

Liberman Module Omgaan met antipsychotische medicatie

Werkblad beschrijving interventie

Voor meer informatie

www.nji.nl/jeugdinterventies

centrumgezondleven@rivm.nl

www.ncj.nl/onderwerpen/233/erkeningscommissie-interventies

www.movisie.nl/effectievsocialeinterventies

www.effectiefactief.nl

effectiefactief@nisb.nl

Colofon

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam	RINO-groep Utrecht
Adres	St. Jacobsstraat 12-14
Postcode	3511 BS
Plaats	Utrecht
Email	info@rinogroep.nl
Telefoon	030-2308400
Website van interventie	www.rinogroep.nl

Contactpersoon

Naam	Helma Blankman
Adres	C. Mac Gillavrylaan 480
Postcode	1098XB
Plaats	Amsterdam
Email	helmablankman@live.nl
Telefoon	0208408710
Website van interventie	www.rinogroep.nl

Referentie

Naam auteur	R.P. Liberman
Titel interventie	Social and Independent Living Skills Program
Databank	Klik hier als u tekst wilt invoeren.
Plaats, instituut	Los Angeles. UCLA
Datum	Klik hier als u tekst wilt invoeren.

Het Werkblad moet een samenvatting van de beschikbare schriftelijke informatie zijn en geeft informatie over de interventie die van belang is voor de beoordeling van de kwaliteit, effectiviteit en randvoorwaarden van de interventie. Daarnaast is de informatie bedoeld voor bezoekers van de databank(en) van de samenwerkende organisaties.

Het Werkblad is een invulformulier, geordend naar onderwerp (doelgroep, doel enzovoort). De onderwerpen volgen de criteria voor beoordeling. Kijk in de handleiding die bij dit werkblad hoort ter ondersteuning bij het invullen van dit werkblad.

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende organisaties:



Inhoud

Liberman Module Omgaan met antipsychotische medicatie	1
Samenvatting.....	4
Uitgebreide beschrijving.....	5
1. Probleemomschrijving.....	5
2. Onderbouwing.....	11
3. Uitvoering.....	14
4. Onderzoek naar praktijkervaringen.....	17
5. Onderzoek naar de effectiviteit	19
6. Aangehaalde literatuur	22

Samenvatting

Doelgroep

De Liberman Module *Omgaan met antipsychotische medicatie* is bedoeld voor cliënten die gebruik maken van antipsychotische medicatie; meestal mensen met schizofrenie of psychotische stoornissen en in een enkel geval met een bipolaire stoornis met psychotische episoden.

Doel

Doel van de module is om deze mensen de vaardigheden rond het gebruik van antipsychotische medicatie aan te leren die ze nodig hebben om een zo zelfstandig mogelijk leven te leiden. Achterliggend doel is het vergroten van medicatietrouw.

Aanpak

De Liberman modules zijn vaardigheidstrainingen. Dat betekent dat volgens een vaste structuur en via kleine stapje vaardigheden voor het dagelijkse leven worden aangeleerd. De methode is die van errorless learning of leren door succeservaringen; deelnemers kunnen geen fouten maken want de stappen worden aangepast aan hun vermogens. Omdat deze methode deelnemers ook intrinsiek motiveert is een uitgebreide motivatie bij de start van de trainingen niet noodzakelijk.

Materiaal

Elke module bestaat uit een handleiding voor de trainer(hulpverlener) een werkboek voor de deelnemer en een instructie-DVD. Daarnaast wordt bij elke module een Cd-rom geleverd met een PowerPoint die kan worden gebruikt bij de lessen en waarvan desgewenst posters kunnen worden gemaakt ter ondersteuning van de verbale instructies.

Onderbouwing

De module is gebaseerd op effectief gebleken principes uit de leertheorie en de (cognitieve) gedragstherapie en daarnaast op de kennis m.b.t de cognitieve mogelijkheden en beperkingen van mensen met ernstige psychiatrische stoornissen, in het bijzonder met schizofrenie, die in veel neurobiologische studies naar voren zijn gekomen. De module is uitgebreid getest in meerdere landen en continenten.

Onderzoek

Uit wetenschappelijke studies komt naar voren dat de deelnemers aan deze module de vaardigheden aanleren en dat deze tot 1,5 jaar na het volgen van de module op het aangeleerde niveau beschikbaar blijven. Hierna is het wenselijk de vaardigheden op te frissen door middel van boostersessies.

Uitgebreide beschrijving

1. Probleemomschrijving

Probleem

Mensen met ernstige psychiatrische stoornissen hebben, naast de symptomen van hun stoornis, bijna altijd last van een verlies van vaardigheden om zich in het dagelijkse leven staande te houden. Dit wordt soms veroorzaakt door de stoornis zelf, soms ook door het simpelweg niet meer in praktijk brengen van wel opgedane vaardigheden. Mensen met psychotische stoornissen missen vaak ook vaardigheden in het omgaan met hun antipsychotische medicatie, bijvoorbeeld het weten hoe je aan de juiste informatie kan komen, in staat zijn de medicatie op adequate wijze, dus op de juiste momenten in de juiste dosering, in te nemen, adequaat omgaan met optredende bijwerkingen en het bespreken van problemen met de medicatie. Als gevolg hiervan stoppen ze vaak met de medicatie en raken daardoor weer psychotisch. Hierdoor wordt zelfstandig leven en terugkeer in de samenleving bemoeilijkt of zelfs onmogelijk gemaakt en worden mensen gedwongen afhankelijk van ondersteuning.

[Klik hier als u tekst wilt invoeren.](#)

Spreiding

Ernstige psychiatrische stoornissen zoals psychosen komen voor bij 1 % van de bevolking waarbij de spreiding gelijkmatig over de bevolking is (Green, 2003), met een lichte verhoging ervan in de grote steden. Dit percentage geldt grofweg ook voor andere stoornissen als bipolaire stoornissen en depressies.

Onvoldoende therapietrouw bij gebruik van antipsychotica is een belangrijk obstakel voor het genereren van een optimale uitkomst bij de behandeling van mensen met psychosen (Kane 2006; Zygmunt e.a. 2002). Meer dan een op de drie patiënten gebruikt na circa vier weken behandeling niet meer de geadviseerde antipsychotica of niet langer de geadviseerde dosis. Na twee jaar is dit percentage opgelopen tot $\geq 74\%$ (Gilmer e.a. 2004; Lieberman 2006; Valenstein e.a. 2004, 2006). De consequenties op korte en lange termijn van het onvoldoende gebruiken van antipsychotica zijn frequente en langere klinische opnames, verminderen van sociaal functioneren en een afnemend vermogen werk en relaties te behouden. Als een patiënt een psychotische terugval krijgt, wordt de kans op een complete remissie kleiner. Op deze manier kan een negatieve spiraal ontstaan, waardoor de sociale uitkomst en de kwaliteit van leven verslechteren (Turner & Stewart 2006).

Gevolgen

Wat zijn de mogelijke gevolgen (immaterieel en materieel) als er nu niet wordt ingegrepen (zowel voor de doelgroep als in maatschappelijke zin)?

Als deze patiënten niet over de vaardigheden beschikken om zich zelfstandig staande te houden betekent dit dat zij langdurig afhankelijk zijn van intensieve ondersteuning of hospitalisatie. Dat betekent hoge zorgkosten en een verminderde kwaliteit van leven voor de doelgroep.

De zorgkosten voor mensen met schizofrenie bedroegen in 2011 835 miljoen euro (Bron: CBS) Het is aangetoond in onderzoek dat de dagen van hospitalisatie afnemen als mensen een of meer van de modules hebben gevolgd. Dit zal de kosten van de zorg beïnvloeden.

Beschrijving interventie

2.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

De uiteindelijke doelgroep van de interventie is de groep cliënten die gebruik maakt van antipsychotische medicatie; meestal mensen met schizofrenie of psychotische stoornissen en en in een enkel geval met een bipolaire stoornis met psychotische episoden.

Intermediaire doelgroep

Zijn er intermediaire doelgroepen? Zo ja, welke?

Nee

Selectie van doelgroepen

De doelgroep wordt geselecteerd op basis van hun beperkingen en op basis van hun mogelijkheden om in een groep te functioneren. Vanwege het onderwerp van deze module worden deelnemers geselecteerd die gebruik maken of zouden moeten maken van antipsychotische medicatie en die hebben laten zien moeite te ervaren hiermee om te gaan dan wel van wie verwacht wordt dat ze deze moeite zullen hebben. Contra-indicaties zijn er eigenlijk niet of nauwelijks. Genoemd wordt wel schizofrenie van het (ernstige) gedesorganiseerde type omdat de leerbaarheid dan echt minimaal is, maar de ervaring leert dat ook al leren deze mensen niet de specifieke vaardigheden tot volledige zelfstandigheid, ze toch de nodige zaken opsteken die hun zelfredzaamheid vergroten.

2.2 Doel

Hoofddoel

Het aanleren van vaardigheden voor een zelfstandig leven. Deelnemers leren vaardigheden die hen in staat stellen zelfstandig te functioneren op het terrein van het omgaan met antipsychotische medicatie met als achterliggend doel dat dit hen helpt deze medicatie trouwer in te nemen en daardoor minder last te ervaren van de symptomen van hun psychotische stoornis of schizofrenie. Aanname hierachter is dat als mensen minder last ervaren van hun symptomen ze beter in staat zijn om de dagelijkse levensverrichtingen uit te voeren en zelfstandiger te kunnen functioneren.

Module Omgaan met antipsychotische medicatie:

Zelfstandig omgaan met je eigen antipsychotische medicatie d.w.z.:

- In staat zijn om na het volgen van de module zelf aan de benodigde informatie over je medicatie te komen
 - In staat zijn om na het volgen van de module je medicatie zonder hulp in te nemen
 - In staat zijn om na het volgen van de module zelf actie te ondernemen in het geval van bijwerkingen zoals b.v. je voedings- of bewegingspatroon aanpassen of contact opnemen met je behandelaar
 - In staat zijn om na het volgen van de module de werking van je medicatie te evalueren aan de hand van een evaluatieformulier en dit te delen met je behandelaar.
 - In staat zijn om de voor- en nadelen van langwerkende medicatie per injectie af te wegen en een besluit te nemen over het al dan niet overstappen op deze vorm van medicatie.
-

Subdoelen

Indien van toepassing: koppel de subdoelen aan de betreffende (intermediaire) doelgroepen, bijvoorbeeld in een schema

De subdoelen zijn van toepassing op mensen die de bij de subdoelen behorende deelvaardigheden missen en willen leren. Zie hierboven. Ik heb ervoor gekozen de subdoelen bij de hoofddoelen te zetten om de samenhang beter aan te kunnen geven.

2.3 Aanpak

Opzet van de interventie

De module omgaan met antipsychotische medicatie bestaat uit 5 vaardigheidsdomeinen.

Elk vaardigheidsdomein of elke sessie bevat vervolgens een zevental leerstappen of leeractiviteiten die in elke module van Liberman terugkomen. Deze leerstappen worden wel de toolkit van de Liberman methodiek genoemd omdat hierin de werkzame sequentie is terug te vinden waarin het overdragen van kennis, het aanleren van vaardigheden en het zorgdragen voor de transfer naar de eigen situatie zijn vervat. Je zou kunnen zeggen dat de zeven leerstappen een didactisch model zijn waarbinnen de deelnemers zich uiteindelijk de vaardigheden eigen maken zodat ze deze ook zelfstandig kunnen uitvoeren in de eigen situatie.

De zeven leerstappen zijn:

1. Inleiding op het vaardigheidsdomein(of de sessie): doel hiervan is dat de deelnemer weet waar het vaardigheidsdomein over zal gaan en gemotiveerd is zich hiervoor in te gaan zetten. Dit bewerkstelligt de trainer door instructie over de aan te leren vaardigheid, laten herhalen van de instructie, vragen naar de voordelen die het leren van de vaardigheid opleveren en deze voor de deelnemers persoonlijk te maken.
2. DVD-demonstratie en vraag-antwoordsessie: doel hiervan is het inslijten van de instructie via visuele en verbale kanalen. Dat doen we door een visueel voorbeeld te geven van de aan te leren vaardigheid door een cliënt(acteur) te laten zien die de vaardigheid al onder de knie heeft. Door vragen na het zien van de DVD over wat en te zien en te horen was op de DVD slijt deze informatie in.
3. Rollenspel: doel hiervan is de instructies om te zetten in gedrag. Deelnemers oefenen de vaardigheid in een rollenspel dat gespeeld wordt met een co-trainer.
4. Keuze van de hulpmiddelen: doel van deze stap is dat deelnemers in staat zijn te bepalen wat ze nodig hebben om de vaardigheid in de eigen praktijk uit te voeren. Dat kunnen hele praktische materiele zaken zijn als vervoer, geld, potlood en papier maar ook manieren om daar aan te komen en eventuele mensen uit het systeem die hen kunnen helpen.
5. Probleemsituaties: doel van deze stap is dat deelnemers in staat zijn obstakels die in de omgeving zijn uit de weg te ruimen. Ze krijgen hiervoor een techniek voor het oplossen van problemen aangeraakt die in deze stap maar ook daarbuiten steeds gebruikt wordt om problemen aan te pakken.
6. Praktijkoefening: doel van deze stap is dat de deelnemers een succeservaring hebben met het in de praktijk toepassen van de methodiek. Daartoe gaan ze samen met een helper de vaardigheid oefenen in de eigen situatie. De helper fungeert als coach. Als het goed verloopt is de bekrachtiging die tot dan toe vanuit de trainer of co-trainer kwam vervangen door de bekrachtiging van het resultaat waarmee de deelnemers klaar zijn om vol zelfvertrouwen de huiswerkopdracht te gaan uitvoeren.
7. Huiswerkopdracht: doel is het volledig zelfstandig uitvoeren van de vaardigheid in de eigen situatie.

Elke leerstap kan worden uitgevoerd in een sessie van een tot anderhalf uur met een groep van 6 tot 8 deelnemers. Het advies is de sessies 2 tot 3 keer per week te laten plaatsvinden.

De trainingen worden uitgevoerd door een trainer en een co-trainer. Deze trainers hanteren, naast de hier voorgeschreven stappen ook ruimhartig de principes uit de leertheorie en gedragstherapie als herhalen, positief bekrachtigen en een structurerende directieve benadering waarbij de stof steeds interactief en ondersteund door visuele hulpmiddelen als schoolbord en flap-over wordt aangeboden.

In die zin zijn de trainingen intensief te noemen voor zowel trainers als deelnemers, echter, doordat er steeds weer herhaald wordt is het ook mogelijk voor deelnemers om de aandacht te laten verslappen want in de herhaling komt het weer terug.

De duur van de module Omgaan met antipsychotische medicatie is enigszins afhankelijk van de mate van cognitieve beperkingen van de doelgroep (b.v. aandacht en concentratie) en de frequentie waarin de sessies worden aangeboden (bij het frequenter aanbieden is minder herhaling nodig). Naarmate de leerproblemen van de deelnemers meer op de voorgrond staan zal er meer herhaald moeten worden en vordert de training langzamer.

Gemiddeld kan worden gesteld dat deze module van vijf vaardigheidsdomeinen 35-37 sessies beslaat.

Locatie en uitvoerders

De interventie wordt in de meeste GGZ-instellingen voor de doelgroepen waarvoor ze bedoeld zijn uitgevoerd. Daarnaast in FPA, FPK en Tbs-instellingen. En in verschillende PPC's en RIBW 's. De modules worden uitgevoerd door hulpverleners die hiervoor een korte training hebben gehad. Qua discipline zijn dat psychologen, verpleegkundigen, sociotherapeuten, ergotherapeuten, woonbegeleiders en een enkele psychiater.

Inhoud van de interventie

Zie boven bij de beschrijving van de leerstappen en de uitvoering door trainer en co-trainer. Activiteiten zijn dus de instructie en het checken of de instructie is begrepen, het laten zien van een DVD en het vragen hierover stellen, het opzetten en uit laten voeren van een rollenspel, het geven van positieve en eventueel corrigerende feedback(shaping) en het uitvoeren van de aanvullende transfer bevorderende stappen zoals hierboven al beschreven is.

2.4 Ontwikkelgeschiedenis

Betrokkenheid doelgroep

De doelgroep was betrokken bij de ontwikkeling van de interventie, in die zin dat de interventie destijds in feite aan de doelgroep is ontwikkeld door het team van professor Liberman aan de UCLA en het Veterans Hospital in Los Angeles. Op basis van de bevindingen en onderzoek dat is gedaan naar de leerbependingen van de cliënten is uiteindelijk deze methodiek ontwikkeld. Daarbij is veel onderzoek gebruikt en verricht op de doelgroep om te zien of de methode vervolmaakt kon worden. Zo is bij voorbeeld onderzoek gedaan naar de toevoeging van probleemoplossende strategieën om te zorgen voor een betere transfer naar de praktijk, net als onderzoek met de inzet van familie en peers met hetzelfde doel. Ook werd onderzoek gedaan met delen van de module op interculturele aanpassingen door de module toe te passen bij de Spaanstalige gemeenschap van Latino's in Los Angeles.

Hetzelfde geldt ook voor de adaptatie en bewerking naar de Nederlandse situatie. Steeds zijn pilots gehouden met delen van de vertaalde modules om hun werking te checken en te bezien waar aanpassingen in taal en cultuur noodzakelijk waren.

Buitenlandse interventie

De interventie is in Amerika ontwikkeld. Er zijn per module aanpassingen gedaan naar de andere cultuur en omgangsvormen. Bij de vertaling naar de Nederlandse situatie zijn bij de meeste modules gebruik gemaakt van pilotgroepen om de werkzaamheid en te testen. Hierbij werd gebruik gemaakt van de instellingen die bestuurlijk onderdeel uitmaakten van de Stichting Liberman Modules en in de latere fase, toen de activiteiten waren ondergebracht bij de RINO-groep van trainers die al bekend waren met eerder modules en delen van een nieuwe module uittesten op hun klantengroep.

De module Omgaan met antipsychotische *medicatie* is voor het grootste deel ongewijzigd gebleven, op de naamgeving van medicatie na. Ook deze module is in de fase voor de uiteindelijke vertaling getest op groepen in de Nederlandse GGZ. Daarbij is gekeken of doelen en werkwijze aansloten bij de cultuur en werkwijze binnen de GGZ en bij de behoeften van de cliënten.

Zie ook bij de onderbouwing.

Alle Nederlandse producten zijn wel voorgelegd en geautoriseerd door prof. Liberman en zijn team.

2.5 Vergelijkbare interventies

In Nederland uitgevoerd

Er worden veel sociale vaardigheidstrainingen uitgevoerd in Nederland die op het gebied van de sociale kant van de vaardigheden raakvlakken hebben met de Liberman modules. Bekend zijn ook de modules die Slooff en Appelo in de jaren 80 hebben uitgebracht en die voor een belangrijk deel zijn gebaseerd op de Liberman modules.

Andere interventies die dezelfde rehabilitatiedoelstellingen hebben zijn bijvoorbeeld IRB, SRH, kwartiermaken, FACT. Deze interventies zijn beschreven in de databank effectieve sociale interventies. Ook hier genoemd, en deze heeft raakvlakken met alle modules maar het sterkst met de module Omgaan met verslaving, is de interventie motiverende gespreksvoering.

Overeenkomsten en verschillen

Overeenkomsten (sociale) vaardigheidstrainingen: doel is (deel) vaardigheden op levensgebieden aan te leren.

Verschillen: de zeven leeractiviteiten of stappen die zo kenmerkend voor de Liberman modules zijn ontbreken in andere vaardigheidstrainingen. In reguliere vaardigheidstrainingen wordt na een inleiding doorgaans geoefend in een rollenspel waarna huiswerk wordt opgegeven.

In de Liberman trainingen worden na het rollenspel nog verschillende transfer bevorderende stappen ingevoegd alvorens men huiswerkopdrachten krijgt.

Overeenkomsten rehabilitatie interventies en Liberman modules: beiden hebben tot doel om de rehabilitatie van mensen met een psychiatrische achtergrond te bevorderen.

Verschillen: de nadruk bij de Liberman Modules ligt op het aanleren van vaardigheden, bij de andere interventies ligt dat op het stellen en verwezenlijken van eigen doelen en eventueel het aanpassen van de omgeving.

Overeenkomsten met motiverende gespreksvoering: sterk wordt ingezet op het versterken van de motivatie van de cliënten via een specifieke methodiek.

Verschillen: in de modules is dit een onderdeel en niet de hele interventie.

Toegevoegde waarde

De toegevoegde waarde van de interventie Liberman modules en meer in het bijzonder de module Omgaan met antipsychotische medicatie zit hem ten eerste in de breedte van het programma dat veel levensgebieden bestrijkt die allen met een zelfde methodiek worden aangepakt. Dit vergroot de herkenbaarheid en het leren bij cliënten met ernstige psychiatrische problematiek. Ten tweede ligt deze in de systematische wijze van het intrainen van vaardigheden waardoor er duurzame resultaten te verwachten zijn.

Er zijn verder geen vergelijkbare interventies die zich zo specifiek richten op het leren omgaan met antipsychotische medicatie.

2. Onderbouwing

Oorzaken

Mensen met ernstige psychiatrische stoornissen zoals schizofrenie of psychotische stoornissen hebben last van een groot aantal symptomen die hen dikwijls belemmeren om actief deel te nemen aan het dagelijkse leven. Deze stoornissen worden veroorzaakt door een combinatie van factoren; genetische factoren en omgevingsfactoren die stress kunnen uitlokken. Deze stressoren op hun beurt zijn dikwijls weer de oorzaak van het verergeren van symptomen, zowel positieve (wanen en hallucinaties) en negatieve (het zich terugtrekken uit de interactie met anderen, slechte zelfverzorging en gebrek aan initiatief)

Daarnaast zijn er nog onderliggende problemen die het voor deze cliënten extra moeilijk maken om nieuwe kennis en vaardigheden aan te leren en dat zijn de cognitieve en leerproblemen die zowel als oorzaak als gevolg van de stoornis worden gezien. Mensen met ernstige psychiatrische problematiek ondervinden problemen met het geheugen, aandacht en concentratie en beschikken nauwelijks over vaardigheden om te plannen, anticiperen op onverwachte zaken en vaardigheden om voorkomende problemen op te lossen. (Dickinson, Iannone, Wilk, & Gold, 2004) Om die reden is een methodiek noodzakelijk om hen iets aan te leren die ook deze problemen omzeilt of aanpakt. Tenslotte zijn er “social skills deficits”. Mensen met ernstige psychiatrische problemen vallen vaak op door hun gebrek aan sociale vaardigheden: ze zijn soms niet goed te volgen in een gesprek, zeggen ongepaste dingen, zijn weinig expressief. Ook deze zaken bemoeilijken re-integratie en het jezelf staande houden in de maatschappij (Bellack, Mueser et al. 2004)

Al deze problemen zorgen ervoor dat cliënten die aan deze stoornissen lijden vaak niet meer in staat zijn om zich zelfstandig staande te houden in het dagelijkse leven en opgenomen moeten worden.

De symptomen van de ziekte zijn doorgaans niet waarvoor cliënten met psychosen zich melden bij een dokter. Ze melden zich omdat ze het verlies van de mogelijkheden om zich staande te houden om hun werk, binnen familie en vriendenkringen willen terugwinnen (Lieberman, 2008).

Doel van ziekte management is dan ook om de cliënt te voorzien van vaardigheden en ondersteuning die ze nodig hebben om hun ziekte onder controle te krijgen en te houden en te bewegen naar een beter functioneren en herstel. (Lieberman, 2008)

De introductie van antipsychotica in de jaren vijftig van de vorige eeuw bracht een revolutie teweeg in de behandeling van deze ernstige psychiatrische ziekten. Door de medicatie verminderden de psychotische verschijnselen. De ervaring in de jaren erna leerde echter dat alleen medicatie niet volstaat. Medicatie zorgt alleen niet voor de zo gewenst maatschappelijk aanpassing en opneming. Daarnaast is bekend dat mensen die medicatie moeten gebruiken, of ze nu wel of geen bijkomende psychiatrische stoornis hebben, deze vaak slecht innemen. Daar zijn verschillende verklaringen voor die ook weer factoren zijn die aangepakt moeten worden. We noemen hier:

- Het optreden van bijwerkingen
- Kenmerken van de patiënt zelf zoals gebrek aan ziekte-inzicht,
- Familie die tegen de medicatie is omdat ze denken dat die verslavend is of schadelijk,
- Relatie patiënt-dokter; slechte educatie
- Zorgsysteem; lange wachttijden en korte contacttijd met de behandelaar.

(Lieberman, 2008)

Bij het zoeken naar behandelingen die zich op het probleem van maatschappelijk re-integratie richten is gebleken dat deze neurocognitieve kwetsbaarheid die zich uit in allerlei functiestoornissen(aandacht-, geheugentekorten) aangepakt dient te worden met het aanleren van vaardigheden die die handicaps kunnen opvangen (Green, 2003).

Aangetoond is dat het aanbieden van (sociale) vaardigheidstrainingen bij cliënten met deze beperkingen de beste resultaten geeft naast het adequaat instellen op antipsychotische medicatie (Bellack, Mueser et al, 2004, Gould, Mueser, Bolton, Mays, & Goff, 2001)

Lieberman benoemt drie categorieën van vaardigheden die bijdragen aan het proces dat de cliënt doormaakt om stabiel te raken en te herstellen van zijn psychiatrische stoornis, namelijk:

1. Bereiken dat je de medicatie en psychosociale behandelingen goed geïnformeerd gebruikt,
2. Ontwikkel en implementeer een terugvalpreventieplan als antwoord op mogelijk weer optreden van prodromale symptomen of waarschuwingssignalen.
3. Zorg dat terugval van de stoornis of terugval in middelenmisbruik uitblijft daar middelenmisbruik luxerend kan werken (Lieberman, 2008)

Samengevat zijn de factoren in kort bestek:

- Neurocognitieve kwetsbaarheid
- Stressgevoeligheid
- Terugval in symptomen
- Gebrekkige vaardigheden als gevolg van de kwetsbaarheid
- Medicatieontrouw als gevolg van bovengenoemde factoren
- Gebruik van middelen kunnen de kans op een terugval voorkomen

Aan te pakken factoren

Om te voorkomen dat cliënten stoppen met hun antipsychotische medicatie of deze niet naar behoren innemen, en het gevoel van zelfcontrole te vergoten wordt in de module Omgaan met antipsychotische medicatie door het werken aan onderstaande subdoelen deze factoren aangepakt:

Module Omgaan met antipsychotische medicatie:

Zelfstandig omgaan met je eigen antipsychotische medicatie d.w.z.:

- In staat zijn om zelf aan de **benodigde informatie** over je medicatie te komen; is gekoppeld aan de factor dat cliënten vaak stoppen met het gebruik omdat ze te weinig educatie hebben gekregen over het hoe en waarom van de medicatie
- In staat zijn om je medicatie **zonder hulp in te nemen**; is gekoppeld aan de factor dat cliënten graag eigen sturing willen hebben en tevens aan de factor dat vaak eigen denkwijzen over de medicatie goed innemen belemmeren; hier wordt letterlijk aan cliënten geleerd op welke wijze ze de medicatie het best kunnen innemen.
- In staat zijn om zelf actie te ondernemen in het geval **van bijwerkingen** zoals b.v. je voedings- of bewegingspatroon aanpassen of contact opnemen met je behandelaar; dit doel is te koppelen aan de factor dat cliënten vaak stoppen met de medicatie omdat ze bijwerkingen ervaren en daar zelf geen invloed op kunnen uitoefenen; hier wordt hen geleerd wat mogelijke bijwerkingen van de medicatie zijn en wat zij zelf kunnen doen om deze bijwerkingen te verlichten of te ondervangen.
- In staat zijn de werking van **je medicatie te evalueren** aan de hand van een evaluatieformulier en dit te delen met je behandelaar; dit doel is gekoppeld aan de factor dat cliënten de medicatie vaak niet vertrouwen omdat ze geen zicht hebben op eventuele verbeteringen die de medicatie geeft in hun functioneren. Door de effecten bij te houden en te evalueren vergroten ze hun grip en zelfsturing en raken ze meer overtuigd van de positieve waarde van de medicatie.

Verantwoording

Persoonlijke verantwoording en indrukken:

In de periode, begin jaren negentig dat de modules, en meer specifiek de module Omgaan met antipsychotische medicatie, werd geïntroduceerd in de vorm van pilots was het wel gemeengoed om groepsactiviteiten te doen met cliënten maar deze waren over het algemeen weinig gestructureerd. We deden themagroepen waarin we thema's bespraken waar men tegenaan liep, we deden dagopeningen en dagsluitingen waarin we respectievelijk bespraken met de mensen wat ze die dag voor plannen hadden en dan hoe ze daarop terug keken. We deden kookgroepen waarin we ze leerden koken.

Bij de pilots met de Liberman Module Omgaan met antipsychotische medicatie viel direct op dat de deelnemers in beweging kwamen. Door de directe aanpak en de gestructureerde wijze van lesgeven lukte het om de deelnemers actief te laten zijn, antwoorden te geven, rollenspellen te doen. En met opdrachten buiten de groep aan de slag te gaan. Waar bij de andere groepen we de mensen altijd letterlijk met de haren erbij moesten slepen, stonden ze nu al bij het groepslokaal op ons te wachten!

De module Omgaan met antipsychotische medicatie is een sterk gestructureerde en grondig gespecificeerd curriculum dat individuen de vaardigheden leert voor het zelf managen van hun stoornis (Liberman en Wallace 2006) Elke module is onderverdeeld in vaardigheidsdomeinen die focussen op te verwerven vaardigheden. De module kan worden gebruikt met groepen, individuen en families en zijn ontworpen met DVD-ondersteunde handleidingen voor trainers en werkboeken voor de deelnemers. Elk vaardigheidsdomein bevat gespecificeerde leerdoelen die worden bereikt door de inzet van leeractiviteiten die de cognitieve tekorten en symptomen compenseren die anders het leren van de kennis en vaardigheden zouden verstoren. (Liberman 2008)

De modules zijn geëvalueerd en hun effectiviteit is aangetoond in evidencebased studies (zie ook bij onderzoek). Als de training twee keer per week wordt uitgevoerd in groepen van 4 tot 12 cliënten, zijn al na 3 maanden al robuuste leereffecten waarneembaar. Gecontroleerde studies laten zien dat het leren van de vaardigheden is verdubbeld aan het eind van de training en dat de leereffecten duurzaam zijn tot 2 jaar na de training. Het nalaten van het trainen van cliënten naar goed geïnformeerde deelnemers in hun eigen behandeling met antipsychotische medicatie had ernstige tegengestelde consequenties. Bijvoorbeeld, een grote nationale (USA) studie die vier verschillende typen medicatie testte zonder dat cliënten educatie over hun medicatie hadden gekregen, liet zien dat 60% van de cliënten stopten met hun medicatie (Lieberman et al 2005).

Werkzame elementen

De werkzame elementen in de interventie:

- Cliënten worden zelfstandig in het omgaan met de medicatie wat hun gevoel van regie op hun ziekte vergroot en hun motivatie om door te gaan met het monitoren en innemen van de medicatie en het monitoren van de symptomen vergroot. (2, 3, 5,6)
- Door cliënten te leren problemen en obstakels in het uitvoeren van hun verworven vaardigheden zelf op te lossen kunnen ze dit ook zonder hulp van een hulpverlener inzetten. (2,3)
- Cliënten krijgen binnen de trainingen vooral opbouwende feedback en veel positieve bekrachtiging; dit vergroot hun gevoel van eigenwaarde en maakt hen weerbaarder in situaties waar stress opspeelt.
- Training in de groep en training in de eigen situatie geeft een transfer van de vaardigheden naar de eigen praktijk van de cliënten(2, 3, 5, 6)
- De vaste structuur van de training en de goed onderzochte wijze van aanleren van de vaardigheden zorgt voor herkenbaarheid bij de cliënten en een optimaal leereffect.
- Het betrekken van het systeem bij de modules als helper zorgt dat de familie partner wordt in het managen van de ziekte. (3,5,6)

De modules en dus ook deze zijn daarnaast gebaseerd qua opzet op effectief gebleken principes uit de gedragstherapie en de (cognitieve) leertheorie. Dat betekent dat gebruikt wordt gemaakt van principes die bekend effectief zijn gebleken uit de operante conditionering zoals het geven van bekrachtiging en beloning wanneer de deelnemer de juiste stappen zet en het inzetten van modeling, shaping en prompting om het gewenste gedrag te verkrijgen (Holzhauer en van Minden, 1978)

Daar komt ook het aspect van probleemoplossen, dat sterk in de modules zit verweven vandaan. Het leerproces bevat altijd een viertal fasen die ook in de methodiek van de module zijn te herkennen, namelijk: de waarnemingsfase (instructie, tonen van een instructieDVD, modellen van een rollenspel), de verwervingsfase (reproducen van de stof, oefenen in een rollenspel), de retentiefase (ook het reproducen en inslijten van de stof door veel herhaling, het gebruiken van probleemoplossen) en de actualisatiefase (het doen in de eigen omgeving)

Een laatste begrip uit de leertheorie is transfer of overdracht van het geleerde naar andere situaties; transferleren wordt in de modules onder andere toegepast in de stappen keuze van de hulpmiddelen, probleemsituaties en praktijkoefening.

3. Uitvoering

Materialen

- Wervingsfolders gericht op trainers, familie en cliënten zijn beschikbaar vanuit de interventie zelf en vanuit de verschillende GGZ/Fggz organisaties die met de interventie werken
- Materialen voor de uitvoerders(trainers): een handleiding voor de trainer, die per sessie een overzicht geeft van welke stappen de trainer in de sessie dient te zetten met bijbehorende instructieteksten die desgewenst kunnen worden voorgelezen aan de cliënten. Tevens in de handleidingen zijn opgenomen de lesevaluatieformulieren waarop per deelnemer de vooronderingen kunnen worden bijgehouden en een pre-en posttest die bij elke deelnemer worden afgenomen om aan begin en eind van de module het kennisniveau en vaardigheidsniveau te toetsen. Een instructie-DVD die wordt getoond aan de deelnemers(cliënten) waarop de doelvaardigheid wordt getoond. Vragen hierover staan weer in de handleiding voor de trainer.
- Materialen voor de doelgroep: Werkboeken voor de deelnemers (cliënten) waarin per leeractiviteit instructie staat en waarin werkbladen zijn opgenomen die ze tijdens de training gebruiken. Certificaat dat wordt uitgereikt aan de deelnemers.
- Materiaal voor evaluatie: zie ook boven: lesevaluatieformulieren, pre- en posttoetsen.

Type organisatie

Zie ook al eerder: de interventie kan worden uitgevoerd binnen alle typen GGZ-instellingen en instellingen voor forensische of justitiële zorg. Deze instellingen kunnen zowel intramuraal als ambulante of poliklinisch werken.

Opleiding en competenties

De uitvoerders zijn van MBO/HBO/WO-niveau en hebben een verpleegkundige/agogische/psychologische of medische achtergrond. Iedereen die deze trainingen wil gaan geven volgt een een- of tweedaagse training die wordt gegeven door docenten van de interventie bij de RINO-groep of door train-the-trainers binnen de instellingen die hiervoor opleid

zijn door de docenten bij de RINO-groep. Handleidingen worden in principe niet verstrekt aan mensen die niet getraind zijn.

De train-the-trainers en docenten staan onder licentie en zijn verplicht om jaarlijks een terugkomdag bij te wonen die wordt geleid door de hoofdopleider, waarin zij worden getoetst op hun kennis en vaardigheden.

Specifieke eisen aan de uitvoerders worden gesteld m.b.t hun attitude en vaardigheden: uitvoerders zijn sociaal vaardig, creatief in het uitvoeren van oefeningen, bereid zich aan vaste procedures te houden, extravert en uitnodigend en goed in staat om op gevarieerde wijze positief te bekrachtigen en te motiveren. Zij hebben oog voor kleine verbeteringen in vaardigheden bij de deelnemers en kunnen die ook benoemen en belonen.

Kwaliteitsbewaking

De kwaliteit van de interventie wordt bewaakt door de toetsing van docenten en train-the-trainers door de hoofdopleider en door de regelmatige toetsing van trainers in het veld door de train-the-trainers in de instelling. Hiervoor is een Trainers Competentie Beoordelings Schaal ontwikkeld (zie bijlage) waarop de competenties van de trainers regelmatig kunnen worden gescoord.

Trainers, train-the-trainers die zich niet regelmatig laten toetsen worden verwijderd uit de lijsten voor gecertificeerden in hun categorie. De lijst van docenten en train-the –trainers is openbaar en te vinden op de site van de RINO-groep.

Er is voor instellingen de mogelijkheid om gecertificeerd Liberman-instelling te worden. Hiertoe zijn eveneens kwaliteitseisen ontwikkeld inclusief een audit bij de start en hervisitatie elk tweede jaar. Deze eisen zijn te vinden in de bijlage.

Randvoorwaarden

De randvoorwaarden voor de interventie Liberman Modules staan vervat in de Implementatiechecklist die is ontwikkeld. Daarin staan alle randvoorwaardelijke zaken die op orde moeten zijn om de implementatie en uitvoering te borgen. (zie bijlagen)

[Klik hier als u tekst wilt invoeren.](#)

Implementatie

Er is een implementatieonderzoek uitgevoerd bij een aantal instellingen die gebruik maakten van de interventie en hieruit zijn aanbevelingen voor de implementatie en een implementatieplan gerold waarin de belangrijkste voorwaarden zijn benoemd.

Factoren die de implementatie bevorderen zijn een goede projectleiding (enthousiaste projectleider met voldoende tijd en beslissingsbevoegdheid), goed projectmanagement (helder projectplan, gunstige randvoorwaarden), enthousiaste en leergierige (train-de-) trainers, en voldoende draagvlak bij management en verwijzers.

De belangrijkste belemmerende factoren zijn: onvoldoende betrokkenheid en beslissingsbevoegdheid bij de projectleider, instellingsbrede ontwikkelingen als reorganisaties en bezuinigingen, moeizame verwijzingen, verloop en uitval van (train-de-)trainers, en organisatorische en logistieke belemmeringen (o.a. in vrijstelling medewerkers, afstemming tussen afdelingen/locaties)..

Ook de cliënten zijn overwegend positief over de trainingen, met name over de inhoud van de training, de sfeer in de groep en over de trainers. Over het tempo van de trainingen zijn de meningen verdeeld: sommigen vinden het tempo (te) hoog, anderen vinden juist dat het sneller kan. Cliënten die gestopt zijn met de training gaven als redenen dat ze opgenomen moesten

worden, dat ze een terugval kregen of dat ze er nog niet aan toe waren om de training te volgen. Cliënten die aan de training hebben deelgenomen, vertellen dat ze door de training(en) meer te weten zijn gekomen over hun ziekte, symptomen en medicatie. Zij kunnen na de training beter onderscheid maken tussen signalen, blijvende symptomen en bijwerkingen en zijn in staat om de voor- en nadelen van bepaalde oplossingen beter af te wegen (bijvoorbeeld over het wel of niet gebruiken van medicatie). Daarnaast weten ze beter bij wie ze voor welke vragen terecht kunnen, kunnen ze beter communiceren met hun behandelaar en weten zij beter om te gaan met probleemsituaties. Wel geven sommige cliënten aan dat de praktijk soms weerbarstiger is dan de training (bijvoorbeeld als een psychiater niet met de cliënt wil overleggen over de medicatie).

(zie verder de bijlagen)

Kosten

De kosten van de interventie vallen uiteen in materiele en immateriële kosten zoals inzet van personeel in de instellingen.

De materiele kosten:

- bedragen de aanschaf van de modules(s):
 - o Handboek voor de trainer: 69 euro
 - o Set van 10 werkboeken voor de deelnemers: 164 euro
 - o Instructie DVD: 103 euro
- het eventueel aanschaffen van een laptop en beamer en flap-over.

Daarnaast moeten trainers een training volgen van een dag a 490 euro p.p.

De personeelskosten:

- per sessie per trainer inclusief voorbereiding: twee uur maal 32= 64 uur
- consultatie door een psychiater: max. 2 uur
- coördinatietaken trainingen: intake deelnemers, bijhouden presentie, nabellen afwezig, rapportage in de behandelplanbesprekingen: dagdeel per week voor een trainer.
- Bijhouden deskundigheid door toetsing en intervisie: 1 uur per trainer per maand.

4. Onderzoek naar praktijkervaringen

Onderzoek praktijkervaringen

- A. N. van Erp, M. van Vugt, F. Giesen, D. Verhoeven, H. Kroon, H. Blankman, R. Jansen (2007). Systematische implementatie van de Liberman Modules in Nederland. Onderzoek naar de implementatie van de modules 'Omgaan met psychotische symptomen' en 'Omgaan met antipsychotische medicatie' in drie GGZ-instellingen. Utrecht: Trimbos-instituut.
- N.H.J. van Erp, M. van Vugt, D. Verhoeven, H. Kroon (2009). Enhancing Systematic Implementation of Skills Training Modules for Persons with Schizophrenia: Three Steps Forward and Two Steps Back? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2009, Volume 33, No. 1, 50–52.
- B. In de periode 2006-2007 heeft het Trimbos-instituut een implementatieonderzoek uitgevoerd naar de modules 'Omgaan met psychotische symptomen' en 'Omgaan met antipsychotische medicatie' in drie GGZ-instellingen. Het implementatieonderzoek richtte zich op de bereikte implementatiegraad, de modelgetrouwheid, het implementatieproces en het cliëntenperspectief. In het kader van het onderzoek zijn de volgende activiteiten uitgevoerd:
- Bepaling implementatiegraad: Met behulp van de *Checklist Implementatie Liberman Modules* is het implementatiegehalte van de GGZ-instelling vastgesteld.
 - Meten modelgetrouwheid: De modelgetrouwheid van de implementatie is gemeten met behulp van de *Trainers Competentie Beoordelings Schaal*. Deze schaal (4-punts Likert) meet het vermogen van trainers om specifieke handelingen te verrichten die nodig zijn voor het begeleiden van deelnemers.
 - Beschrijven implementatieproces
- De beschrijving van het implementatieproces richtte zich vooral op de belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie en de gevolgde implementatiestrategieën. In dit kader zijn interviews afgenomen met managers, projectleiders, trainers en hulpverleners.
- Onderzoek cliëntenperspectief: Cliënten zijn groepsgewijs geïnterviewd aan de hand van een checklist over hun motivatie om wel/niet aan de training deel te nemen, hun ervaringen met de training en het nut van de trainingen. Per locatie zijn 3-5 cliënten geïnterviewd.
- C. Na twee jaar blijkt dat het streven om in de drie instellingen een bereik van 74% van de Liberman modules te realiseren, niet is bereikt: bij GGZ MB was het totale bereik na twee jaar 30%, bij Meerkanten 27% en bij Mediant 13%. Andere doelen zijn wel grotendeels gerealiseerd: er zijn (gecertificeerde) trainers opgeleid; hulpverleners, cliënten en familieleden zijn geïnformeerd over de modules; er is een structuur voor de trainingen ontwikkeld, en er zijn tal van maatregelen genomen om de Liberman modules structureel in de organisatie in te bedden. Uit de interviews met betrokkenen blijkt dat trainers en hulpverleners positieve ervaringen hebben met de Liberman trainingen: zij vinden de opzet en de structuur van de training goed en zijn van mening dat de inhoud goed aansluit bij problemen van cliënten. Wel vinden sommige hulpverleners het tempo wat te laag. Als positieve effecten ziet men dat cliënten gemakkelijker over hun klachten praten, dat zij meer ziekte-inzicht gekregen hebben en een stap verder zijn gekomen in het acceptatieproces van hun ziekte.
- Factoren die de implementatie bevorderen zijn een goede projectleiding (enthousiaste projectleider met voldoende tijd en beslissingsbevoegdheid), goed projectmanagement (helder projectplan, gunstige randvoorwaarden), enthousiaste en leergierige (train-de-) trainers, en voldoende draagvlak bij management en verwijzers. De belangrijkste belemmerende factoren zijn: onvoldoende betrokkenheid en beslissingsbevoegdheid bij de projectleider, instellingsbrede ontwikkelingen als reorganisaties en bezuinigingen, moeizame verwijzingen, verloop en uitval van (train-de-)trainers, en organisatorische en logistieke belemmeringen (o.a. in vrijstelling medewerkers, afstemming tussen afdelingen/locaties). Om deze knelpunten op te lossen hebben instellingen onder andere een nieuwe projectleider aangesteld, informatiebijeenkomsten georganiseerd, hulpverleners voorgelicht, een verwijzingsplan

opgesteld, peer-education voor cliënten georganiseerd en aandachtsfunctionarissen voor de Liberman Modules ingezet.

Ook de cliënten zijn overwegend positief over de trainingen, met name over de inhoud van de training, de sfeer in de groep en over de trainers. Over het tempo van de trainingen zijn de meningen verdeeld: sommigen vinden het tempo (te) hoog, anderen vinden juist dat het sneller kan. Cliënten die gestopt zijn met de training gaven als redenen dat ze opgenomen moesten worden, dat ze een terugval kregen of dat ze er nog niet aan toe waren om de training te volgen. Cliënten die aan de training hebben deelgenomen, vertellen dat ze door de training(en) meer te weten zijn gekomen over hun ziekte, symptomen en medicatie. Zij kunnen na de training beter onderscheid maken tussen signalen, blijvende symptomen en bijwerkingen en zijn in staat om de voor- en nadelen van bepaalde oplossingen beter af te wegen (bijvoorbeeld over het wel of niet gebruiken van medicatie). Daarnaast weten ze beter bij wie ze voor welke vragen terecht kunnen, kunnen ze beter communiceren met hun behandelaar en weten zij beter om te gaan met probleemsituaties. Wel geven sommige cliënten aan dat de praktijk soms weerbarstiger is dan de training (bijvoorbeeld als een psychiater niet met de cliënt wil overleggen over de medicatie).

5. Onderzoek naar de effectiviteit

Onderzoek in Nederland

- A. Boersma, P., J.J.M Dekker, M. van der Gaag, B.G.M Puite, H. Blankman (2001). Aanleren van kennis en vaardigheden met betrekking tot 'omgaan met antipsychotische medicatie. Tijdschrift voor Psychiatrie, 43, 6, 375-384.
- B. Evaluatieonderzoek (pre-posttest) naar de module 'Omgaan met antipsychotische medicatie' bij 31 patiënten met schizofrenie en aanverwante psychosen, afkomstig uit vijf verschillende trainingsgroepen. Er waren drie meetmomenten, namelijk bij aanvang van de training (t₀), na de afronding van het eerste vaardigheidsdomein (t₁ = tussentijdse meting, na ongeveer 1,5 maand), en na afloop van de training (t₂). De vragenlijsten hebben betrekking op kennis van antipsychotische medicatie, vaardigheden hiermee om te gaan en op de medicatietrouw. Aan de behandelaar van de patiënt is gevraagd een inschatting te geven van de mate waarin de patiënt medicatietrouw is. De trainer registreerde bij elke bijeenkomst de opkomst van de deelnemende patiënten; na afloop van het algehele trainingsprogramma (t₂) vulde hij een lijst in met vragen over een aantal proceskenmerken. Er is gebruik gemaakt van vragenlijsten die door Liberman en zijn staf zijn ontwikkeld. De lijsten zijn samengesteld uit stellingen die de kennis van antipsychotische medicatie meten, drie items over medicatietrouw, aangevuld met zes items over het ziektegedrag en gebaseerd op het Health Belief Model en de kennis- en vaardigheidslijst die is afgeleid van een vragenlijst van Eckman e.a. (1990) en die door de trainer wordt afgenomen. Deze lijst behandelt kennis van de antipsychotische medicatie, maar bevat tevens vragen over vaardigheden in het medicatiegebruik.
- C. Uit het onderzoek blijkt dat de kennis van de antipsychotische medicatie significant is toegenomen bij patiënten. Op t₂ (14,7) bleken de patiënten gemiddeld beter te scoren dan op t₀ (13,5). Dit verschil is significant ($t = -2,13, p = .04$). Een significant hoger percentage patiënten (41,7%) zei na afloop van de training in staat te zijn zelfstandig zijn medicatie te beheren, dat wil zeggen zelf te halen met een recept, dan bij aanvang het geval was (20,7%). De mening van de artsen komt overeen met die van de patiënten: zij constateren een stijging van 22,2% op t₀ naar 48% op t₂. De medicatietrouw was aan het begin van de training al bijna volledig en kon niet verder toenemen. Wel was er sprake van een significante toename van de in de toekomst te verwachten medicatietrouw van de patiënten. Geconcludeerd wordt dat de training tot verbetering op een aantal aspecten van medicatiegebruik leidt.

Onderzoek naar vergelijkbare interventies

Onderzoek in het buitenland

- A. Eckman, T.A., W.C. Wirshing, S.R. Marder, R.P. Liberman, K. Johnston-Cronk, K. Zimmerman, J. Mintz (1992). Technique for training schizophrenic patients in Illness Self-management: a controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 149, 11, 1549-1555.
- B. Randomized Controlled Trial bij 41 patiënten met de diagnose schizofrenie met een onderhoudsdosering medicatie. Patiënten werden at random toegewezen aan de Liberman modules omgaan met medicatie /omgaan met symptomen of aan ondersteunende groepstherapie (controleconditie). Meetinstrumenten zijn de Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), de Schedule for Assessment of Negatieve Symptomen en rollenspellen test (meten van vaardigheden).
- C. Uit het onderzoek blijkt dat patiënten die deelnamen aan de Liberman training een significante toename in kennis en vaardigheden laten zien na de training en bij de follow-up metingen na 6 en 12 maanden. Bij de patiënten uit de controleconditie is geen sprake van een significante toename van kennis en vaardigheden. De sterkte en duur van de effecten op de kennis en vaardigheden van patiënten hangen niet samen met de ernst van de psychopathologie.

Geconcludeerd wordt dat de Liberman modules nuttig zijn om cognitieve achteruitgang bij mensen met schizofrenie te compenseren.

- A. Goulet, J., P. Lalonde, G. Lavoie, F. Jodon (1993). Effets d'une education au traitement neuroleptique chez jeunes psychotiques. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1993, 38, 8, 571-573 (alleen samenvatting beschikbaar)
- B. Randomized Controlled Trial bij 20 patiënten (10 testgroep en 10 controlegroep) van een kliniek voor behandeling van schizofrene en schizoaffectieve stoornissen. Er is gebruik gemaakt van gestandaardiseerde vragenlijsten, onder andere de Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) en de Social Adjustment Scale (SAS) II.
- C. Uit het onderzoek komt naar voren dat patiënten die de training hadden gevolgd meer kennis en inzicht hadden over schizofrenie en de hiervoor benodigde medicatie dan patiënten uit de controlegroep. Ook bleek dat de voorgeschreven medicatie bij patiënten met training meer leidde tot stabilisatie dan bij patiënten uit de controlegroep. Er werden geen verschillen tussen testgroep en controlegroep gevonden op het terrein van symptomen.
- A. Marder S.R. W.C Wirshing, J. Mintz, J. McKenzie, K. Johnston, T.A. Eckman, M. Lebell, K. Zimmerman, R.P. Liberman (1996). Two-year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 153, 12, 1585-1592.
- B. Randomized Controlled Trial bij 80 gestabiliseerde mannelijke ambulante cliënten ('outpatients') met schizofrenie. Patiënten werden at random toegewezen aan de Liberman modules (eerste halfjaar modules omgaan met medicatie en met symptomen, tweede halfjaar module probleemoplossing, tweede jaar module woonvaardigheden) of aan ondersteunende groepstherapie (controleconditie). Gebruikte meetinstrumenten zijn Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Social Adjustment Scale (SAS) II en rollenspel test.
- C. De onderzoekers constateren dat de modules leiden tot een significante verbetering van sociale vaardigheden en sociaal functioneren (ook bij de follow-up meting na een jaar) en een vermindering van terugval bij hoogste risicogroep. Er zijn geen significante verschillen gevonden tussen experimentele en controlegroep in de vermindering van terugval. De positieve effecten in het sociaal functioneren treden vooral op bij patiënten die een combinatie krijgen van medicatie en Liberman modules. De positieve effecten zijn het grootst bij cliënten die op jonge leeftijd (< 24) schizofrenie krijgen en relatief beperkt zijn in het sociale verkeer. Verder komt uit de studie naar voren dat ook cliënten met veel positieve en negatieve symptomen hun vaardigheden kunnen verbeteren.
- A. Liberman, R.L., C.J. Wallace, G. Blackwell, A. Kopelowicz, J.V. Vaccaro, J. Mintz (1998). Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 155, 8, 1987-1091.
- B. Randomized Controlled Trial bij 80 ambulante patiënten met chronische schizofrenie. Patiënten werden at random toegewezen aan (een combinatie van vier) Liberman modules (waaronder omgaan met medicatie en omgaan met symptomen) of aan activiteiten-begeleiding/therapie (controleconditie). Gebruikte meetinstrumenten zijn: Independent Living Skills Survey (ILSS), Social Activities Scale, Profile of Adaptation of Life (PAL), Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Global Assessment Scale (GAS), Brief Symptom Inventory (BSI), Rosenberg Self Esteem Scale (RSE), Lehman Quality of Life Scale (LQoL).
- C. Uit het onderzoek van komt naar voren dat patiënten die de modules volgen, significant meer verbetering laten zien op het terrein van dagelijkse vaardigheden (ILSS), dan de groep met activiteitenbegeleiding. De verschillen zijn het grootst na 6 maanden, wanneer de begeleiding net is afgerond ($F=4.92$, $df=1$, $p=0.03$) en nemen daarna geleidelijk af (12 maanden: $F=2.19$, $p=0.14$; 24 maanden: $F<1$, $p=0.42$, 36 maanden: $F<1$, $p=0.83$, all $df=1$). Er zijn geen significante verschillen gevonden tussen beide groepen op het terrein van sociale activiteiten (Social Activities Scale), kwaliteit van leven (LqoL) en zelfwaardering (Rosenburg Self Esteem Scale) en psychopathologie (BPRS). Tevens wordt geconstateerd dat de casemanagers in deze studie een belangrijke rol spelen in de generalisatie van vaardigheden naar het alledaagse leven.

- A. Anzai, N., S. Yoneda, N. Kumagai, Y. Nakamura, E. Ikebuchi, R.L. Liberman (2002). Training persons with schizophrenia in illness self-management: a Randomized Controlled Trial in Japan. *Psychiatric Services*, 53, 5, 545-547.
- B. Randomized Controlled Trial bij 32 patiënten met schizofrenie met aanhoudende psychotische symptomen en weinig ziekte-inzicht. Patiënten werden at random toegewezen aan de Community Re-entry Module (combinatie van de modules Omgaan met medicatie en omgaan met psychotische symptomen) of aan een standaard activiteitentherapieprogramma (controleconditie). Gebruikte meetinstrumenten zijn: kennisvragenlijst, REHAB-scale, Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS).
- C. Uit het onderzoek blijkt dat patiënten die hebben deelgenomen aan de modules significante verbetering laten zien van kennis en vaardigheden na afronding van de training [to mean 9.3, SD=5.7), t1 (mean 14.1, SD=6.1)] en bij de follow-up meting na 12 maanden. Bij de controlegroep worden geen significante verbeteringen gevonden. Ook werden bij de experimentele groep significante verschillen gevonden in algemeen functioneren (REHAB-scale): to (mean 31.2, SD=18.2), t1 (mean 18.2, SD=13.0), $t=3.92$, $df=13$, $p<.05$) (*NB lagere scores betekenen beter functioneren*). Er zijn geen significante effecten gevonden op de psychopathologie, wel wordt een vermindering van het aantal ziekenhuisdagen geconstateerd.

6. Aangehaalde literatuur

- Bellack, Alan S, Mueser, Kim T, Gingerich, Susan, Agresta, Julie: *Social Skills Training for Schizophrenia, A Step-by-step Guide*. The Guilfordpress, New York, London, 2004.
- Dickinson, D., Iannone, V., Wilk, C., & Gold, J. (2004) General and specific cognitive deficits in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 55, 826-833
- Gilmer TP, Dolder CR, Lacro JP, e.a. *Adherence to treatment with antipsychotic medication and health care costs among Medicaid beneficiaries with schizophrenia*. *Am J Psychiatry* 2004; 161; 692-9
- Green, Michael Foster, 2001. *Schizophrenia Revealed- From neurons to Social Interactions*, New York, W.W. Norton & Company Inc.
- Holzhauer, F.F.O, &Minden, J.J.R., *Psychologie, theorie en praktijk*, H.E Stenfert en Kroese, 1978.
- Herz MI, Marder SR: *Schizophrenia: Comprehensive Treatment and Management*. Baltimore, MD, Lippincott Williams &Wilkins, 2002
- Kane JM. *Review of treatments that can ameliorate nonadherence in patients with schizophrenia*. *J Clin Psychiatry* 2006; 67 (Suppl 5): 9-14
- Liberman, Robert Paul, 2008. *Recovery from disability, manual of psychiatric rehabilitation*. Arlington VA, American Psychiatric Publishing, Inc.
- Liberman, R.P. 2007. *Omgaan met psychotische symptomen* (gereviseerde uitgave), Tilburg, Stichting Liberman Modules.
- Liberman, R.P. 2005. *Omgaan met antipsychotische medicatie*(gereviseerde en uitgebreide uitgave), Tilburg, Stichting Liberman Modules.
- Lieberman JA. (2006). *Comparative effectiveness of antipsychotic drugs: a commentary on Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CUtLASS 1) and Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE)*. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 1069-72
- Lieberman J.A, Stroup Fs, McEnvoy JP, et al: *Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia*. *N Engl J Med* 353:1209-1223, 2005.
- Turner MS, Stewart DW. *Review of the evidence for the long-term efficacy of atypical antipsychotic agents in the treatment of patients with schizophrenia and related psychoses*. *J Psychopharmacol* 2006; 20: 20-37
- Valenstein MBF, Copeland LA, McCarthy JF, e.a. *Poor antipsychotic adherence among patients with schizophrenia: medication and patient factors*. *Schizophr Bull* 2004; 30:255-64.
- Valenstein M, Ganoczy D, McCarthy JF, e.a. *Antipsychotic adherence over time among patients receiving treatment for schizophrenia: a retrospective review*. *J Clin Psychiatry* 2006;67:1542-50.
- Zygmunt A, Olfson M, Boyer EA, Mechanic D. *Interventions to improve medication adherence in schizophrenia*. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1653-64.