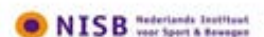


# Liberman Module Omgaan met verslaving

## Werkblad beschrijving interventie

Werkblad, versie mei 2015

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstituten:



## Colofon

### **Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie**

Naam organisatie: RINO-groep Utrecht

E-mail: [info@rinogroep.nl](mailto:info@rinogroep.nl)

Telefoon: 030-2308400

**Website** (van de interventie): [www.rinogroep.nl/categorie/42/liberman-modules](http://www.rinogroep.nl/categorie/42/liberman-modules)

### **Contactpersoon**

Naam: Helma Blankman

E-mail: [helmablankman@live.nl](mailto:helmablankman@live.nl)

Telefoon: 0612136339

### **Referentie in verband met publicatie**

Naam auteur interventiebeschrijving: Helma Blankman

Titel interventie: Liberman Module Omgaan met verslaving

Databank(en): Langdurige GGZ

Plaats, instituut: Utrecht, Trimbos-instituut

Datum: 15 juni 2016

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

# Inhoud

<b>Colofon</b> .....	<b>2</b>
<b>Inhoud</b> .....	<b>3</b>
<b>Samenvatting</b> .....	<b>4</b>
Doelgroep .....	4
Doel .....	4
Aanpak .....	4
Materiaal .....	4
Onderbouwing .....	4
Onderzoek .....	4
<b>1. Uitgebreide beschrijving</b> .....	<b>5</b>
1.1 Doelgroep .....	5
1.2 Doel .....	6
1.3 Aanpak .....	7
<b>2. Uitvoering</b> .....	<b>11</b>
<b>3. Onderbouwing</b> .....	<b>13</b>
<b>4. Onderzoek</b> .....	<b>18</b>
4.1 Onderzoek naar de uitvoering .....	18
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten .....	18
<b>5. Samenvatting Werkzame elementen</b> .....	<b>21</b>
<b>6. Aangehaalde literatuur</b> .....	<b>22</b>

## Samenvatting

Omgaan met verslaving is een vaardigheidstrainingsmodule die de deelnemers leert om beter om te gaan met hun verslavingsgedrag, zodanig dat ze in toenemende mate in staat zijn af te zien van het gebruik van middelen en hun tijd en geld te besteden aan wat genoemd wordt de 'gezonde genoegens'. De interventie behelst een aantal bijeenkomsten waarin deelnemers worden gemotiveerd en geïnformeerd, een groter aantal bijeenkomsten waarin vaardigheden worden geoefend en een aantal sessies waarin praktijkervaringen worden besproken en geoefend.

## Doelgroep

De Liberman Module *Omgaan met verslaving* is bedoeld voor cliënten die last hebben van psychiatrische symptomen en daarnaast verslaafd zijn aan middelen en vaardigheden missen in het omgaan met hun verslaving en co-morbide psychiatrische problematiek.

## Doel

Doel van de module is dat deelnemers beschikken over de vaardigheden om af te zien van verslavingsgedrag en om vervangende activiteiten te ontplooiën waaraan zij plezier beleven, zodat zij een zo zelfstandig mogelijk leven kunnen leiden.

## Aanpak

De module *Omgaan met verslaving* is een vaardigheidstraining. Dat betekent dat volgens een vaste structuur en via kleine stapjes 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

De module bestaat uit een handleiding voor de trainer (hulpverlener), een werkboek voor de deelnemer en een instructie-DVD. Daarnaast wordt bij deze module een Cd-rom geleverd met een PowerPoint die moeten worden gebruikt bij de lessen (de zogenaamde sleutelkaarten) 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 kennis m.b.t. de cognitieve mogelijkheden en beperkingen van mensen met ernstige psychiatrische stoornissen, die in veel neurobiologische studies naar voren is gekomen.

De module baseert zich daarnaast op effectief gebleken concepten in de behandeling van verslavingsgedrag zoals *motivational interviewing*.

## Onderzoek

Er is weinig onderzoek gedaan naar deze module; gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek heeft nog niet plaatsgevonden. Enkele buitenlandse studies geven eerste aanwijzingen voor positieve effecten van deze module, onder andere een toename van medicatie-therapietrouw, een afname van symptomen en verbetering van psychosociaal functioneren.

# 1. Uitgebreide beschrijving

## 1.1 Doelgroep

### Uiteindelijke doelgroep

De interventie is bedoeld voor cliënten die last hebben van psychiatrische symptomen en verslaafd zijn of dreigen te raken aan middelen en vaardigheden missen in het omgaan met deze klachten; vaak zijn dat mensen met schizofrenie, psychotische stoornissen, bipolaire stoornissen en in sommige gevallen ook ernstige persoonlijkheidsstoornissen. Het gaat om mensen die vaak langdurig last (zullen) blijven houden van symptomen en hardnekkig blijken in hun verslavingsgedrag, wat de symptomen van hun stoornis zal verergeren en hen belet om zelfstandig te kunnen functioneren (verloedering). Zij zijn daarom gebaat bij het leren onder controle houden van hun verslavingsgedrag. Hieronder verstaan we: alle gedragingen die erop gericht zijn om middelen te verwerven en te gebruiken.

De doelgroep is bewust breed omschreven omdat ook andere verslavingen dan die aan alcohol of drugs kunnen worden beïnvloed door het volgen van deze module. Het gaat niet zozeer om het beïnvloeden van waaraan men verslaafd is, maar om de mechanismen die mensen verslaafd houden zoals craving, de keten van verslavingsgedrag en het kunnen beperken van de gevolgen van de verslaving in maatschappelijk opzicht (harm reduction). Deze mechanismen zijn bij elke verslaving in principe hetzelfde. Ook het verslaafd zijn aan bijvoorbeeld roken is al met succes aangepakt in groepen met deze module.

### Selectie van doelgroepen

De doelgroep wordt geselecteerd op basis van hun beperkingen en op basis van hun mogelijkheden om in een groep te functioneren. Selectie van de deelnemers gebeurt doorgaans door het behandelteam in een behandelplanbespreking. Wanneer de boven benoemde problematiek aan de orde is, zal deelname aan de module worden geïndiceerd. Trainers van de module houden vervolgens een intake met de beoogde deelnemer, om deze te informeren over doel en werkwijze van de module. De beoogde deelnemer hoeft niet bij voorbaat gemotiveerd te zijn voor deelname of de wens te hebben om te stoppen met het gebruik, omdat binnen de interventie zelf gewerkt wordt aan motivatie van de deelnemer. Tevens worden de "huisregels" besproken, zoals niet gebruiken of dealen tijdens de trainingssessies. Deelname is geschikt voor cliënten die last hebben van psychiatrische symptomen en verslavingsgedrag, en die moeite hebben een zelfstandig leven te onderhouden als gevolg van hun stoornis en verslaving. Contra-indicaties voor deelname zijn: recent middelengebruik voor de groepssessies (d.w.z. aantoonbaar dronken, stoned of anderszins onder invloed van middelen zijn op het moment dat de sessies starten) of bekend zijn met deal-gedrag.

### Betrokkenheid doelgroep

De ontwikkeling van de module in Amerika is gebeurd door het uittesten van het materiaal op groepen cliënten waarna bij gebleken effectiviteit de onderdelen zijn geïntegreerd in een samenhangende module. Bij het vertalen en bewerken naar de Nederlandse situatie zijn ook weer pilots gehouden met het materiaal om effectiviteit voor onze populatie te testen.

## 1.2 Doel

### Hoofddoel

Het hoofddoel van de interventie is dat deelnemers beschikken over vaardigheden om af te zien van verslavingsgedrag (d.w.z.: alle gedragingen die erop gericht zijn om middelen te verkrijgen danwel te gebruiken) en om vervangende activiteiten te ontplooiën waaraan zij plezier beleven.

Aanname hierbij is dat als mensen dit kunnen, ze beter in staat zijn om de dagelijkse levensverrichtingen uit te voeren en zelfstandiger kunnen functioneren, doordat zij niet meer met het verwerven en gebruiken van aan de verslaving gerelateerde items bezig zijn, maar zich bezig houden met die zaken die hen helpen een gezond en zinvol leven te leiden.

---

### Subdoelen

De subdoelen op cliëntniveau van de module *Omgaan met verslaving* zijn:

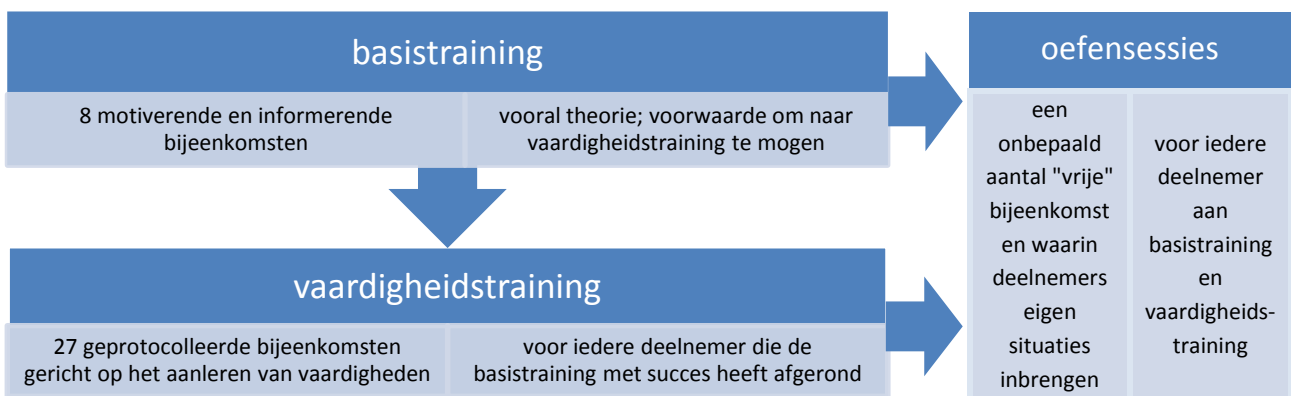
- Cliënt kent zijn eigen keten van verslavingsgedrag d.w.z. kent zijn persoonlijke waarschuwingssignalen en hoogrisicosituaties; deze signalen en situaties leren herkennen is een belangrijk doel in de fase van vooroverweging en het leren inzien wat er nu eigenlijk gebeurt voor je toegeeft aan je verslavingsgedrag. Inzicht in deze mechanismen kan de cliënt helpen om de keuze te maken dit niet meer te willen.
- Cliënt weet wat zijn belangrijkste motivatoren zijn om met het verslavingsgedrag te stoppen; hij heeft hiermee een goede stap gemaakt in de fase van vooroverweging (zie Prochaska en DiClemente, 1992).
- Cliënt kent het nut van een “emergency-kaart”; dit is een kaart waarop zijn waarschuwingssignalen en hoogrisicosituaties staan, dus situaties die hij moet vermijden, en wat de redenen zijn om te stoppen met het verslavingsgedrag en welke gezonde genoegens hij wil nastreven.
- Cliënt is in staat om zich uit de situatie te verwijderen waarin hij toch weer toegaf aan het verslavingsgedrag. Als hij dit doel heeft bereikt zit hij duidelijk in de fase van actieve verandering.
- Cliënt is in staat om te vertellen aan een hulpverlener waardoor hij in de verleiding kwam om toch weer te gebruiken en hoe hij hieraan is ontsnapt met de wens weer verder te gaan met de behandeling.
- Cliënt is in staat om drugs/alcohol/ etc. te weigeren van een dealer/iemand die hem dit aanbiedt.
- Cliënt is in staat drugs/alcohol etc. te weigeren van vrienden of familie, maar wel de relatie met hen te behouden.
- Cliënt is in staat om iemand uit te nodigen voor een gezond genoegens d.w.z. hij is in staat om een persoon in zijn omgeving te vragen om samen met hem iets leuks te gaan doen dat niet verband houdt met het verslavingsgedrag. Doel is hierbij uiteindelijk het netwerk van de cliënt buiten de verslavingsscene uit te breiden en activiteiten te ontwikkelen die los staan van het verslavingsgedrag.
- Cliënt is in staat om hulp in te roepen als hij dat nodig heeft. Veel mensen met verslavingsgedrag vragen niet meer om hulp uit schaamte of omdat het verslavende middel hun “hulp” is. Hulp leren vragen en uitleggen aan die helpers wat het zo moeilijk maakt om te stoppen, is een belangrijk doel.
- Cliënt is in staat een afspraak te maken met een drukbezet iemand; veel cliënten met psychiatrische stoornissen en verslavingsgedrag missen de vaardigheden om een hulpverlener te pakken te krijgen als ze echt iemand nodig hebben. Ze laten zich afpoeien en missen de vaardigheden om enigszins vasthoudend te zijn. Daarom is een belangrijk doel dat ze leren om dit wel te kunnen.
- Cliënt is in staat om te onderhandelen met een mentor over de toegang tot zijn financiën. Cliënten met verslavingsgedrag worden vaak onder curatele gesteld van iemand die hun geld beheert. Deze persoon is vaak niet zo genegen om de cliënt ruimte te geven, omdat de ervaring is dat het geld vaak direct aan middelen wordt besteed. Als een cliënt echter ontspanning wil gaan zoeken in andere activiteiten, bijvoorbeeld sporten of naar de film gaan, heeft hij toch geld nodig. Het is dus belangrijk dat hij hierover leert onderhandelen met zijn mentor.

- Cliënt is in staat om symptomen en bijwerkingen te bespreken met een behandelaar; veel cliënten met verslavingsgedrag gebruiken middelen als zelfmedicatie. Daarom is een belangrijk doel dat zij dit leren bespreken met hun behandelaar.

## 1.3 Aanpak

### Opzet van de interventie

De module *Omgaan met verslaving* is opgebouwd uit drie onderscheiden blokken, namelijk de basistraining van acht bijeenkomsten, de vaardigheidstraining van 27 bijeenkomsten en de oefensessies die in principe een doorlopend karakter hebben en daarmee een niet nader bepaald aantal bijeenkomsten kennen. Schematisch ziet dit er als volgt uit:



Elke cliënt volgt eerst de basistraining van acht bijeenkomsten. Deze kunnen in willekeurige volgorde worden doorlopen. Bij voorkeur worden deze bijeenkomsten in de vorm van een carrousel aangeboden zodat cliënten kunnen in- en uitstappen. Hiervoor is gekozen vanwege de vaak hoge drop-in en drop-out bij cliënten met verslavingsproblematiek. Deze basistraining is als het ware een serie van inleidingen op het vaardigheidsdomein (zie hieronder).

Als een cliënt de basistraining heeft afgerond (dus als hij alle acht sessies heeft doorlopen) kan hij doorstromen naar de vaardigheidstraining. Dit is een training van 27 sessies waarin negen belangrijke vaardigheden worden getraind. Ook hier is de volgorde van het volgen minder belangrijk dan het bijwonen van alle sessies. In deze vaardigheidstrainingssessies wordt gebruik gemaakt van de leerstappen DVD-demo, rollenspel, keuze van de hulpmiddelen en probleemsituaties (zie hieronder).

Tegelijk met de basistraining en de vaardigheidstraining en vaak ook na het afronden daarvan volgen de cliënten de oefensessies. In de oefensessie worden cliënten uitgenodigd om praktijkervaringen in te brengen die worden besproken en geoefend. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de leerstappen praktijkoefening en huiswerkopdrachten.

De duur van de module *Omgaan met verslaving* 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. Aanbevolen wordt aan de uitvoerders om per week zowel een basistraining, als een vaardigheidstraining als een oefensessie te organiseren zodat de frequentie van de bijeenkomsten zodanig is dat cliënten minimaal twee keer per week (basistraining plus oefensessie óf vaardigheidstraining plus oefensessie) kunnen bijwonen. Op deze wijze blijft de stof actueel en hoeft er minder herhaald te worden. In deze opzet kan een cliënt dus in 35 weken de training hebben afgerond. Wanneer deelnemers cognitieve beperkingen hebben kost het dikwijls meer tijd om hen de stof van de basistraining te laten begrijpen. Deze deelnemers doorlopen deze training dan ook soms twee keer voor ze doorstromen naar de vaardigheidstraining. Inhoudelijk kan de stof die in de basistrainingen wordt gepresenteerd afhankelijk van

de cognitieve mogelijkheden van de deelnemers korter of uitgebreider worden behandeld. Trainers die worden opgeleid in het werken met de module, krijgen hier tips voor. In principe is deze module een groepstraining. In enkele voorkomende gevallen (bijvoorbeeld als een patient echt niet in een groep kan functioneren) wordt de module ook bij individuele patienten toegepast. Dit kan zonder verdere aanpassingen gebeuren.

Gemiddeld kan worden gesteld dat deze module 8 (basistraining) plus 27 (vaardigheidstraining) sessies plus een aantal oefensessies (parallel dus aan de basistraining en vaardigheidstrainingssessies) van één à anderhalf uur beslaat. De duur hiervan varieert dus met de frequentie waarmee de sessies worden gegeven, maar zal meestal ongeveer een half jaar zijn.

## Inhoud van de interventie

Deelnemers aan de module *Omgaan met verslaving* worden geworven tijdens de behandelplanbesprekingen (zie boven), maar ook zijn er flyers en posters beschikbaar om deelnemers zelf te attenderen op deze module. Daarnaast worden op behandelafdelingen medewerkers voorgelicht over doel en inhoud van de module om zo alert te zijn op potentiële kandidaten voor deze module. Zij kunnen deelname dan met de cliënten bespreken en hen motiveren om aan te sluiten.

De inhoud van de interventie:

### Basistraining:

De basistraining behandelt een achttal onderwerpen die hieronder worden toegelicht. In de basistraining wordt met name kennis overgedragen en gediscussieerd met de deelnemers met als uiteindelijke doel om hen zover te krijgen dat ze vanuit de fase van vooroverweging toe kunnen naar de fase van actieve verandering (zie Prochaska en DiClemente, 1992). De onderwerpen die worden besproken zijn:

1. Schade beperken: in deze sessie wordt uitgelegd dat als je toch gebruikt het belangrijk is om in elk geval te proberen de schade te beperken. Hier wordt uitgelegd dat er een verschil is tussen een volledige terugval in gebruik en een eenmalige 'uitglijer', die minder schade toebrengt aan je gezondheid en je financiële situatie.
2. SOS-kaart: in deze sessie leren de deelnemers wat een SOS-kaart is en waarom het belangrijk is dat ze aan het eind van de basistraining een volledig ingevulde kaart hebben met daarop wat hun hoogrisico-situaties zijn maar ook wat hun reden is om eventueel te stoppen.
3. Controle over gewoontes en craving: in deze sessie wordt met de deelnemers besproken dat verslaving een aangeleerde slechte gewoonte is en dat mensen die verslaafd zijn vaak hun vaste patronen hebben om tot het verslavingsgedrag te komen. Daarnaast wordt hen geleerd wat "craving" of zucht is en waar dit door veroorzaakt wordt. Ook wordt hen geleerd dat craving ook weer wegebt, dus dat als ze rustig afwachten en niets doen de zucht ook vanzelf weer verdwijnt.
4. Hoog-risicosituaties: in deze sessie leren de deelnemers wat onder een hoogrisicosituatie wordt verstaan en wat de onderdelen ervan kunnen zijn. Een hoogrisicosituatie is een situatie die het je heel moeilijk maakt om het gebruik van middelen te vermijden. De onderdelen van zo'n situatie, zoals b.v. een slijterij op de hoek, de gedachte dat een biertje geen kwaad kan, zijn voor iedereen anders. Daarom is het goed dat deelnemers voor zichzelf onderzoeken wat een hoog-risicosituatie voor hen persoonlijk is zodat ze die kunnen vermijden. In plaats daarvan leren ze zich te richten op gezonde gewoontes en genoegens (thema 6).
5. Waarschuwingssignalen: in deze sessie leren deelnemers wat waarschuwingssignalen zijn en wat ze te maken hebben met hoog-risicosituaties. Ze leren dat ze altijd stappen zetten om middelen te gaan gebruiken en hoe waarschuwingssignalen behulpzaam kunnen zijn om deze stappen te vermijden. Deelnemers leren wat hun eigen waarschuwingssignalen zijn en noteren deze op hun SOS-kaart.
6. Gezonde genoegens en gezonde gewoontes: in deze sessie leren de deelnemers welke activiteiten hen gezonde genoegens brengen en welke activiteiten gezonde gewoontes zijn die je zult moeten aannemen om gezonde genoegens als beloning te krijgen. Een van die gezonde gewoontes is bijvoorbeeld een goed weekprogramma hebben zodat je minder in de verleiding komt om te gaan gebruiken.
7. Waarom stoppen met druggebruik: in deze sessie leren deelnemers wat redenen kunnen zijn om te stoppen met gebruiken, ze denken na over wat de voordelen en nadelen zijn van gebruik. Ze wegen de voordelen tegen de nadelen af en kiezen een belangrijk nadeel van het gebruiken of een



- voordeel van het niet gebruiken dat voor henzelf de reden is om te stoppen. Ze leren ook dat het goed is om een helper te zoeken die hen op moeilijke momenten kan herinneren aan deze reden.
8. Omgaan met geld: in deze serie leren deelnemers dat geld een rol speelt bij verslavingsgedrag. Immers, als je geld hebt kun je makkelijk middelen verwerven, vaak ten koste van zaken waar je ook geld voor nodig hebt zoals de huur of voedsel. Goed leren omgaan met je geld kan je dus helpen om niet te gebruiken.

#### Vaardigheidstraining:

In de vaardigheidstraining leren de deelnemers een negental vaardigheden die hen helpen om de geleerde theorie in praktijk te brengen, namelijk:

1. Stoppen na een 'uitglijer': als je dan toch in de verleiding bent gebracht en iets hebt gebruikt is het goed om snel uit de situatie te ontsnappen en te stoppen voor je weer volledig gebruikt.
2. Rapporteren van een 'uitglijer': als je dan toch iets hebt gebruikt moet je dat melden bij je behandelaar of begeleider om te bespreken hoe je dat een volgende keer kunt voorkomen.
3. Drugs weigeren van een dealer: als een dealer je probeert middelen te geven of te verkopen dan moet je in staat zijn om dat te weigeren.
4. Drugs weigeren van vrienden of familie: als een familielid of vriend je iets wil geven, dan zul je vriendelijk maar beslist moeten kunnen weigeren zonder die vriend van je te vervreemden, dus je legt uit waarom je niet wilt gebruiken en vraagt daar begrip voor.
5. Een afspraak maken met een drukbezet iemand: behandelaars zijn vaak drukbezette mensen en als je ze nodig hebt is het goed om handig te zijn in het toch krijgen van een afspraak. Dit tegen de achtergrond van dat mensen met ernstige psychiatrische stoornissen vaak niet zo vasthoudend zijn van zichzelf.
6. Het vinden van een helper: het belang van een helper is al in de basistraining langsgekomen. Hier leren de deelnemers hoe ze zo iemand kunnen vragen op een goede manier.
7. Rapporteren van symptomen en bijwerkingen aan een arts: omdat veel mensen alcohol en drugs gebruiken omdat ze denken dat het helpt tegen symptomen en bijwerkingen van medicatie, is het belangrijk dat ze dit bespreken met hun arts. Die kan dan kijken of hij de medicatie kan wijzigen.
8. Iemand uitnodigen je te vergezellen bij een gezond genoeg: omdat gezonde genoegens je kunnen helpen om af te zien van gebruiken van drugs, is het goed als je dat ook samen met mensen kunt doen die ook niet gebruiken.
9. Onderhandelen met een mentor (de persoon die je geld beheert): we zagen in de basistraining al dat geld een trigger kan zijn om te gaan gebruiken. Om die reden is het goed als deelnemers hun geld laten beheren, maar ze hebben dan ook de vaardigheid nodig om hierover goed te onderhandelen met hun mentor zodat ze als ze geld nodig hebben voor bijvoorbeeld gezonde gewoontes of genoegens, ze deze mentor ook kunnen overtuigen. Dat leren ze in deze vaardigheidssessie

#### Oefensessies:

In de oefensessies wordt geoefend aan de hand van situaties die de deelnemers tegenkomen in hun leven buiten de sessies om. Een paar vragen staan hier centraal: ben je in een hoog-risicosituatie geweest of ga je erin komen, of heb je iemand uitgenodigd voor een gezond genoeg of ga je dat binnenkort doen. Aan de hand van de eigen situatie worden de vaardigheden opnieuw geoefend in rollenspellen.

#### Werkwijze:

De 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 oplevert 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 naar aanleiding van 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 eventueel 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 aangereikt 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. Hierdoor zullen de deelnemers vol zelfvertrouwen de huiswerkopdracht kunnen uitvoeren.
  7. Huiswerkopdracht: doel is het volledig zelfstandig uitvoeren van de vaardigheid in de eigen situatie.

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 herhaald wordt is het ook mogelijk voor deelnemers om de aandacht soms te laten verslappen, want het komt later weer terug.

## 2. 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 opgenomen zijn de lesevaluatieformulieren waarop per deelnemer de vorderingen 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 waarop de doelvaardigheid wordt getoond. Vragen hierover staan in de handleiding voor de trainer.
  - Een Cd-rom met sleutelkaarten die ter ondersteuning van de verbale instructie worden getoond aan de deelnemers.
- Materialen voor de doelgroep:
  - Werkboeken voor de deelnemers 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.

### Locatie en type organisatie

De interventie wordt in de meeste GGZ-instellingen uitgevoerd, maar ook in FPA, FPK en Tbs-instellingen en in verschillende PPC's en RIBW 's. Daarnaast wordt de module uitgevoerd in ambulante settingen en binnen of in samenwerking met de verslavingszorg.

### Opleiding en competenties van de uitvoerders

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. De korte training (2 dagen) focust vooral op het vergroten van hun competenties om vaardigheden te trainen: het geven van duidelijke instructies, het leiden van rollenspellen, het *modelen* van gedrag, het geven van feedback, het geven van verbale en non-verbale bekrachtiging en het stellen van de juiste vragen.

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 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-de-trainers door de hoofdopleider en door de regelmatige toetsing van trainers in het veld door de train-de-trainers in de instelling. Hiervoor is een Trainers Competentie Beoordelings Schaal (TCBS) ontwikkeld (zie bijlage 1) waarop de competenties van de trainers regelmatig kunnen worden gescoord. Train-de-trainers hebben als competenties, naast de competenties die worden verwoord in de TCBS: het in staat zijn collega's te coachen en te instrueren op het op de juiste wijze uitvoeren van de trainingen. Zij worden getraind in het gebruik van de TCBS om hun collega's te coachen en van gerichte feedback te voorzien en zij worden tevens getraind in het geven van gerichte instructie aan groepen collega's.

Trainers die zich niet regelmatig laten toetsen worden verwijderd uit de lijsten voor gecertificeerden in hun categorie. De lijst van docenten en train-de-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 her-visitatie elk tweede jaar. Deze eisen zijn te vinden in bijlage 2.

## 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 bijlage 3). In deze checklist zijn zowel kwalitatieve als kwantitatieve items opgenomen die ondersteunend zijn bij een goede implementatie zoals het aantal trainers dat is opgeleid, het beschikken over een goede trainingsruimte met audiovisuele hulpmiddelen, ondersteuning door het management en voldoende voorbereidingstijd voor de trainers.

## Implementatie

Er is een implementatieonderzoek uitgevoerd bij een aantal instellingen die gebruik maakten van Liberman modules (Van Erp e.a.) 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).

(zie verder bijlage 4: implementatiechecklist en implementatieonderzoeksverslag)

## Kosten

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

De materiele kosten:

- aanschaf van de module:
  - 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 twee dagen à 625 euro p.p.

De personeelskosten:

- per sessie per trainer inclusief voorbereiding: twee uur (maal 35 sessies plus minimaal 35 oefensessies gemiddeld= 140 uur)
- consultatie door een psychiater: max. twee uur
- coördinatietaken trainingen: intake deelnemers, bijhouden presentie, nabellen afwezig, rapportage in de behandelplanbesprekingen: een dagdeel per week voor een trainer
- bijhouden deskundigheid door toetsing en intervisie: één uur per trainer per maand.

### 3. Onderbouwing

#### Probleem

Mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen 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. Daarnaast gebruiken veel mensen met psychiatrische aandoeningen middelen als alcohol en drugs, vaak als een vorm van zelfmedicatie, omdat de middelen ervoor zorgen dat ze zich tijdelijk beter voelen en zij minder hinder ondervinden van positieve of negatieve symptomen. Echter, als gevolg hiervan raken zij niet zelden verslaafd aan deze middelen die in grote hoeveelheden of bij langdurig gebruik de symptomen van de psychiatrische stoornis juist verergeren. Door bijgebruik van middelen zijn de symptomen ook minder goed met de reguliere medicatie te behandelen. Deze co-morbide problematiek vraagt dan ook om een geïntegreerde aanpak van zowel de verslaving als de co-morbide psychiatrische stoornis.

Naast deze problematiek missen veel mensen met psychiatrische problematiek en comorbide verslavingsproblematiek de motivatie om iets aan hun situatie te veranderen. Voor henzelf is vaak niet duidelijk dat de ene stoornis de andere in stand houdt en welke mechanismen en gedragingen maken dat ze bij symptomen van de ene stoornis grijpen naar middelen en daardoor juist psychiatrische symptomen kunnen versterken.

Delespaul e.a. (2013) kwamen tot een onderbouwde schatting van het totaal aantal mensen met ernstige psychische aandoeningen (epa) in Nederland van 281.000 (de populatieprevalentie). Daarbij gaat het om mensen die in de voorafgaande vijf jaar tenminste enkele jaren te maken hebben gehad met een psychische aandoening die gepaard is gegaan met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren. De zorgprevalentie werd geschat op 160.000 epa-patiënten tussen 18 en 65 jaar in de ggz, inclusief de verslavingszorg en de forensische zorg. In dichtbevolkte gebieden kan het percentage van mensen met epa 2,5 keer hoger zijn dan gemiddeld en in sommige wijken van 6000 inwoners kan het percentage een factor 6 verhoogd zijn ten opzichte van even grote wijken elders. De verschillen houden onder andere verband met een lage sociaal economische status van een woonwijk en een verminderde sociale cohesie (Delespaul, 2013).

Internationaal onderzoek laat zien dat psychiatrische stoornissen vaak gepaard gaan met misbruik of afhankelijkheid van middelen (Popma, A., Blaauw, E., Bijlsma, E., 2012). Amerikaans epidemiologisch onderzoek naar psychiatrische comorbiditeit bij verslavingsproblematiek vond dat van de mensen met een alcoholverslaving zo'n veertig procent een co-morbide psychiatrische stoornis had (Regier et al., 1990). Voor mensen met een verslaving aan andere middelen betrof dit gemiddeld zelfs zestig procent. Andersom hadden mensen met een psychiatrische stoornis meer dan twee keer zoveel kans op verslavingsproblematiek als mensen in de algemene bevolking. Bijna een derde van de mensen met een psychiatrische stoornis had op enig moment in het leven een verslaving (Regier et al., 1990). Voor schizofreniepatiënten is dit zelfs bijna vijftig procent, waarmee zij een 4,6-maal verhoogde kans op verslaving hebben in vergelijking met de algemene bevolking (Regier et al., 1990; Volkow, 2009).

#### Oorzaken

Mensen met ernstige psychiatrische problematiek hebben vaak weinig ziektebesef en -inzicht en lopen vaak lang rond met allerlei symptomen en bijwerkingen van medicatie zonder deze te bespreken met een arts of andere hulpverlener (1). Om symptomen te verlichten wordt dan niet zelden gegrepen naar alcohol of drugs (2). Het last hebben van symptomen is regelmatig een van de triggers om over te gaan tot gebruik (3). Daarnaast hebben mensen met ernstige psychiatrische problematiek vaak een klein netwerk en weinig sociale contacten (4). Dit als gevolg van de sociale beperkingen die kleven aan een stoornis. Niet zelden bestaat het netwerk ook uit mensen met (congenitale) psychiatrische problematiek die eveneens middelen gebruiken (5).

Daar komt bij dat deze mensen door hun gebrekkige sociale weerbaarheid vaak een gewillig slachtoffer zijn van mensen die hen willen overhalen te gebruiken (6). Veel mensen met deze problematiek hebben daarnaast een gebrek aan dagstructuur en dagvulling wat ook weer gebruik uitlokt (7).

Als gevolg van hun zwakke communicatieve vaardigheden hebben zij vaak moeite om mensen om hulp te vragen. Hulp die ze juist goed kunnen gebruiken gezien hun eveneens gebrekkige copingvaardigheden (8). Tenslotte blijkt dat het beschikken over geld (het beruchte uitkeringsdatumgebruik) voor veel mensen met verslavingsgedrag een trigger is om te gaan gebruiken. Om dat te voorkomen worden deze mensen vaak onder bewindvoering geplaatst. Deze bewindvoering is vervolgens vaak erg beducht op het verdwijnen van beschikbaar geld naar de verslavende middelen en is daardoor lastig te vermurwen om geld beschikbaar te stellen voor andere doelen (“gezonde genoegens”) (9). Ten slotte hebben mensen met ernstige psychiatrische problematiek en verslavingsgedrag dikwijls een geringe motivatie om iets aan hun problemen te doen. Om die reden is het belangrijk hun motivatie te vergroten door zowel gebruik te maken van motiverende technieken als vaardigheidstraining om hen te empoweren (10).

### Aan te pakken factoren

De module Omgaan met verslaving grijpt aan op alle hierboven beschreven factoren via het werken aan de doelen:

Factor	Doel
1 : blijven lopen met symptomen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cliënt is in staat om symptomen en bijwerkingen te bespreken met een arts</li> <li>- Cliënt is in staat om een ‘uitglijer’ te rapporteren en terug te komen in behandeling</li> <li>- Cliënt is in staat een afspraak te maken met een drukbezet iemand</li> </ul>
Toelichting/verantwoording	Als een cliënt leert om te bespreken met de hulpverlener (die vaak drukbezet is!) welke klachten hij ervaart waarvoor hij middelen inzet, kan dit helpen om geen middelen te gebruiken maar de juiste medicatie te krijgen.
2: last van symptomen verlichten m.b.v. drugs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cliënt kent zijn eigen keten van verslavingsgedrag d.w.z. kent zijn persoonlijke waarschuwingssignalen en hoogrisicosituaties</li> <li>- Cliënt weet wat zijn belangrijkste motivatoren zijn om geen middelen te gebruiken</li> </ul>
Toelichting/verantwoording	Als een cliënt weet dat het ervaren van symptomen gebruik kan uitlokken en weet waarom hij niet wil gebruiken, kan dit de schade beperken en voorkomen dat hij weer terugvalt in gebruik.
3: symptomen vaak trigger voor gebruik	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cliënt kent zijn persoonlijke triggers die zijn verslavingsgedrag uitlokken</li> <li>- Cliënt kent het nut van een “emergency-kaart”</li> </ul>
Toelichting/verantwoording	Als een cliënt zijn persoonlijke triggers kent en deze op zijn emergency-kaart heeft gezet, is de kans kleiner dat hij gaat gebruiken wanneer dit speelt.
4: klein netwerk en weinig sociale contacten	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cliënt is in staat om een rechtsomkeert te maken na een ‘uitglijer’</li> <li>- Cliënt is in staat om iemand uit te nodigen voor een gezond genoegens</li> </ul>
Toelichting/verantwoording	Voor veel cliënten zijn de mensen met wie ze middelen gebruiken vaak de enige sociale contacten. Om die reden is het ook zo lastig om te ontsnappen uit situaties waarin ze worden verleid om te gebruiken en lukt het hen vaak niet om tijdig te stoppen (stoppen na een uitglijer). Wanneer ze er echter in slagen om met nieuwe contacten leuke andere dingen te doen die niet aan het gebruik van middelen zijn gerelateerd (gezonde genoegens) wordt de kans groter dat ze een gezond netwerk opbouwen en meer contacten krijgen.

5: sociale beperkingen; netwerk bestaat uit verslaafden en psychiatrische patiënten	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cliënt is in staat om drugs te weigeren van een dealer</li> <li>- Cliënt is in staat om een rechtsomkeert te maken na een 'uitglijer'</li> </ul>
Toelichting/verantwoording	In het verlengde van voorgaande; deelnemers hebben zeer veel moeite om dealers van zich af te schudden en te stoppen met gebruik in een wereld vol anderen die ook gebruiken; als ze hiervoor de vaardigheden leren neemt de kans toe dat ze die weerstand wel kunnen bieden.
6: gebrekkige sociale weerbaarheid	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cliënt is in staat om drugs te weigeren van een dealer</li> <li>- Cliënt is in staat drugs te weigeren van vrienden of familie</li> </ul>
Toelichting/verantwoording	In het verlengde van het voorgaande; vaardigheden leren die hen helpen zich weerbaarder op te stellen kan helpen om niet over te gaan tot gebruiken.
7: gebrek aan dagstructuur en dagvulling	- Cliënt is in staat om iemand uit te nodigen voor een gezond genoeg
Toelichting/verantwoording	Cliënten hebben vaak naast hun verslaving weinig andere invulling van hun dag. Alles staat in het teken van het verwerven en gebruiken van middelen. Als cliënten daar mee stoppen vallen ze vaak in een zwart gat, dat weer gebruik uitlokt. Het samen met andere niet-verslaafden gaan ondernemen van "gezonde genoegens" helpt om de dagen beter in te vullen. Dit uiteraard aangevuld met de gezonde gewoontes die in de basistraining al worden aangereikt.
8: moeite om hulp te vragen	- Cliënt is in staat om een helper te vragen
Toelichting/verantwoording	Het lukt maar weinig mensen met een verslaving helemaal zelfstandig en zonder hulp uit het netwerk om blijvend van middelen af te blijven. Een steunend figuur in de omgeving die men kan bellen en die weet van de problemen kan helpen om het op cruciale momenten ook vol te houden. Cliënten vinden het vaak echter moeilijk om hulp te vragen en uit te leggen wat hen zou helpen. Om die reden wordt deze vaardigheid geleerd.
9: geld als trigger en als facilitator voor gezonde invulling	- Cliënt is in staat om te onderhandelen met een mentor/bewindvoerder
Toelichting/verantwoording	Voor veel van de verslaafde patiënten is geld een trigger om weer te gebruiken. Om die reden worden ze vaak onder bewindvoering geplaatst. Echter, voor het weer in positieve zin opbouwen van hun leven is ook geld nodig. De bewindvoerder is vaak achterdochtig, de cliënt heeft dus vaardigheden nodig om de bewindvoerder met goede argumenten te overtuigen van de noodzaak hem geld te geven.
10: geringe motivatie voor verandering	- Cliënt weet wat zijn belangrijkste motivatoren zijn om met het verslavingsgedrag te stoppen
Toelichting/verantwoording	Via de methodiek van motiverende bejegening leren de cliënten wat voor henzelf persoonlijk belangrijke redenen zijn om met het gebruik van middelen te stoppen.

De mechanismen die hierboven staan beschreven zijn in vele handboeken over verslavingsgedrag en psychiatrie terug te vinden, o.a. in de genoemde handboeken van Sobell en Sobell (1993) en Marlatt en Gordon (1985).

## Verantwoording

De module *Omgaan met verslaving* is een sterk gestructureerd en grondig gespecificeerd curriculum dat individuen de vaardigheden leert voor het zelf managen van hun verslaving (Lieberman & Wallace, 2006). Elke module is onderverdeeld in vaardigheidsdomeinen (hoofdstukken/deelvaardigheden) die focussen op te verwerven vaardigheden. 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 (Lieberman, 2008).

Daarnaast bouwt de module voort op in de verslavingszorg reeds gevalideerde interventies zoals het transtheoretisch model van gewoonteverandering beschreven door Prochaska en DiClemente (1992), waarmee interventies kunnen worden afgestemd op de specifieke fase van motivatie waarin de cliënt zich bevindt. In de basistraining van de interventie wordt gewerkt aan het bewegen van de deelnemers van de fase van voorbeschouwing naar actieve deelname, zodat zij in de vaardigheidstraining actief vaardigheden kunnen verwerven die nodig zijn om middelen te weigeren. Dit wordt gedaan door de inzet van technieken van *motivational interviewing* zoals onvoorwaardelijke acceptatie en aansluiten bij de wensen en belevingen van de deelnemer. Zo wordt geleidelijk de motivatie om af te zien van verslavingsgedrag vergroot. De module *Omgaan met verslaving* biedt dus een geïntegreerde motiverende aanpak.

Bij het ontwikkelen van de module is veel gebruik gemaakt van andere bronnen. Veel van de inhoud is ontleend aan het boek van Marlatt en Gordon, *Relapse prevention; Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours* (1985). Het concept: "de weg naar herstel, een hele klim" is afkomstig uit het boek van Sobell en Sobell (1993): *Problem Drinkers: Guided self-change treatment*. Het begrip "schade beperken" is geïnspireerd op Marlatt en Taperts beschrijving van "harm reduction" in *Addictive behaviors across the lifespan* (1993).

De module *Omgaan met verslaving* is qua inhoud gebaseerd op effectief gebleken principes uit de gedragstherapie en de (cognitieve) leertheorie. Gebruik wordt bijvoorbeeld gemaakt van principes 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).

Ook het aspect van probleemoplossen, dat sterk in de module zit verweven, komt daar 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 instructie DVD, 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 module onder andere toegepast in de stappen keuze van de hulpmiddelen, probleemsituaties en praktijkoefening.

Persoonlijke verantwoording en indrukken:

In de periode, begin jaren negentig, waarin de Lieberman modules werden 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 organiseerden themagroepen waarin we thema's bespraken waar men tegenaan liep, we deden dagopeningen en dagsluitingen waarin we respectievelijk bespraken wat de mensen die dag voor plannen hadden en hoe ze daarop terugkeken. We zetten kookgroepen op waarin we hen leerden koken.

Bij de pilots met de modules viel direct op dat de deelnemers in beweging kwamen. Door de directieve aanpak en de gestructureerde wijze van lesgeven lukte het de deelnemers actief te zijn, antwoorden te geven, rollenspellen te doen en met opdrachten buiten de groep aan de slag te gaan. Waar het bij de andere groepen heel moeilijk was om cliënten te motiveren, stonden ze nu al bij het groepslokaal op ons te wachten! De pilot met de module *Omgaan met verslaving* was in zekere zin nog verrassender omdat het hier een doelgroep betreft die zichzelf niet ziek vindt en hun verslavingsgedrag niet problematisch acht. Maar ook bij



deze pilot viel op dat deelnemers al heel snel anders tegen hun eigen gedrag aan gingen kijken en het bijna een sport vonden om niet te gebruiken.

---

## 4. Onderzoek

### 4.1 Onderzoek naar de uitvoering

Er is geen onderzoek gedaan naar de uitvoering van de module *Omgaan met verslaving*.

### 4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

#### 1. Shaner et al, 2003

A. Shaner A, Eckman T, Roberts LJ, Fuller T. (2003). Feasibility of a skills training approach to reduce substance dependence among individuals with schizophrenia. *Psychiatr Serv.*;54(9):1287-9

B. Type onderzoek: follow-up studie (niet gecontroleerd)

Patiënten volgden de *Substance Abuse Management Module; SAMM*; een behandeling die bestaat uit een cognitieve gedragstherapie, gericht op terugvalpreventie, geïncorporeerd in een vaardigheidstraining, oorspronkelijk ontwikkeld om sociale vaardigheden en vaardigheden rond zelfstandig wonen te vergroten.

Doelgroep: personen met schizofrenie en middelenmisbruik

Meetmomenten: voor en na behandeling en na drie maanden.

Meetinstrumenten en uitkomstmaten:

- Addiction Severity Index (ASI) en twee-wekelijkse urinetesten (middelengebruik)
- Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (psychiatrische symptomen)
- Aantal dagen dat de patiënt antipsychotische medicatie innam in de afgelopen 30 dagen (medicatierouw)
- Quality of life interview (global rating subscale) (kwaliteit van leven)
- SAMM content mastery test (SCMTP) (verwerving van terugvalpreventie vaardigheden)
- SAMM Consumer Satisfaction Survey (SCSS) (patienttevredenheid)

C. N=34 (van de 56 die aan de behandeling begonnen)

Resultaten: De deelnemers leerden vaardigheden ter preventie van middelenmisbruik, ze vonden de behandeling relevant, nuttig en bevredigend en hun drugsgebruik is afgenomen. Verbeteringen werden gezien op het gebied van medicatie-therapietrouw, psychiatrische symptomen en kwaliteit van leven. Auteurs concluderen dat deze therapie een belangrijke rol kan spelen in de behandeling van verslaving bij patiënten met schizofrenie.

D. Het is geen gecontroleerde studie en de sample size is niet hoog.

#### 2. Jerrel & Ridgely (1995)

A. Jerrell JM, Ridgely MS (1995). Comparative effectiveness of three approaches to serving people with severe mental illness and substance abuse disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease* 183:566–576.

B. Type onderzoek: klinische trial (deels gerandomiseerd)

Deelnemers werden toegewezen aan drie verschillende behandelingen: 1.) Twaalf-stappen herstel, 2.) gedragsvaardigheden training en 3.) intensieve case management. De gedragsvaardigheden training is gebaseerd op de Social and Independent Living Skills module van Liberman en aangevuld met een 'terugvalpreventie'-vaardigheidstraining gebaseerd op Marlatt & Gordon (1985).

Doelgroep: cliënten met een dubbele diagnose.

Meetmomenten: baseline, 6, 12 en 18 maanden na baseline.

Meetinstrumenten en uitkomstmaten:

- Social adjustment scale-II (SAS), Role Functioning Scale (RFS), Satisfaction with Life Scale (SLS) (Psychosociale uitkomsten)
- Additionele vragen over: ervaren betrokkenheid bij geestelijke gezondheidszorg, drugs en alcohol gebruik, medische conditie, aanraking met justitie.
- Diagnostic Interview Schedule (DIS) (psychiatrische symptomen)
- Niveau van functioneren, ingeschat door de interviewers.

C. N=132

Resultaten: Er was duidelijk sprake van verschil in effectiviteit tussen de drie aanpakken. De meest positieve en significante verschillen werden gevonden tussen deelnemers in de gedragsvaardigheden groep in vergelijking met de twaalf stappen aanpak, op het gebied van psychosociaal functioneren en symptomen. Echter, ook de case management aanpak resulteerde in een aantal positieve en belangrijke verschillen met de Twaalf stappen aanpak. Er werden ook belangrijke veranderingen gevonden in de tijd. Niet alleen na 6 maanden, maar ook na 12 en 18 maanden was er sprake van toenemende positieve veranderingen in psychosociaal functioneren.

D. Deze studie is niet recent en uitgevoerd in een tijd dat de Liberman Module verslaving nog ontwikkeld werd (De auteurs geven aan dat de onderzoeksgroep van liberman ' bezig is ' met een verslavingsmodule). Echter de gedragsinterventie die hier is onderzocht lijkt vermoedelijk wel veel op de Liberman module. Het is een soort voorloper. Daarom kan dit artikel wel gebruikt worden om iets te weten te komen over de effectiviteit van deze aanpak.

### 3. Ho et al, 1999

A. Ho AP, Tsuang JW, Liberman RP, Wang R, Wilkins JN, Eckman TA, Shaner AL (1999). Achieving effective treatment of patients with chronic psychotic illness and comorbid substance dependence. *American Journal of Psychiatry* 156: 1765-1770.

B. Type onderzoek: follow-up studie

De behandeluitkomsten van patiënten die een gespecialiseerde dagbehandeling startten tussen 1 september 1994 t/m augustus 1996, werden geëvalueerd. De 24 maanden werden verdeeld in vier opvolgende periodes van 6 maanden om de voortschrijdende effectiviteit van het programma te bepalen voor groepen patiënten die in deze vier periodes met de behandeling startten. De dagbehandeling bestond uit psychiatrische zorg (inclusief de medicatie module van Liberman), assertive case management, terugvalpreventie, beloningsysteem, stress management. In groep vier werd een 'substance abuse management module' toegevoegd. Deze bestond uit een serie van vaardigheidstrainingen gericht op het bereiken van specifieke sociale vaardigheden, om de frequentie en ernst van terugval te voorkomen.

Doelgroep: chronisch psychotische ziekte en comorbide middelenafhankelijkheid.

Meetmomenten: baseline, zes, 12, 18 en 24 maanden

Meetinstrumenten en uitkomstmaten:

- Aantal psychiatrische opnames en aantal bed-dagen in de 6 maanden voor en 6 maanden na de start van de dagbehandeling. (zorggebruik)
- Aantal dagen aanwezig in behandeling (therapietrouw)
- tweewekelijkse urinetesten (screening voor middelengebruik)

C. N=179

Resultaten: In de loop van de behandelgroepen zijn er significante verbeteringen waar te nemen op het gebied van therapietrouw, aantal opnames en middelengebruik. Auteurs concluderen dat de vergroting van de intensiteit van de assertive case management en de voortschrijdende ervaring en

competentie van het personeel, de belangrijkste redenen zijn voor de sequentiële verbeteringen in uitkomsten van groep 1 tot en met groep 4. Toch kan ook de toevoeging van de substance abuse module bij hebben gedragen aan positieve effecten. Een subgroep van 16 patiënten in groep 4, die de module succesvol afronde bereikte aanzienlijk toegenomen kennis en sociale vaardigheden, terwijl het aantal zelf-gerapporteerde dagen cocaïnegebruik aanzienlijk daalde in de 30 dagen na de voltooiing vergeleken met de 30 dagen voordat zij begonnen met de dagbehandeling.

- D. Geen controlegroep. Omdat er veel interventies tegelijk werden onderzocht, is het niet mogelijk om de precieze werking van de verslavingsmodule te isoleren.

## 5. Samenvatting Werkzame elementen

De werkzame elementen in de interventie:

- 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.
- 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.
- 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 als 'helper' zorgt dat de familie partner wordt in het managen van de ziekte.

## 6. Aangehaalde literatuur

- Baer, J.S., Marlatt, G.A. & MacMahon, R.J. (1993). *Addictive behaviours across the lifespan*. Newbury Park, CA: sage, pp.243-273.
- Delespaul, Ph. en de consensusgroep EPA (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (epa) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 55(6), 427-438.
- Dickinson, D., Iannone, V., Wilk, C., & Gold, J. (2004). General and specific cognitive deficits in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 55, 826-833.
- Erp, N. van, 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.
- Green, M.F. (2001). *Schizophrenia Revealed- From neurons to Social Interactions*. New York: W.W. Norton & Company Inc.
- Herz, M.I. & Marder, S.R. (2002). *Schizophrenia: Comprehensive Treatment and Management*. Baltimore, MD: Lippincott Williams &Wilkins.
- Holzhauser, F.F.O, & Minden, J.J.R. (1978). *Psychologie, theorie en praktijk*. H.E Stenfert en Kroese.
- Liberman, R.P. (2008). *Recovery from disability, manual of psychiatric rehabilitation*. Arlington VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Marlat, G.A. & Gordon, D.M. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours*. New York: Guilford Press.
- Popma, A., Blaauw, E. & Bijlsma, E. (2012). Psychiatrische comorbiditeit van verslaving in relatie tot criminaliteit. In Blaauw, E. & Roozen, H. (red). *Handboek forensische verslavingszorg* (21-31). Houten: Bohn Stafleu van Lochem.
- Roberts, L.J, Shaner, A. & Eckman, T.A. (2001). *Trainingsmodule Omgaan met verslaving*. Apeldoorn, Leuven: Garant.
- Sobell, M.B. & Sobell, L.C. (1993). *Problem drinkers: Guided self-change treatment*. New York: Guilford Press.