Maastricht University *Leading in Learning!*

Neurorevalidatie bij hersenletsel: geneeskunde of psychologie?

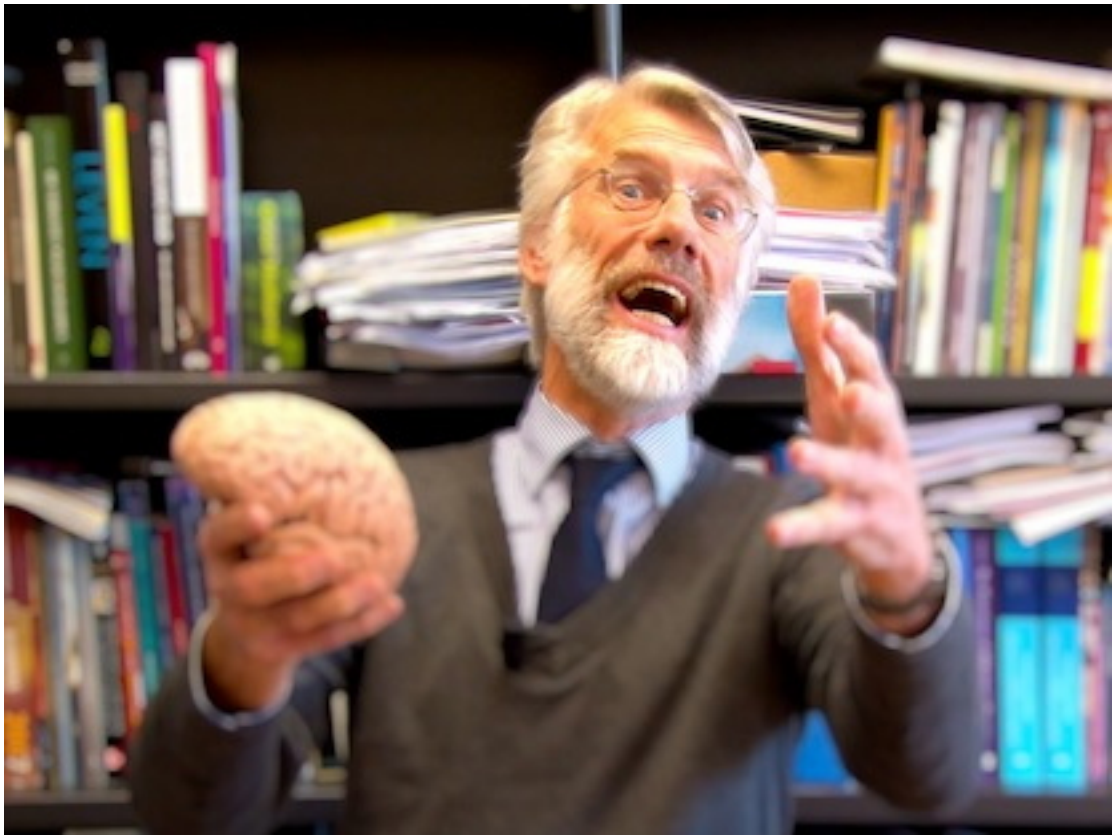
Najaarsconferentie Afasienet, Zeist, 6 oktober 2018

Rudolf Ponds, klinisch neuropsycholoog
Hoogleraar/afdelingshoofd Medische Psychologie MUMC
Afdeling Hersenletsel, Revalidatiecentrum Adelante

Expertisecentrum Hersenletsel Limburg

LOGOPEDIE
WERKT NIET

… ik ben Erik niet ….



Alles anders …

Wel geld
geen DBCs
‘leeg gebouw’
geen vastgestelde formatie
……

Wat zou u doen?…..
https://www.mentimeter.com/s/4e4ef7bc4221cde08cf6e6671cc02522/97997d108f7d/edit

- Nov 2017/Sept 2018
- Werkbezoek
  'OZL' - Ely/Cambridge
- Holistisch programma
  (dagprogramma), **GEEN ARTS**
- community
- Wat we wel weten, maar niet
  (voldoende) doen …..

Patient story:
Trust and respect
No bounderies between patient and staff, informal, no hierarchy
Support from other patients, openness
Really about me/who I am now/who I want to be (identity)
Future perspective
Family and friends
Dispair and hope
Humor and emotions
…… and some practical support (occupational, cognitive training, ….)

Patient story ⟷ **vragenlijsten / (R-)EPD**

… hebt u daarom ook zo de pest aan het (R-)EPD …

… ‘hokjes invullen’, reparatiemodel …

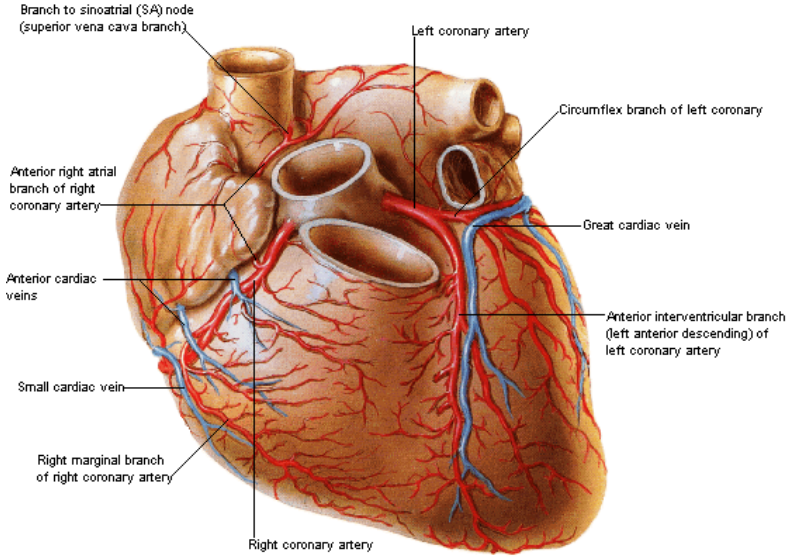
patient voor de vergadering ⟷ patient in de vergadering

… persoonstrekken, leren, bejegening, compassie ….

…….
Want dieren[1] zijn precies als mensen
Met dezelfde mensen wensen
En dezelfde mensen streken
…….

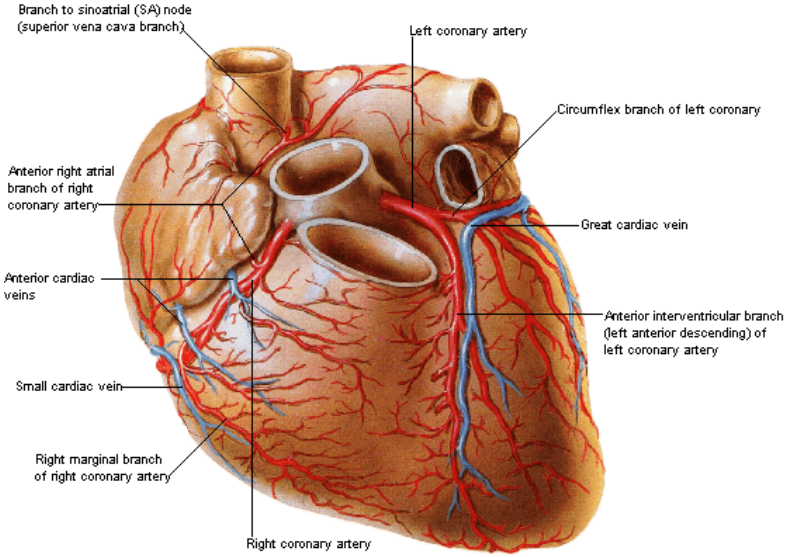
[1] … patienten met hersenletsel …

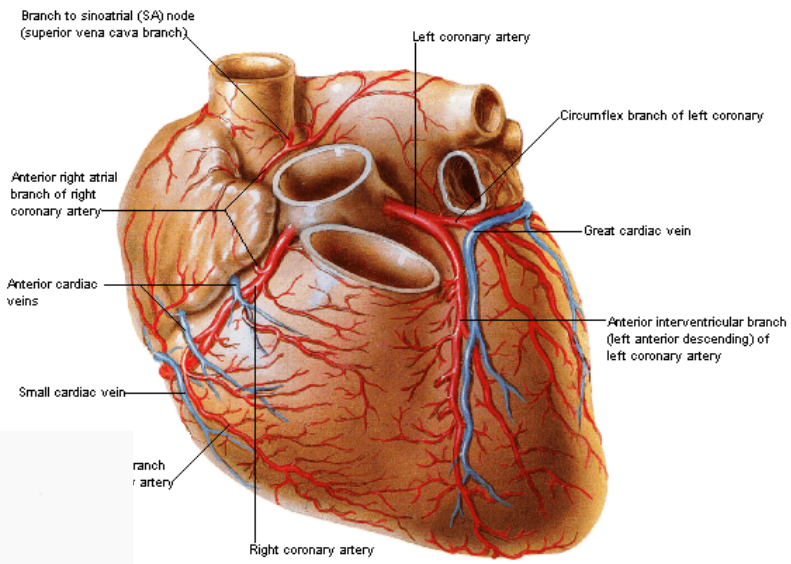
Een vreemde vraag misschien …..



☐

☑


Branch to sinoatrial (SA) node (superior vena cava branch)
Left coronary artery
Circumflex branch of left coronary
Anterior right atrial branch of right coronary artery
Great cardiac vein
Anterior cardiac veins
Anterior interventricular branch (left anterior descending) of left coronary artery
Small cardiac vein
Right marginal branch of right coronary artery
Right coronary artery

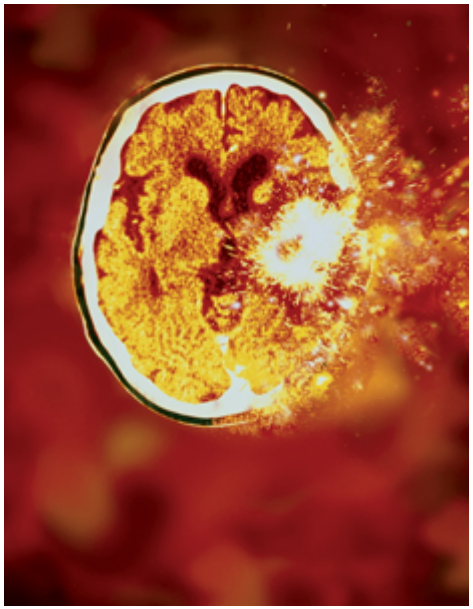


controle/nazorg tot 2 jaar na incident

coaching (… hoe omgaan met …)

leefstijladviezen

overdracht naar HA als alles stabiel is



Goed in de eerste fase
bij ernstig hersenletsel
met evidente gevolgen

Niet goed als licht/matig hersenletsel
(met niet/beperkt zichtbare gevolgen)

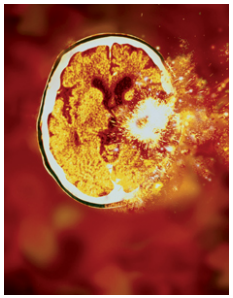
Niet goed als licht/matig hersenletsel (met niet/beperkt zichtbare gevolgen)

- signalering

- geen zorg
- onjuist zorg
- te dure (complexe) zorg

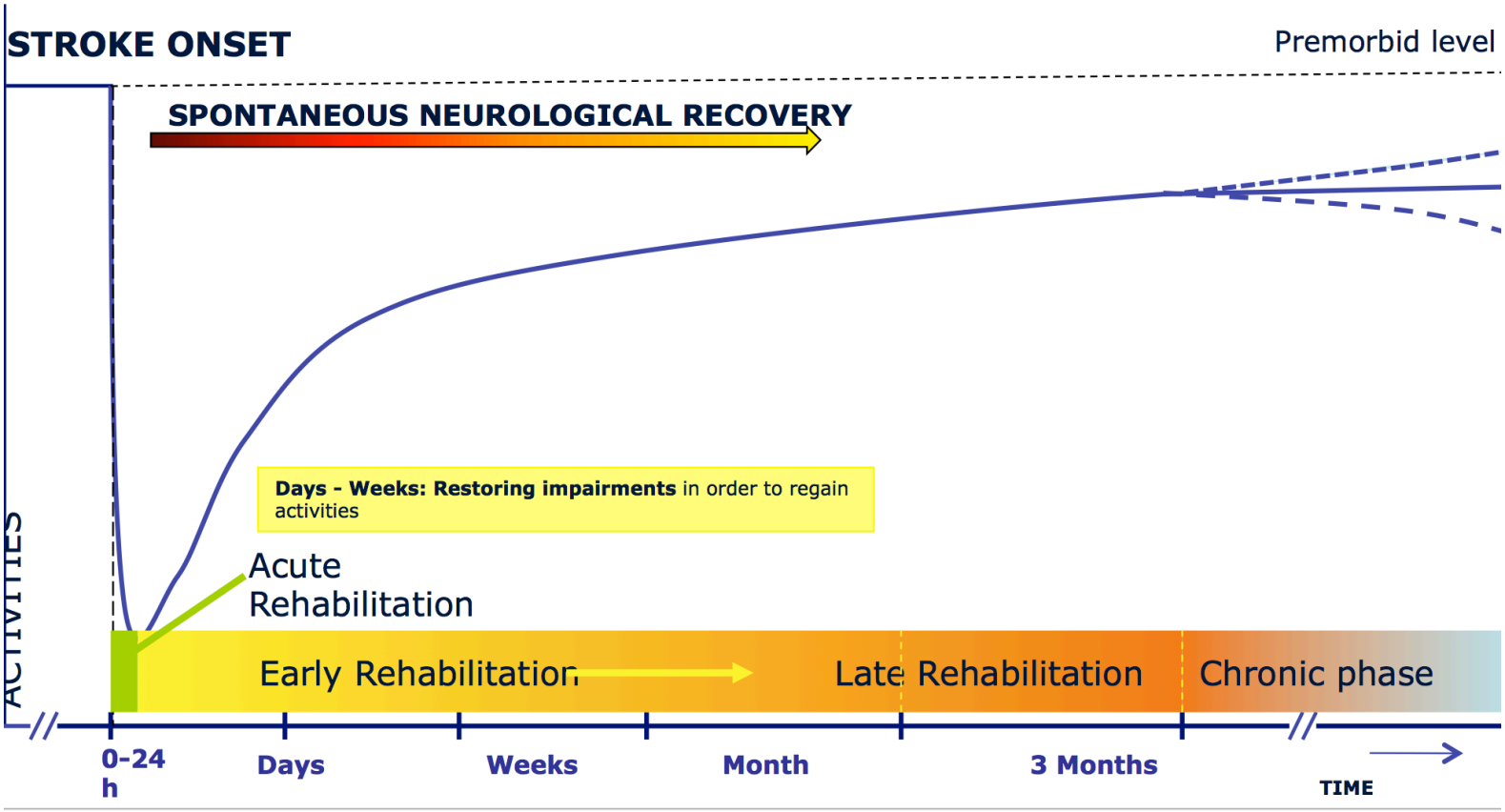
- aanbod niet transparant voor patient (wie doet wat)
- professionals werken niet voldoende samen

(rapport Navigeren naar herstel, 2011)

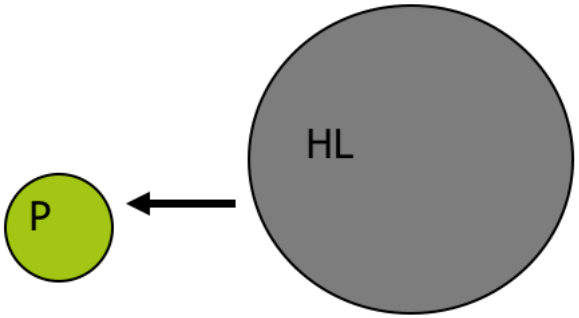


Goed in de eerste fase (accuut, bij ernstig hersenletsel met evidente gevolgen

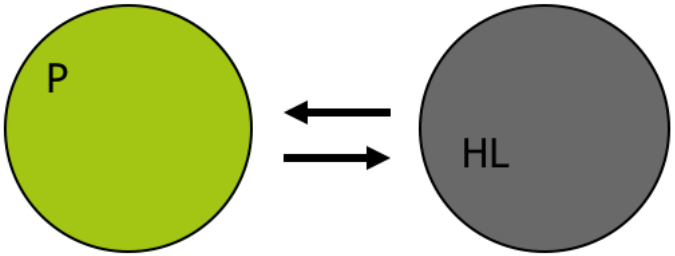
…. maar daarna ….?



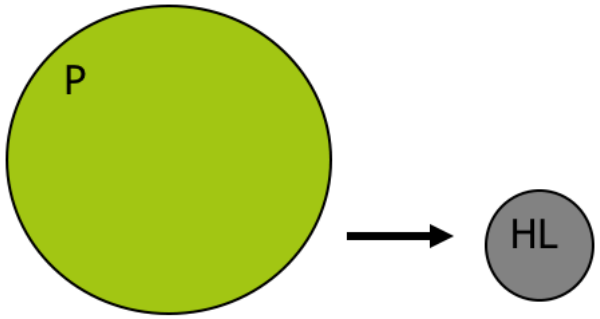
… nieuwe ‘identiteit’ …



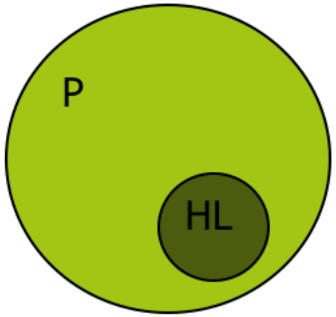
1. “Controleverlies”



2. “Strijd”



3. “Beheersing”

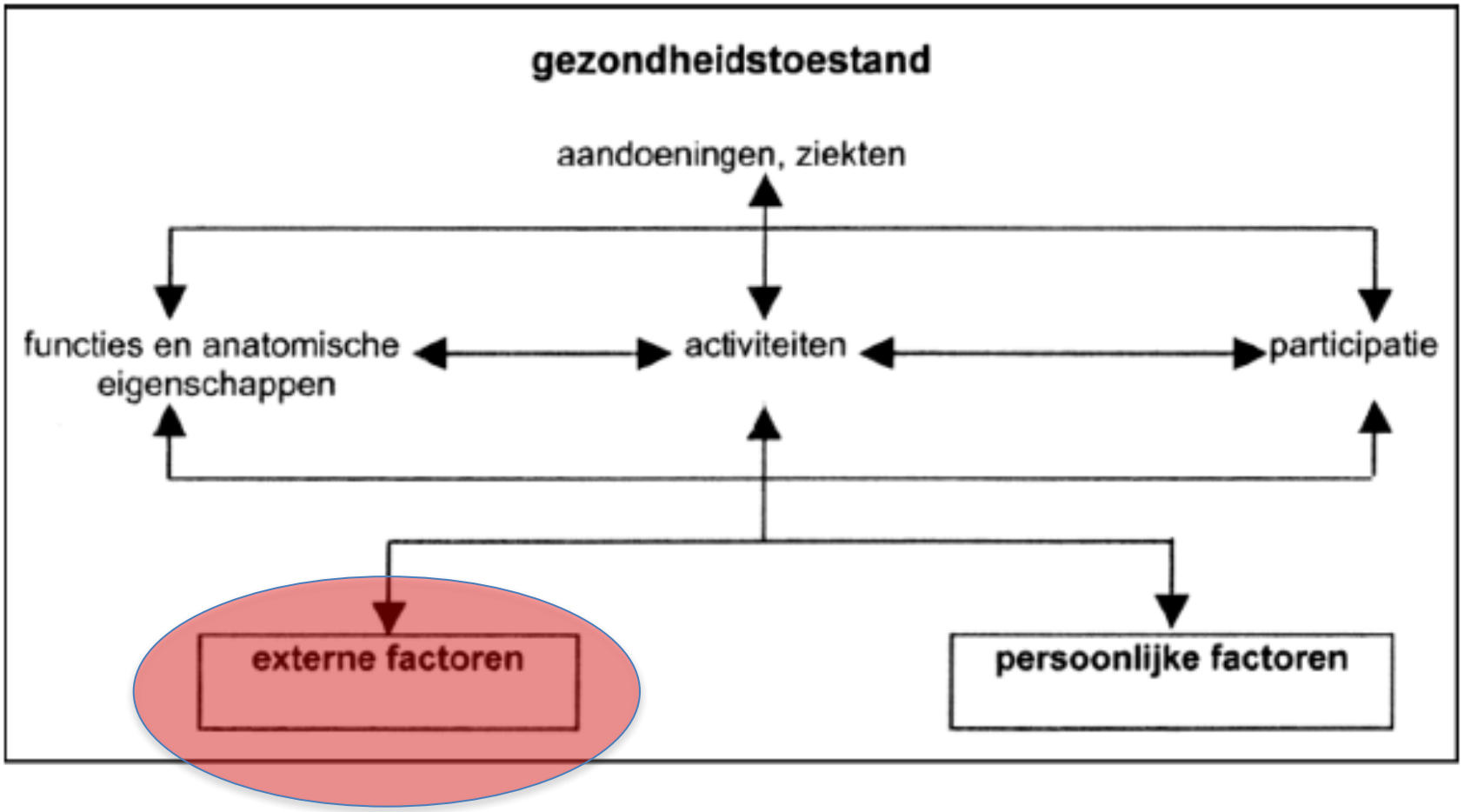


4. “Aanvaarding”

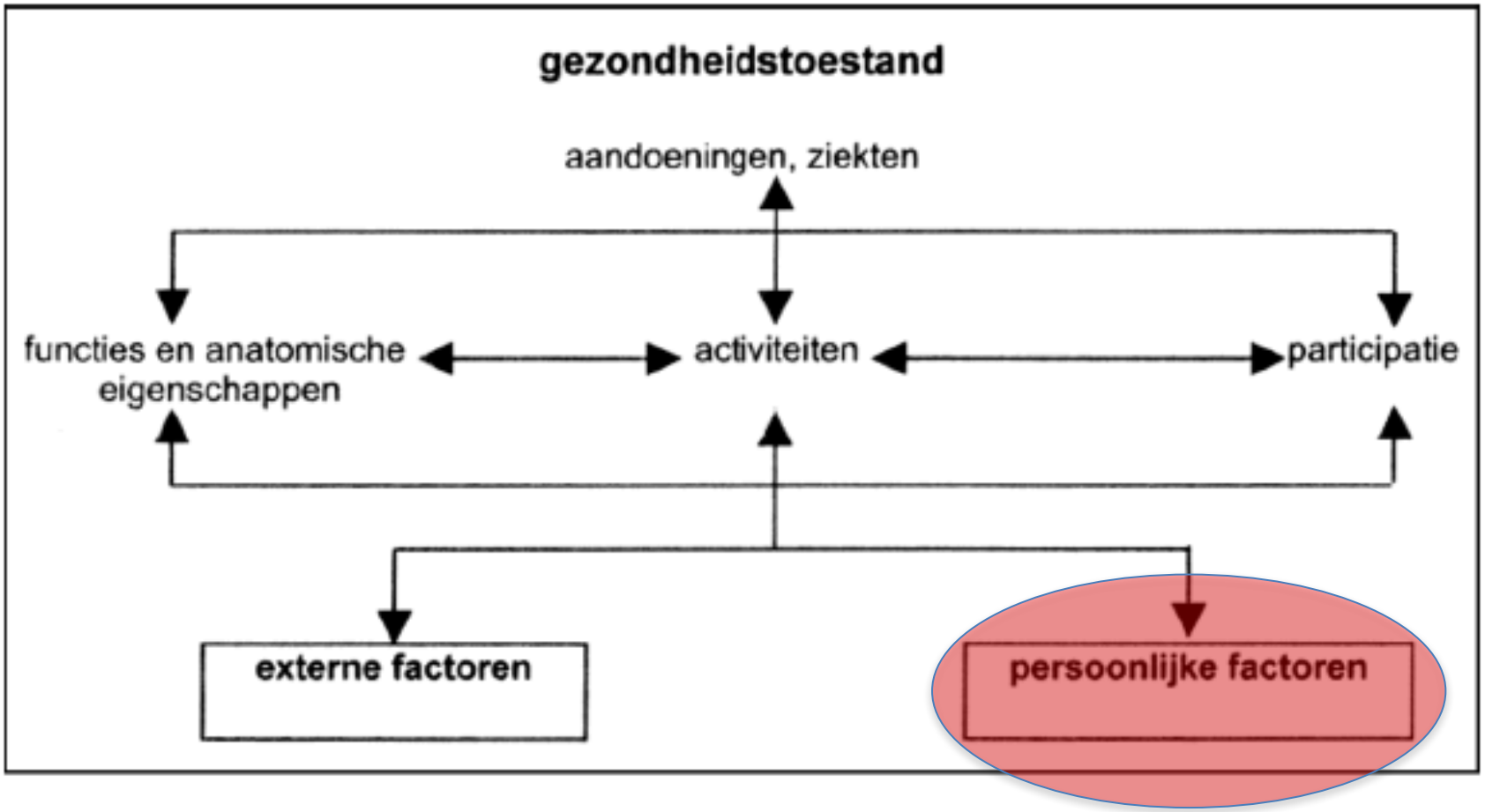
Revalidatie tot hier?:

P= persoon, HL= hersenletsel

externe factoren – hoe, voldoende

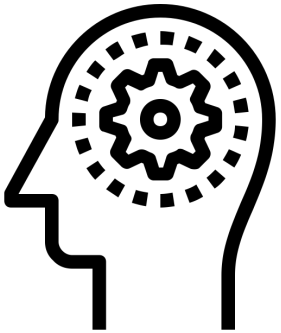


Persoonlijke factoren – hoe, voldoende



Wat weten we en wat doen we ….

‘outcome’ =



Created by Maxim Basinski
from Noun Project

+

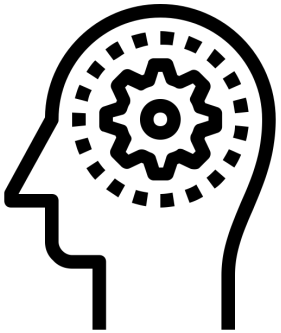
Created by Maxim Basinski
from Noun Project

+

Created by Made
from Noun Project

positie=

Wat weten we en wat doen we ….

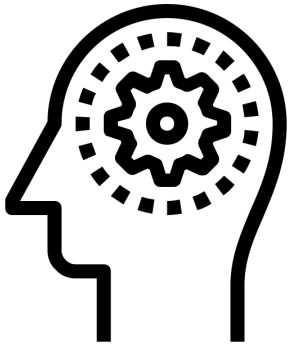
‘outcome’ = 

+

+

positie=

Wat doen we ….

‘outcome’ = 

+

+

positie =

+
+

… een poli… ex-revalidatie/toekomstige revalidatie?

- Man, 58 jaar, topzaak en topper, tong-ca. + bestraling. VG: burnout/alcohol. Vermoeid, depressief, cognitieve beperkingen, ‘gesloten’, angst voor toekomst zaak. Eega: hij ‘moet optimistisch zijn’, boos om zijn egocentrisch gedrag.
- Man, 74 jaar, aneurysma frontaal, gepensioneerd chemicus. Zelf geen klachten, ‘men zegt ik altijd gelijk wil hebben en dat klopt wel’. Eega (bekend met depressies, thans suïcidale gedachten): nog meer gesloten, geen contact, zeer dwingend, geheugenproblemen (matig inzicht – veel irritaties). Dochter 6 jaar geleden overleden, zorg over welzijn kleinkinderen (schoonzoon wil niet veel contact).
- Vrouw, 43, ‘dubieus CVA’, snel overvraagd, ‘controledwang’, cognitieve en fysieke klachten. Eega: 3 jaar geleden hersentumor, bijna overleden, nu ‘botter en killer’, advocaat – zaak kwijt, wil ‘totale vrijheid’ (neem mijn kansen), overschreeuwt pijnlijke verlies van werk en status. Verkilde relatie, hij overtroeft haar verbaal, patiënte heeft hem 2 jaar verzorgd en heeft baan verloren.

… een poli… ex-revalidatie/toekomstige revalidatie?

- Man, 29 jaar, hersentrauma (18), beschermd wonen, VG (voor trauma): drugs, kleine criminaliteit, geen inzicht, cognitieve stoornissen, agressie, externaliserend, slechte relatie met vader (inperkend), sociale werkplaats. Wil meer zelfstandigheid: conflict met zorgverleners en ouders. Relatie met zwakbegaafd meisje (samen kind van 3). Fors cannabisgebruik, agressie naar schoonouders en zorgverleners, 'ingeperkt geheugen'. Voelt zich somber en niet begrepen (krijg geen kans). Ernstig 'zorgprobleem'.

- Man, 34 jaar, elektrocutie, cognitieve klachten. Perfectionist, harde werker, arbeidsintegratie-adviseur. Terugkeer werk? Lost alles alleen op, boos op werkgever (gaat me lozen), angst verlies baan, cognitieve klachten en dwangmatigheid nemen toe, wil 'oefenen'. Eega: 'oh, oh, … ons huis!!!!.

- Man, 54 jaar, klein lacunair infarcts, 'conversief' geheugenverlies (ook autobiografisch geheugen), angstige vermijdende man. Eega: steeds minder accepterend, patiënt valt ook meer 'door de mand', ontloopt verantwoordelijkheid. Recent NPO/experiment: evident malingeren (1). Vrouw: waarom, boos, zojuist baan verloren, onenigheid met kinderen (wel 'organisch').

… MUMC – einde zorgtraject CVA…

CVA nazorgpoli MUMC 2012-2013 - eindevaluatie CVA zorgtraject

N = 168, 50% man en 50% vrouw
LFT: gemiddeld 70 jaar (39-98)
Tijd sinds CVA: 8 maanden (1-36)

		Patient	Partner
- Vermoeidheid		80%	
- Cognitie	(> 3 klachten/problemen)	90%	95%
- Emotie	(> 3 klachten/problemen)	91%	95%
- Belasting voor partner	(hoog)		25%

Artikel in de Limburger (jan 2014) over CVA nazorg – problemen na 1 jaar!

… de fijne kantjes zijn er vanaf …

… hoe kun je nog altijd moe zijn …

… voor deze man heb ik niet gekozen ….

… hij wil niets meer met me ondernemen …

… vroeger engelengeduld, nu altijd kwaad…

… zij is zo kil geworden …

… is zo vaak somber of angstig …

… denkt alleen aan zichzelf …

… sterke relatie is wel nodig …

… tegenpool van wie hij ooit was …

… stoort zich aan alles en dat hoor je …

…. klachten/problemen lange termijn ….

- Cognitieve problemen: aandacht, geheugen, plannen
- Vermoeidheid
- Emotionele labiliteit
- Affectvervlakking
- Verhoogde prikkelbaarheid
- Euforie/manie
- Angst- en spanningsklachten
- Depressiviteit, stemmingsklachten
- Dwangstoornissen (obsessiviteit, compulsiviteit)
- Decorumverlies, sociaal onaangepast gedrag
- Impulsiviteit, agressie
- Verminderde initiatiefname, apathie/inertie
- Ontremming (verbaal, sexueel, eten/drinken)
- Aanpassingsproblemen (‘rollen’)
- ……..

… predictoren voor herstel ?…

Predictoren zijn de opmaat voor vroege interventies !

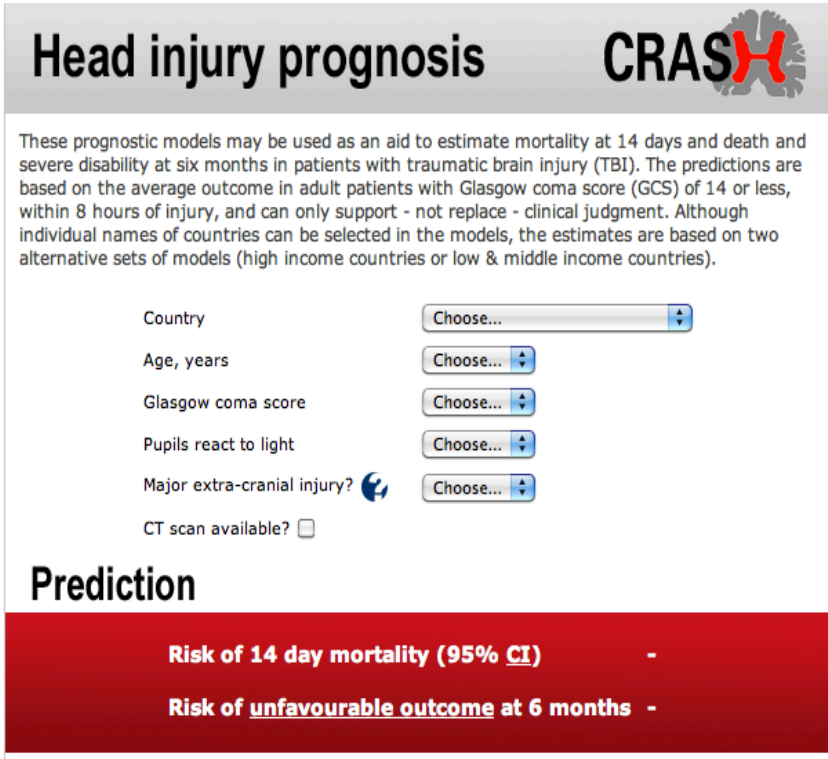
Outcome: vooral wonen, werk, fysiek functioneren …
veel minder psychisch welbevinden (patiënt, naasten)

Usual suspects:
- SES
- Leeftijd
- IQ
- Gezondheid
- Coping
- Cognitie
- Ernstmaten letsel
- ……

Meer aandacht voor:

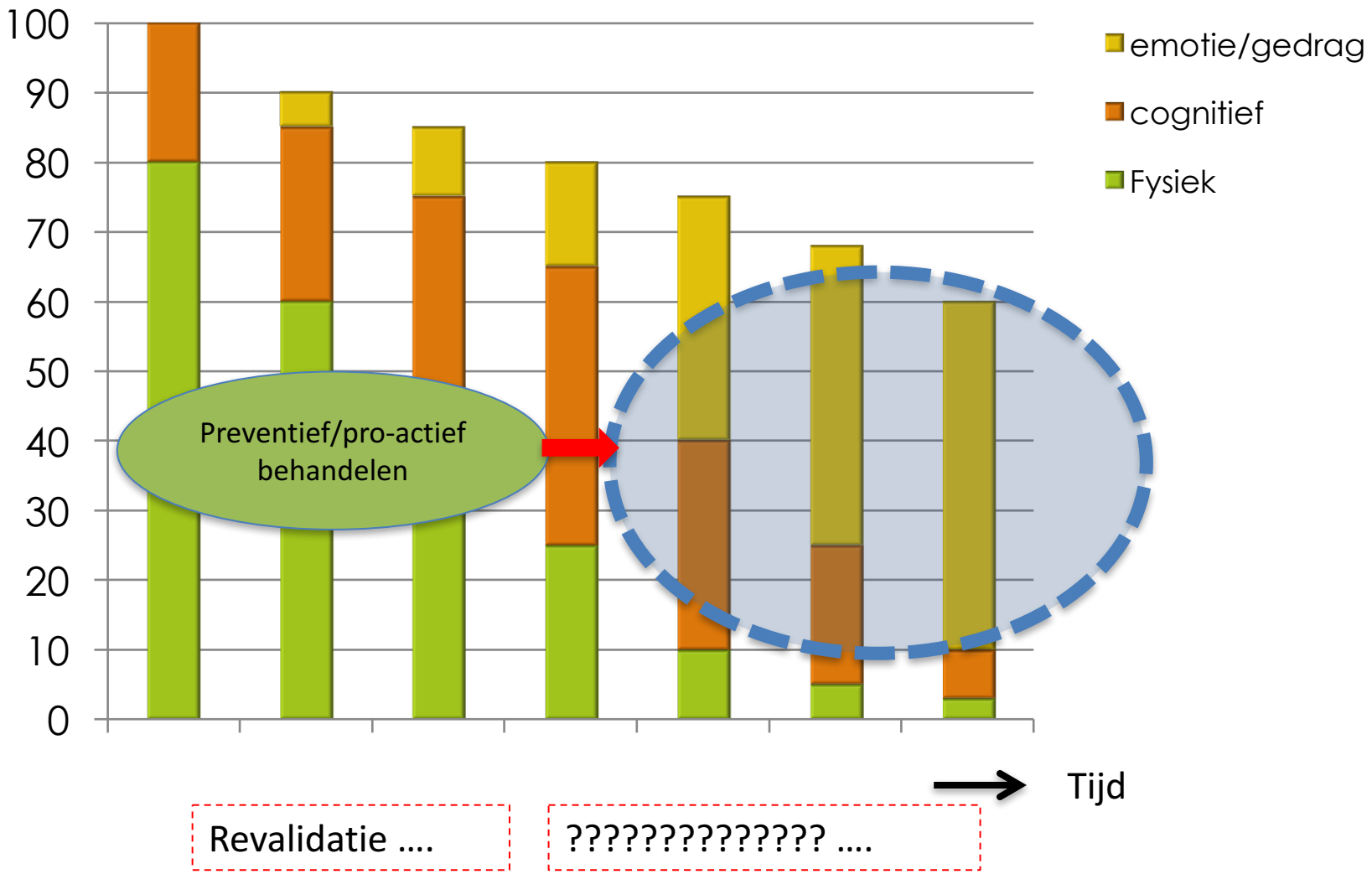
→ Psychisch en cognitief functioneren op lange termijn (daar gaat het uiteindelijk om!)

→ Beinvloedbare predictoren hiervan (verwacht vooral persoonlijke factoren en externe omgeving)



… rationale…

Ervaren problemen in de tijd na hersenletsel



Alles anders …

De grootste 2 veranderingen in de zorg …..

Wat had u zo bedacht ……

https://www.mentimeter.com/s/4e4ef7bc4221cde08cf6e6671cc02522/689be65266f9/edit

Alles anders …

Meten: Experience sampling!

Kijk nou: daar ligt nog een echte Stroop in de vitrine …..

groen	geel	groen	geel	rood	rood	blauw
geel	blauw	geel	rood	groen	groen	blauw
groen	blauw	blauw	groen	groen	blauw	rood
geel	groen	groen	blauw	groen	rood	geel

M-health

Vragenlijsten en test: gevoelig voor recollectiebias, moment van de dag, fase ziekte, emotionele toestand, schuivende ankerpunten, etc ….

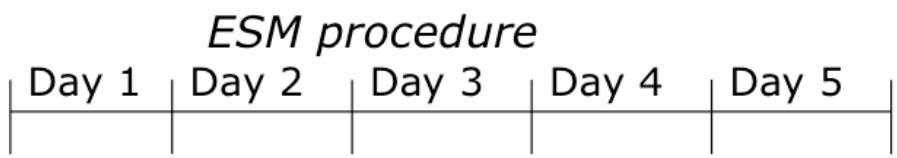
Geen relatie met alledaags functioneren / context

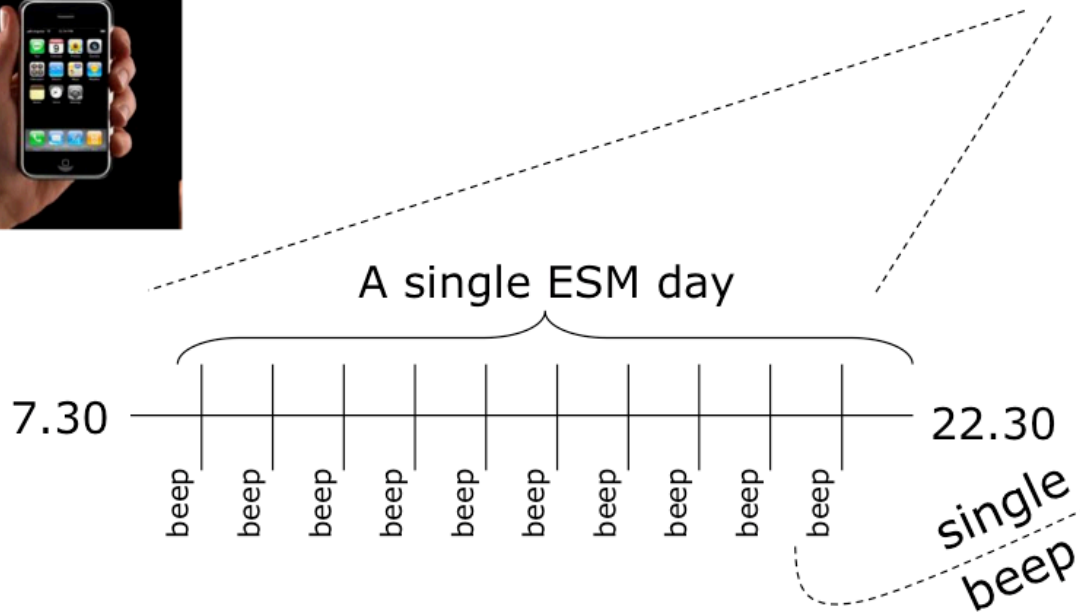
Experience Sampling Method: meten/feedback in alledaagse context (Germeys, van Os, cs – MHeNS/UM)

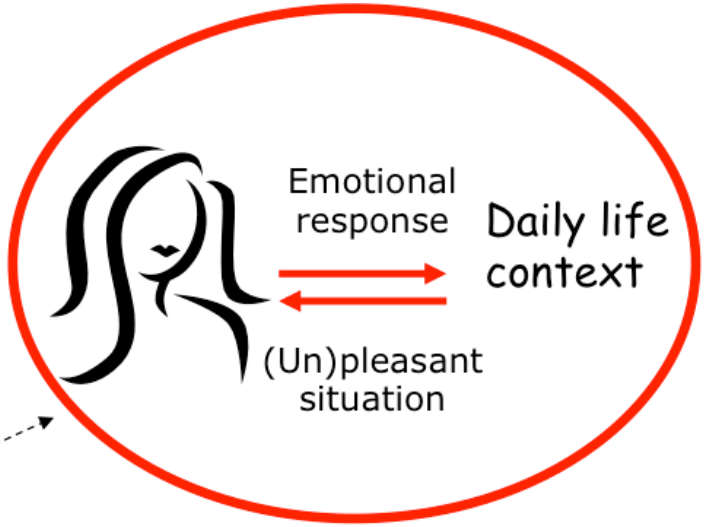
Bv. PsyMate

- meten in alledaagse context (affect, cognitie, activiteit, bij wie, stress …)

- geen bias, vertekening zoals bij interview, vragenlijst

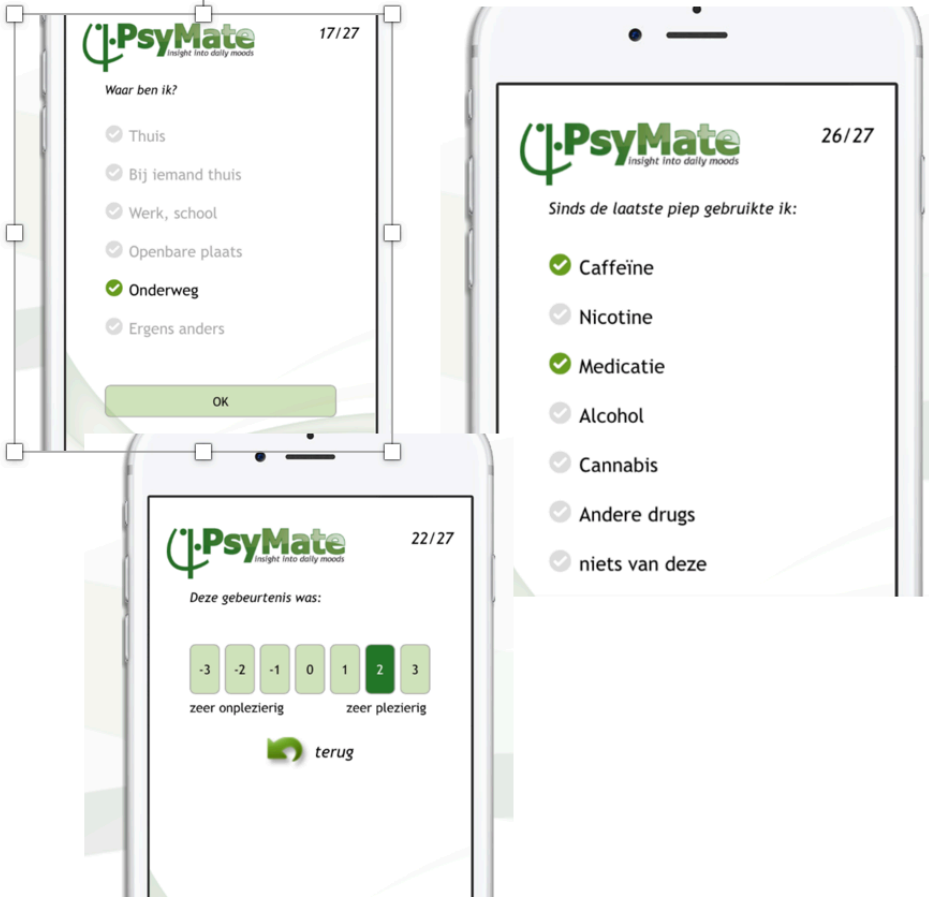


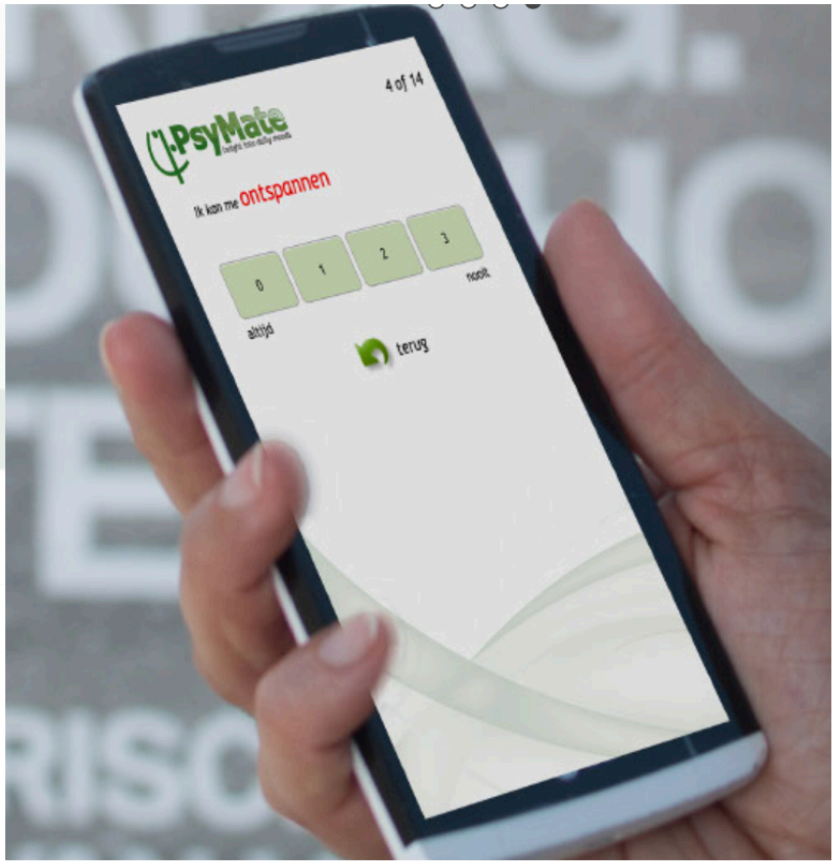


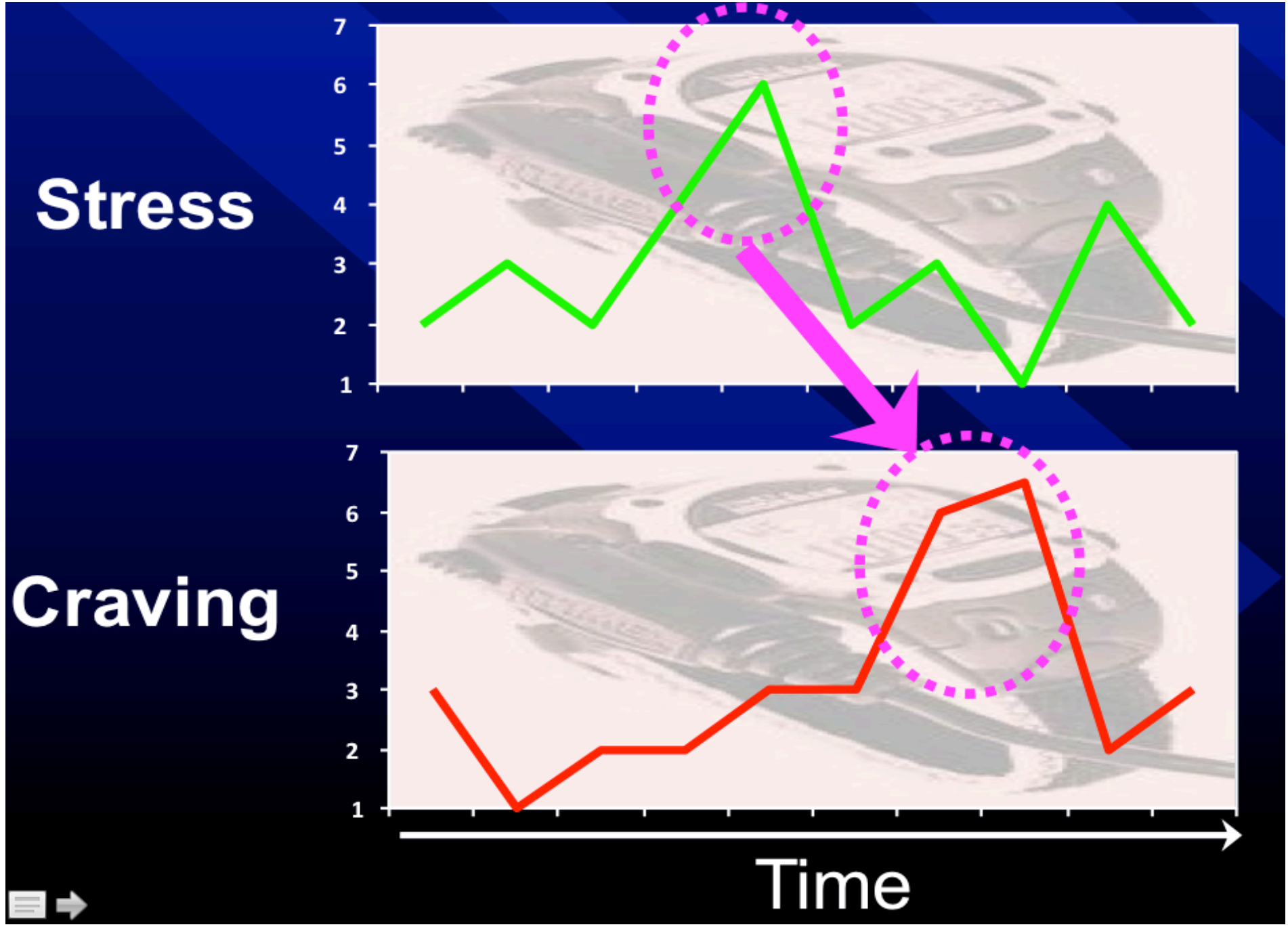


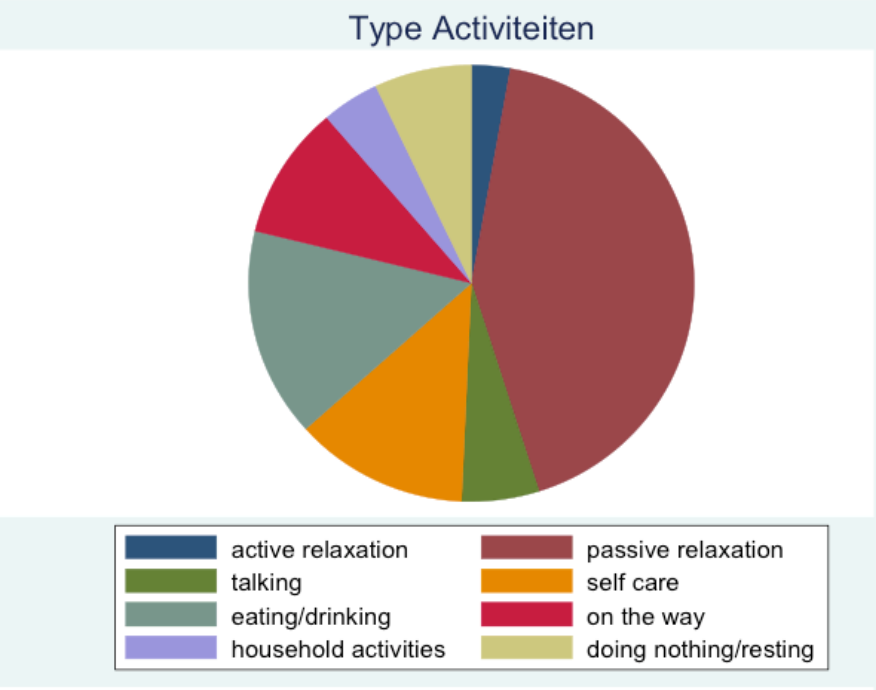
Assessment of daily life person-context interactions

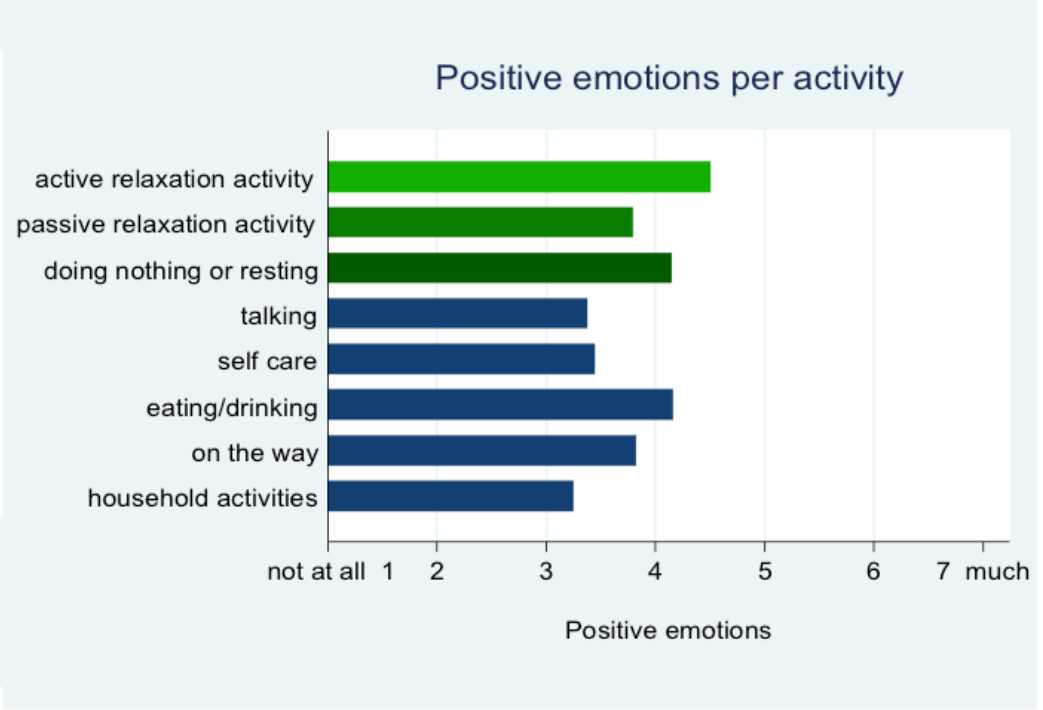
Experience Sampling Methodology (PsyMate/Neuromate)





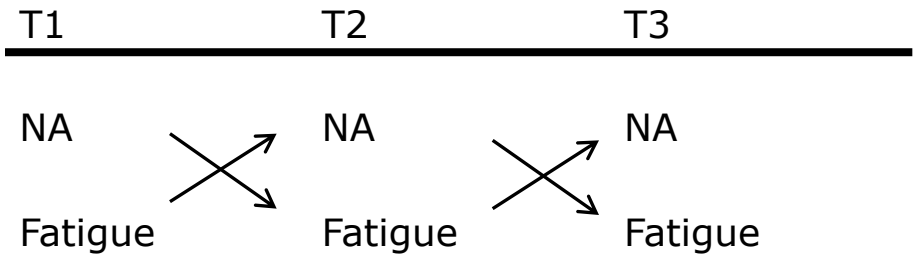

Stress
7
6
5
4
3
2
1
Craving
7
6
5
4
3
2
1
Time


Type Activiteiten
active relaxation
passive relaxation
talking
self care
eating/drinking
on the way
household activities
doing nothing/resting

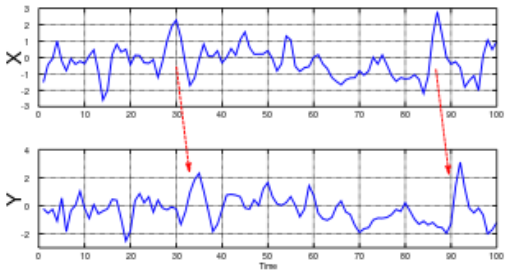

Positive emotions per activity
active relaxation activity
passive relaxation activity
doing nothing or resting
talking
self care
eating/drinking
on the way
household activities
not at all
1
2
3
4
5
6
7
much
Positive emotions

Fatigue and NA using ESM

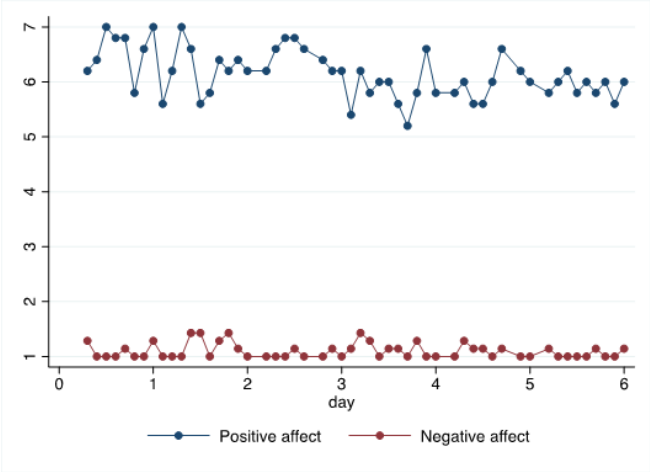
Assessment of temporal relations

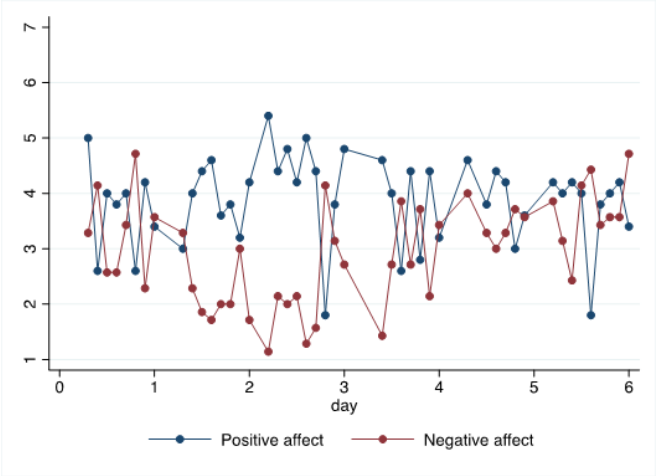


'Grangercausality'
(likely causal sequence)



Day-to-day fluctuiations of positive and negative affect in 2 caregivers





M-health:

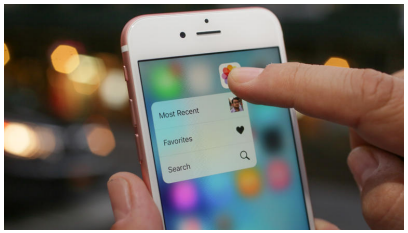
toepassing bij veel patiëntengroepen (GGZ en niet-GGZ), mantelzorgers

- stressgevoeligheid in relatie activiteit, tijd, stemming
- medicatie-effecten direct meten
- stressreacties bij mantelzorgers in relatie tot gedrag patiënt, context
- invoegen cognitieve taak (korte RT), dagschommelingen
- relatie moeheid en disfunctioneren
- ……

Future??

personalized web-based direct interventions
(computer algorithms ….)

→"… you better take a break now/rest of the day …."
→"… try to phone somebody …."
→"… go shopping …"



Alles anders …

Symptoomvaliditeit: van exclusie … naar inclusie behandeling

Uitstapje: onderpresteren en overrapporteren

De te eenvoudige dichotome ‘werkelijkheid’ (DSM-IV)

	bewust/intentioneel	motief
malingeren	ja	extern (geld, straf, ..)
ingebeelde stoornis	ja	intern (ziekte-rol, aandacht, …)
‘somatoforme/cognif orme stoornis’	nee	intern (stress, conflict, …

Twee belangrijke problemen:

1. Bewust/niet bewust: glijdende schaal
2. Motief: niet altijd duidelijk, moet worden ‘afgeleid’

SVTs meten gedrag, geen motief!

1. ‘bewust’ → ‘onbewust’: van other-deception naar self-deception)

Jureidini & Taylor (2002):

… some individuals become so deeply involved in their role of pretending to be sick that they lose sight of the conscious origins of their role-playing behaviour …

Stone (2009):*… exaggeration to convince … (’cry for help’)*

Merckelbach & Merten (2012): *… due to cognitive dissonance, malingered symptoms may become internalized, such that the symptoms are subjectively experienced as real …*

Merckelbach, Jelicic, Pieters (2010)*: …. restschade van eerder veinzen (zwakke individuele introspectie)*

Merckelbach, Jelicic, Pieters (2010)

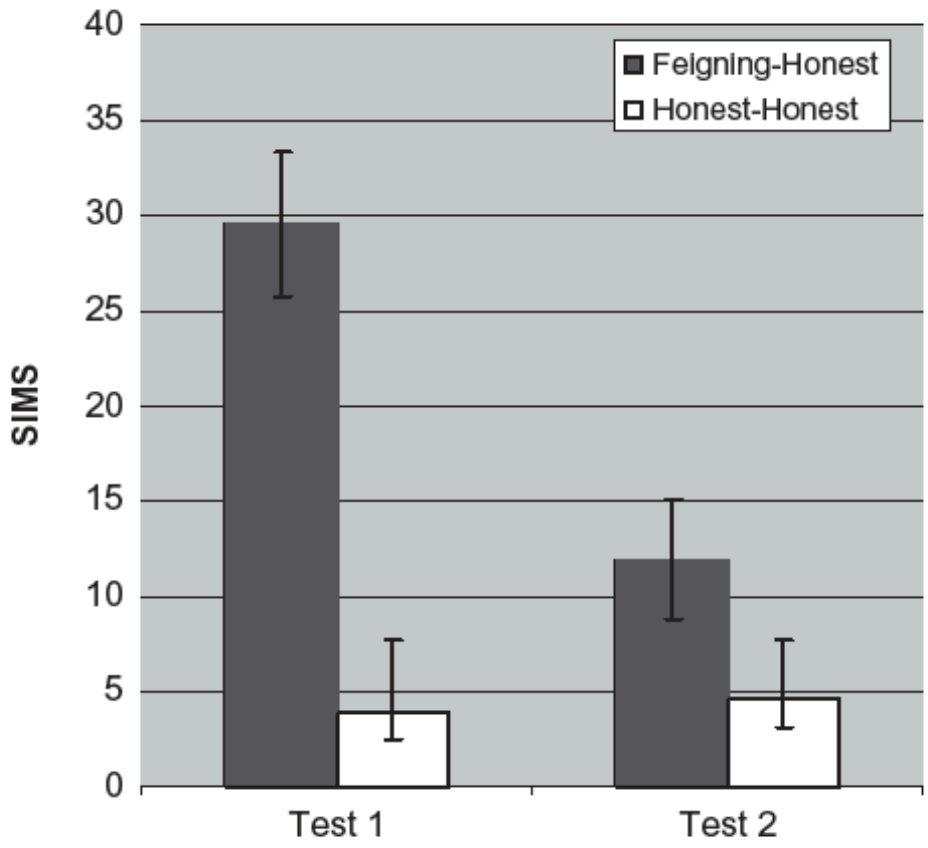
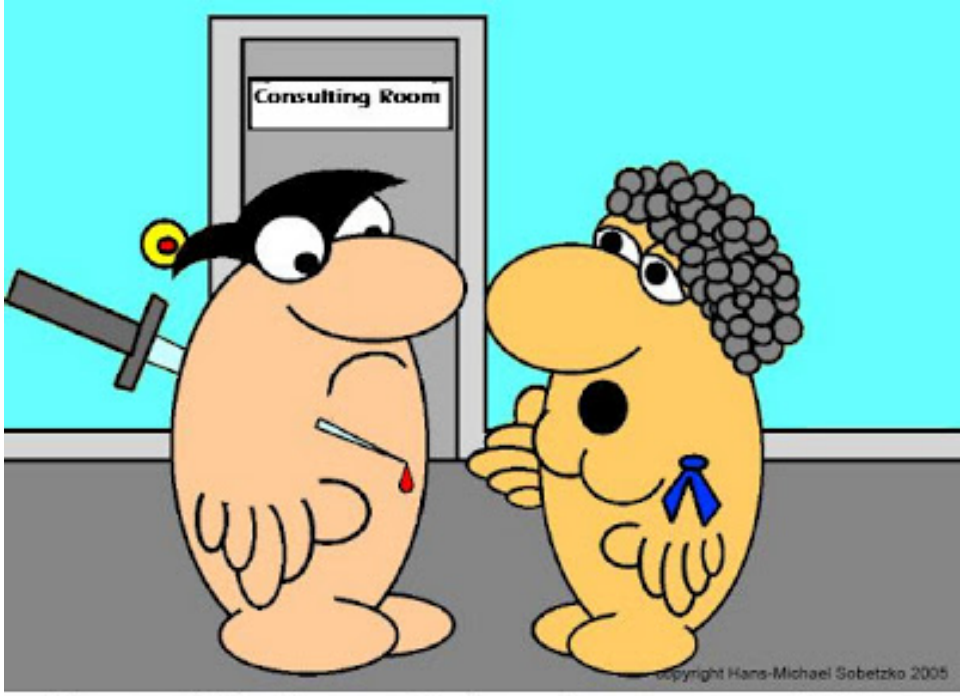


Figure 1. Mean SIMS (Structured Inventory of Malingered Symptomatology) scores of the feigning–honest (n = 17) and the honest–honest (n = 14) groups.

(2) ‘Diagnosis threat’

(Suhr and Gunstad, 2005)



The psychologist says it depends on your convictions, your attitudes and your illness behavior whether it causes pain or not.

(a) suggestie van ziekte/oorzaak en bijbehorende symptomen(bv ‘whiplash-folder’)

(b) ‘bezorgd’ en ‘verzorgend’ gedrag vanuit omgeving (ook dokters!)

(a)+(b): versterking ziekteovertuiging en bijbehorende symptomen

(3) ‘alexithymie’ en ‘gebrek aan mentaliseren’

koppelen emoties (zelf/ander) aan gedrag/symptomen

(”ik heb buikpijn van de spanning”)

emoties onvoldoende kunnen herkennen/beschrijven

+

niet kunnen linken aan ‘interne toestand’ (externe orientatie)

symptoom miskwalificatie en amplificatie

SVT: ontwikkeling

symptoomvaliditeit = 'malingeren' (…boef)

symptoomvaliditeit als 'calibratie' onderzoek

symptoomvaliditeit als ziektegedrag met verschillende onderliggende dynamieken

symptoomgedrag als ziektegedrag + interventie
(en daarmee preventie – minder zorgconsumptie)

van belang voor hele werkveld van de klinische psychologie

Alles anders …

Functieherstel:

‘cogmed-like’ – problematisch

- combi met ADL
- motiverend / krachtige placebo!

complex gaming ?

Virtual Reality ?

Electische stimulatie/tMS/ .. (?)

Alles anders …

Compensensatie: was ok, blijft ok

cognitie: voor de ergo, cogntief trainer …

Alles anders …

En wat doet de neuro<u>psycholoog</u> straks: ?

… wat doe ik nu… terug naar de patienten

Problemen (overwegend late gevolgen):
(Premorbide) persoonlijkheid, angst toekomst (wat kan ik nog,
zoeken naar houvast, nieuwe identiteit), depressieve klachten,
Prikkelbaarheid, inzicht beperkt, relatie- en gezinsproblemen,
……. relatief weinig aandacht voor cognitieve klachten

Therapie:
cognitieve revalidatie, cognitieve gedragstherapie, psycho-educatie, systeemther
In elk geval 'eclectisch', ….??? of is dit nu neuropsychotherapie???

Protocollair:
Slechts op onderdelen (bv. psycho-educatie dementie), eindpunten niet altijd sch

Psychotherapie – veel kennis en kunde:

3 generaties gedragstherapie:

- leertheorie/exposure
- cognitieve gedragstherapie
- acceptance & commitment/mindfulness

relatie – en gezinstherapie

directieve en oplossingsgerichte therapie

……

maar ‘omkatten’ is nog geen sinecure …..

De cliënt bij psychotherapie:

…. gemotiveerd …. klachten goed kan verwoorden … besef van de ernst …. op zoek naar antwoorden en oplossingen …. zoekt oorzaak vooral bij zichzelf … kan reflecteren op eigen gedrag/gevoelens …. voorstelling maken van nieuwe scenario's (wat als …) …. opdrachten worden goed uitgevoerd …. informatie goed onthouden …. begrijpt impact van eigen gedrag op omgeving …. voor/nadelen goed afwegen … 3 kwartier gefocusseerd in gesprek … partner is kalm en ondersteunend …

De patiënt bij neuro-psycho-therapie:

…. gemotiveerd? …. klachten goed kan verwoorden? … inzicht? in de ernst …. op zoek? naar antwoorden en oplossingen …. zoekt oorzaak vooral bij zichzelf?? … kan reflecteren??? op eigen gedrag/gevoelens …. voorstelling? maken van nieuwe scenario's (wat als …) …. opdrachten? worden goed uitgevoerd …. informatie? goed onthouden …. begrijpt impact? van eigen gedrag op omgeving …. voor/nadelen goed afwegen? … 3 kwartier gefocusseerd? in gesprek … partner is kalm? en ondersteunend? …

geen sinecure, nog maar weinig onderzoek

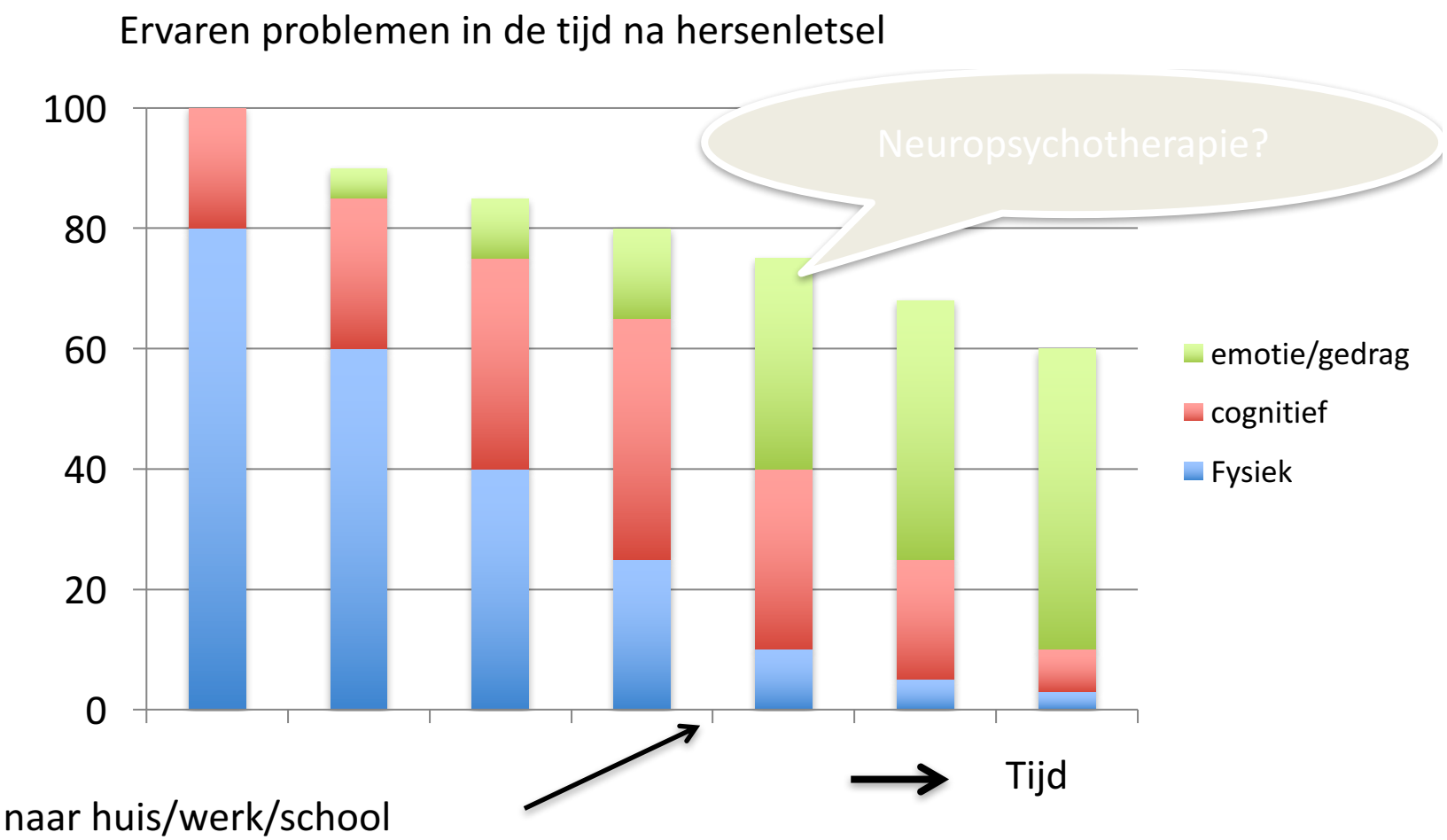
Stand van zaken …

- Behandeling cognitieve stoornissen
  - relatief veel onderzoek, 20-30 jaar, groepsstudies
  - matig-voldoende evidence-based (Cirerone)
  - sterke focus op één stoornis
- Behandeling niet-cognitieve stoornissen (emotie & gedrag)
  - weinig onderzoek, 10-15 jaar, veel single-case
  - nauwelijks evidence-based, meer ‘best clinical practice’
  - Multi-insteek al dan niet gecombineerd met medicatie

Klinische praktijk:

vooral vraag begeleiding/behandeling niet- cognitieve problemen

Wanneer is (neuro)psychotherapie aan de orde?



Waarvoor neuropsychotherapie?

- Emotionele labiliteit
- Affectvervlakking
- Verhoogde prikkelbaarheid (rol van vermoeidheid!)
- Euforie/manie
- Angst- en spanningsklachten (secundair?)
- Depressiviteit, stemmingsklachten (secundair?)

- Dwangstoornissen (obsessiviteit, compulsiviteit)
- Decorumverlies, sociaal onaangepast gedrag
- Impulsiviteit
- Agressie
- Verminderde initiatiefname, apathie/inertie
- Ontremming (verbaal, sexueel, eten/drinken)
- Perseveratie, stereotypie, imitatiegedrag

Verandering karakter?

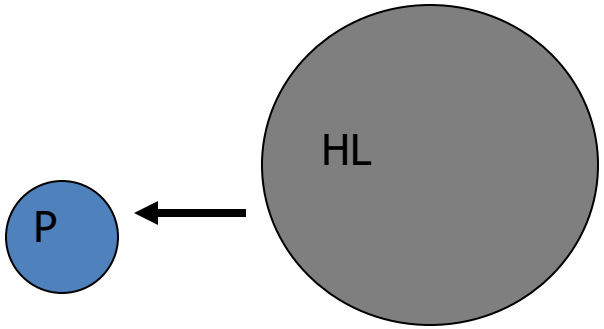
… (neuro)psychotherapie uniek ? …

Ook uniek:

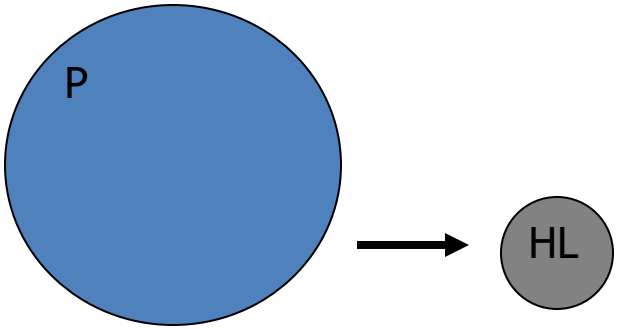
specifieke thema's die bijna altijd tegelijkertijd aan bod moeten komen

1. een nieuwe identiteit
2. cognitieve stoornissen die het leren beperken
3. ziekte-inzicht
4. acceptatie
5. neuro-educatie
6. systeem
7. ADL functioneren
8. cognitieve revalidatie (training en compensatie)

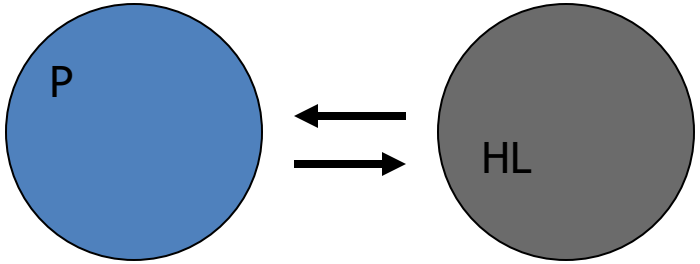
… nieuwe ‘identiteit’ …



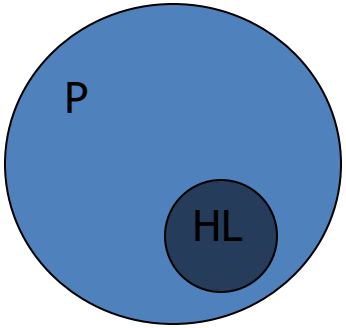
1. “Controleverlies”



3. “Beheersing”



2. “Strijd”



4. “Aanvaarding”

P= persoon, HL= hersenletsel

… cognitieve stoornissen …

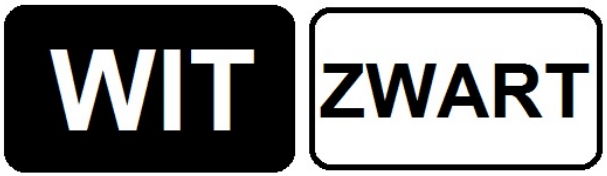
Aandacht, geheugen, planning en evaluatie, taalbegrip, …..

1. praktische aanpassingen (veel bekend):

   memorecorder, tekeningen, teksten, huiswerk,
   korte sessies, minder onderwerpen, herhaling, ….

2. is leren/veranderen mogelijk (nauwelijks onderzoek):

   zelfreflectie, abstract denken, zwart-wit/rigide denken,
   externaliseren, TOM …?



… leren …

Tabel 1. Diverse interventies en eisen die hierbij worden gesteld aan het vermogen tot leren bij de patiënt (Gross en Schutz, 1986)

Vermogen tot / Interventie	Leren	Generalisatie	Zelf-monitoring*	Doelen stellen	Verandering op het gebied van
Omgevingsaanpassing					Gedrag
S-R conditionering	x				Gedrag
Vaardigheidstraining	x	x			Vaardigheid
Strategie-substitutie	x	x	x		Vaardigheid
Cognitieve cyclus	x	x	x	x	Attitude

* Selfmonitoring heeft hier betekenis op het het kunnen monitoren door de patient van zijn eigen leerproces.

Neuropsychotherapie?

ziekte-inzicht …

Heb ik een probleem dan?

- inzicht niet gelijk voor alle restverschijnselen of levensgebieden

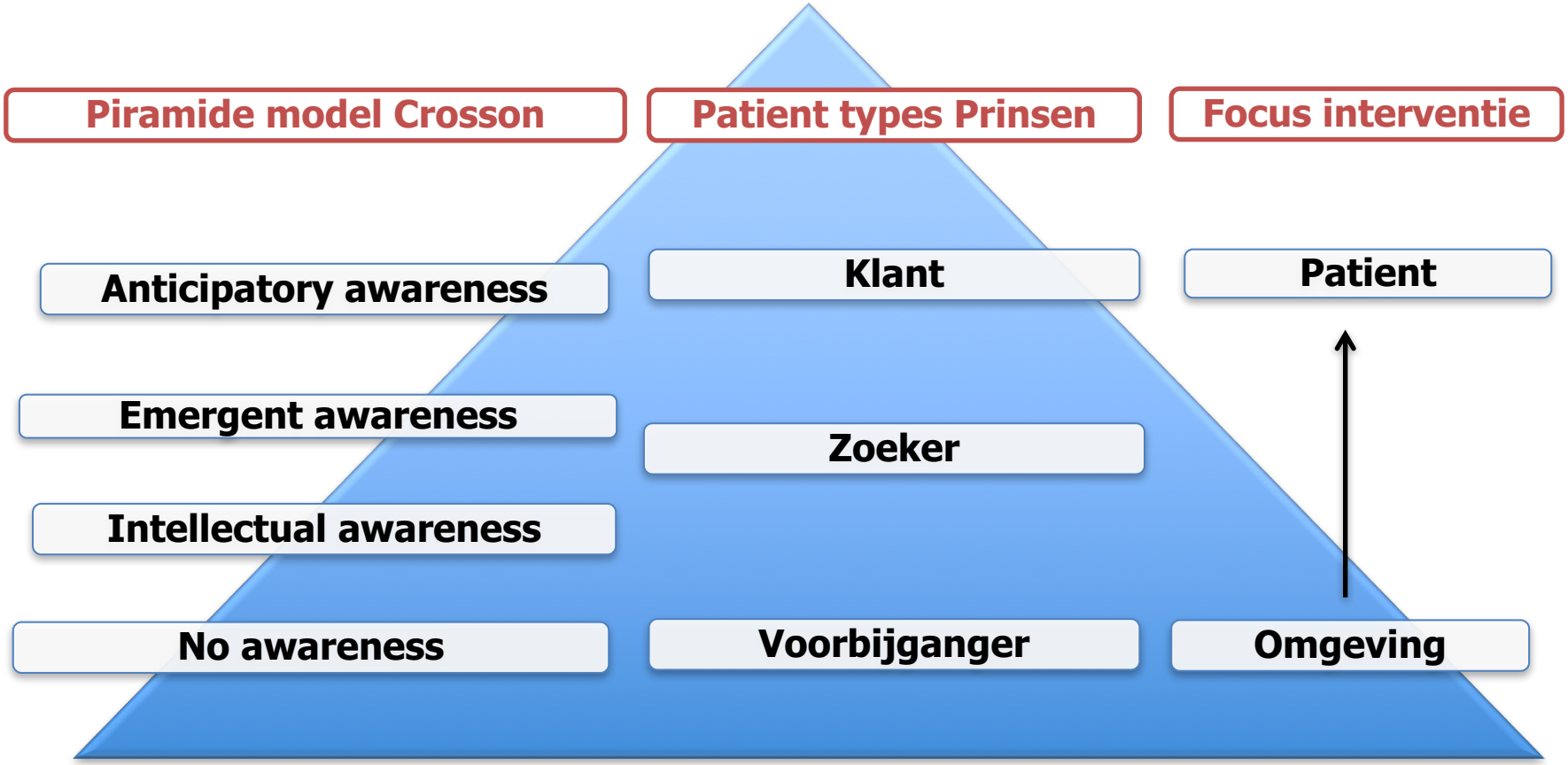
bv - fysieke beperkingen wel, cognitieve en gedragsproblemen niet

- niet meer de administratie, wel autorijden

Wie heeft het probleem?

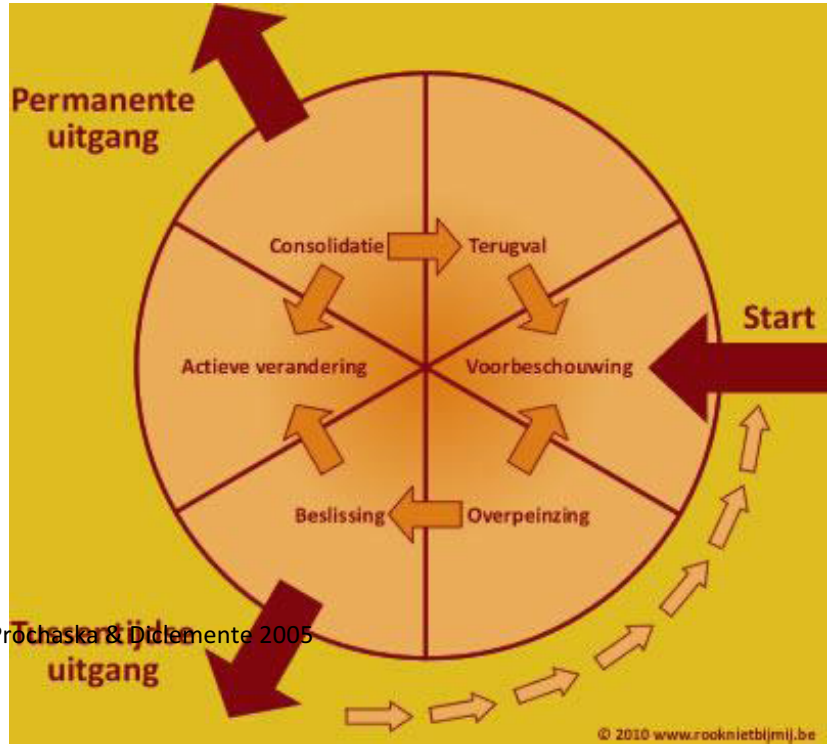
- “sinds mijn hersenletsel is mijn vrouw ook nog zo veranderd”
- “ik kan er niet mee leven, hij wel”

… ziekte-inzicht …



… acceptatie van het onverwachte …

- Vaak pas na stoppen revalidatie (… zolang ik train is er hoop …)
- Ik kan iets niet meer → verliesverwerking → acceptatie = verandering
- Oude oplossingen volstaan niet meer, ik ‘accepteer’ nieuwe oplossingen
- Motivational interviewing:
  - Socratische dialoog
  - Interne motivatie versterken voor verandering
  - Identificeren van betekenisvolle doelen



Prochaska & Diclemente 2005

… educatie …

- Onderschat niet hoe weinig mensen weten, ook na vele dokters en xx-logen
- Veronderstel niet dat patiënt en omgeving hetzelfde denken en weten
- Onderschat niet hoe moeilijk het is ingewikkelde dingen eenvoudig uit te leggen
- Er beklijft maar een ‘fractie’, zorg dat het de juiste fractie is
- Kracht van metaforen
- Zie voorlichtingsmateriaal ACHN (protocollen website)
- ……..

… systeem …

Altijd: (1) systeem lijdt mee
(2) systeem als co-therapeut
(3) systeem als ‘contra-therapeut’:

Niet-adaptieve verzorgers:

niet begrijpen of accepteren
confronteren of negeren, hoge mate van Expressed Emotions
(kritisch, overbetrokken → versterkt probleemgedrag)

Verzorgende verzorgers:

nemen zoveel mogelijk uit handen van de patiënt
sterk gericht op praktische zaken, zien partner als patiënt/kind

Onderstenende verzorgers:

aanpassen aan niveau patiënt, patiënt is primair partner
superviseren ipv overnemen
kalmte, geduld

… alledaagse functies …

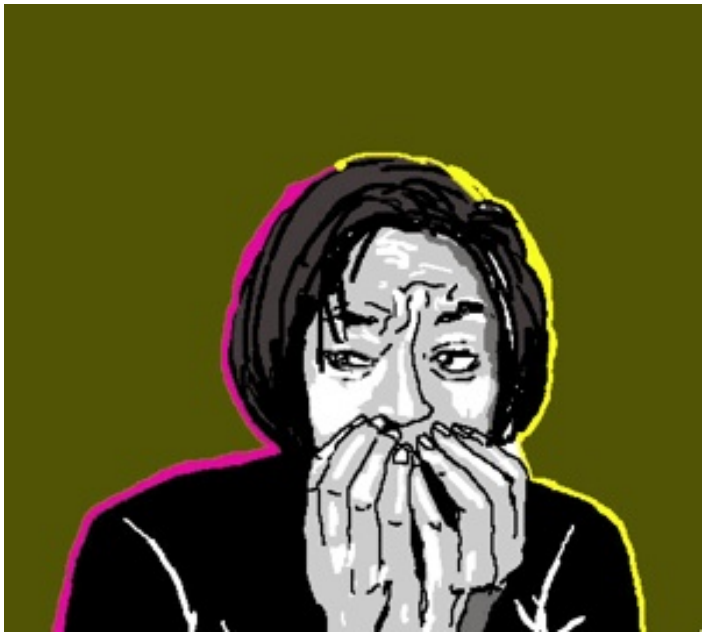
Verbeteren ADL functioneren, i.h.b. cognitieve aspecten

- Kan erg ondersteunend zijn voor patiënt, zelfredzaamheid
- Cognitieve training: compensatie of functietraining (bv WM training

Bruikbare psychotherapievormen

Gedragstherapie ‘oude stijl’

- bv. exposure in vivo of imaginair bij vermijding (als CGT geen optie is)
- vrijwel geen onderzoek



Bruikbare psychotherapievormen

Cognitieve gedragstherapie

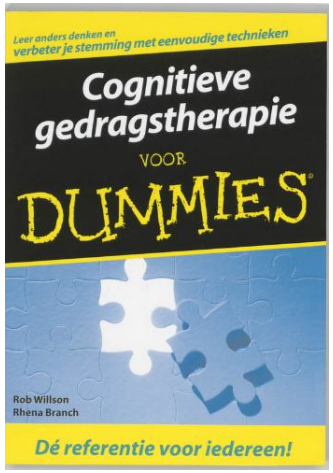
Hersenletsel genereert vaak negatieve cognities over toekomst/zelf

Prototypische denkfout: catastroferen over wat men niet meer kan

Denkpatronen veranderen

Biedt veel structuur, “schematisch” en stapsgewijs

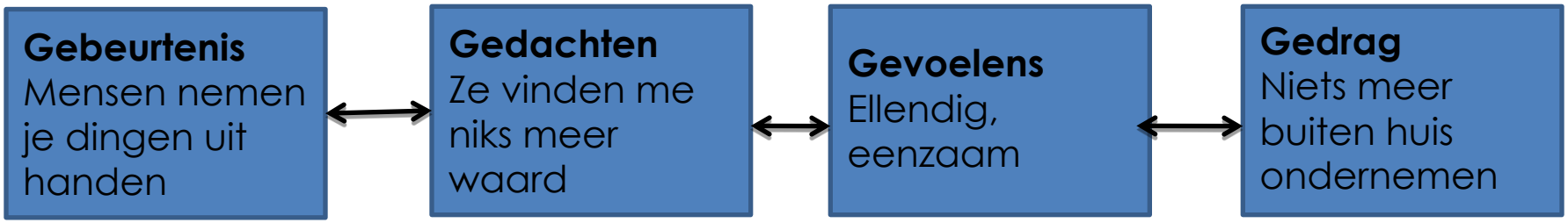
Vrijwel geen onderzoek bij NAH



Bruikbare psychotherapievormen

Cognitieve gedragstherapie: veel ‘light versies’ mogelijk

bv. 4 G schema:



Uitdagen:

Vraag 1: Wat is het effect van mijn gedachten op mijn gevoel en gedrag?

Vraag 2: Is wat ik denk echt waar? Of kan ik ook anders tegen die gebeurtenis aankijken?

Vraag 3: Hoe zou ik willen reageren (gewenst gevoel en gedrag)?

Vraag 4: Welke realistische gedachten kunnen mij

Bruikbare psychotherapievormen

Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

- Pogingen het probleem te controleren/op te lossen

  werkt niet, leren accepteren

- Leren openstellen voor alle ervaringen en gevoelens die zich voordoen
- Vanuit perspectief IK-HIER-NU zaken bekijken
- Exploreren kernwaarden van de patiënt en de obstakels voor het naleven ervan.
- Patiënt wordt gestimuleerd om zijn/haar waarden en doelen na te streven ongeacht vervelende emoties en/of gedachten

Acceptatie is lastig na lang gericht te zijn geweest op verbetering/verandering (geldt voor patiënt zelf, familie, behandelaren) – daarvoor lijkt ACT een goede optie

Bruikbare psychotherapievormen

ACT versus CGT

CGT: focus op controleren van gedachten en gevoelens

versus

ACT: focus op leren leven met gedachten, voelen/ervaren van emoties en lichamelijke sensaties zonder oordeel/vermijding.

CGT: veranderen vorm/frequentie gedachten en gevoelens

versus

ACT: veranderen functie gedachten en gevoelens

Bruikbare psychotherapievormen

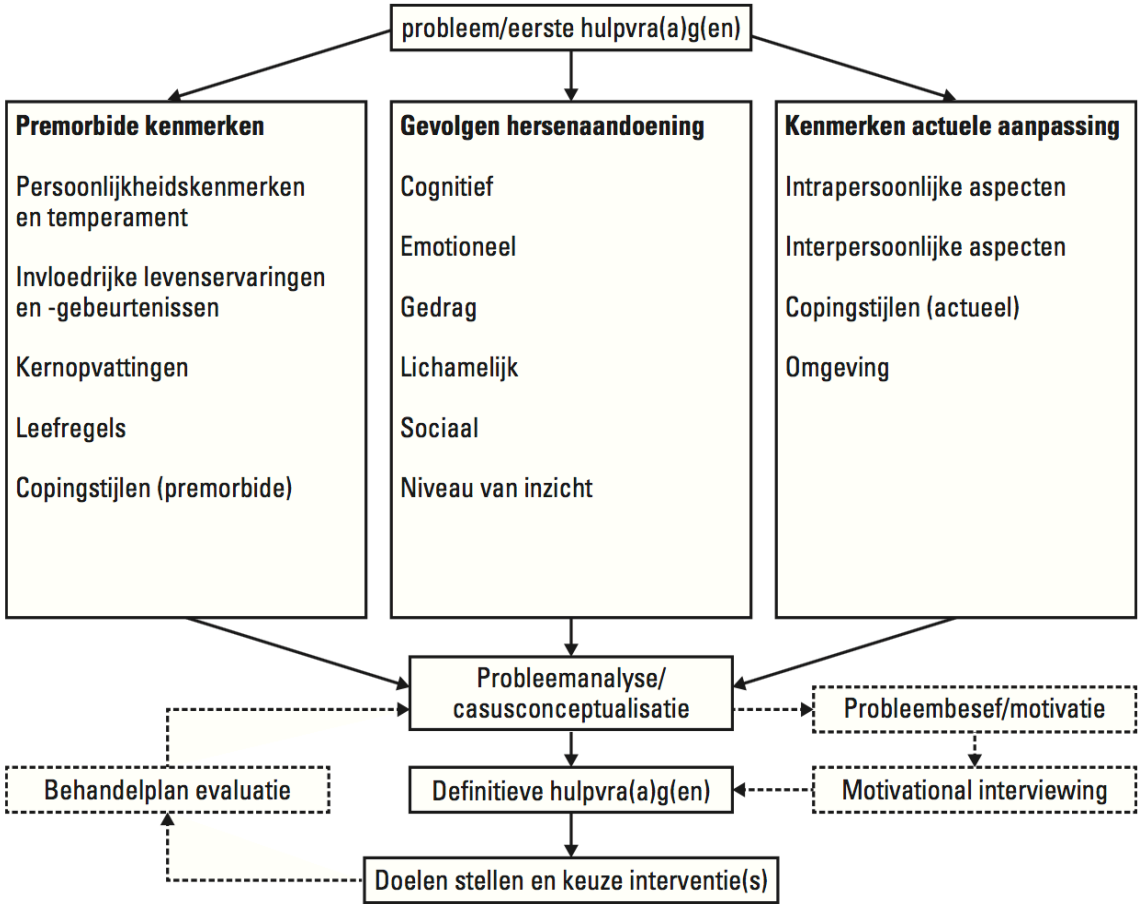
Oplossingsgerichte therapie

- Gericht op krachten en competenties van de patiënt waardoor er h empowerment kan ontstaan
- Gericht op gewenste toekomst
- ‘Ga door of doe meer van wat werkt’ i.p.v. ‘denk/doe iets anders’
- Ziekte-inzicht minder noodzakelijk

Klaver & Bannink,(2010) Tijdschrift voor Neuropsychologie, jaargang 5, nr.2

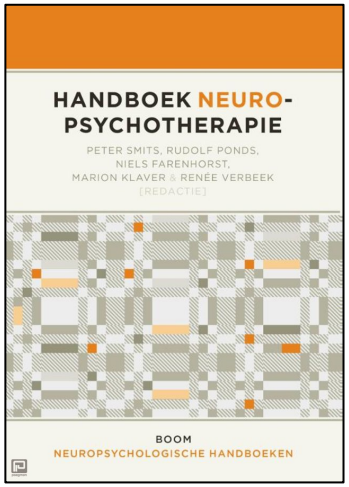
Relatie- en gezinstherapie

De praktijk: goed analyseren ….



Figuur 3.1 Schematische weergave van de onderdelen van een (neuropsychologische) probleeminventarisatie en casusconceptualisatie

Diagnostiek en Behandeling zijn geintergreerd



Probleem/eerste hulpvra(a)g(en)
Depressieve klachten: ik wil me graag weer vrolijker voelen

PREMORBIDE KENMERKEN

Persoonlijkheidskenmerken en temperament
Extravert, hoog streefniveau.

Invloedrijke levenservaringen en gebeurtenissen
Moeder alcoholiste; patiënte veel zorgtaken in gezin; weinig waardering, meer kritiek; problematische eerste partnerrelatie met mishandeling; twee maal seksueel incident; TTP/HUS (twee jaar geleden); eerdere depressieve episode (vier jaar geleden).

Kernopvattingen
Zelfbeeld: Ik ben minderwaardig (als ik anderen niet 'help').
Ander-beeld: anderen vinden mij minderwaardig; anderen zijn kritisch; anderen zijn niet te vertrouwen; anderen bieden geen hulp.

Leefregels
Anderen kan ik maar beter niet (te snel) vertrouwen, ze kunnen me daarna makkelijk pijn doen.
Los eigen problemen zelf op.
Als ik hulp vraag, vinden anderen mij zwak/dat ik zeur.
Ik moet anderen helpen.

Copingstijl (premorbide)
Actieve, probleemgerichte coping, vraagt weinig sociale steun.

GEVOLGEN HERSENAANDOENING

Cognitief
Aandacht ++
Traagheid ++
Geheugen +; I
Taal o
Waarneming –
Executief +
Sociale cognitie o

Emotioneel
Depressieve gevoelens.
Prikkelbaarheid.

Gedrag
Geen

Lichamelijk
Vermoeidheid ++
Slaapproblemen.

Sociaal
Relatief weinig sociale steun.
Geen werk ++; I, E
Hobby/vrije tijd beperkte invulling.

Niveau van inzicht
Intellectueel ++
Emergent ++
Anticiperend +
Defensieve ontkenning ++

KENMERKEN ACTUELE AANPASSING

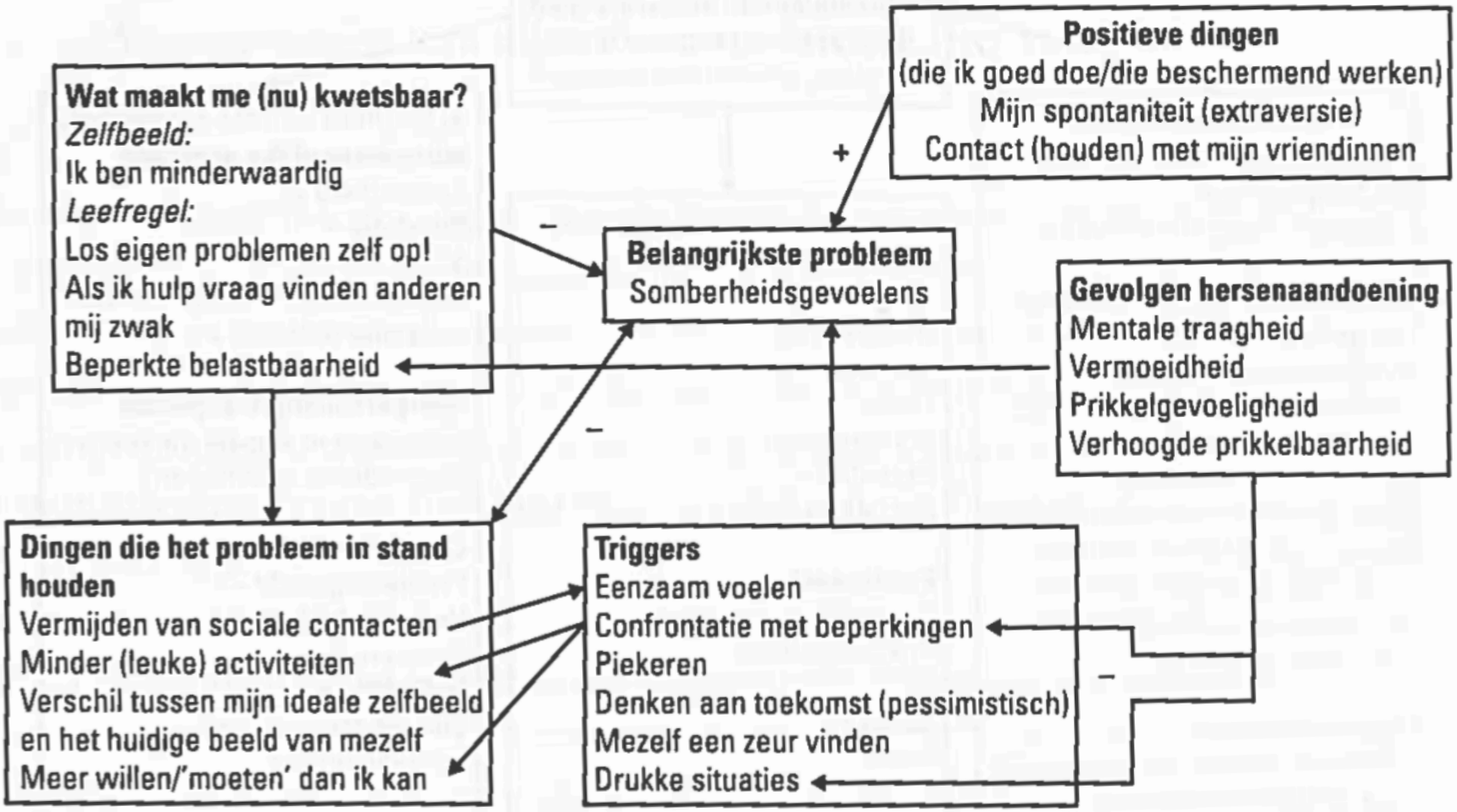
Intrapersoonlijke aspecten
Somberheid ++
Boosheid +
Schaamte ++
Verschil tussen huidige zelfbeeld en ideale zelfbeeld ++

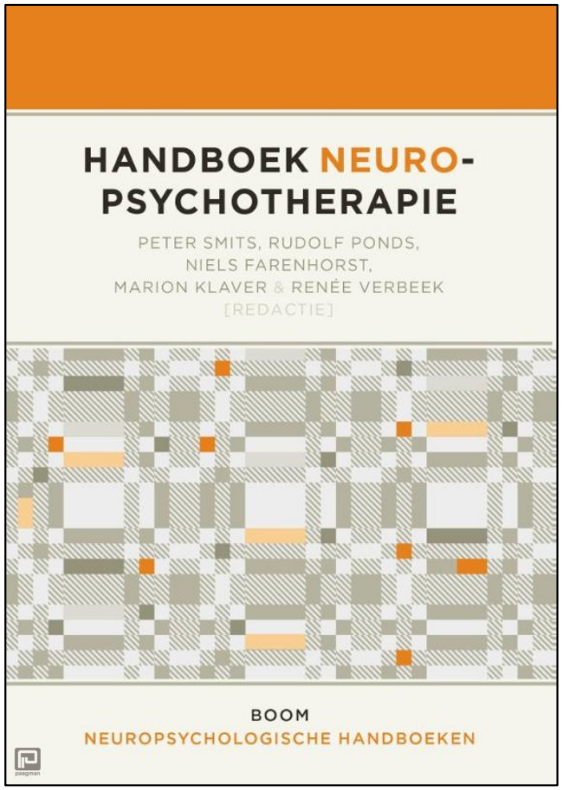
Interpersoonlijke aspecten
Vermijding in sociale context ++
Verminderde activiteiten +

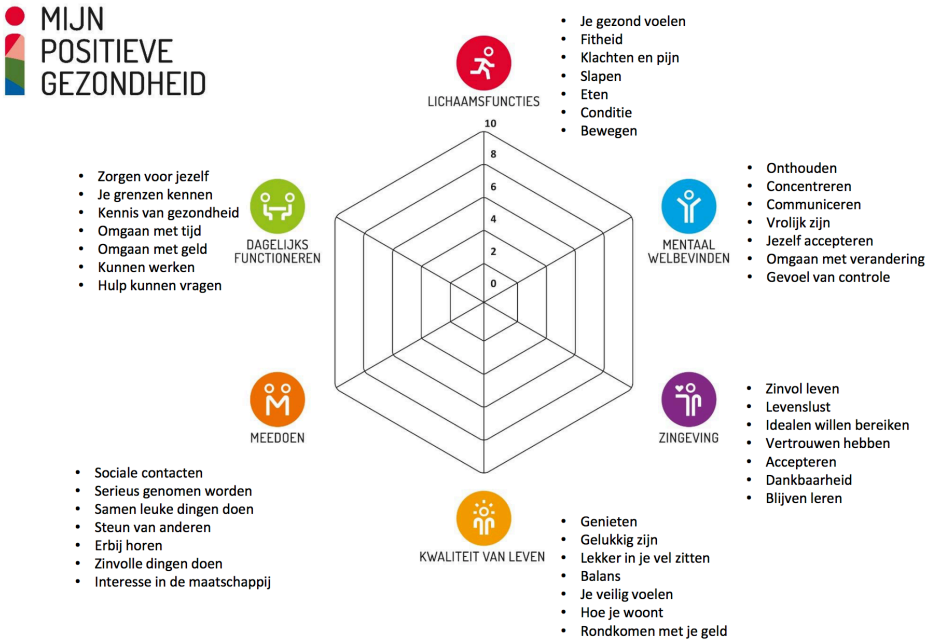
Coping (actueel)
Probleemgericht ++
Herstelgeoriënteerd ++
Passieve coping +
Palliatief ++
Sociale steun zoeken –
Accomoderend –

Omgeving
Betrokken, maar op afstand.

Symbolen: + = (invloed) kenmerk aanwezig; ++ = (invloed) kenmerk sterk aanwezig ; o = (invloed) neutraal ; – = (invloed) kenmerk afwezig; E = omgevingsinvloed; I = indirect gevolg


Positieve dingen
(die ik goed doe/die beschermend werken)
Mijn spontaniteit (extraversie)
Contact (houden) met mijn vriendinnen
+
Wat maakt me (nu) kwetsbaar?
Zelfbeeld:
Ik ben minderwaardig
Leefregel:
Los eigen problemen zelf op!
Als ik hulp vraag vinden anderen mij zwak
Beperkte belastbaarheid
–
Belangrijkste probleem
Somberheidsgevoelens
Gevolgen hersenaandoening
Mentale traagheid
Vermoeidheid
Prikkelgevoeligheid
Verhoogde prikkelbaarheid
–
Dingen die het probleem in stand houden
Vermijden van sociale contacten
Minder (leuke) activiteiten
Verschil tussen mijn ideale zelfbeeld en het huidige beeld van mezelf
Meer willen/'moeten' dan ik kan
Triggers
Eenzaam voelen
Confrontatie met beperkingen
Piekeren
Denken aan toekomst (pessimistisch)
Mezelf een zeur vinden
Drukke situaties
–





Toekomst:

Patient story / patient journey

Positive health ….

Neurorevalidatie wordt neuropsychotherapie?

Expertisecentrum Hersenletsel Limburg

r.ponds@maastrichtuniversity.nl