

# **Liberman Module Omgaan met psychotische symptomen**

## **Werkblad beschrijving interventie**

### **Voor meer informatie**

[www.nji.nl/jeugdinterventies](http://www.nji.nl/jeugdinterventies)

[centrumgezondleven@rivm.nl](mailto:centrumgezondleven@rivm.nl)

[www.ncj.nl/onderwerpen/233/erkeningscommissie-interventies](http://www.ncj.nl/onderwerpen/233/erkeningscommissie-interventies)

[www.movisie.nl/effectievsocialeinterventies](http://www.movisie.nl/effectievsocialeinterventies)

[www.effectiefactief.nl](http://www.effectiefactief.nl)  
[effectiefactief@nisb.nl](mailto: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](mailto:info@rinogroep.nl)  
Telefoon 030-2308400  
Website van interventie [www.rinogroep.nl](http://www.rinogroep.nl)

## Contactpersoon

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in, wanneer deze afwijkt van de ontwikkelaar of licentiehouder.

Naam Helma Blankman  
Adres C. Mac Gillavrylaan 480  
Postcode 1098XB  
Plaats Amsterdam  
Email [helmablankman@live.nl](mailto:helmablankman@live.nl)  
Telefoon 0208408710  
Website van interventie [www.rinogroep.nl](http://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 is een invulformulier, geordend naar onderwerp (doelgroep, doel enzovoort). De onderwerpen volgen de criteria voor beoordeling.

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende organisaties:



# Inhoud

Samenvatting.....	4
Uitgebreide beschrijving.....	5
1. Probleemomschrijving.....	5
2. Beschrijving interventie.....	6
3. Onderbouwing.....	11
4. Uitvoering.....	14
5. Onderzoek naar praktijkervaringen.....	17
6. Onderzoek naar de effectiviteit .....	19
7. Aangehaalde literatuur .....	23

# Samenvatting

Eén A-4tje, maximaal 400 – 600 woorden

---

## **Doelgroep**

De Liberman Module *Omgaan met psychotische symptomen* is bedoeld voor cliënten die last hebben van psychotische symptomen en vaardigheden missen in het omgaan met deze symptomen; 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 dat deze mensen over de vaardigheden beschikken om een zo zelfstandig mogelijk leven te leiden met hun psychotische stoornis; dat ze gaan herkennen wat de symptomen en prodromale verschijnselen van de psychose zijn en weten wat ze zelf kunnen doen om verergering van klachten te voorkomen.

---

## **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 het niet noodzakelijk dat de deelnemers bij de start van de training al over een uitgebreide motivatie beschikken.

---

## **Materiaal**

De module bestaat uit een handleiding voor de trainer (hulpverlener), een werkboek voor de deelnemer en een instructie-DVD. Daarnaast wordt een Cd-rom geleverd met een PowerPoint die kan worden gebruikt bij de lessen en waar desgewenst posters van 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. Daarnaast is kennis toegepast 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 verschillende landen.

---

## **Onderzoek**

Uit diverse buitenlandse RCT's komt naar voren dat deze module effectief is als het gaat om een toename van kennis en vaardigheden, sociaal functioneren en vermindering van terugval/heropname.

# Uitgebreide beschrijving

---

## 1. Probleemomschrijving

---

### 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. Door de psychotische symptomen, zoals wanen en hallucinaties, maar ook de negatieve symptomen zoals terugtrekken uit sociale interactie en verminderd initiatief, kunnen deze mensen zich vaak lastig concentreren. Ook wordt door de symptomen de omgang met anderen verstoord, wordt zelfstandig leven en terugkeer in de samenleving bemoeilijkt of zelfs onmogelijk gemaakt en worden mensen gedwongen afhankelijk van ondersteuning.

---

### Spreiding

Delespaul e.a. (2013) kwamen tot een onderbouwde schatting van het totaal aantal mensen met ernstige psychische aandoeningen 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).

Het aandeel schizofrenie en psychotische stoornissen in deze groep is naar schatting 60%. Deze mensen zijn langdurig afhankelijk van zorg.

---

### Gevolgen

Als deze patiënten niet over de vaardigheden beschikken om goed om te gaan met hun psychotische symptomen, is het lastiger om zich zelfstandig staande te houden. Dit kan betekenen 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 Liberman modules hebben gevolgd. Dit zal de kosten van de zorg beïnvloeden.

---

## **2. Beschrijving interventie**

### **2.1 Doelgroep**

#### **Uiteindelijke doelgroep**

De interventie is bedoeld voor cliënten die last hebben van psychotische symptomen en vaardigheden missen in het omgaan met deze symptomen; meestal mensen met schizofrenie of psychotische stoornissen en in een enkel geval met een bipolaire stoornis met psychotische episodens. Onder psychotische symptomen worden wanen en hallucinaties verstaan, maar ook negatieve symptomen zoals het zich terugtrekken uit sociale contacten en gebrek aan initiatief. Het gaat om mensen die vaak langdurig last (zullen) blijven houden van deze symptomen en gebaat zijn bij het leren monitoren van de symptomen en prodromale verschijnselen.

#### **Intermediaire doelgroep**

Niet van toepassing.

#### **Selectie van doelgroepen**

De doelgroep wordt geselecteerd op basis van hun beperkingen en op basis van hun mogelijkheden om in een groep te functioneren. Deelname is geschikt voor cliënten die last hebben van psychotische symptomen zoals wanen en hallucinaties alsook negatieve symptomen, en die moeite hebben een zelfstandig leven te onderhouden als gevolg van deze symptomen. Contra-indicaties zijn er eigenlijk niet of nauwelijks. Deelname wordt wel afgeraden voor mensen met schizofrenie van het (ernstige) gedesorganiseerde type, omdat de leerbaarheid dan echt minimaal is. De ervaring leert echter dat, ook al leren deze mensen niet de specifieke vaardigheden tot volledige zelfstandigheid, ze toch de nodige zaken opsteken die hun zelfredzaamheid vergroten en herstel bevorderen.

Een andere doelgroep die in de praktijk wel eens gecontra-indiceerd wordt zijn jongeren met een eerste psychose, omdat soms onduidelijk is of zij wel daadwerkelijk op langere termijn last zullen blijven houden van symptomen. De confrontatie met de ernst van de mogelijke stoornis zou dan te hard zijn. Dit is een voorstelbaar argument, al kan de training zodanig worden aangepast dat jongeren alleen op een "as-if" manier worden getraind onder het motto: voorkomen is beter dan genezen.

---

### **2.2 Doel**

#### **Hoofddoel**

Het hoofddoel is dat mensen met psychotische symptomen over de vaardigheden beschikken om een zo zelfstandig mogelijk leven te leiden. Deelnemers leren vaardigheden die hen in staat stellen zelfstandig om te gaan met psychotische symptomen, met als achterliggend doel dat dit hen helpt mogelijke terugvallen te voorkomen, meer eigen sturing te hebben op restverschijnselen en daardoor minder last te ervaren van de symptomen van hun psychotische stoornis of schizofrenie. Aanname hierbij is dat als mensen minder last ervaren van hun symptomen, ze beter in staat zijn om de dagelijkse levensverrichtingen uit te voeren en zelfstandiger kunnen functioneren. Kortom, de module beoogt bij te dragen aan symptomatisch en maatschappelijk herstel.

## Subdoelen

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

- In staat zijn om de symptomen en prodromale verschijnselen, in de module waarschuwingssignalen genoemd, te herkennen.
- In staat zijn om na het volgen van de module je psychotische symptomen en waarschuwingssignalen te monitoren en adequate hulp in te roepen van een helper uit de omgeving of een hulpverlener, als de symptomen toch verergeren.
- In staat zijn om na het volgen van de module zelf actie te ondernemen om stress te vermijden en daarmee te voorkomen dat symptomen verergeren.
- In staat zijn om blijvende symptomen te herkennen en strategieën in te zetten om daarmee om te gaan zonder dat ze je hinderen om je activiteiten uit te voeren.
- In staat zijn om na het volgen van de module de nadelen van het gebruik van alcohol en drugs in combinatie met (blijvende) symptomen te begrijpen en in staat zijn om technieken in te zetten om van het gebruik van deze middelen af te zien.

---

## 2.3 Aanpak

### Opzet van de interventie

De module *Omgaan met psychotische symptomen* bestaat uit vier vaardigheidsdomeinen of deelvaardigheden, beschreven in de verschillende hoofdstukken.

Elk vaardigheidsdomein 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. De werkzame sequentie van het overdragen van kennis, het aanleren van vaardigheden en het zorgdragen voor de *transfer* (overdracht van het geleerde) naar de eigen situatie is hierin vervat. De zeven leerstappen vormen een didactisch model 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:
  - a. de deelnemer weet waar het vaardigheidsdomein over zal gaan
  - b. en is gemotiveerd om zich hiervoor in te gaan zetten. Dit bewerkstelligt de trainer door instructie over de aan te leren vaardigheid, het laten herhalen van de instructie, het 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. Een cliënt(acteur) laat zien hoe de vaardigheid er in de praktijk uitziet. Deze heeft de vaardigheid al onder de knie. Door vragen naar aanleiding van wat de deelnemers op de DVD zien slijt deze informatie in.
3. Rollenspel. Doel hiervan is de instructies om te zetten in gedrag. Deelnemers oefenen de vaardigheid in een rollenspel met een co-trainer. De cognitieve kennis die ze in de eerdere stappen hebben opgedaan over de vaardigheid zetten ze nu om in gedrag. Na het uitvoeren van het rollenspel ontvangen ze uitgebreide positieve, en waar nodig, correctieve feedback van de 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 heel 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. Het uiteindelijke doel van deze stap is het vergroten van planningsvaardigheden omdat dit een vaardigheid is die bij veel mensen met psychiatrische problematiek slecht ontwikkeld is. Het aanleren van deze ondersteunende vaardigheid zal hen helpen de doelvaardigheden van de module in de praktijk toe te passen. Met andere woorden, de planningsvaardigheden ondersteunen de *transfer* naar de eigen situatie.

5. **Probleemsituaties.** Doel van deze stap is dat deelnemers in staat zijn om obstakels in de omgeving 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. Het uiteindelijke doel is het vergroten van probleemoplossende vaardigheden die net als de planningsvaardigheden dikwijls slecht ontwikkeld zijn. Ook deze ondersteunende vaardigheid vergroot dus de mogelijkheden voor de deelnemer om de doelvaardigheden zelfstandig in de eigen situatie toe te passen (*transfer*-leren).
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. Ook deze praktijkoefening is dus weer een stap in het toepassen van de doelvaardigheid in de praktijk. Dit is wat ook wel *on-the-spot-learning* wordt genoemd; het oefenen van de vaardigheid in de eigen situatie om eventuele obstakels op de sporen en te elimineren.
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 zes tot acht deelnemers. Het advies is de sessies twee tot drie 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.

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

De duur van de module Omgaan met psychotische symptomen 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 vier vaardigheidsdomeinen 30-33 sessies beslaat.

---

### **Locatie en uitvoerders**

De interventie wordt in de meeste GGZ-instellingen voor de doelgroepen waarvoor deze bedoeld is uitgevoerd, maar ook 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**

De vier vaardigheidsdomeinen die aan bod komen zijn: Herkennen van Waarschuwingssignalen, Omgaan met Waarschuwingssignalen, Omgaan met blijvende symptomen en Alcohol en drugs vermijden.

In het vaardigheidsdomein *Herkennen van waarschuwingssignalen* leren de deelnemers wat waarschuwingssignalen kunnen zijn (dus in het algemeen) en leren ze met behulp van iemand uit het eigen netwerk te bepalen wat hun mogelijke eigen waarschuwingssignalen zijn. Ze vullen hiertoe met de helper uit het netwerk de checklist waarschuwingssignalen in, halen daar de signalen uit die doorgaans zijn opgetreden vlak voor ze weer een terugval kregen en bepalen de ernst van deze waarschuwingssignalen. Meestal zullen er zo'n drie of vier signalen uitspringen die ze noteren op een daartoe bestemd werkblad.

In het vaardigheidsdomein *Omgaan met waarschuwingssignalen* leren de deelnemers vervolgens om hun eigen waarschuwingssignalen dagelijks te monitoren door ze bij te houden in een maandoverzicht. Daarop houden ze dagelijks bij hoe het is met de aan- en afwezigheid van hun waarschuwingssignalen en de eventuele ernst ervan. Verder leren ze hier wat ze moeten doen als een of meer waarschuwingssignalen de kop opsteken of verergeren. Ze maken een actieplan waarin staat wie ze in dat geval kunnen waarschuwen. Verder leren ze dat stress vaak aan de wieg staat van het verergeren van waarschuwingssignalen. Ze leren te veel stress te vermijden.

In het volgende vaardigheidsdomein *Omgaan met blijvende symptomen* leren de deelnemers wat blijvende symptomen zijn. Dit zijn symptomen die ondanks het correct gebruiken van de medicatie toch in meer of mindere mate aanwezig blijven. Denk aan het blijven horen van stemmen of het aanwezig blijven van initiatiefverlies of licht depressieve klachten. In dit vaardigheidsdomein leren de deelnemers wat ze zelf kunnen doen om deze symptomen te verlichten zodat ze niet zo hinderlijk zijn in het dagelijkse leven. Ze leren copingstrategieën variërend van het luisteren naar muziek tot het gaan sporten of andere manieren van afleiding zoeken.

In het laatste vaardigheidsdomein *Alcohol en drugs vermijden* wordt de deelnemers geleerd dat het gebruik van alcohol of drugs doorgaans een negatieve invloed heeft op de psychotische stoornis. Symptomen kunnen verergeren en de medicatie kan minder goed werken. Deelnemers leren hoe ze alcohol en drugs kunnen weigeren als die hen wordt aangeboden.

Concreet worden deze vaardigheden aangeleerd via de leerstappen zoals beschreven onder *Opzet van de interventie*.

---

## **2.4 Ontwikkelgeschiedenis**

### **Betrokkenheid doelgroep**

De interventie is destijds samen met de doelgroep 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 leerbeperkingen 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 bijvoorbeeld onderzoek gedaan naar de toevoeging van probleemoplossende strategieën om te zorgen voor een betere *transfer* naar de praktijk, evenals onderzoek met de inzet van familie en peers met hetzelfde doel.

### **Buitenlandse interventie**

De interventie is in Amerika ontwikkeld. Er zijn per module aanpassingen gedaan naar de andere cultuur en omgangsvormen. In de fase voor de uiteindelijke vertaling is de module getest bij 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.

De module *Omgaan met psychotische symptomen* is voor het grootste deel ongewijzigd gebleven. Zie ook bij de onderbouwing. Alle Nederlandse producten zijn voorgelegd aan 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 en IMR. Deze interventies zijn beschreven in de databank effectieve sociale interventies en/of in de databank effectieve interventies Langdurige GGZ. Ook de interventie *motiverende gespreksvoering* heeft raakvlakken met alle Liberman modules, maar het sterkst met de module *Omgaan met verslaving*.

### **Overeenkomsten en verschillen**

#### *(Sociale) vaardigheidstrainingen versus Liberman module*

Overeenkomst: doel is vaardigheden op levensgebieden aan te leren.

Verschillen: de zeven leeractiviteiten of stappen die zo kenmerkend zijn voor de Liberman modules, 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.

#### *Rehabilitatie interventies versus Liberman module*

Overeenkomst: beide hebben tot doel om de rehabilitatie en het herstel van mensen met een psychiatrische achtergrond te bevorderen.

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

#### *Motiverende gespreksvoering versus Liberman module*

Overeenkomst: sterk wordt ingezet op het versterken van de motivatie van de cliënten via een specifieke methodiek.

Verschil: in de Liberman modules wordt dit toegepast als onderdeel van een bredere interventie.

#### *IMR versus Liberman module*

Overeenkomst: beide interventies leunen sterk op educatie en het Stress Coping Vulnerabilitymodel.

Verschil: IMR is minder vaardigheidsgericht en meer een gespreksgroep.

### **Toegevoegde waarde**

De toegevoegde waarde van de Liberman modules zit in de systematische wijze van het intrainen van vaardigheden waardoor er duurzame resultaten te verwachten zijn.

Er zijn geen vergelijkbare interventies die zich zo specifiek richten op het leren omgaan met psychotische symptomen door het trainen van vaardigheden.

### 3. 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 dagelijks leven. Deze stoornissen worden veroorzaakt door een combinatie van genetische factoren en omgevingsfactoren die stress kunnen uitlokken. Deze stressoren zijn op hun beurt dikwijls weer de oorzaak van het verergeren van symptomen, zowel positieve (wanen en hallucinaties) als negatieve (het zich terugtrekken uit de interactie met anderen, slechte zelfverzorging en gebrek aan initiatief).

De module Omgaan met psychotische symptomen is letterlijk gebaseerd op het nog steeds vigerende stress-coping-vulnerability-model. Dit model gaat uit van een bestaande kwetsbaarheid bij mensen met een ernstige psychiatrische aandoening voor het opnieuw opvlammen van hun symptomen wanneer zij stress ervaren.

Daarnaast zijn er onderliggende problemen, die het voor deze cliënten extra moeilijk maken om nieuwe kennis en vaardigheden aan te leren, namelijk de cognitieve problemen die als oorzaak en 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 die 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 (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 dagelijks leven en opgenomen moeten worden.

Het zijn doorgaans echter niet de symptomen van de ziekte waarvoor cliënten met psychosen zich melden bij een dokter. Ze melden zich, omdat ze het verlies van de mogelijkheden, om zich staande te houden op hun werk, binnen familie en vriendenkringen willen terugwinnen (Lieberman, 2008). Doel van ziektemanagement is om cliënten 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 alleen zorgt niet voor de zo gewenste maatschappelijke aanpassing en opnemings.

Daarnaast is bekend dat mensen die medicatie moeten gebruiken, 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 maatschappelijke re-integratie en herstelondersteuning 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 deze 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. (vaardigheidsdomeinen 1 t/m 3 van de module *Omgaan met psychotische symptomen*);
3. Zorg dat terugval van de stoornis of terugval in middelenmisbruik uitblijft daar middelenmisbruik luxerend kan werken (vaardigheidsdomein 4 van deze module) (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

De doelen van de module:

1. In staat zijn om de symptomen en prodromale verschijnselen, in de module waarschuwingssignalen genoemd, te herkennen.
2. In staat zijn om na het volgen van de module je psychotische symptomen en waarschuwingssignalen te monitoren en adequate hulp in te roepen van een helper uit de omgeving of een hulpverlener, als de symptomen toch verergeren.
3. In staat zijn om na het volgen van de module zelf actie te ondernemen om stress te vermijden en daarmee te voorkomen dat symptomen verergeren.
4. In staat zijn om blijvende symptomen te herkennen en strategieën in te zetten om daarmee om te gaan zonder dat ze je hinderen om je activiteiten uit te voeren.
5. In staat zijn om na het volgen van de module de nadelen van het gebruik van alcohol en drugs in combinatie met (blijvende) symptomen te begrijpen en in staat zijn om technieken in te zetten om van het gebruik van deze middelen af te zien.

Om deze doelen te bereiken worden de volgende factoren aangepakt:

- In staat zijn om zelf aan de benodigde informatie over je symptomen te komen; is gekoppeld aan de factor dat cliënten vaak niet goed herkennen wat precies hun symptomen zijn en niet in staat zijn hun omgeving in te schakelen om hen daarbij te helpen. Daardoor zijn ze er vaak alweer te slecht aan toe en moeten ze worden opgenomen (doel 1).
- Stressgevoeligheid; in het tweede vaardigheidsdomein leren deelnemers dat waarschuwingssignalen dikwijls optreden als de stress in de omgeving toeneemt. Ze leren actie te ondernemen om samen met hun omgeving deze stress te verminderen (doel 2).

- Gebrekkige vaardigheden als gevolg van de kwetsbaarheid worden doorlopend getraind in de module, maar ook wordt deze factor erkend door het inzetten van helpers uit de omgeving om het gebrek aan vaardigheden op te vangen (doel 1).
- Terugval in symptomen is in feite de kernfactor die door deze module wordt aangepakt, omdat dit regelmatig aan de orde is, of dit nu is als gevolg van stress of het niet juist innemen van de medicatie, of het niet herkennen van waarschuwingssignalen. Om die reden is een belangrijke doelstelling van de module *Omgaan met psychotische symptomen*: het leren herkennen van waarschuwingssignalen en het inschakelen van helpers of een hulpverlener als deze signalen optreden. Op die wijze leren cliënten een terugval te voorkomen (doel 1, 2, 3, 4).
- Gebruik van middelen kan een terugval uitlokken; hier besteden we in deze module aandacht aan in het laatste vaardigheidsdomein; hierin wordt geleerd wat de gevolgen kunnen zijn van alcohol- en drugsgebruik en worden technieken aangeleerd om van gebruik af te zien (doel 5).
- Stoppen met medicatiegebruik; in de module wordt benadrukt dat het goed blijven innemen van medicatie een belangrijk onderdeel is van het voorkomen van terugval in psychotische symptomen (doel 2).

## Verantwoording

De module *Omgaan met psychotische symptomen* is een sterk gestructureerd en grondig gespecificeerd curriculum dat individuen de vaardigheden leert voor het zelf managen van hun stoornis (Lieberman en Wallace 2006). De module is onderverdeeld in vaardigheidsdomeinen 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). Door de sterke structuur en het vele herhalen is de methode geschikt voor cliënten met cognitieve problemen. Verder zijn de *transfer*-bevorderende leerstappen bij uitstek ingevoegd om deelnemers te leren plannen en problemen op te lossen.

De module is 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; *transfer*-leren 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 directe 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!

---

### **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 (empowerment).
- 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 opsteekt.
- 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 bij de modules als helper zorgt dat de familie partner wordt in het managen van de ziekte (systemische aanpak).

---

## **4. Uitvoering**

### **Materialen**

Welke materialen zijn beschikbaar voor de uitvoering, werving en evaluatie van de interventie?

- 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.
- 

### **Type organisatie**

Welk(e) soort(en) organisatie(s) kan /kunnen de interventie uitvoeren?

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 opgeleid op MBO/HBO/WO-niveau en hebben een verpleegkundige/agogische/psychologische of medische achtergrond. Iedereen die deze module wil gaan uitvoeren volgt een een- of tweedaagse training die wordt gegeven bij de RINO-groep of door train-the-trainers binnen de instellingen die hiervoor opgeleid zijn door 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 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 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 hervisiting elk tweede jaar. Deze eisen zijn te vinden in de bijlage.

---

### **Randvoorwaarden**

De randvoorwaarden voor de interventie Liberman Modules zijn 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 dat gebruik maakte 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).

(zie verder de bijlagen: 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:

- 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 sessies gemiddeld= 64 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.



## 5. Onderzoek naar praktijkervaringen

---

### Onderzoek praktijkervaringen

Is er onderzoek gedaan naar de praktijkervaringen met de interventie en wat zijn daarvan de meest relevante uitkomsten?

- 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 bleek dat het streven om in de drie instellingen een bereik van 74% van de Liberman modules te realiseren, niet was 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, vooral 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).

---

## 6. Onderzoek naar de effectiviteit

---

### **Samenvatting conclusies\* in de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie (2012):**

Niveau 2 Het is aannemelijk dat libermantraining leidt tot een toename van kennis en vaardigheden.

A2: Meder, 1998. B: Anzai, 2002; Eckman, 1992; Goulet, 1993.

Niveau 1 Het is aangetoond dat libermantraining niet consistent leidt tot een beter sociaal functioneren.

A2: Kopelowicz, 2003; Liberman, 1998; Marder, 1996.

B: Anzai, 2002; Goulet, 1993.

Niveau 3 Er zijn aanwijzingen dat de Community Re-entry-module leidt tot een afname van het aantal ziekenhuisdagen in het volgende jaar.

B: Anzai, 2002.

Niveau 2 Het is aannemelijk dat libermantraining geen effecten heeft op de psychopathologie.

A2: Kopelowicz, 2003. B: Anzai, 2002; Eckman, 1992; Goulet, 1993.

Niveau 3 Er zijn aanwijzingen dat generalisatieproblemen bij vaardigheidstraining verminderd kunnen worden door on-the-spottraining.

B: Glynn, 2002.

\*Conclusies hebben betrekking op zowel 'Omgaan met antipsychotische medicatie' als 'Omgaan met psychotische symptomen'. Vaak zijn deze modules in combinatie onderzocht ('Community Re-entry-module'). Studies: Eckman et al., 1992; Goulet et al., 1993; Anzai et al., 2002; Marder et al., 1996; Liberman et al., 1998; Meder et al., 1998. Kopelowicz et al., 2003; Glynn et al., 2002.

In deze beschrijving zijn de RCT's uit de MDR-S die niet de module 'Omgaan met psychotische symptomen' (in combinatie met andere modules) onderzochten of RCT's van mindere kwaliteit achterwege gelaten, conform de criteria van het Erkenningstraject. Daarnaast zijn relevante publicaties vóór en ná verschijning van de MDR-S meegenomen; één RCT, één Nederlands evaluatieonderzoek en één quasi-experimentele studie die specifiek de module 'Omgaan met psychotische symptomen' heeft onderzocht.

### **1.) Kopelowicz e.a., 2003 (in MDR-S)**

A. Kopelowicz A, Zarate R, Smith VG, Mintz J, Liberman RP (2003). Disease management in Latinos with schizophrenia: A family-assisted, skills training approach. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 211-227.

#### **B. Methode: RCT.**

Clënten werden random ingedeeld in de Liberman groep (Medicatie module & Symptomen module) of controlegroep (care as usual).

**Meetmomenten:** voor- en nameting bij negen maanden follow-up.

**Meetinstrumenten:** PANNS (Positive and Negative Syndrome Scale), ILSS (Independent Living Skills Survey), LQoL (Lehman Quality of Life Scale), ROMI (Rating of Medication Influences Scale), interview, rollenspel

**Doelgroep:** Latijns-Amerikaanse ambulante cliënten met schizofrenie of schizo-affectieve stoornis.

#### **C. Respondenten N=92**

**Resultaten:** vaardigheden (*disease management skills*) en sociaal functioneren verbeteren, symptomen (psychopathologie) en heropnames verminderen (na 9 maanden: LM groep 5,1% t.o.v. de controle groep 22,2%). Er zijn geen verbeteringen in kwaliteit van leven, medicatietrouw en belasting van mantelzorgers.

De auteurs schrijven dat terugval wordt voorkomen door het *gebruik* van vaardigheden en niet door het verwerven van vaardigheden. Daarom moeten cliënten na de cursus (door hulpverleners) gestimuleerd worden om de verworven vaardigheden in het dagelijks leven te gebruiken.

#### **D. Beperkingen:**

De interventie betrof een combinatie van de Module Medicatie en de Module Symptomen.

#### **2.) Liberman e.a., 1998 (in MDR-S)**

**A.** Liberman RP, Wallace CJ, Blackwell G, Kopelowicz A, Vaccaro JV, Mintz J. Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry* 1998; 155(8):1087-1091.

**B. Methode:** RCT. De cliënten werden random ingedeeld in een groep die wekelijks 12 uur gedurende zes maanden het Social and Independent Livings Skills Program (omvat de Liberman modules medicatie, symptomen, vrije tijd en conversatievaardigheden) volgde of een groep die vaktherapie ontving. Beide groepen ontvingen vervolgens 18 maanden casemanagement.

**Meetmomenten:** nulmeting, 6, 12 en 24 maanden follow-up.

**Meetinstrumenten:** ILSS (Independent Living Skills Survey), Social Activities Scale, PAL (Profile of Adaptation of Life), BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale), GAS (Global Assessment Scale), BSI (Brief Symptom Inventory), RSE (Rosenburg Self Esteem Scale), LQoL (Lehman Quality of Life Scale)

**Doelgroep:** ambulante cliënten met chronische schizofrenie.

**C. Respondenten:** N=80.

**Resultaten:** verbetering trad op bij de dagelijkse (woon)vaardigheden (living skills / woonvaardigheden) maar niet bij sociale activiteiten (Social Activities Scale), kwaliteit van leven (LqoL) en zelfwaardering (RSE). Er was geen verbetering in psychopathologie. De verschillen tussen de Liberman groep en de vaktherapie groep waren het grootst direct na afronding van de training (6 maanden) en werden minder groot (en niet meer significant) na 12 maanden. De auteurs geven aan dat casemanagers een belangrijke rol spelen in de generalisatie van vaardigheden naar het dagelijks leven.

#### **D. Beperkingen:**

De interventie betrof een combinatie van verschillende Liberman Modules.

Er was geen significant interactie-effect van de interventie over de tijd. Alleen na afronding van de training, na zes maanden, werd een significant verschil gezien tussen de interventiegroep en de controlegroep op de dagelijkse vaardigheden.

#### **3.) Marder e.a., 1996 (in MDR-S)**

**A.** Marder SR, WC Wirshing, J Mintz, J McKenzie, K Johnston, TA Eckman, M Lebell, K Zimmerman, RP 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. Methode:** RCT. Cliënten werden random ingedeeld in de Liberman groep of ondersteunende groepstherapie, twee wekelijks gedurende zes maanden. De Liberman groep kreeg een combinatie van de Module antipsychotische medicatie, de Module psychotische symptomen, de Module probleemoplossing en de Module woonvaardigheden aangeboden.

**Meetinstrumenten:** BPRS, SAS II

**Meetmomenten:** Nulmeting, 6, 12, 18, 24 maanden follow-up

**Doelgroep:** Gestabiliseerde mannelijke ambulante cliënten met schizofrenie

**C. Respondenten:** N=80

**Resultaten:** verbetering van de vaardigheden, verbetering sociaal functioneren en vermindering van relapse /terugval (bij de hoogste risicogroep). De vermindering van relapse trad op bij cliënten met suboptimale medicatie. Bij cliënten met een goede medicatie-instelling zijn er op dit gebied geen significante verschillen geconstateerd.

Positieve effecten in sociaal functioneren traden vooral op bij cliënten die een combinatie kregen van medicatie en Liberman.

**D. Beperkingen:**

De effecten traden vooral op bij cliënten die op jonge leeftijd (< 24) schizofrenie kregen en relatief beperkt waren in de sociale omgang.

**4. Cui et al., 2004**

A. Cui Y., Yang W., & Weng Y. (2004). Effectiveness of Social Skills Training in Patients with Chronic Schizophrenia. *Chinese Mental Health Journal*, 18, 799-805.

**B. Methode:** een gerandomiseerde studie naar de effecten van de Social Skill training (waaronder de Module Omgaan met symptomen) bij patiënten met chronische schizofrenie in China.

**Uitkomstmaten:** negatieve en positieve symptomen, cognitie, sociaal functioneren.

**Meetinstrumenten:**

symptomen: Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) en Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS);

cognitie: Wisconsin Card Sorting Test (WCST);

sociaal functioneren: Social Disability Schedule for Inpatients (SDSI).

**Meetmomenten:** baseline en post-treatment.

**Doelgroep:** klinische patiënten met chronische schizofrenie, gediagnosticeerd volgens de criteria van de Chinese Classification and Diagnostic Criteria of Schizophrenia.

**C. Respondenten:** 100 patiënten, experimentele groep n=50. Drop-out n=5 in de experimentele groep en n=4 in de controlegroep.

**Resultaten:** De BPRS vertoonde op een aantal factoren significante verschillen tussen de experimentele en controlegroep, in het voordeel van de experimentele groep. Ook de SANS en de SDSI lieten significante verbeteringen zien in de experimentele groep ten opzichte van de controlegroep.

**D. Beperkingen**

- De Module Omgaan met Psychotische symptomen is niet apart onderzocht;
- Klinische chronische Chinese populatie.

**5. Hornsveld & Nijman, 2005**

A. Hornsveld R.H.J., & Nijman H.L.I. (2005). Evaluation of a cognitive-behavioral program for chronically psychotic forensic inpatients. *International Journal of Law and Psychiatry* 2005, 28, 246-254.

**B. Methode:** evaluatieonderzoek naar een cognitief-gedragstherapeutisch programma bij vier groepen chronisch psychotische terbeschikkinggestelden. Het programma omvatte psycho-educatie, rouwverwerking, stress-management, functie- en vaardigheidstraining, leren omgaan met psychotische symptomen (Lieberman Module) en sociaalvaardigheidstraining.

**Uitkomstmaten:** algemeen functioneren, sociaal gedrag en sociale vaardigheden, psychotische symptomen.

**Meetinstrumenten:**

algemeen functioneren: REHAB (Baker & Hall, 1988; Van der Gaag & Wilken, 1994);

sociaal gedrag en sociale vaardigheden: MI-Observatieschaal (Brand e.a., 1998); psychotische symptomen: PANSS (Kay, Fiszbein, & Opler, 1967).

**Meetmomenten:** baseline en post-treatment.

**Doelgroep:** chronisch psychotische forensische patiënten, verblijvend op een TBS-afdeling in Nederland.

**C. Respondenten:** n=25 patiënten die aan het programma begonnen, n=16 patiënten die het programma afmaakten, n=16 op opnameduur gematchte psychotische patiënten die het programma (nog) niet gevolgd hadden (controlegroep).

**Resultaten:** Vergeleken met de controlegroep werden significante verbeteringen gemeten in de experimentele groep voor sociale vaardigheden en negatieve coping op de MI schaal. Dit was ook het geval voor de uitkomstmaten positief copinggedrag en negatieve symptomen, echter niet significant. Op de REHAB schaal werden geen verschillen tussen de groepen gemeten.

**D. Beperkingen**

- Geen gerandomiseerd onderzoek;
- Specifieke doelgroep: mannelijke TBS'ers;
- Klein aantal patiënten.

**6. Stenberg et al., 1998.**

**A. Stenberg J-H., Jaaskelainen I.P., & Royks R. (1998).** The effect of symptom self-management training on rehospitalization for chronic schizophrenia in Finland. *International Review of Psychiatry*, 10, 58-61.

**B. Methode:** een quasi-experimentele studie naar de effecten van de Liberman Module Omgaan met symptomen. 29 patiënten werden toegewezen naar de Liberman groep en 18 gematchte patiënten dienden als controlegroep.

**Uitkomstmaten:** kwaliteit van leven, algemeen functioneren, opname (aantal en duur)

**Meetinstrumenten:** Quality of Life (Spitzer et al., 1981), Global Assessment of Functioning (GAF).

**Meetmomenten:** baseline en 1-2 jaar follow-up.

**Doelgroep:** vrijwillig opgenomen patiënten gediagnostiseerd met schizofrenie in Finland.

**C. Respondenten:** n= 29 in Liberman groep en n=18 in controlegroep.

**Resultaten:** De opnameduur was significant korter in de Liberman groep dan in de controlegroep; andere uitkomsten lieten geen significante veranderingen zien.

**D. Beperkingen**

- Klein aantal patiënten;
- Geen RCT;
- Lengte van follow-up varieerde van 1 tot 2 jaar.

---

## 7. Aangehaalde literatuur

---

Bellack, A.S., Mueser, K.T, Gingerich, S., Agresta, J. (2004). *Social Skills Training for Schizophrenia, A Step-by-step Guide*. New York, London: The Guilfordpress.

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.

Green, M.F. (2001). *Schizophrenia Revealed- From neurons to Social Interactions*. New York: W.W. Norton & Company Inc.

Holzhauer, F.F.O, & Minden, J.J.R. (1978). *Psychologie, theorie en praktijk*, H.E Stenfert en Kroese.

Herz, M.I., Marder, S.R. (2002). *Schizophrenia: Comprehensive Treatment and Management*. Baltimore, MD: Lippincott Williams &Wilkins.

Lieberman, R.P. (2008). *Recovery from disability, manual of psychiatric rehabilitation*. Arlington VA: American Psychiatric Publishing, Inc.

Lieberman, R.P. (2007). *Omgaan met psychotische symptomen (gereviseerde uitgave)*. Tilburg: Stichting Lieberman Modules.

Lieberman, R.P. (2005). *Omgaan met antipsychotische medicatie (gereviseerde en uitgebreide uitgave)*. Tilburg: Stichting Lieberman Modules.

Lieberman, J.A, Stroup, F.S., McEnvoy, J.P. et al. (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 353:1209-1223.