

University of Groningen

Psychosociale interventies bij psychosen

Wiersma, D.

Published in:
 Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
 Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
 2010

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Wiersma, D. (2010). Psychosociale interventies bij psychosen: bijdragen aan de verbetering van de prognose en het herstel. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 154(15), A1760-.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Psychosociale interventies bij psychosen

BIJDRAGEN AAN DE VERBETERING VAN DE PROGNOSE EN HET HERSTEL

Durk Wiersma

- Psychosen worden gekenmerkt door positieve symptomen (wanen en hallucinaties), negatieve symptomen, waaronder initiatiefloosheid, en cognitieve stoornissen, onder andere in aandacht en concentratie.
- De symptomen leiden vaak tot gebrekkig sociaal functioneren en geringe maatschappelijke participatie.
- Antipsychotische medicatie kan wel de wanen en hallucinaties bestrijden, maar nauwelijks de negatieve symptomen, de cognitieve stoornissen en het gebrekkige sociale functioneren.
- Er zijn veel interventies van psychologische en sociale aard die beogen het functioneren en het herstel van de patiënt te verbeteren.
- Van 4 interventies is de effectiviteit duidelijk aangetoond met gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek, meta-analyses en systematische reviews: cognitieve gedragstherapie, gezinsinterventies, arbeidsrehabilitatie (in het bijzonder 'individuele plaatsing en steun') en 'assertive community treatment' ('bemoeizorg').
- Deze en andere effectieve interventies zouden de ongunstige prognose van psychosen en het herstel van de patiënten aanmerkelijk kunnen verbeteren.

Aan psychotische stoornissen kleeft nog steeds het stigma van chroniciteit en een ongunstig ziektebeloop, ondanks onderzoeken die anders uitwijzen.¹ Deze stoornissen, waaronder schizofrenie, worden gekenmerkt door ziekteverschijnselen als hallucinaties en wanen, cognitieve stoornissen in aandacht en concentratie en door negatieve symptomen zoals affectvervlakking en initiatiefloosheid. Zulke verschijnselen dragen bij aan de opvatting dat de prognose van het ziektebeeld slecht is, met negatieve gevolgen voor het functioneren in relaties, zelfstandig wonen en beroep.

Volgens een recent systematisch overzicht van 37 volg-studies onder 4100 patiënten die voor het eerst een psychose meemaakten, had 42% een goede uitkomst – minder symptomen, beter functioneren – en 27% een slechte uitkomst, namelijk blijvende psychotische verschijnselen, langdurige ziekenhuisopname en gebrekkige maatschappelijke zelfstandigheid.² Deze patiënten waren gemiddeld 3 jaar gevolgd. Een slechte prognose is eigenlijk geen regel maar uitzondering.

In hoeverre dragen medisch-psychiatrische en psychosociale behandeling daar aan bij? Hoewel men de ziekteverschijnselen van psychose tegenwoordig kan bestrijden met antipsychotische medicatie, is voor het herstel van het sociale en maatschappelijke functioneren van de patiënten een andere aanpak nodig. Men heeft diverse psychologische en sociale interventies ontwikkeld die juist daarop zijn gericht. Daarvan hebben er vier hun waarde bewezen: 'assertive community treatment', gezinsinterventies, cognitieve gedragstherapie en een

*Universitair Medisch Centrum Groningen,
afd. Psychiatrie, Groningen.
Prof.dr. D. Wiersma, socioloog-epidemioloog.
Contactpersoon: prof.dr. D. Wiersma
(d.wiersma@med.umcg.nl)*

specifieke vorm van arbeidsrehabilitatie. In dit artikel bespreek ik deze vier naast andere interventies.

OVERZICHT VAN INTERVENTIES

Ik bespreek een aantal gangbare psychosociale interventies waarvan de effectiviteit of het ontbreken ervan wetenschappelijk is onderbouwd en die in de richtlijnen worden aanbevolen of afgeraden. De wetenschappelijke onderbouwing blijkt uit systematische reviews, meta-analyses en het aantal en de kwaliteit van gecontroleerde onderzoeken, waaronder gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's). Hierop baseert men de aanbeveling om een interventie al dan niet aan te bieden aan de patiënt.

In verschillende landen zijn de richtlijnen voor de behandeling van psychose min of meer gelijktijdig bijgesteld: in de VS door het Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT),³ in Engeland door het National Institute for Clinical Excellence (NICE),⁴ en in Nederland door de Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de ggz, die in 2010 een update van de richtlijn zal uitbrengen.^{5,6} Op de verschillen in aanpak, keuze en aanbeveling tussen deze landen ga ik hier niet verder in.

Een eenduidig criterium voor indeling van deze interventies ontbreekt. Om pragmatische redenen vat ik ze samen onder de kopjes 'zorgproces', 'psychologische interventies', 'vaktherapieën' en 'rehabilitatie en revalidatie'. De tabel geeft een overzicht van de behandelde interventies en hun kwalificaties.

ZORGPROCES

Onder 'zorgproces' groepeer ik interventies niet alleen vanwege de organisatie en vorm van de interventie, maar ook omdat de benadering en bejegening van de patiënt en doorgaans ook zijn familie wezenlijk anders is: 'assertive community treatment', opnamevervangende dagbehandeling, crisisinterventie en intensieve psychiatrisch thuiszorg.

'**Assertive community treatment**' (ACT) is de belangrijkste hiervan. Een kenmerk hiervan is het multidisciplinaire team dat verantwoordelijk is voor alle zorg voor een groep patiënten met ernstige psychische stoornissen. Een systematische opsomming van de kenmerken van ACT staat in tabel 1 in het artikel van Sytema et al., elders in dit themanummer.⁷ ACT is ontwikkeld in reactie op de reductie of sluiting van psychiatrisch ziekenhuizen in onder meer Engeland, Amerika en Italië. Het doel was opname van de patiënt te voorkomen en daarnaast het maatschappelijk functioneren en de kwaliteit van leven van de patiënt te verbeteren.

Er is sterk bewijs, ook in Nederland, dat ACT patiënten in de zorg houdt en de kans op een opname verkleint. Het

TABEL Evidence voor de effectiviteit van psychosociale interventies en aanbevelingen volgens richtlijnen voor de behandeling schizofrenie en psychosen

interventie	sterkte van evidence*	aanbevolen door richtlijn
zorgproces-interventie		
'assertive community treatment'	+++	ja
opnamevervangende dagbehandeling	++	ja
crisisinterventie en intensieve psychiatrische thuiszorg	++	ja
psychologische interventie		
cognitieve gedragstherapie	+++	ja
counseling en steunende psychotherapie	+/-	nee, tenzij
psychodynamische en psychoanalytische therapieën	-	nee
vaktherapieën		
bewegingsactivering en psychomotorische therapie	+	ja, mits
danstherapie	+/-	nee
beeldende therapie	+/-	nee
dramatherapie	+/-	nee
muziektherapie	+	ja, mits
rehabilitatie en revalidatie		
libermanmodules	+/-	nee, mits
praktische vaardigheidstraining en 'life skills programmes'	-	nee
sociale vaardigheidstraining	-	nee
cognitieve revalidatie of remediatie	-	nee, mits
gezinsinterventies	+++	ja
psycho-educatie aan patiënt	-	nee
individuele rehabilitatie benadering	+	ja
begeleid, beschermd wonen	+/-	nee
begeleid leren	-	nee
dagactiviteitencentra	-	nee
lotgenotencontact	+	ja, mits
individuele plaatsing en steun (arbeidsrehabilitatie)	+++	ja

*De sterkte van de evidence is als volgt aangegeven; +++: evidence uit diverse trials en meta-analyses; ++: evidence uit enkele methodologisch adequate trials; +: evidence uit 1 trial plus aanvullend onderzoek; +/-: inconsistente bevindingen, weinig onderzoek; -: geen trials.

verkort de duur van opnames en de tevredenheid met de zorg neemt toe.⁷ Voorts is er sterk bewijs dat dakloosheid wordt tegengegaan, zelfstandig wonen vooruitgaat en de kans op werkloosheid afneemt. Ook de symptomen en de kwaliteit van leven lijken enigszins te verbeteren.

Opnamevervangende dagbehandeling biedt vooral diagnostiek, structuur, praktische hulp en behandeling.

Crisisinterventie en intensieve psychiatrische thuiszorg geschieden door een apart multidisciplinair team dat 7 × 24 h zorg levert en dat medicatie, counseling, praktische hulp, ondersteuning en overdracht aan een ambulante team verzorgt. Beide gelden als een alternatief voor een acute opname en vormen in veel gevallen

(30-50%) een effectieve strategie die de frequentie en duur van opnames aanmerkelijk kan verminderen, zonder de last naar de familie te verleggen. ACT heeft in vergelijking hiermee als belangrijk voordeel dat er bij ACT geen breuken in de zorg ontstaan door overdracht en verwijzingen.

PSYCHOLOGISCHE INTERVENTIES

Het doel van psychotherapeutische of psychologische interventies is vaak veelzijdig: van symptoombestrijding tot beperking van de invloed van levensproblemen en verbetering van functioneren. Bij deze vormen van therapie is een positieve werkrelatie tussen therapeut en cliënt van grote betekenis.

De belangrijkste is **cognitieve gedragstherapie**. De toepassing hiervan bij psychotische stoornissen was aanvankelijk gericht op strategieën om met hallucinaties om te gaan, later ook om zin te geven aan psychotische ervaringen in bredere zin en om de daarbij optredende stress te reduceren. Er is sterk bewijs dat cognitieve gedragstherapie de ernst en het optreden van psychotische symptomen en andere symptomen van depressie vermindert. Deze interventie reduceert het aantal heropnames en bekort van de opnameduur met gemiddeld 8 dagen. Er zijn ook aanwijzingen dat het sociale functioneren van de patiënt verbetert en dat het ziekte-inzicht en de medicatietrouw worden bevorderd.

Andere therapeutische interventies, zoals **counseling** en **steunende psychotherapie** of **psychodynamische en psychoanalytische therapieën** hebben geen aantoonbaar effect op de symptomen, het functioneren of de kwaliteit van leven. Deze worden dan ook niet aanbevolen.

VAKTHERAPIEËN

Tot de vaktherapieën behoren bewegingsactivering en psychomotorische therapie, danstherapie, beeldende therapie, dramatherapie en muziektherapie.

Bewegingsactivering in de vorm van sport, conditietraining en dergelijke richt zich op de algemene gezondheid, door bijvoorbeeld het verbeteren van de lichamelijke conditie en het welbevinden. Het leidt tot gewichtsafname en afname van de BMI.

Psychomotorische therapie richt zich op het verbeteren van het psychosociale functioneren, waaronder stemming, zelfbeeld, interactievaardigheden en stressregulatie. Het heeft effect op het psychomotorisch functioneren, de reactiesnelheid, globaal functioneren, lichamelijke conditie en de mate van gespannenheid. Psychomotorische therapie leidt ook tot afname van negatieve symptomen, vergeleken met counseling.

Van **danstherapie**, **beeldende therapie**, **dramatherapie** en **muziektherapie** is aannemelijk gemaakt dat ze nega-

tieve symptomen doen afnemen. Vooralsnog wordt alleen muziektherapie aanbevolen bij patiënten met ernstige negatieve symptomen.

REHABILITATIE EN REVALIDATIE

Onder deze brede noemer plaats ik interventies die bedoeld zijn om de praktische, cognitieve en sociale vaardigheden van patiënten te verbeteren en hun sociale redzaamheid te vergroten, wat inhoudt dat zij participeren in de samenleving door wonen, contacten en werken.

Libermanmodules zijn gestructureerde interventies per vaardigheidsdomein, zoals omgaan met verslaving, vrije tijd, werk, antipsychotische medicatie, psychotische symptomen, sociale relaties en intimiteit en het uitbreiden van je netwerk. De modules zijn opgebouwd uit cognitieve componenten en gedragscomponenten. De vaardigheid wordt stapsgewijs aangeleerd middels leerpunten, een videodemonstratie, rollenspel en huiswerkopdrachten.

Alleen de 2 modules voor het omgaan met antipsychotische medicatie en met psychotische symptomen zijn empirisch onderzocht. Daaruit bleek dat de kennis en vaardigheden door deze training toenemen. Er zijn geen consistente effecten op het sociale functioneren gevonden. De libermanmodules zijn breed geïmplementeerd in de Nederlandse ggz en worden gewaardeerd, ofschoon er weinig wetenschappelijk bewijs is dat zij ook de vaardigheden in het dagelijks leven verbeteren. De gunstige klinische indruk die de modules maken is vooralsnog onvoldoende grond om ze aan te bevelen.

Voor **'life skills programmes'** geldt hetzelfde. Dit zijn trainingen van mensen met schizofrenie in budgetteren en huishoudelijke vaardigheden zoals koken, boodschappen doen en persoonlijke verzorging. Sociale vaardigheidstraining is een gestructureerde psychosociale interventie met als belangrijkste elementen het beoordelen van vaardigheden, nadruk op verbale en non-verbale communicatie en huiswerkopdrachten. Deze training wordt niet aanbevolen, omdat het effect ervan niet verschilt van de standaardzorg.

Cognitieve revalidatie of **remediatie** is gericht op het verbeteren van specifieke cognitieve functies, zoals aandacht, geheugen en het oplossen van problemen, door instructie en training. Cognitieve remediatie bleek in geen enkele vergelijking met controlegroepen een consistent effect te hebben op cognitieve functies en psychische – negatieve – symptomen. Het wordt niet aanbevolen als op zichzelf staande interventie, maar wel in samenhang met een andere interventie zoals 'individuele plaatsing en steun' (IPS), die verderop besproken wordt.

Gezinsinterventies bestaan uit bijeenkomsten gedurende 6-9 maanden met een specifieke ondersteunende,

educatieve of therapeutische functie. Ze behelzen vooral psycho-educatie over de ziekte, crisisinterventie, emotionele ondersteuning en training in hoe met de ziekte om te gaan. Al sinds de jaren '70 en '80 is duidelijk aangetoond dat gezinsinterventies leiden tot minder psychotische terugvallen ('relapses') en heropnamen en tot een kortere opnameduur. Verder verbeteren de medicatietrouw en nemen de symptomen en ervaren stress bij de patiënt en bij familieleden af. Dat leidt tot een geringere ziektelast ('burden') en betere verhoudingen in het gezin (minder overbetrokkenheid en 'expressed emotion'). Gezinsinterventies worden sterk aanbevolen.

Psycho-educatie van de patiënt is een programma bedoeld om informatie te verstrekken over de ziekte en te leren hoe met de ziekte om te gaan. Voorheen werd deze interventie onder de gezinsinterventies geschaard. Deze interventie wordt thans geacht deel uit te maken van de behandeling en wordt niet meer als afzonderlijke interventie aanbevolen. Een groepsaanpak bij psycho-educatie is af te raden.

De **individuele rehabilitatie benadering** (IRB) is de best onderzochte methodiek voor psychiatrische rehabilitatie op individueel niveau. Deze combineert een rehabilitatieattitude met een gesprekstechniek waarbij patiënten worden geholpen bij het stellen en uitwerken van doelen op het terrein van wonen, werken en dagbesteding, leren en sociale contacten.

De IRB werkt volgens 3 fasen: formuleren van een doel, functionele diagnostiek van persoonlijke beperkingen en mogelijkheden en benodigde hulpbronnen en de opstelling van een concreet rehabilitatieplan. Deze methodiek maakt de gestelde doelen beter bereikbaar en is effectiever is op het terrein van werk, al is slechts 1 trial in Nederland uitgevoerd. In het algemeen blijkt uit de evaluatie van dergelijke zorg- en begeleidingsprogramma's dat goed empirisch onderzoek op het terrein van leren, wonen, en dagbesteding ontbreekt en dat de beschikbare kennis over de verhoging van maatschappelijke participatie moeilijk is samen te vatten en te generaliseren.

Amerikaans onderzoek naar beschermd wonen toonde aan dat huisvestingsprogramma's de dakloosheid reduceren en dat geïntegreerde programma's met bijvoorbeeld ACT de dakloosheid meer reduceren dan andere programma's. Hoewel het aanbod van beschermd en begeleid zelfstandig wonen in Nederland de laatste decennia sterk is gegroeid, ervaart men nog steeds een tekort aan passende huisvestingsmogelijkheden. In Nederland zijn de mensen die beschermd wonen zeer tevreden met de woonsituatie, het dagelijks leven en de begeleiding. Een kwart van de bewoners is ontevreden over hun dagbesteding; de meesten van hen hebben behoefte aan een uitbreiding van hun dagvulling en vooral meer werk.⁸

Dagactiviteitencentra voorzien in een behoefte aan

dagbesteding en dagvulling en bevorderen dagstructuur en hobbyactiviteiten. Goed effectiviteitsonderzoek hiernaar ontbreekt. Niettemin neemt het dagactiviteitencentrum een belangrijke plaats in bij veel cliënten als ontmoetingsplaats en deels als 'springplank' naar bezigheden en werk in de samenleving. Voor de stap naar betaald werk zijn twee strategieën: de ene is een stapsgewijze arbeidsvoorbereiding met eerst de nodige training, de andere een directe plaatsing in een normale werksituatie met training in de praktijk.

Het model van **individuele plaatsing en steun** (IPS) werkt volgens de laatstgenoemde strategie. Bij dit model horen de volgende principes: het doel is regulier, betaald werk met tenminste het minimumloon; de voorkeur van de cliënt staat centraal; er wordt doorlopend een systematische inschatting van de arbeidsmogelijkheden gemaakt; en er is individuele begeleiding bij uitkeringskwesties ('benefit counseling').

De IPS-begeleider maakt deel uit van het ambulante team, bijvoorbeeld een ACT-team, zodat de stap naar werk kan worden afgestemd op de ggz-behandeling.⁹ De integratie van IPS in het ggz-behandelteam is essentieel. De IPS-begeleider helpt cliënten direct en gericht bij het zoeken naar een betaalde baan. In de VS is meermalen aangetoond dat IPS effectiever is dan standaardzorg of de stapsgewijze arbeidsvoorbereiding. Ongeveer 60% van de cliënten met een reguliere baan vond deze via IPS en ongeveer 20% via andere trajecten. IPS leidt duidelijk tot meer betaald werk, meer inkomen en een groter aantal arbeidsdagen, maar niet tot relapses of ziekenhuisopnames, intengedeel: er is een verband tussen werk hebben en remissie van de psychose.

IPS blijkt ook effectief in Europese landen, vooral in die met een grotere lokale werkloosheid en lagere sociale uitkeringen. In Nederland zijn 2 trials gedaan. Over het algemeen komen bij ons twee keer zoveel mensen aan het werk als met de thans gangbare methodiek van eerst trainen en voorbereiden en daarna plaatsen bij een werkgever. De huidige implementatie van het IPS-model verdient versterkt te worden.

Mensen met een psychotische stoornis geven vaak aan dat zij behoefte hebben aan **lotgenotencontact**. Het doel daarvan is ondersteuning bieden bij het verwerken van en het leren leven met eerder doorgemaakte psychotische episodes, onder andere door het delen van ervaringen met lotgenoten. Er zijn aanwijzingen dat lotgenotengroepen een positief effect hebben op de omvang van het sociale netwerk en sociale steun, evenals op negatieve symptomen. Elders in dit nummer is een Nederlands onderzoek naar het effect van lotgenotencontact beschreven.¹⁰

CONCLUSIE

Er zijn effectieve psychosociale interventies bij psychosen (zie de tabel). Hiervan springen er 4 in het oog door goede toepasbaarheid: ACT, cognitieve gedragstherapie, gezinsinterventies en het IPS-model voor arbeidsrehabilitatie. Aan hun effectiviteit wordt niet meer getwijfeld. Zij behoren dus deel uit te maken van het zorgaanbod van elke regionale ggz-instelling, maar dat is in Nederland nog niet het geval, zoals blijkt uit een inventarisatie in 8 regio's (J. van Weeghel, schriftelijke mededeling, 2009). Ook elders in de wereld is de implementatie van evidence based ggz-interventies vaak zeer slecht.⁹

Van de meeste andere psychosociale interventies is het bewijs voor de effectiviteit zwakker of soms zelfs afwezig. Dat wil overigens niet zeggen dat ze in de klinische praktijk geen waarde hebben. Verder zijn de effecten van de individuele interventies vaak bescheiden. Het onderzoek hiernaar is gedaan met kleine aantallen patiënten, een beperkte follow-up en methodologische beperkingen. Zo is er spanning tussen interne en externe validiteit; betekent bijvoorbeeld een betere testprestatie ook een vooruitgang in het dagelijks functioneren?

In Nederland is gecontroleerd onderzoek naar psychosociale interventies vooral van de grond gekomen dankzij het programma Geestkracht van ZonMw, in het bijzonder het 'GROUP'-project (www.group-project.nl) en het subprogramma 'Praktijk Zorg Projecten'. Dit heeft concrete aanwijzingen opgeleverd dat verdere ontwikkeling en implementatie van bijvoorbeeld de rehabilitatiebena-

- Er zijn psychosociale interventies die bedoeld zijn om de maatschappelijke participatie van patiënten met een psychose en hun herstel te bevorderen.
- Van veel van deze interventies zijn de werkzaamheid en effectiviteit nog onvoldoende wetenschappelijk onderbouwd.
- Van 4 interventies is de effectiviteit aangetoond: 'assertive community treatment', cognitieve gedragstherapie, gezinsinterventies en een bepaalde vorm van arbeidsrehabilitatie ('individuele plaatsing en steun').
- Het is aannemelijk is dat deze en andere psychosociale interventies in combinatie met farmacotherapie de prognose van psychosen en schizofrenie aanmerkelijk kunnen verbeteren.

dering of lotgenotencontact gerechtvaardigd is. Wellicht kan men de prognose van psychotische stoornissen in de nabije toekomst nog aanmerkelijk verbeteren door een goede combinatie van farmacologische en psychosociale interventies, bijvoorbeeld ACT plus gezinsinterventie, cognitieve gedragstherapie en IPS.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 16 februari 2010

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2010;154:A1760

[Meer op www.ntvg.nl/klinischepraktijk](http://www.ntvg.nl/klinischepraktijk)

LITERATUUR

- 1 Sawa A, Snyder SH. Diverse Approaches to a Complex Disease. *Science*. 2002;296:692-5.
- 2 Menezes NM, Arenovich T, Zipursky RB. A systematic review of longitudinal outcome studies of first-episode psychosis. *Psychol Med*. 2006;36:1349-62.
- 3 Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS, et al. The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophr Bull*. 2010;36:48-70.
- 4 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (update). Londen: NICE; 2009.
- 5 Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie (MRS), richtlijn voor de diagnostiek, zorgorganisatie en behandeling van volwassen clienten met schizofrenie. Utrecht: Trimbos-instituut; 2005.
- 6 Michon H, Van Weeghel J. Rehabilitatie-onderzoek in Nederland. Overzicht van onderzoek en synthese van bevindingen in de periode 2000-2007. Utrecht: Trimbos-instituut; 2008.
- 7 Sytema S, Wunderink L. Bemoeizorg in de psychiatrie: minder uitval uit de zorg. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2010;154:A1692.
- 8 De Heer-Wunderink C, Visser E, Caro-Nienhuis AD, Sytema S, Wiersma D. De RIBW doet mee. Functioneren en tevredenheid van clienten die woonbegeleiding ontvangen van de RIBW, de tweede fase van het UTOPIA-onderzoek. RGOc-reeks 22. Groningen: UMCG; 2009.
- 9 Veldhuizen JR, Bähler M, Teer W. Fact: de 'Functie ACT'. *Maandblad geestelijke volksgezondheid*. 2006;61:525-34.
- 10 Castelein S, Bruggeman R, Van Busschbach JT, Van der Gaag M, Stant D, Knegtering H, et al. Lotgenotengroepen voor mensen met een psychose verbeteren kwaliteit van leven. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2010;154:A1768.
- 11 Drake RE, Essock SM, Bond GR. Implementing evidence-based practices for people with schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2009;35:704-13.