorder naar voren, die vervolgens verduidelijken waar de stemmenhoorder moeite mee heeft of had in zijn/haar leven. Er wordt een situatie gecreëerd waarin stemmen bondgenoot worden waardoor de relatie tussen de stemmenhoorder en de stemmen in positieve zin beïnvloed wordt.

Om een voorbeeld te geven: een stem zegt voortdurend dat de persoon zich maar beter dood kan maken. In een gesprek met de stem komt naar voren dat het eigenlijk de bedoeling is dat de persoon zich beter moet weren tegen mensen of gebeurtenissen in zijn omgeving. Zo wordt de emotionele logica van de stem duidelijk, er kan betekenis aan worden gegeven. Een stem kan dan bijv. transformeren van bedreigend naar beschermend of anderszins een positieve betekenis krijgen. In dit voorbeeld werd de stem tot “leermeester”, terwijl deze eerder voor de stemmenhoorder een dreigend en destructief karakter had. In feite is dit een cognitieve herstructurering door positieve etikettering van de boodschap van de stem.

Stemmenhoorders die deze benadering hebben ervaren geven aan erg tevreden over de methode te zijn.

Bronnen

- Stamboliev R. (1993). De Energetica van Voice Dialogue. Baarn: Mesa Verde.
- Stone H. & S. Stone (1993). De innerlijke criticus. Groningen: De Zaak.
- Werf, B. van der, P. Hermans & F. van Ree (1989). Praten met stemmen. Over het leren omgaan met hallucinaties. In K. van der Velden (red). Directieve therapie 3. Deventer: van Loghum Slaterus.

Avatar

Therapieën gebaseerd op het gebruik van avatars gaan uit van de hulpeloosheid en het gebrek aan controle die mensen die stemmen horen kunnen ervaren. Het doel is om een dialoog op gang te brengen tussen de stemmenhoorder en degene aan wie zij de stem toeschrijven. Dit kan een mens zijn, maar dat hoeft niet. Het maken van een visuele avatar kan helpen om een dialoog aan te gaan, om op die manier te leren tegen de stem in te gaan en er controle over te krijgen. Er is één kleine gerandomiseerde studie gedaan naar de effectiviteit van avatar therapie in 26 patiënten die stemmen horen, ongeacht de psychiatrische diagnose.

Bron: Leff et al., 2013.

Er werd een effectgrootte van 0.8 gevonden in vergelijking met de standaardbehandeling, wat een matig groot effect is. Momenteel loopt er een grotere studie met 142 deelnemers, waarbij de controleconditie inhoudt dat er face to face contact is met een behandelaar, volgens een protocol.

Bron: Craig et al., 2015.

Op basis van GRADE evidentieprofielen wordt de kwaliteit van het bewijs voor effectiviteit van avatar therapie voor stemmen horen beoordeeld als: zeer laag. Er is dus een zeer lage zekerheid over het bestaan van een klinisch relevant voordeel van avatar therapie tegen stemmen horen in het kader van een psychotische stoornis. Belemmerende factoren in de literatuur zijn dat er slechts één kleine pilot studie is uitgevoerd, gericht op patiënten met een psychotische stoornis.

Aanbevelingen

Er is momenteel geen evidentie voor de effectiviteit van avatar therapie tegen stemmen horen bij patiënten met een psychotische stoornis.

Conclusies en aanbevelingen

Psychologische interventies vormen een belangrijk onderdeel in de behandeling van stemmenhoren. Met name CGT is bewezen effectief in het verminderen van de ervaren last van de stemmen. Het is voornamelijk onderzocht bij patiënten met psychose of een hoog risico hierop, maar kan ook worden toegepast worden bij andere stoornissen. De evidentie hiervoor is echter nog niet direct onderzocht. CGTp is ook effectief bij mensen die medicatie weigeren.

Bron: Morrison et al., 2014.

De genoemde methoden kunnen ingezet worden om de ervaren last van de stemmen te verminderen, geen van de methoden heeft als doel om de frequentie van de stemmen af te laten nemen. Er zijn geen negatieve effecten van psychologische behandelingen bekend, met mindfulness als mogelijke uitzondering. De meeste behandelingen bestaan uit combinaties van diverse methoden, zoals HIT. Hierdoor is het niet goed vast te stellen wat precies de werkzame mechanismen zijn. Meer grotere en gerandomiseerde studies met goede controlecondities zijn nodig om sterkere aanbevelingen te kunnen doen.

Aanbevolen wordt om bij stemmenhoren als eerste psychologische interventie een CGTp behandeling te starten, eventueel met COMET als aanvulling. Bij onvoldoende resultaat kan een andere interventie overwogen worden.

9.4.15 Description of the interventions, patient characteristics, location, transition criteria, and quality of the studies

Author	Year	Format	Duration intervention	Experimental Condition				Control Condition				Country	Risk of Bias	Blinding	Selected Outcome measure
				CBT format	Subjects	Age Mean (SD)	Male Sex %	Control format	Subjects	Age Mean (SD)	Male Sex %				
Lewis et al.	2002	Indiv	15-20 hours in 5 week	CBT	101	29.1	71%	[1] SC [2] TAU	[1] 106 [2] 102	[1] 27.2 [2] 27.0	[1] 71% [2] 68%	UK	0	YES	PSYRATS
Durham et al.	2003	Indiv	9 months	CBT	22	36.0 (10.0)	68%	[1] SC [2] TAU	[1] 23 [2] 21	[1] 37.0 (11.2) [2] 36.0 (10.2)	[1] 65% [2] 71%	UK	0	YES	PSYRATS
Morrison et al.	2004	Indiv	Max 30 sessions in 12-16 wks	CBT	46	35.8 (9.9)	n.a.	TAU	30	37.8 (10.8)	n.a.	UK	4	NO	PSYRATS
Trower et al.	2004	Indiv	6 months	CTCH	18	36.6 (10.3)	56%	TAU	20	35.1 (10.4)	70%	UK	0	YES	PSYRATS
Cather et al.	2005	Indiv	16 weekly sessions	fCBT	15	40.4 (12.0)	57%	PE	13	40.4 (12.0)	57%	USA	2	NO	PSYRATS
Wykes et al.	2005	Group	10 weeks	CBT	45	39.7 (10.8)	53%	TAU	40	39.7 (10.1)	65%	UK	2	YES	PSYRATS
Valmaggia et al.	2005	Indiv	6 months	CBT	35	35.5 (10.8)	77%	SC	23	35.5 (11.4)	61%	NL	0	YES	PSYRATS
McLeod et al.	2007	Group	8 weekly sessions	CBT	10	n.a.	n.a.	TAU	10	n.a.	n.a.	UK	3	NO	PSYRATS
Garety et al.	2008	Indiv	20 sessions in 9 months	CBT	60 H 85 D	39.1 (10.3)	71%	TAU	60 H 85 D	37.1 (10.9)	72%	UK	0	YES	PSYRATS
Penn et al.	2009	Group	12 weeks	CBT	32	41.7 (11.8)	53%	SC	33	39.6 (15.7)	49%	USA	0	YES	PSYRATS
Haddock et al.	2009	Indiv	17 sessions	CBT	38	35.7 (12.5)	86%	SAT	39	33.9 (9.7)	86%	UK	0	YES	PSYRATS
Peters et al.	2010	Indiv	6 months	CBT	36	34.0 (9.8)	72%	TAU	38	39.6 (10.2)	53%	UK	2	NO	BAVQ
Krakvik et al.	2013	Indiv	6 months	CBT	23	35.3 (8.9)	65%	TAU	22	37.5 (11.2)	64%	NO	1	NO	PSYRATS

al.			20 sessions												
Rathod et al.	2013	Indiv	16 weekly sessions	Ca CBT	17	31.4 (12.4)	63%	TAU	18	35.6 (10.7)	59%	UK	0	YES	CPRS Del. Hall. Scale
Leff et al.	2013	Indiv	6 weekly sessions	Avatar CT	14	n.a.	n.a.	TAU	12	n.a.	n.a.	UK	1	YES	PSYRATS
Morrison et al.	2014	Indiv	9 months	CBT	37	33.0 (13.1)	46%	TAU	37	29.7 (12.0)	59%	UK	0	YES	PSYRATS
Birchwood et al.	2014	Indiv	9 months	CBTCH	98	38.8(12.2)	62%	TAU	99	35.9(11.9)	53%	UK	0	YES	PSYRATS
Naeem et al.	2015	Indiv	16 weekly sessions	CBT	18	42.0(11.6)	17%	TAU	15	38.6 (12.0)	13%	CAN	0	YES	PSYRATS
Habib	2015	Indiv	10-16 weekly sessions	CBT	21	33.5(10.5)	44%	TAU	21	30.2(6.7)	56%	PAK	1	YES	PSYRATS

CBT=Cognitive behavioural therapy; SC=Supportive counselling/ supportive therapy; TAU=Treatment as usual/ Waiting list; CTCH=Cognitive Therapy for Command Hallucinations; fCBT=Functional CBT; APC=Attention Placebo Control; SAT=Social activity treatment; CaCBT=Culturally adapted CBT; UK=United Kingdom; NL=Netherlands; USA=United States of America; CAN=Canada; GER=Germany; NO=Norway; CTAM=Quality rating; * =Risk of bias; PSYRATS=Psychotic symptom rating scale; MADS= MacArthur-Maudsley Delusions Assessment Schedule; BAVQ=Beliefs about Voices Questionnaire; PDI=Peters Delusion Inventory; CPRS=Comprehensive Psychiatric Rating Scale Delusion and Hallucination Scales.

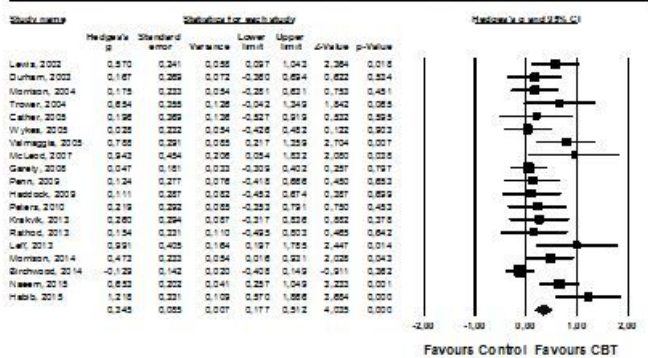
9.4.16 Random effect-sizes, heterogeneity and publication bias in the main and sensitivity analyses

Analysis	Number of contrasts	Random Effect-sizes			Heterogeneity			Publication bias	
		Hedges's g	Z	p-value of Z	Q (df)	p-value of Q	I ²	Missing studies	Corrected g Trim&Fill
Auditory hallucinations									
Main with all studies	19	0.35 0.17-0.51	4.035	0.000	35.391 (18)	0.008	34.1/ MOD	2	0.29
Compared with TAU	15	0.34 0.14-0.53	3.387	0.001	30.178 (14)	0.007	53.6/ MOD	2	0.23
Compared with active treatment	6	0.39 0.10-0.67	2.682	0.007	6.731 (5)	0.241	25.7/ LOW	0	--
Hallucinations primary outcome of intervention ¹	15	0.43 0.25-0.60	4.839	0.000	20.292 (14)	0.121	31.0/ LOW	0	--
Individual case formulation CBT ²	12	0.47 0.29-0.65	5.094	0.000	14.549 (11)	0.204	24.1/ LOW	0	--
ROB <=2	11	0.51 0.32-0.70	5.261	0.000	12.726 (10)	0.239	21.4/ MOD	0	--
ROB <=1	8	0.61 0.40-0.82	5.702	0.000	8.374 (7)	0.301	16.4/ LOW	1	0.55
ROB =0	5	0.56 0.34-0.78	5.021	0.000	2.469 (4)	0.650	0/ NO	0	--
High Quality CTAM	7	0.57 0.33-0.80	4.747	0.00	8.568 (6)	0.199	30.0/ LOW	0	--
Blind studies	9	0.57 0.35-0.78	5.188	0.000	10.675 (8)	0.221	25.1/ LOW	0	--
Additional analyses									
Group CBT	3	0.24 -0.20-0.68	1.056	0.291	3.302 (2)	0.192	39.4/ MOD	0	--
Secondary outcome	4	0.06 -0.20-0.31	0.428	0.669	4.415 (3)	0.220	32.1/ LOW	2	0.06

Q= value for heterogeneity tested by Chi-square; I²= degree of heterogeneity; ROB= Risk of bias; NO=No heterogeneity; MOD=Moderate heterogeneity; T&F=Trim and Fill correction of Hedges's g; ¹ Removed studies with relapse prevention (Garety), violence reduction (Haddock) and compliance reduction as primary outcome (Trower, Birchwood); ² Removed three studies with course-like group CBT Wykes, Penn, Mcleod).

9.4.17 The effect of CBT on auditory halucinations

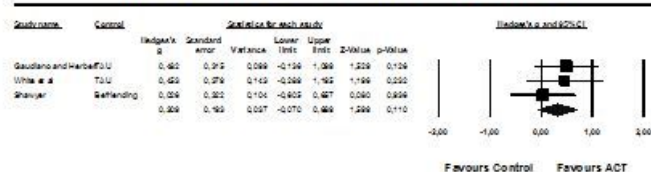
The effect of CBT on auditory halucinations



Meta Analysis

9.4.18 The effect of ACT on positive symptoms

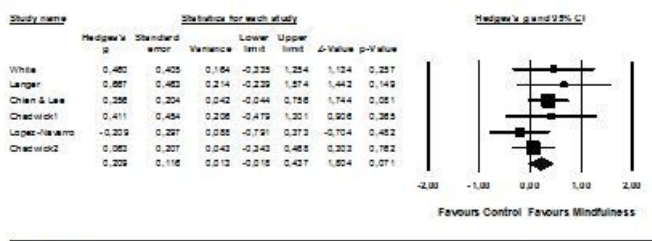
Effect of ACT on positive symptoms



Meta Analysis

9.4.19 The effect of Mindfulness on positive symptoms

The effect of Mindfulness on positive symptoms



9.4.20 Evidentietabel voor toepassen CGT voor stemmen horen

Author(s):
Date:
Question: CBT compared to active treatment for AVH
Setting:
Bibliography:

Quality assessment							Nr of patients		Effect		Quality	Importance
Nr of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	CBT	active treatment	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
All studies (assessed with: AHRIS)												
19	randomised trials	serious ¹	not serious	not serious	not serious	none	676	656	-	0 (0.17 more to 0.51 more)	⊕⊕⊕○ MODERATE	
Risk of bias = 0												
5	randomised trials	not serious	not serious	not serious	not serious	none	208	195	-	0 (0.34 more to 0.78 more)	⊕⊕⊕⊕ HIGH	

CI: Confidence interval
1. several low quality studies

9.4.21 Evidentietabel voor toepassen mindfulness voor stemmen horen

Author(s):
Date:
Question: Mindfulness compared to waiting list for AVH
Setting: psychotic disorders
Bibliography:

Quality assessment							Nr of patients		Effect		Quality	Importance
Nr of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	mindfulness	waiting list	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
severity of hallucinations (follow up: mean 10 weeks; assessed with: Auditory Hallucination Scale from PSYRATS)												
1	randomised trials	very serious ¹	not serious	serious ²	serious ²	none	9	9	-	mean 7.2 higher (7.8 lower to 22.3 higher)	⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL
clinical functioning (follow up: mean 10 weeks; assessed with: Clinical Outcomes in Routine Evaluation (CORE))												
1	randomised trials	very serious ¹	not serious	serious ²	not serious	none	9	9	-	mean 0.29 higher (0.2 lower to 0.78 higher)	⊕○○○ VERY LOW	IMPORTANT

CI: Confidence interval
1. data from only one small pilot study
2. only patients with a psychotic disorder
3. large confidence intervals

9.4.22 Evidentietabel voor toepassen ACT voor stemmen horen

Author(s):
Date:
Question: ACT compared to TAU for AVH
Setting: psychotic disorders
Bibliography:

No of studies	Study design	Quality assessment					No of patients		Effect		Quality	Importance
		Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	ACT	TAU	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
rehospitalizations (follow up: 4 months; assessed with: rehospitalizations)												
1	observational studies	not serious	not serious	serious ¹	not serious	none	7/35 (20.0%)	14/35 (40.0%)	not estimable		⊕○○○ VERY LOW	IMPORTANT
reduction of distress related to hallucinations (follow up: 4 months; assessed with: self-reported distress)												
1	observational studies	serious ^{2,3}	not serious	serious ¹	not serious	none	19	21	-	mean 1.4 higher (1.6 lower to 4.4 higher)	⊕○○○ VERY LOW	IMPORTANT
distress (assessed with: PSYRATS distress scale)												
1	randomised trials	serious ³	not serious	serious ¹	not serious	none	20	20	-	mean 0.37 higher (0 to 0)	⊕⊕○○ LOW	

CI: Confidence interval

- only patients with a psychotic disorder
- researchers were unblinded
- small sample size

9.4.23 Evidentietabel voor toepassen HIT voor stemmen horen

Author(s):
Date:
Question: HIT compared to TAU for AVH
Setting: patients with a psychotic disorder
Bibliography:

No of studies	Study design	Quality assessment					No of patients		Effect		Quality	Importance
		Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	HIT	TAU	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
hallucination severity (follow up: 18 months; assessed with: PSYRATS Auditory Hallucination Scale)												
1	randomised trials	serious ¹	not serious	serious ^{2,3}	not serious	none	31	32	-	0 (0 to 0)	⊕⊕○○ LOW	CRITICAL

CI: Confidence interval

- data from only one study
- data from patients with schizophrenia only
- integrated therapy, effective ingredients unclear

9.4.24 Evidentietabel voor toepassen Avatar Therapie voor stemmen horen

Author(s):
Date:
Question: Avatar therapy compared to TAU for AVH
Setting: patients with a psychotic disorder
Bibliography:

No of studies	Study design	Quality assessment					No of patients		Effect		Quality	Importance
		Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	avatar therapy	TAU	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
hallucination severity (follow up: 3 months; assessed with: PSYRATS Auditory Hallucination Scale)												
1	randomised trials	very serious ¹	not serious	serious ²	not serious	none	14	12	-	mean 0.8 lower (0 to 0)	⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL

CI: Confidence interval

- data from only one small pilot study
- only patients with a psychotic disorder

9.4.25 Hersenstimulatie

Achtergrond

De ontwikkeling van beeldvormende technieken voor het meten van hersenactiviteit heeft het mogelijk gemaakt de activiteit van hersengebieden te vergelijken tussen proefpersonen met en zonder stemmen. Een aantal studies heeft vergeleken hoe hersenactiviteit verandert tijdens stemmen horen ten opzichte van een controleconditie. Twee meta-analyses beschrijven de bevindingen van deze studies in patiënten met schizofrenie of een psychosespectrumstoornis. Kühn en collega's vonden in hun meta-analyse een verhoogde activatie tijdens het horen van stemmen in de bilaterale gyrus frontalis inferior, de bilaterale postcentrale gyrus, en linker parietale operculum. Proefpersonen met stemmen hadden ten opzichte van controles een afname van activiteit in de linker gyrus temporalis medialis en superior, de anterieure cingulate cortex, en de linker premotor cortex. Op het moment van het horen van stemmen is er

dus een verhoogde activiteit in het gebied van taalproductie (ook wel gebied van Broca), terwijl er bij mensen die stemmen horen in het algemeen een veranderde activiteit is in hersengebieden betrokken bij het verwerken van auditieve prikkels en taalbegrip. In aanvulling daarop beschrijven Jardri et al. een verhoogde activiteit van de (para)hippocampus in proefpersonen die stemmen horen, net als de mediale temporaalkwab een hersenstructuur die betrokken is bij het (verbaal) geheugen. Een studie naar hersenactiviteit in stemmenhoorders met en zonder een psychotische stoornis vond een vergelijkbaar patroon in beide groepen.

Indicatie voor behandeling met hersenstimulatie

De behandeling van stemmen horen door middel van hersenstimulatie is alleen onderzocht in gerandomiseerde studies bij patiënten met (met name therapieresistente) schizofrenie. Het is hierdoor onduidelijk in hoeverre hieronder beschreven effect kunnen worden geëxtrapoleerd naar stemmenhoorders met een andere veronderstelde etiologie. Daarnaast is het goed mogelijk dat de effecten van deze vormen van behandeling beter zijn in patiënten met een psychotische stoornis waarbij geen sprake is van therapieresistentie.

TMS en tDCS zijn behandelingen die, wanneer deze wordt toegepast conform internationale veiligheidsrichtlijnen, vrijwel geen bijwerkingen veroorzaken en als veilig wordt beschouwd. Op basis van het bijwerkingenprofiel kunnen TMS en tDCS laagdrempelig als behandeling van stemmen horen worden overwogen.

Werkzaamheid van transcraniële magnetische stimulatie voor stemmen horen

Slotema en collega's vonden in meta-analyses naar de werkzaamheid van TMS behandeling voor stemmen horen een gemiddeld effect in afname van de ernst van het stemmen horen (effectgrootte 0.44) in vergelijking met schijnbehandeling.

Bron: Slotema, Dirk Blom et al. 2010, Slotema, Aleman et al. 2012, Slotema, Blom et al. 2014.

Dit effect werd gevonden bij patiënten met een psychotische stoornis. Er zijn geen studies bekend naar de werkzaamheid van TMS (of tDCS) bij stemmen horen in populaties met een andere veronderstelde etiologie zoals dissociatie, borderline persoonlijkheidsstoornis, of schizotypische persoonlijkheidsstoornis.

Bron: Slotema, Blom et al. 2014.

Vrijwel alle studies richtten zich op patiënten met medicatie-resistente stemmen. De effecten van TMS behandeling lijken vier weken na het staken van behandeling af te

nemen,

Bron: Slotema, Aleman et al. 2012.

en onderhoudsbehandeling kan daarom worden overwogen. Vermeld moet worden dat de drie grootste gerandomiseerde, placebo-gecontroleerde studies geen significant effect van TMS lieten zien ten opzichte van placebo. Anderzijds kan niet worden uitgesloten dat het behandel-effect wordt onderschat omdat de beschreven studies zich richten op de moeilijkst behandelbare populatie die stemmen hoort, waarbij alle andere behandelingen ook niet effectief zijn gebleken. Gezien het gunste bijwerkingenprofiel van TMS behandeling is extra onderzoek bij patiënten zonder therapieresistentie daarom gewenst.

Op basis van GRADE evidentieprofielen 1) wordt de kwaliteit van het bewijs voor effectiviteit van 1Hz TMS voor stemmenhoren beoordeeld als: hoog. Er is dus een hoge zekerheid over het bestaan van een klinisch relevant voordeel bij het gebruik van TMS tegen stemmenhoren bij psychotische stoornissen. Een belemmerende factor in de literatuur is dat het onderzoek voornamelijk heeft plaatsgevonden op therapieresistente patiënten met psychose, ook lieten enkele grote trials geen significant effect zien.

Aanbeveling

Ondanks limitaties blijkt uit literatuuronderzoek dat herhaalde 1Hz TMS effectief is tegen stemmen bij psychotische stoornissen. Er is vooralsnog geen evidentie dat de behandel-effecten persisteren bij follow-up. Er is geen literatuur gevonden over het effect op stemmenhoren in het kader van andere stoornissen.

Werkzaamheid van transcraniële direct current stimulatie voor stemmenhoren

tDCS is een relatief nieuwe methode voor de behandeling van stemmenhoren. Twee gerandomiseerde studies vonden een effect van tDCS op stemmen in therapieresistente schizofreniepatiënten. Eén studie vond geen effect ten opzichte van placebo. Deze studies omvatten een kleine groep proefpersonen.

Bron: Fitzgerald, McQueen et al. 2014.

Momenteel wordt onderzocht wat het effect is van tDCS op stemmenhoren in grotere cohorten; in afwachting van deze resultaten is er nog onvoldoende bewijs om te spreken van een aangetoond behandel-effect.

Bron: Koops, van den Brink et al. 2015, Nieuwdorp, Koops et al. 2015.

Op basis van GRADE evidentieprofielen wordt de kwaliteit van het bewijs voor effectiviteit van tDCS voor stemmenhoren beoordeeld als: matig. Een belemmerende factor in de literatuur is dat het onderzoek voornamelijk heeft plaatsgevonden op therapieresistente patiënten met psychose en dat patiëntpopulaties deels overlappen tussen studies.

Aanbeveling

Er is in de literatuur bewijs van matige kwaliteit voor de effectiviteit tDCS behandeling voor stemmenhoren in het kader van een psychotische stoornis. Er is op basis van deze studies nog onvoldoende bewijs om te spreken van een aangetoond behandel-effect. Er is geen literatuur gevonden over het effect op stemmenhoren in het kader van andere stoornissen.

Conclusies en aanbevelingen

Het effect van behandeling met TMS en tDCS van stemmenhoren is onderzocht bij patiënten met een psychotische stoornis, en met name indien medicamenteuze behandeling onvoldoende effectief was gebleken.

Er is bewijs voor de werkzaamheid van TMS voor het behandelen van stemmenhoren in deze populatie, waarbij is aangetoond dat de ernst van de stemmen afneemt ten opzichte van placebo behandeling. Er is vooralsnog geen evidentie dat de behandel-effecten blijvend zijn na follow-up van 30 dagen, daarom is de aanbeveling om deze behandeling in te zetten als onderhoudsbehandeling. Voor tDCS is er nog onvoldoende wetenschappelijk bewijs om te kunnen spreken van een behandel-effect.

Er is vooralsnog geen evidentie dat de behandel-effecten blijvend zijn na follow-up van 30 dagen, daarom is de aanbeveling om deze behandeling in te zetten als onderhoudsbehandeling. Voor tDCS is er nog onvoldoende wetenschappelijk bewijs om te kunnen spreken van een behandel-effect.

Er is vooralsnog geen wetenschappelijke ondersteuning voor het aanbieden van TMS of tDCS bij stemmenhoren buiten het kader van een primair psychotische stoornis. Echter, gezien de veiligheid en geringe kans op bijwerkingen kunnen deze behandeltechnieken worden overwogen als andere behandelingen niet effectief blijken.

9.4.26 Evidentietabel voor toepassen TMS / tDCS voor stemmenhoren

Author(s): Bohken MM, Dellen E, Sommer IEC

Date:

Question: TMS compared to sham for treatment of AVH in psychotic disorders

Setting:

Bibliography:

Nr of studies	Quality assessment						N. of patients		Effect		Quality	Importance
	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	TMS	sham	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
1 Hz stimulation vs. placebo (assessed with: AHRS summed score)												
15	randomised trials	not serious	not serious	not serious	not serious	none	209	197	-	effect size 0.44 more (0.19 more to 0.68 more)	⊕⊕⊕⊕ HIGH	
1 Hz stimulation vs. placebo (follow up: mean 4 weeks; assessed with: AHRS summed score)												
5	randomised trials	not serious	not serious	not serious	not serious	none	51	57	-	effect size 0.4 higher (0.23 lower to 1.02 higher)	⊕⊕⊕⊕ HIGH	
Theta-burst stimulation vs. placebo (assessed with: AHRS and PSYRATS)												
1	randomised trials	serious 1	not serious	not serious	not serious	none	Active treatment (N=37) vs. sham treatment (N=34) both showed a drop in hallucination severity as measured by AHRS (F(2,124) = 9.413, P < .001). However, there was no interaction effect of treatment (F(2,124) = .19, P = .83). This suggests that TB-TMS is not more effective compared to placebo treatment.			⊕⊕⊕⊕ MODERATE		
TDCS stimulation vs. placebo												
3	randomised trials	not serious	not serious	not serious	not serious	publication bias strongly suspected 1	Brunelin et al. (2012): Active treatment (N=15) vs. sham treatment (N=15): Active treatment was associated with a drop in hallucination severity (-33%) vs. (-8%) placebo as measured by AHRS (d=1.58; P < .001). After three months follow-up -38% vs. -5% in placebo group. Mondino et al. (2015): Active treatment (N=15) vs. sham treatment (N=13): Active treatment was associated with a drop in hallucination severity (-46%) vs. (-7.5%) placebo as measured by AHRS (d=0.8 (0.03-1.57)). Fitzgerald & McQueen (2014): (N=24) Active treatment was associated with a drop in hallucination severity (-0.6 pt on PANSS P3, n.s.).			⊕⊕⊕⊕ MODERATE		

CI: Confidence interval

1. Data from only one study included
2. Data is partially overlapping between studies

9.4.27 Steunpunten Stemmen Horen

Er zijn 2 Steunpunten Stemmen Horen in Nederland. In Nijmegen is in 2012 het eerste steunpunt opgezet door Robin Timmers bij RIBW Nijmegen en Rivierenland en dit jaar wordt het tweede steunpunt opgericht door Yvonne Doornbos bij Stichting Anton Constandse in Den Haag.

Kenmerken van een Steunpunt Stemmen Horen (SSH):

- Bij een SSH werken alleen ervaringsdeskundige stemmenhoorders.
- Bij een SSH wordt herstelondersteunende zorg op het gebied van stemmen horen aangeboden.
- Een SSH biedt geen behandeling, maar informatie en ondersteuning op het gebied van stemmen horen, herstel, ervaringsdeskundigheid en emancipatie
- Een SSH beschikt over een infotheek met boeken, artikelen, DVD's etc.
- Een SSH beschikt over een open spreekuur, gratis toegankelijk voor iedereen.
- Een SSH biedt individuele ondersteuning
- Een SSH biedt groepsondersteuning (stemmenhoorders groep).
- Een SSH verzorgt presentaties en workshops.
- Een SSH biedt de cursus 'Omgaan met Stemmen Horen' aan voor stemmenhoorders, naasten en hulpverleners.

1. Methodiek 'Omgaan met Stemmen Horen'

De methodiek 'Omgaan met Stemmen Horen' laat zich omschrijven als herstelondersteunende zorg bij stemmen horen. De methodiek is ontwikkeld door Robin Timmers van het Steunpunt Stemmen Horen van de RIBW Nijmegen & Rivierenland.

Eigenschappen van de methodiek 'Omgaan met Stemmen Horen':

- Triade: De methodiek is triadisch in de zin dat het zich richt op zowel stemmenhoorders, als naasten, als hulpverleners. Naasten en hulpverleners worden

- uitgenodigd samen te werken. Stemmenhoorder heeft hierin de regie.
- Herstelondersteunende psychoeducatie bij stemmen horen: Bv stemmen horen komt veel voor, ook bij geestelijk gezonde stemmenhoorders. Stemmen horen komt veel voor bij allerlei diagnoses. Leren omgaan met stemmen horen is mogelijk. Beroemde stemmenhoorders. Mogelijke oorzaken. Fases van herstel. Effectieve copingvaardigheden, etc. De informatie is gebaseerd op zowel wetenschappelijke kennis, als GGZ kennis, als (collectieve) ervaringskennis van stemmenhoorders.
 - Herstelondersteunende zorg: Herstelondersteunende competenties worden toegepast bij stemmen horen:
 - Attitude van hoop en optimisme (herstel en leren omgaan met stemmen is mogelijk)
 - Presentie (aandachtig aanwezig)
 - Gebruikt zijn professionele referentiekader op een terughoudende en bescheiden wijze (geen nadruk op diagnose)
 - Maakt ruimte voor, ondersteunt het maken van en sluit aan bij het eigen verhaal van de cliënt (ondersteunen bij maken ervarings-/herstelverhaal)
 - Herkent en stimuleert het benutten van eigen kracht van de cliënt (empowerment) zowel individueel als collectief (krachtgericht werken, strengths)
 - Erkent, benut en stimuleert de ontwikkeling van ervaringskennis van de cliënt (wat helpt wel en wat helpt niet?)
 - Erkent, benut en stimuleert de ondersteuning van de cliënt door belangrijke anderen (betrekken van naasten)
 - Is gericht op het verlichten van lijden en het vergroten van eigen regie/autonomie.
 - Alle levensgebieden: Er wordt gekeken naar alle levensgebieden: Wonen, financiën, vrije tijd, studie/werk, sociale contacten, lichamelijke gezondheid, psychische gezondheid en zingeving/spiritualiteit. Op alle levensgebieden kunnen zich zaken voordoen die wel of niet helpen bij herstel / omgaan met stemmen horen.
 - Eigen regie: Wensen en behoeftes van stemmenhoorders zijn leidend: De wensen en behoeftes van de stemmenhoorders worden in kaart gebracht en zijn leidend in de ondersteuning en komen als zodanig terug in het herstelplan van de stemmenhoorder. Als zodanig heeft de stemmenhoorder dus eigen regie over de vorm en inhoud van de ondersteuning.
 - In kaart brengen van de ervaringen met stemmen: Vorm (bv aantal stemmen, frequentie, duur, tijdstippen, volume etc) en inhoud (wat zeggen de stemmen?) wordt in kaart gebracht.
 - In kaart brengen van, en stimuleren van de ontwikkeling van ervaringskennis mbt stemmen horen: Wat helpt wel en wat helpt niet? Welke invloed hebben de stemmen, bv op gevoelens, gedachten en gedrag? In hoeverre leidt het stemmen horen tot lijden, beperking of gevaar? Wat zijn triggers, in standhouders en wat zijn copingvaardigheden? Viciieuze cirkels en hoe ze te doorbreken (bv stress → meer problemen met stemmen horen → meer stress etc...)
 - Betekenisgeving: Wie of wat zijn de stemmen, wat zou de oorzaak van het stemmen horen kunnen zijn, wat is de boodschap van de stemmen? Deze vragen worden

besproken en er wordt door verschillende brillen naar de stemmen gekeken, bv stemmen als symptoom van een stoornis, stemmen als onverwerkt trauma of stemmen als spirituele ervaring. Stemmenhoorders hebben recht op eigen overtuigingen; ze mogen zelf kiezen welke bril het beste bij hun past. Ook hier weer de vraag: Welke vorm van betekenisgeving helpt wel en welke helpt niet.

- Stigma en emancipatie: Ervaringen met stigma, emancipatie en empowerment worden besproken. Bv aan de hand van beroemde stemmenhoorders, herstelverhalen van ervaringsdeskundigen, Weerklank en Intervice. Geuzennamen. Positieve identiteit als stemmenhoorder.
- Informatie over de verschillende vormen van gespecialiseerde ondersteuning bij stemmen horen: Bv stemmengroepen, Steunpunt Stemmen Horen, Maastricht Interview, Stemmenpoli's, Gedachten Uitpluizen en HIT.
- Crisispreventie: Als de stemmenhoorder een crisisplan heeft (bv signaleringsplan, wellness recovery and action plan (WRAP) of crisiskaart) kan deze aangevuld worden met ervaringskennis. Als de stemmenhoorder die nog niet heeft, wordt deze gestimuleerd om die alsnog te maken, desgewenst kan het herstelplan in de vorm van een crisispreventieplan gemaakt worden.
- Herstelverhaal: Stemmenhoorders kunnen een herstelverhaal maken met daarin onder andere het levensverhaal, ervaringen met stemmen horen, ervaringskennis en betekenisgeving m.b.t. stemmen horen.
- Herstelplan: Stemmenhoorders maken hun herstelplan met daarin in hun dromen, doelen en stappenplan op alle levensgebieden, met accent op omgaan met stemmen horen. Bv copingvaardigheden, verdere gespecialiseerd ondersteuning etc.