

Resultaten onderzoek Liberman Modules

Nicole van Erp, Trimbos-instituut

Opzet literatuurstudie

De bronnen voor deze literatuurstudie waren PsychINFO en Medline. De trefwoorden waren: *schizophrenia* en *severe mentall illness* in combinatie met (*social*) *skills training*, *medication management* en *symptom management*. Verder is gezocht in referentielijsten van sleutelpublicaties. Omdat de literatuurstudie gericht was op de werking van de Liberman modules, zijn de implementatiestudies niet meegenomen. Ook niet opgenomen zijn de meta-studies en reviews, omdat deze studies zich niet beperken tot de Liberman modules, maar alle vaardigheidstrainingen omvatten.

Voor de effectstudies (rct's, quasi-experimentele en niet-experimentele studies) zijn de volgende inclusiecriteria gehanteerd:

- 1 Betreft modules Omgaan met medicatie en/of symptomen (evt. aangevuld met andere modules)
- 2 Onderzoekspopulatie groter dan 30.
- 3 Studies vanaf 1990
- 4 Goede kwaliteit onderzoeksopzet – en uitvoering

Hoewel de studie zich richt op de eerste twee Liberman modules is gekozen voor een iets bredere insteek, omdat deze modules in de VS vaak onderdeel vormen van bredere programma's, zoals de Community Re-entry Program (korte module met o.a. onderdelen van medicatie en symptomen) en het Social and Independent Living Skills Program (combinatie van modules medicatie, symptomen, vrije tijd en conversatievaardigheden). Welke modules onderzocht zijn, wordt toegelicht in tabel 1 (experimentele interventies).

Sommige studies beperken zich niet tot één of meer Liberman modules, maar combineren die met een andere, aanvullende interventie, zoals medicatie, casemanagement, cognitieve gedragstherapie of gezinstherapie. Alleen studies waarin de aanvullende interventie zowel aan de experimentele- als aan de controlegroep werd aangeboden zijn geïncludeerd. De reden hiervoor is dat in de andere gevallen de resultaten niet (geheel) toe te schrijven zijn aan de Liberman modules. De volgende studies zijn niet opgenomen in de studie, omdat zij niet voldeden aan de inclusiecriteria:

- ad 1 Xiong e.a. (1994), Granholm e.a. (2005)
- ad 2 Goulet e.a. (1993), Chambon e.a. (1996), Chandler e.a. (2000), Rosotto e.a. (2004)
- ad 3 Wallace e.a. (1985)
- ad 4 MacKain e.a. (1998)

Kenmerken studies

In totaal zijn negen studies opgenomen, waarvan 6 randomized controlled trials (rct's), 1 rct/niet-experimentele studie, 1 quasi-experimentele en 1 niet-experimentele studie. De kwaliteit van deze studies is goed, al hebben de studies van Eckman (1992) en Anzai (2002) relatief kleine onderzoekspopulaties ($N < 50$). Verder zijn de studies uitgevoerd in verschillende landen (VS, Japan, Finland, Polen en Duitsland/Zwitserland), in diverse klinische en ambulante settings en bij meer doelgroepen (waaronder Latijns-Amerikanen).

De onderzoekspopulatie bestaat zowel uit ambulante als klinische cliënten, al dan niet gestabiliseerd met medicatie, in de leeftijdscategorie van 18 tot 60 jaar. De experimentele interventie bestaat meestal uit meer dan één Liberman module, al dan niet gecombineerd met andere interventies (medicatie, casemanagement). De controle interventies omvatten groepstherapie, vaktherapie, educatie en wachtlijst. De meeste studies maken gebruik van

gestandaardiseerde meetinstrumenten, kennis en vaardigheden worden veelal gemeten door middel van kennisvragen en rollenspelen. In vrijwel alle studies is naast een voor- en nameting sprake van één of meer follow-up metingen.

Lijst met afkortingen (tabel 1)

<i>Modules</i>		<i>Meetinstrumenten</i>	
LM	= Liberman Modules	BPRS	= Brief Psychiatric Rating Scale
M	= Module antipsychotische medicatie	BSI	= Brief Symptom Inventory
P	= Module probleemoplossing	CREP	= Community Re-enter Program test
R	= Module recreatie, vrije tijd	GAS	= Global Assessment Scale
S	= Module psychotische symptomen	ILSS	= Independent Living Skills Survey
V	= Module verzorging ("grooming")	LQoL	= Lehman Quality of Life Scale
W	= Module woonvaardigheden (living skills)	PAL	= Profile of Adaptation of Life
SILSP	= Social and Independent Livings Skills Program	PANSS	= Positive and Negative Syndrome Scale
		RSE	= Rosenburg Self Esteem Scale
		ROMI	= Rating of Medication Influences Scale
		SANS	= Schedule for Assessment of Negative symptoms
		SAPS	= Schedule for Assessment of Positive Symptoms
		SAS	= Social Adjustment Scale

Tabel 1 Kenmerken van de studies

Onderzoek	Design	N	Populatie	Experimentele interventie(s)	Controle interventie(s)	Meet-Instrumenten	Meet-Momenten
Marder e.a. (1996)	RCT	80	Gestabiliseerde mannelijke ambulante cliënten ('outpatients') met schizofrenie	LM: M, S, P, W Medicatie	Ondersteunende groepstherapie Medicatie	BPRS, SAS II Rollenspel	Nulmeting 6, 12, 18, 24 maanden follow-up
Lieberman e.a. (1998)	RCT	80	Ambulante cliënten met schizofrenie	SILSP ¹ Casemanagement	Vaktherapie ² Casemanagement	ILSS, Social Activities Scale, PAL, BPRS, GAS, BSI, RSE, LQoL	Nulmeting 6, 12 & 24 maanden follow-up
Eckman e.a. (1992)	RCT	41	Gestabiliseerde ambulante cliënten met schizofrenie	LM: M, S	Ondersteunende groepspsychotherapie	BPRS, SANS Rollenspel	Voor- en nameting 6 & 12 maanden follow-up
Anzai e.a. (2002)	RCT	32	Klinische patiënten met schizofrenie	Community Re-entry program	Vak- en arbeidstherapie	Kennisvragenlijst REHAB-scale, PANSS	Voor- en nameting 12 maanden follow-up
Meder e.a. (1998)	RCT	97	Chronische ambulante patiënten met schizofrenie	LM: M	Groepseducatie Geen educatie	BPRS, Wechsler-Bellevue intelligence scale, Skill Utilization Test Kennisvragenlijst	Voor- en nameting 6 maanden follow-up
Kopelowicz e.a. (2003)	RCT	92	Latijns-Amerikaanse ambulante patiënten met schizofrenie of schizo-affectieve stoornis	LM: M, S	Care-as-usual	PANNS, ILSS, LQoL, ROMI Interview, rollenspel	Voor- en nameting 6 maanden follow-up
Cormier e.a. (1995)	RCT	95	Patiënten met schizofrenie	LM: M, S	Dagbesteding Ondersteunende therapie	Kennisvragenlijst Rollenspel	Voor- en nameting 12 maanden follow-up

¹ Social and Independent Livings Skills Program: omvat de Lieberman modules medicatie, symptomen, vrije tijd en conversatievaardigheden

² Vaktherapie omvat een combinatie van expressieve, artistieke, recreatieve en ondersteunende activiteiten

Wallace e.a. (1992)	Deels RCT, deels niet-experimenteel	108	Klinische en ambulante cliënten (91% schizofrenie of schizo-affectieve stoornis)	LM: M, R, V	WachtlIJst	Kennisvragenlijst Rollenspel	Voor- en nameting 12 maanden follow-up
Stenberg e.a. (1998)	Quasi-experimenteel	47	Klinische patiënten met schizofrenie	Standaard-behandeling LM: S	Standaardbehandeling	Interview QL-index, GAF	Voormeting 12-24 maanden follow-up
Schaub e.a. (1998)	Niet-experimenteel	43	Gestabiliseerde klinische en ambulante patiënten met schizofrenie of schizo-affectieve stoornis	Medicatie LM: M	--	Kennisvragenlijst BPRS (deels PANNS en GAS)	Voor- en nameting
		68		Medicatie LM: L			

Tabel 2 Resultaten van de studies

<i>Onderzoek</i>	<i>Kennis</i>		<i>Vaardigheden</i>		<i>Sociaal functioneren / kwaliteit van leven</i>	<i>Psycho-pathologie</i>	<i>Relapse / rehospitalisatie</i>
	<i>Nameting</i>	<i>Follow-up</i>	<i>Nameting</i>	<i>Follow-up</i>			
Marder e.a. (1996)			+	+	+		+
Liberman e.a. (1998)			+	+	+ / -	-	
Eckman e.a. (1992)	+	+	+	+		-	
Anzai e.a. (2002)	+	+	+	+	+	-	+
Meder e.a. (1998)	+	+ / -	+	-			
Kopelowicz e.a. (2003)			+	+	+ / -	+	+
Cormier e.a. (1995)	+	+	+	+			
Wallace e.a. (1992)	+	+	+	+			
Stenberg e.a. (1998)					-		+/-
Schaub e.a. (1998)	M: -					M: -	
	S: +				S: +	S: +	

+ = significant effect
 - = geen significant effect
 + / - = deels wel en deels geen significant effect

Resultaten studies

Onderzoek Marder e.a. (1996)

- Effecten: verbetering vaardigheden, ook bij follow-up; verbetering sociaal functioneren en vermindering relapse /terugval (bij hoogste risicogroep)
- De vermindering van relapse treedt op bij cliënten met suboptimale medicatie. Bij cliënten met een goede medicatie-instelling zijn er geen significante verschillen geconstateerd.
- Positieve effecten in sociaal functioneren treden vooral op bij patiënten die een combinatie kregen van medicatie en LM
- De effecten treden vooral op bij patiënten die op jonge leeftijd (< 24) schizofrenie krijgen en relatief beperkt zijn in het sociale verkeer
- Ook patiënten met veel positieve en negatieve symptomen kunnen hun vaardigheden verbeteren

Onderzoek Liberman e.a. (1998)

- Effecten: sociaal functioneren verbetert wel en niet: *wel* bij living skills / woonvaardigheden (ILSS), maar *niet* bij sociale activiteiten (Social Activities Scale), kwaliteit van leven (LqoL) en zelfwaardering (Rosenburg Self Esteem Scale); er is geen verbetering in psychopathologie
- Casemanagers spelen een belangrijke rol in de generalisatie van vaardigheden naar het alledaagse leven.

Onderzoek Eckmann e.a. (1992)

- Effecten: kennis en vaardigheden verbeteren, ook bij follow-up; geen verbetering in psychopathologie
- Gemiddelde en duur van de effecten op kennis en vaardigheden hangen niet samen met de psychopathologie. Echer het betreft relatief stabiele ambulante cliënten, dus het is de vraag of deze uitkomst ook voor de groep met ernstige problematiek geldt.

Onderzoek Anzai e.a. (2002)

- Effecten: kennis en vaardigheden verbeteren, ook bij follow-up; geen verbetering in psychopathologie; vermindering van het aantal ziekenhuisdagen
- Er is een negatief verband gevonden tussen de ziekteduur enerzijds en de verbetering (ook op langere termijn) van kennis en vaardigheden anderzijds, met andere woorden patiënten met langdurige psychiatrische problematiek hebben minder profijt van de modules.

Onderzoek Meder e.a. (1998)

- Effecten: kennis en vaardigheden verbeteren bij nameting, zowel bij Liberman modules als bij groepseducatie.
- Bij follow-up is de verbetering in kennis nog gedeeltelijk significant, de vaardigheden zijn terug op het beginniveau (nulmeting).
- Tegenvallende resultaten bij follow-up zijn volgens auteurs te wijten aan gebrek aan boostersessies en gebrekkige stimulans door hulpverleners in de dagelijkse praktijk.

Onderzoek Kopelowicz e.a. (2003)

- Effecten: vaardigheden en sociaal functioneren verbeteren, symptomen (psychopathologie) en heropnames verminderen (na 9 maanden: LM 5,1% t.o.v.

controle groep 22,2%), ook bij follow-up; geen verbetering in kwaliteit van leven, medicatietrouw en belasting mantelzorgers.

- 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 te gebruiken.

Onderzoek Cormier e.a. (1995)

- Effecten: kennis en vaardigheden verbeteren, ook bij follow-up

Onderzoek Wallace e.a. (1992)

- Effecten: kennis en vaardigheden verbeteren, ook bij follow-up.
- Hoewel klinische patiënten met ernstiger problematiek lager scores, is hun verbetering ook significant (ook bij follow-up). Wel is bij deze groep meer herhaling van de modules noodzakelijk.

Onderzoek Stenberg e.a. (1998)

- Effecten: bij follow-up is de opnameduur verminderd (LM 4,9 -> 2,6 weken, controlegroep 6,6 -> 20,1 weken); geen verbetering in functioneren, kwaliteit van leven en aantal opnames

Onderzoek Schaub e.a. (1998)

- Effecten: Bij nameting is er geen effect van de medicatie module op kennis, noch op psychopathologie. De symptomen module laat verbeteringen zien op het terrein van kennis, psychopathologie (met name negatieve symptomen) en psychosociaal functioneren.

Conclusie

Uit de studies komt overtuigend naar voren dat de Liberman modules de kennis en vaardigheden op het terrein van symptoombeheersing en medicatiegebruik verbeteren, ook op langere termijn. Bovendien blijken cliënten veelal in staat te zijn de verworven vaardigheden toe te passen in de dagelijkse praktijk, met name wanneer ze hiertoe gestimuleerd worden door hun directe omgeving (hulpverlener) en wanneer de informatie regelmatig herhaald wordt (boostersessies).

Ook zijn er sterke aanwijzingen dat de modules een bijdrage leveren aan het voorkomen van een terugval of van heropname, hetgeen belangrijke doelen van de eerste twee modules zijn. Minder overtuigend is het bewijs dat de modules leiden tot een verbetering in het sociaal functioneren en de kwaliteit van leven van cliënten. Sommige studies vinden wel effecten op dit terrein, andere studies niet. Tenslotte blijken de modules in de meeste gevallen geen effect te hebben op de psychopathologie.

De modules blijken geschikt te zijn voor een brede groep ambulante en klinische cliënten met schizofrenie of een aanverwante stoornis die redelijk gestabiliseerd zijn. Er zijn enkele aanwijzingen dat cliënten met langdurige en ernstige psychiatrische problematiek wat minder baat hebben bij de modules. In de literatuur wordt geen melding gedaan over het bereik van de modules binnen de instelling.

Literatuur

Geïnccludeerde studies

Anzai N, S Yoneda, N Kumagai, Y Nakamura, E Ikebuchi, RP Liberman (2002). Training persons with schizophrenia in illness self-management: a randomized controlled trial in Japan. *Psychiatric Services*, 53, 5, 545-547.

Cormier H, G Leblanc, F Picher, L Lachance. Results of a clinical trial of the symptom and medication modules in schizophrenia (1995). *Schizophrenia Research*, 15, 146 (abstract).

Eckman TA, WC Wirshing, SR Marder, RP Liberman, K Johnston-Cronk, K Zimmerman, J Mintz (1992). Technique for training schizophrenic patients in illness self-management: a controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 149, 11, 1549-1555.

Kopelowicz A, R Zarate, VG Smith, J Mintz, RP Liberman (2003). Disease Management in Latinos with schizophrenia: a family-assisted, skills training approach. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 2, 211-227.

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

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.

Meder J, M Morawiec, M Sawicka (1998). Evaluation of the Medication Management Module in Poland. *International Review of Psychiatry*, 10, 62-66.

Schaub A, B Behrendt, HD Brenner (1998). A multihospital evaluation of the Medication and Symptom Management Modules in Germany and Switzerland. *International Review of Psychiatry*, 10, 42-46.

Stenberg JH, IP Jääskeläinen, R Røyks (1998). The effect of symptom self-management training on rehospitalization for chronic schizophrenia in Finland. *International Review of Psychiatry*, 10, 58-61.

Wallace CJ, RP Liberman, SJ MacKain, G Blackwell, TA Eckman (1992). Effectiveness and replicability of modules for teaching social and instrumental skills to the severely mentally ill. *American Journal of Psychiatry*, 149, 5, 654-658.

Overige studies

Arends J, Bvd Vleugel, Bv Meijel (2000). De Liberman-modules: een beschrijving van de mogelijkheden van zelfmanagement. In: *Rehabilitatiestrategieën bij schizofrenie en langdurig zorgafhankelijke patiënten*. G Pieters & Mvd Gaag (red.). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Bellack AS (2004). Skills training for people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27, 4, 375-391

Brandt-Dominicus JC, Vvd Velde (2005). *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie. Richtlijn voor de diagnostiek, zorgorganisatie en behandeling van volwassen cliënten met schizofrenie*. Utrecht: Trimbos-instituut & Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.

Chambon O, M Marie-Cardine, A Dazord (1996). Social skills training for chronic psychotic patients: A French study. *European Psychiatry*, 11 (Suppl 2), 77s-84s.

Chandler D, R Quinlivan (2000). Social skills training modules in an intensive community support program. *Administration and policy in mental health*, 27, 4.

Dilk MN, GR Bond (1996). Meta-analytic evaluation of skills training research for individuals with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 6, 1337-1346.

Goulet J, P Lalonde, G Lavoie, F Jodoin (1993). Effets d'une éducation au traitement neuroleptique chez de jeunes psychotiques. *Revue Canadienne de Psychiatrie*, 38, 8, 571-573.

Granholm E, JR McQuid, F Simjee, LA Auslander, D Perivoliotis, P Pedrelli, T Patterson, DV Jeste (2005). A randomized controlled trial of cognitive behavioral social skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 162: 520-529.

Hayes RL, WK Halford, FT Varghese (1995). Social skills training with chronic schizophrenic patients: effects on negative symptoms and community functioning. *Behavior therapy*, 26, 433-449.

Heinssen RK, RP Liberman, A Kopelowicz (2000). Psychosocial skills training for schizophrenia: lessons from the laboratory. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 1, 21-46.

Hogarty GE, CM Anderson, DJ Reiss, SJ Kornblith, DP Greenwald, RF Ulrich, M Carter (1986). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. I One-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Archives of General Psychiatry*, 43, 633-642.

Hogarty GE, CM Anderson, DJ Reiss, SJ Kornblith, DP Greenwald, RF Ulrich, M Carter (1991). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. II Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Archives of General Psychiatry*, 48, 340-347.

Liberman RP, TA Eckman (1989). Dissemination of skills training modules to psychiatric facilities. Overcoming obstacles to the utilisation of ea rehabilitation innovation. *British Journal of Psychiatry*, 155 (suppl. 5).

MacKain SJ, TE Smith, CW Wallace, A Kopelowicz (1998). Evaluation of a community re-entry program. *International Review of Psychiatry*, 10, 76-83.

Mueser KT, PW Corrigan, DW Hilton, B Tanzman, A Schaub, S Gingerich, SM Essock, N Tarrier, B Morey, S Vogel-Scibilia, MI Herz (2002). Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatric Services*, 53, 10, 1272-1284.

Nosé M, C Barbui, M Tansella. (2003). How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programmes? A systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 1149-1160.

Pilling S, P Bebbington, E Kuipers, P Garety, J Geddes, P Martindale, G Orbach, C Morgan (2002). Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychological Medicine*, 32, 783-791.

Rosotto E, DA Wirshing, RP Liberman (2004). Enhancing treatment adherence among persons with schizophrenia by teaching community reintegration skills. *Psychiatric Services*, 55, 1, 26-27.

Wallace CJ, RP Liberman (1985). Social skills training for patients with schizophrenia: a controlled clinical trial. *Psychiatry Res.*, 15, 3, 239-247.

Xiong W, MR Phillips, X Hu, R Wang, Q Dai, J Kleinman, A Kleinman (1994). Family-based intervention for schizophrenic patients in China. A Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 165, 239-247.