

# Depressie en coping na een niet-aangeboren hersenletsel (NAH): Preventie en begeleiding via een groepstherapeutisch pakket

---

*In de revalidatie voor personen met een niet-aangeboren hersenletsel (NAH) is er zowel in de acute als in de voortgezette fase te weinig aandacht voor het sociaal-cognitieve en het emotionele luik. Nochtans krijgt ongeveer de helft van de personen met NAH op korte of middellange termijn te maken met stemmingsproblemen. Op basis van de literatuur over stemmingsproblematiek na NAH ontwikkelden we een groepsinterventie, bestaande uit verschillende modules. Het belang van lotgenotencontact staat centraal. Elke module start met het geven van informatie die in groep besproken wordt. Daarna zoeken we naar concrete toepassingen in het dagelijks leven. Op die manier worden thema's die hulpverleners vaak als moeilijk bespreekbaar ervaren (bv. stress, piekeren, depressie, vermoeidheid, intimiteit) toegankelijker voor verschillende disciplines.*

---

## ■ Inleiding

---

Traditioneel ligt de focus van de revalidatie na het oplopen van een niet-aangeboren hersenletsel (NAH) op het

locomotorische en het communicatieve aspect. De patiënt moet weer kunnen stappen en zijn/haar armen en benen zo goed mogelijk leren gebruiken. Ook communicatie wordt hoog ingeschat. Opnieuw leren praten is van

---

<sup>1</sup> Wouter Lambrecht werkt als klinisch neuropsycholoog in PC Caritas (Melle), de Hersenletselpraktijk en het Centrum voor Neuropsychologie (Gent), is (co-)auteur van verschillende artikels en het boek 'Breinzicht. Toegepaste neuropsychologie bij niet-aangeboren hersenletsel'. Camille De Schaepmeester is klinisch psycholoog/neuropsycholoog i.o. en werkt in de Hersenletselpraktijk en het Centrum voor Neuropsychologie (Gent). Contactadres: [info@hersenletselpraktijk.be](mailto:info@hersenletselpraktijk.be)

groot belang. Aan beide aspecten wordt dan ook terecht met man en macht gewerkt.

Doorheen het verdere verloop van de revalidatie krijgt ook het cognitieve aspect meer aandacht. Deze aandacht kende een piekmoment tijdens en na de wereldoorlogen, gezien het grote aantal patiënten, en zwakte daarna weer wat af. Vanaf de jaren 1960 komt er, enerzijds dankzij de opkomst van de cognitieve psychologie, anderzijds dankzij een aantal interessante figuren zoals bijvoorbeeld Aleksander Luria en Norman Geschwind, opnieuw meer aandacht voor het cognitieve/neuropsychologische aspect in de revalidatie van personen met NAH (Parente & Herrmann, 1996). Het is echter pas vanaf de jaren 1980 dat dit algemeen ingang vindt in de verschillende ziekenhuizen en centra, en dat er voldoende literatuur beschikbaar is (Parente & Herrmann, 1996; Sohlberg & Mateer, 2001). Het belang van de kwaliteit van leven en van zelfstandig functioneren in de maatschappij wordt erkend. Aangezien het cognitief functioneren een grote impact heeft op het alledaagse en professionele leven komt de focus van de revalidatie hierop te liggen. Cognitieve revalidatie is ondertussen dan ook een 'hot topic' die diverse disciplines aanspreekt.

Opvallend afwezig in de huidige revalidatie na NAH zijn het sociaal-cognitieve en het emotionele aspect. Hiervoor lijkt er als het ware nog

een 'neglect' te zijn. Gelukkig komt de laatste jaren ook hierin geleidelijk verandering, met onder andere de ontwikkeling van de Sociale en Emotionele VaardigheidsTraining (SEVT) (Adriaens, Hermans, Lorent & Calmeyn, 2011; Schoovaerts, Hermans, Lorent & Calmeyn, 2011), de Sociale Cognitie: Analyse & Training (SCAT) (Thiery & Anthonis (2012), in Lambrecht & Hermans, 2015) en de T-ScEmo (Spikman, 2015).

Dat ook het sociaal-cognitieve en het emotionele luik tot de kern van de revalidatie behoren, mag blijken uit enkele definities van revalidatie die we hier kort aanhalen.

Zo omschrijft de Raad van Europa (1992) revalidatie als *"(...) de interdisciplinaire combinatie van technieken om de functionele prognose en de prognose van tot beperkingen leidende lokale of algemene pathologische effecten te verbeteren."*

Op de website van de Federatie van Centra voor Ambulante Revalidatie wordt revalidatie gedefinieerd als *"een proces van interdisciplinaire diagnostische en therapeutische interventies gericht op personen met een stoornis en hun omgeving. Revalidatie beoogt een adequater persoonlijk en sociaal functioneren van de persoon in het gezin, de school, het werk en andere maatschappelijke situaties en een betere afstemming van deze omgeving op de specifieke noden van*

*de persoon.*" In deze definitie ligt de focus al expliciet op het 'functioneren' en krijgt het sociale aspect al een duidelijke vermelding.

Recent vindt het biopsychosociaal model volgens ICF meer en meer ingang in de revalidatie en gezondheidszorg. Het uitgangspunt van dit model is het menselijk functioneren als een samenspel tussen biologische, individuele en sociale factoren. Een handicap (bv. ten gevolge van een hersenletsel) is niet langer alleen een persoonsgebonden, lichamelijk of mentaal probleem. De mate waarin iemand dingen kan doen (activiteiten) en kan meedoen in de samenleving (participatie) hangt ook af van omgevingsfactoren (bv. de ondersteuning door mensen of middelen) en persoonlijke factoren (bv. hoe men zelf zijn probleem ervaart).

Dankzij dit ICF-denken wordt de focus meer op activiteiten en participatie gelegd. Op die manier komen ook andere belangrijke revalidatiedoelen naar boven. Revalidatiedenken mag namelijk geen eenheidsworst zijn. Niet iedereen hoeft zijn/haar schouder x aantal graden te kunnen bewegen, de g van de h perfect onderscheidbaar te kunnen uitspreken of te kunnen hoofd-rekenen zoals een rekenmachine. Het spreekt voor zich dat zowel de locomotorische als de cognitieve revalidatie van groot belang zijn, maar we moeten ook mee op zoek gaan naar wat elke revalidant zélf belangrijk

vindt. Het is onze taak om als revalidatiespecialisten te achterhalen hoe we de levenskwaliteit van de patiënt op een zo hoog mogelijk peil kunnen brengen (Van Bost e.a., 2015). Wanneer we spreken in termen van 'levenskwaliteit' hoeft het geen betoog dat het emotionele aspect van groot belang is.

Oddy en collega's (1996, in Coetzer, 2006) benoemen het emotionele/psychische zelfs expliciet in hun definitie van het concept revalidatie. Ze stellen dat *"the aim of rehabilitation clearly includes the important task of assisting individuals and their families with the process of coming to terms with their lives following injury."* Het emotionele welbevinden, of nog de 'verwerking' van het gebeurde, is ook een kerntaak van de revalidatie. Verschillende auteurs (Coetzer, 2006; Ruff & Chester, 2014) zijn van oordeel dat het emotionele aspect mee in kaart gebracht moet worden vanaf het optreden van het hersenletsel (in de acute fase) en dat hiervoor al meteen de nodige begeleiding voorzien moet worden.

Cicerone gaf al in 1992 aan wat de doelstelling van psychosociale begeleiding zou moeten zijn, namelijk: *"A common theme and 'final denominator' in psychotherapy after mild traumatic brain injury will be the reconciliation of discrepancies among patients' own assessment of functioning and their performance-based competen-*

*cies, sense of pre-injury identity and ability, and their subjective expectations for future successful functioning.” (p. 139).*

Van Bost en collega's (2015) stellen verder dat de discrepantie tussen de nieuwe situatie (na het hersenletsel) en de oude, vertrouwde realiteit een grote bedreiging vormt voor de levenskwaliteit. Revalidatie moet volgens hen dan ook bestaan uit het reduceren van deze discrepantie. Met andere woorden, de verwachtingen over het leven na het hersenletsel moeten zo realistisch mogelijk zijn en waar mogelijk overeenstemmen met de voorheen gestelde verwachtingen. Wat dit betreft is het echter soms meer aangewezen om de oude verwachtingen te laten bestaan, en daarnaast op zoek te gaan naar nieuwe, mogelijk eenvoudiger te realiseren doelstellingen in het leven. Van Bost en collega's (2015) deden hier toe al een aantal suggesties. Er moet bijvoorbeeld stilgestaan worden bij hoe de patiënt het gebeuren subjectief beleeft. Bij evaluatie is het van groter belang hoe de patiënt zijn deelname aan de activiteit ervaren heeft dan het feit dat hij/zij deelgenomen heeft. Sociale ondersteuning is hierbij cruciaal. Hierbij mogen we ook de wederkerigheid niet uit het oog verliezen. Niet alleen de mantelzorger moet iets betekenen voor de persoon met NAH, ook de patiënt moet van meerwaarde zijn voor iemand anders (Van Bost e.a., 2015). Zelf van betekenis kunnen zijn is een niet te onderschatten factor,

mogelijk ook voor de sociale identiteit die de persoon met NAH verwerft. We moeten de patiënt actief bij het revalidatieproces blijven betrekken.

Samengevat, het begeleiden van de patiënt op emotioneel/psychisch vlak lijkt ons één van de kerntaken van de revalidatie. Ongetwijfeld zouden vele revalidatiediensten hieraan gevolg willen geven. Vaak ontbreekt het echter niet alleen aan middelen en bestafling, maar ook aan de kennis en vaardigheden om dit te realiseren. Om dit euvel aan te pakken, zijn we op basis van literatuur en eigen ervaringen van start gegaan met de ontwikkeling van een groepstherapeutisch pakket over het omgaan met sociale en emotionele veranderingen na een hersenletsel.

## ■ Ontwikkeling van een groepsinterventie

---

Onderzoek heeft aangetoond dat personen na het oplopen van een hersenletsel veel baat hebben bij voldoende informatie over het letsel zelf, de mogelijke gevolgen en het herstel. Nog beter zou het zijn wanneer programma's naast het bieden van informatie ook inhoudelijk gebaseerd zijn op theorieën uit de gedragstherapie (Wheeler, Acord-Vira & Davis, 2016). Door aangepaste informatie ter beschikking te stellen kunnen we ervoor zorgen dat mensen met NAH hun waaier aan emoties geleidelijk aan kunnen nor-

maliseren. Hierdoor raken ze minder snel overspoeld door stress en zijn ze minder geneigd om catastrofisch te reageren op veranderingen in hun vaardigheden of onafhankelijkheid. Het bieden van geschikte informatie kan ondersteunend werken en helpen bij het zoeken naar de meest aangepaste copingvaardigheden, wat de verdere verwerking ten goede komt.

Wij hebben een groepsprogramma ontwikkeld om hulpverleners vanuit verschillende disciplines te ondersteunen in het aanbieden van sociale en emotionele ondersteuning, zowel in de acute als meer chronische fase van revalidatie. In de eerste plaats willen we de NAH-patiënt actief (en in groep) bij het revalidatieproces betrekken. Verder willen we tegemoet komen aan de verzuchting om concrete vaardigheden aan te reiken.

Bij de ontwikkeling van het interventiepakket hebben we rekening gehouden met een aantal aandachtspunten, die we hieronder toelichten.

## Psycho-educatie

---

In het interventiepakket wordt psycho-educatie voorzien, wat van wezenlijk belang is. Dat de patiënt en zijn/haar omgeving bijvoorbeeld uitleg hebben gekregen over het Dual Process Model (Stroebe & Schut, 1999) in het kader van 'rouwverwerking' is noodzakelijk. Ze moeten beseffen en weten dat het tijdens het verwerken van een

verlies een natuurlijk proces is om te wisselen tussen verlies- en meer herstelgerichte zaken, met bijbehorende emoties. Informatie hierover neemt vaak schuldgevoelens weg, zowel bij de patiënt ("Mag ik wel lachen met een grap van een medepatiënt terwijl mijn partner nu zo veel werk heeft om alles geregeld te krijgen?") als in zijn/haar omgeving ("Mag ik wel naar een verjaardagsfeestje terwijl mijn mama in het ziekenhuis ligt?").

## Groepsaanpak

---

Vaak wordt in de revalidatie (zowel in de acute fase als in de verdergezette revalidatie) ruimte gemaakt voor individuele begeleiding. Soms is er ook aandacht voor groepstherapie en lotgenotencontact. Onderzoek van Ponsford, Kelly en Couchman (2014) toont aan dat groepssessies een proces in gang zetten van het vinden van een 'nieuwe ik' en het zoeken naar het nieuwe 'normale', het ontwikkelen van een 'self identity' aan de hand van verbondenheid met lotgenoten.

Veel patiënten benoemen ook de nood om te weten dat hun symptomen 'echt' zijn, deze moeten als het ware gevalideerd worden. Vaak willen ze ervaren dat ze hiermee niet alleen zijn of dat de symptomen niet uniek zijn. Ook Judd (1999) stelt voorop dat het uitwisselen van informatie (over zowel hersenletsel als de mogelijke gevolgen hiervan) helpt om depressie te voorkomen en te behandelen. Een

groepsgebeuren kan ertoe leiden dat er informatie uitgewisseld wordt en dat er groepsdiscussies kunnen ontstaan rond thema's die elk van de deelnemers aanbelangen. Tegelijk worden ook sociale vaardigheden getraind. Het is een manier om te leren spreken over en het verbaliseren van soms moeilijke thema's. Bovendien zorgt het voor een uitgebreider sociaal netwerk (Sohlberg, 2000).

Groepstherapie is behulpzaam voor het geven van psycho-educatie en het verhogen van probleemoplossende vaardigheden bij de deelnemers. Daarnaast geven deelnemers ook vaak aan dat ze zich minder sociaal geïsoleerd voelen, dat ze hun eigen ervaringen gevalideerd zien en ondersteuning ervaren op momenten dat ze de veranderingen na het hersenletsel beginnen te begrijpen en op zoek gaan naar mogelijkheden voor de toekomst.

Ten slotte verwerven lotgenoten vaak makkelijker informatie van elkaar. Ze 'aanvaarden' bepaalde suggesties ook makkelijker van elkaar dan van een hulpverlener.

Belangrijke doelstellingen in de psychotherapie na hersenletsel zijn: (1) nieuwe stijlen van coping aanbieden, (2) sociale vaardigheden verbeteren (want deze zijn vaak gestoord na het opgelopen hersenletsel), en (3) het gevoel van bemeestering en controle verhogen. Deze drie doelen lijken ons

perfect om in groep aan te pakken en werden dan ook geïntegreerd in onze groepsinterventie. Elk van drie genoemde doelen zal ook mee een potentiële depressie (of herval) helpen voorkomen (Raskin & Stein, 2000).

## Depressie

---

Depressie komt relatief vaak voor na NAH. Bij ongeveer een op drie patiënten met een mild hersenletsel worden subjectieve klachten van depressie gerapporteerd, zowel direct na het oplopen van het letsel als na één jaar (Cicerone, 1991, Schoenhuber & Gentilini 1988 in Raskin & Stein, 2000). De prevalentiecijfers lopen ver uiteen: 42 tot 53 procent ontwikkelen een depressieve stoornis in het eerste jaar na het hersenletsel (Bombardier e.a., 2010). Deze cijfers lopen licht op tot twee à drie jaar na het letsel. Dan ontstaat er een plateau-effect, hoewel hoge percentages behouden blijven tot twintig en zelfs dertig jaar na het oplopen van het hersenletsel (Ponsford, 2013).

Verklaringen voor deze hoge graad van voorkomen zijn er voornamelijk weinig, maar er is wel al heel wat onderzoek gedaan naar mogelijke linkjes met de lokalisatie van het letsel. Sterke evidentie blijkt er vooral te vinden voor het ontstaan van een depressie na NAH door samenloop van verschillende factoren. Zo zou de aanwezigheid van een psychiatrische problematiek vóór het hersenletsel een hoge voor-

spellende waarde hebben (74% ontwikkelt dan psychiatrische problemen ook na het NAH). Ook zou 46 procent van de personen die een depressie ontwikkelen na het letsel, dit doen in reactie op de nieuwe beperkingen (Ponsford, 2013). Andere factoren die vaak geassocieerd worden zijn vrouwelijk geslacht, lager opleidingsniveau en pijn (Whelan-Goodinson, Ponsford, Schönberger & Johnston, 2010), breuken aan ledematen en niet-productieve copingstijlen (Gould, Ponsford, Johnston, Schönberger, 2011). Deze studies suggereren dat de aanwezigheid van ervaren functionele beperkingen de ontwikkeling van een depressie voorafgaat, met andere woorden dat de depressie dus ontwikkelt in een antwoord op het ervaren van de beperking na het letsel (Ponsford, 2013).

We willen met deze groepsinterventie alvast een stap zetten in de richting van preventie en/of behandeling van emotionele problemen zoals depressie en angstproblemen.

## Uitdagende activiteiten

---

Deelnemers aan het groepsprogramma worden begeleid in de zoektocht naar de waarden en verwachtingen die ze belangrijk vinden. Op die manier ontwikkelen ze een zinvolle daginvulling, met (waar mogelijk) wederkerige sociale relaties. We houden ook rekening met de vaststelling van Van Bost en collega's (2015) dat mensen die zich

kunnen engageren voor uitdagende activiteiten meer levenstevredenheid ervaren.

De focus in het groepsprogramma ligt dan ook op het identificeren van de kernwaarden bij de deelnemers, zodat deze zich kunnen engageren voor bepaalde activiteiten, waarbij ze in een 'flow' komen. Deze term verwijst naar de positieve psychologie, meer bepaald naar Seligman (2011) en Csikszentmihalyi (1990). Eigenschappen van 'high flow'-activiteiten zijn volgens Seligman (2011) onder andere dat de taak uitdagend is, dat de doelstellingen duidelijk zijn, dat er directe feedback is, en dat het individu een diepe betrokkenheid en een gevoel van controle ervaart. Vaak ervaren personen bij dergelijke activiteiten dat 'de tijd vliegt'. Ook dit is een cruciale eigenschap van high flow-activiteiten. Ze zorgen voor een groter gevoel van welbevinden.

## ■ Interventiepakket 'Kop op'

---

Het groepsprogramma '*Kop op! Hoe omgaan met sociale en emotionele veranderingen na een hersenletsel?*' werd speciaal ontwikkeld om te voldoen aan het unieke karakter van de NAH-populatie en kan variëren naargelang de samenstelling van de groep.

De auteurs benadrukken dat het geen protocol is ter behandeling van depressie of angststoornissen in het algemeen of na NAH. Hiervoor zijn reeds bestaande behandelingen beschikbaar voor klinisch (neuro)psychologen en psychiaters. Dit groepsprogramma biedt enkel een algemeen kader aan hulpverleners om sociale en emotionele problemen te helpen voorkomen (preventie) en daar waar nodig al een eerste stap in de richting van begeleiding (curatie) te zetten. In het draaiboek voor de groepsbegeleider/moderator wordt duidelijk aangegeven dat verwijzing voor verdere professionele hulp aangewezen kan zijn, bijvoorbeeld bij vragen van een deelnemer of wanneer de hulpverlener bepaalde signalen opvangt.

Er wordt gewerkt met een gesloten groep van 5 tot 10 deelnemers, waarbij geen nieuwe deelnemers meer worden toegelaten eenmaal er gestart is. Op die manier kunnen de deelnemers elkaar beter leren kennen en een vertrouwensband scheppen. Hierdoor worden ook gevoelige thema's bespreekbaar. Er wordt van de deelnemers verwacht dat ze proberen bij elke sessie aanwezig te zijn, aangezien er telkens verder gebouwd wordt op de voorgaande sessie.

Het pakket zelf bestaat uit een volledig uitgewerkt draaiboek, waarin verschillende modules uitgeschreven staan. Bij elke module zijn er infofiches, huiswerkopdrachten, enz. voorzien.

Aan de hand van het draaiboek kan een groepsbegeleider (psycholoog of andere hulpverlener, bij voorkeur onder supervisie van een (neuro)psycholoog) de verschillende modules begeleiden.

In het draaiboek wordt elke module gedetailleerd uitgeschreven, waardoor de handleiding door hulpverleners van verschillende disciplines gebruikt kan worden. Hier worden ook informatie en doorverwijzingsmogelijkheden opgenomen. Naast de standaard beschrijving van de modules, met extra achtergrondinfo, omvat het pakket ook heel wat tips en technieken om de interactie in de groep te bevorderen en een groepsgesprek op gang te brengen. Niet alle informatie in het draaiboek is van toepassing voor elke groep deelnemers. De begeleider kan dus het basispakket voor de sessie, op basis van de groepssamenstelling, zelf aanvullen met relevante inhoud die te vinden zijn in het draaiboek. Stel dat de deelnemers allemaal personen zijn die slachtoffer waren van een verkeersongeval, dan is het minder relevant informatie te geven over anoxie of tumoren.

Elke module heeft een gelijkaardige opbouw: er wordt telkens gestart met een synthese van de vorige sessie, gevolgd door een bespreking van de huiswerkopdracht. Dit is ook het moment waarop de deelnemers relevante ervaringen van de voorbije week met elkaar kunnen delen.



Hieronder volgt een korte weergave van de inhoud van de verschillende modules die aan bod komen in het programma.

#### Wat is NAH? Oorzaken en gevolgen:

In deze module wordt er gefocust op wat een niet-aangeboren hersenletsel juist is, wat een definitie kan zijn, hoe de deelnemers dit zelf zouden omschrijven, welke elementen zeker niet mogen ontbreken in een definitie op basis van hun ervaringen, enz. Daarna komen de mogelijke oorzaken aan bod. We maken hier een onderscheid tussen acuut en chronisch, traumatisch en niet-traumatisch. Waar nodig bieden we bijkomende informatie. Verder bespreken we uitgebreid de verschillende gevolgen (zichtbare en minder zichtbare, cognitieve, fysieke, emotionele).

Vermoeidheid: Vermoeidheid is een vaak gehoorde klacht na NAH, die als heel belastend ervaren wordt. In deze module wordt psycho-educatie gegeven op basis van bestaande protocollen over o.a. verschillende soorten en mogelijke oorzaken van vermoeidheid. We maken gebruik van metaforen en grafieken om de werking ervan aan te tonen. Door ervaringen te delen leren deelnemers van elkaar om erachter te komen wat (minder) helpt om bijvoorbeeld de belastbaarheid te vergroten. We reiken ook tips en tricks aan om met de nieuwe, vaak verminderde of eerder wisselende hoeveelheid energie na NAH om te gaan.

Stress, copingstijl en veerkracht: NAH gaat gepaard met heel wat onverwachte veranderingen. Dit resulteert veelal in stress, overweldigende emoties en frustratie. Niet-productieve of niet langer aangepaste copingstijlen moeten ingeruild worden voor meer aangepaste copingstijlen. Er wordt informatie geboden over stress, stressweerbaarheid en veerkracht. We introduceren ook de balkmetafoor, waarbij concepten als draagkracht en draaglast aan de hand van het stress-kwetsbaarheidsmodel worden uitgelegd.

Rouw en verwerking: Er wordt informatie gegeven over rouw, onder andere aan de hand van diverse rouwmodellen die toegepast kunnen worden op het verlies dat wordt ervaren na NAH.

5-G-Schema: We stellen het schema met de vijf G's voor (Gebeurtenis, Gedachte, Gevoel, Gedrag en Gevolg) en werken aan de hand van voorbeelden de verschillende stappen en onderdelen uit. Op die manier wordt duidelijk hoe deelnemers het schema concreet kunnen toepassen in hun eigen denken, voelen en handelen. Het 5-G-schema wordt doorheen de volgende modules verder toegepast.

Piekeren: Na een hersenletsel blijven personen vaak piekeren over het verleden, over de toekomst of over hun nieuwe identiteit. Deze module werkt met technieken uit de Acceptance and Commitment Therapy (ACT) (o.a. op

basis van Hayes, Strosahl & Wilson, 2012) en verschillende soorten relaxatieoefeningen. Deelnemers komen te weten hoe ze kunnen omgaan met steeds aanwezige en aanhoudende piekergedachten (o.a. op basis van Rogiers, Buytaert, Lissnyder, Hendrickx & Abbeele, 2013).

Depressie: Het is van groot belang deelnemers te informeren over de eigenschappen (symptomen, signalen, oorzaken) van een depressie of stemmingsstoornis, zelfs wanneer ze er op dat moment niet mee geconfronteerd worden. Aan de hand van metaforen, bestaande illustraties (o.a. Wanten & Schacht, 2011) en een geïllustreerd ervaringsverhaal wordt informatie geboden en wordt een groepsgesprek op gang gebracht.

Waarden, motivatie en flow: Gebrek aan motivatie komt vaak voor na NAH en werkt niet zelden belemmerend. Aan de hand van verschillende technieken zoals het invullen van een waardenvragenlijst, het zoeken naar idolen, enz. proberen we voor elke deelnemer individueel op zoek te gaan naar de voor hem/haar belangrijkste waarden. We besteden ook aandacht aan de mate waarin die waarden veranderd kunnen zijn na het hersenletsel. Onderzoek (o.a. Van de Weghe, 2008) toont aan dat het leven volgens eigen waarden samenhangt met een hogere kwaliteit van leven, zelfs wanneer men nog niet de kans gehad heeft om de vroegere

of verloren waarden te verwerken. We introduceren ook het begrip 'flow'.

Assertiviteit en sociale vaardigheden: Na een hersenletsel verliezen personen vaak het vertrouwen in het 'zelf'. Ze worden door de nabije omgeving anders benaderd of benaderen vrienden of familie zelf op een andere manier. In deze module wordt assertiviteit getraind (Hoe leer ik 'nee' zeggen? Hoe zeg ik op een sociaal aanvaardbare manier wat ik wel wil?). We werken aan de hand van rollenspel en concrete voorbeelden, met als doel het vertrouwen in het zelf en de omgeving te bevorderen.

Relaties en intimiteit: NAH heeft veranderingen tot gevolg in de relatie met de partner. Ook een eventuele (nieuwe) zoektocht naar een partner kan bemoeilijkt worden. Seksualiteit en intimiteit zijn van alle leeftijden, maar ook hier gooit een hersenletsel vaak roet in het eten. De gevolgen voor de seksuele beleving en het seksuele gedrag zijn groot. We reiken concrete tips en tricks aan.

Rollen en toekomst: Niet alleen de relatie met de partner verandert na een hersenletsel, ook de rollen die iemand inneemt kunnen drastisch wijzigen. Vaak betekent deze rolverandering een verlies. We brengen eerst de rollen die personen vroeger opnamen in kaart en bespreken daarna de wijzigingen in groep. Welke rollen worden nu opgenomen? Welke rol-

len zou men in de toekomst willen opnemen? Wat betekent succes? We bekijken hoe dit concreet vertaald kan worden naar het dagelijkse leven.

Werk, hobby's en vrije tijd: Gezien de invloed van vrije tijd op de kwaliteit van leven voor personen met NAH is het van belang op zoek te gaan naar de mogelijkheden qua zinvolle dagbesteding. Ervaringen van lotgenoten en voor- en nadelen worden besproken.

## ■ Ervaringen met het pakket

Klonoff (2010) beschrijft acht fasen die optreden na het oplopen van een niet-aangeboren hersenletsel. Fase 0 is de fase van het leven vóór het letsel. Fase 1 omvat het optreden van het letsel (met coma, desoriëntatie, ...), fase 2 de vroege aanpassingsperiode (vroege neurorevalidatie, geen of weinig ziekte-inzicht), fase 3 die van het 'hulp zoeken' (nog niet kunnen copen met het letsel, behandeling weigeren, veel stress ervaren) en fase 4 die van de therapie en intensieve revalidatie, waarbij de realiteit geleidelijk aan doordringt.

Het pakket in de huidige vorm is bruikbaar en zinvol voor patiënten die zich op de overgang van fase 3 naar fase 4 bevinden. Het werd ondertussen in drie verschillende settings gebruikt, telkens voor deelnemers die zich minimaal in fase 3 (of later) bevonden.

Tijdens het gebruik van het draaiboek bleek dat het niet evident is om te voldoen aan alle noden op allerlei vlakken van de zeer specifieke, maar toch heel gevarieerde doelgroep. Afhankelijk van de setting (ambulante revalidatie, residentiële revalidatie, psychiatrie), de doelgroep (fysieke beperking versus meer onzichtbare gevolgen) moeten we nog meer (aangepaste) voorbeelden verzamelen.

Mogelijk moet ook het aantal bijeenkomsten aangepast worden. Onderzoek maakt duidelijk dat hoe groter het aantal bijeenkomsten is, hoe meer de mensen ook verbonden geraken met elkaar. Zaken worden meer herhaald, de vooruitgang wordt meer opgevolgd, enz. (Couchman, McMahon, Kelly & Ponsford, 2014). Meer bijeenkomsten voorzien zou dus aangewezen zijn.

Op basis van de trials kregen we heel wat positieve feedback van de deelnemers. De thema's die aan bod kwamen, worden ervaren als zeer belangrijk. Ook het feit dat het pakket in groep en met lotgenoten aangeboden werd, is een pluspunt. De deelnemers stelden dat dit het 'doorwerken' faciliteerde. Niet alleen het rationele aspect (krijgen van informatie), maar ook het emotionele aspect (bespreken met elkaar) werden behandeld. Verder gaven deelnemers aan dat het krijgen van concrete tips zeer handig was, omdat deze in de eigen omgeving en context besproken konden worden.

Deze en andere feedback heeft ons ertoe aangezet om verder te werken aan het pakket, zodat het uitgegeven kan worden. Het doel blijft om hiermee zo veel mogelijk mensen met NAH (bij voorkeur maar niet noodzakelijk in groepsverband) te bereiken.

In de loop van 2017 wordt de effectiviteit van deze groepsinterventie onderzocht. Aan de hand van een pre- en postmeting met verschillende schalen en/of vragenlijsten bij een groep deelnemers zal getracht worden eventuele statistisch significante verschillen vast te stellen.

## Referenties

- Adriaens, K., Hermans, N., Lorent, G., & Calmeyn, C. (2011). *S.E.V.T.: De vormgeving van een sociale en emotionele vaardigheidstraining voor personen met een NAH*. Thomas More Antwerpen: Niet-gepubliceerde bachelorproef.
- Bombardier, C.H., Fann, J.R., Temkin, N.R., Esselman, P.C., Barber, J., & Dikmen, S.S. (2010). Rates of major depressive disorder and clinical outcomes following traumatic brain injury. *Journal of the American Medical Association*, 303, 1938-1945.
- Cicerone, K.D. (1991). Psychotherapy after mild traumatic brain injury: Relation to the nature and severity of subjective complaints. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 6 (4), 30-43.
- Cicerone, K.D. (1992). Psychological management of post-concussive disorders. In L.J. Horn & N.D. Zasler (Red.), *Rehabilitation of post-concussive disorders* (pp. 129-142). Philadelphia, PA: Hanley & Belfus.
- Coetzer, R. (2006). *Traumatic brain injury rehabilitation. A psychotherapeutic approach to loss and grief*. New York: Nova Science Publishers.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. New York: Harper & Row.
- Couchman, G., McMahon, G., Kelly, A., & Ponsford, J. (2014). A new kind of normal: Qualitative accounts of Multifamily Group Therapy for acquired brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 24 (6), 809-832.
- Federatie van Centra voor Ambulante Revalidatie (n.d.). Sector profilering. Geraadpleegd op <http://www.revalidatie.be/nl/sector/inhoud/sector/profilering>
- Gould, K.R., Ponsford, J.L., Johnston, L., & Schönberger, M. (2011). Predictive and associated factors of psychiatric disorders after traumatic brain injury: A prospective study. *Journal of Neurotrauma*, 28 (7), 1149-1154.
- Hayes, S.C., Strosahl, K., & Wilson, K.G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. New York: Guilford Press.
- Judd, T. (1999). *Neuropsychotherapy and community integration. Brain Illness, Emotions and behaviour*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Klonoff, P.S. (2010). *Psychotherapy after brain injury: Principles and techniques*. New York: Guilford Press.
- Lambrecht, W., & Hermans, N. (2015). *Breinzicht: Toegepaste neuropsychologie bij niet-aangeboren hersenletsel*. Gent: Academia Press.
- Parente, R., & Herrmann, D. (1996). *Retraining cognition. Techniques and applications*. Gaithersburg: MD Aspen.

- Ponsford, J.L. (2013). Dealing with the impact of TBI on psychological adjustment and relationships. In J. Ponsford, S. Sloan & P. Snow (Red.), *Traumatic Brain Injury: Rehabilitation for everyday adaptive living* (pp. 226-262). East Sussex: Psychology Press.
- Ponsford, J.L., Kelly, A., & Couchman, G. (2014). Self-concept and self-esteem after acquired brain injury: A control group comparison. *Brain Injury*, 28 (2), 146-154.
- Raad van Europa (1992). *Een samenhangend beleid voor de revalidatie van gehandicapten. Model voor een revalidatie- en integratieprogramma ten behoeve van nationale overheden*. Resolutie F (92) 6. Straatsburg.
- Raskin, S.A., & Stein, P.N. (2000). Depression. (p157-170). In S. Raskin & C. Mateer (Red.), *Neuropsychological management of mild traumatic brain injury* (pp. 157-170). New York: Oxford University Press.
- Rogiers, R., Buytaert, E., Lissnyder, E.D., Hendrickx, M., & Abbeele, D.V. (2013). *Loslaten: Ik pieker als ik niet tegenwoordig ben*. Gent: Academia Press.
- Ruff, R.M., & Chester, S.K. (2014). *Effective psychotherapy for individuals with brain injury*. New York: Guilford Press.
- Schoovaerts, J., Hermans, N., Lorent, G., & Calmeyn, G. (2011). *Sociale en emotionele vaardigheidstraining bij NAH-patiënten*. Thomas More Antwerpen: Niet-gepubliceerde bachelorproef.
- Seligman, M. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York: Free Press.
- Sohlberg, M.M. (2000). Psychotherapy approaches. In S. Raskin & C. Mateer (Red.), *Neuropsychological management of mild traumatic brain injury* (pp. 137-156). New York: Oxford University Press.
- Sohlberg, M.M., & Mateer, C.A. (2001). *Cognitive rehabilitation: An integrative neuropsychological approach*. New York: The Guilford Press.
- Spikman, J.M. (2015). *Sociale cognitie*. Voordracht op de Voorjaarsconferentie PEV van de Vlaamse Vereniging voor Neuropsychologie (VVNP), 26 juni 2015, Gent.
- Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23 (3), 197-224.
- Van Bost, G., Lambrecht, W., De Schryver, P., Muylaert, I., Omey, K., Van Gils, A. & Crombez, G. (2015). Levenskwaliteit: het essentiële doel van NAH-revalidatie. *Signaal*, 93, 4-24.
- Van de Weghe, J. (2008). *De rol van waarden in het aanvaardingsproces en in de levenskwaliteit bij patiënten met een niet-aangeboren hersenletsel*. Universiteit Gent: Niet-gepubliceerde licentiaatsverhandeling.
- Wanten, I., & Schacht, R. (2011). Ernstige depressie ... hoe spreek je erover met patiënten en hun familie? *Psychopraktijk*, 3 (6), 15-19.
- Wheeler, S., Acord-Vira, A., & Davis, D. (2016). Effectiveness of interventions to improve occupational performance for people with psychosocial, behavioral, and emotional impairments after brain injury: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 70 (3), 1-9.
- Whelan-Goodinson, R., Ponsford, J., Schönberger, M., & Johnston, L. (2010). Predictors of psychiatric disorders following traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 25 (5), 320-329.



# Kop op!

Interventie-  
pakket NAH

## Hoe omgaan met sociale en emotionele veranderingen na een hersenletsel?

Groepsprogramma met psycho-educatie en huiswerkopdrachten

### Wouter Lambrecht en Camille De Schaepmeester

Tijdens de revalidatie na een hersenletsel hebben hulpverleners aanvankelijk vooral oog voor de fysieke en cognitieve gevolgen. Dat is terecht, maar daarnaast is er vrijwel altijd sprake van sociale en emotionele veranderingen. Mensen voelen zich niet meer dezelfde en reageren anders. Ze klagen over blijvende vermoeidheid en zijn vaak angstig en depressief. Dit alles heeft een grote invloed op het dagelijkse leven.

Tot nu toe bestonden er in het Nederlands geen specifiek uitgewerkte behandel-pakketten om dergelijke problemen te proberen voorkomen of ermee om te gaan. Maar hierin komt verandering. Het groepsprogramma 'Kop op!' wil professionele hulpverleners (met verschillende achtergrond) tools en vaardigheden aanreiken.

Het pakket bestaat uit een **handleiding** waarin verschillende modules zijn uitgewerkt: Wat is NAH? • Vermoeidheid • Stress, copingstijl en veerkracht • Rouw en verwerking • Piekeren • Depressie • Waarden, motivatie en flow • Assertiviteit en sociale vaardigheden • Relaties en intimiteit • Rollen en toekomst • Werk, hobby's en vrije tijd. De modules zijn gebaseerd op internationaal evidence en practice based materiaal.

Verder krijgt de groepsbegeleider een **leidraad** en **powerpointpresentaties** om de verschillende modules op een doeltreffende manier te begeleiden. Op de bijhorende **cd-rom** staan extra informatie, oefeningen en huiswerkopdrachten om mee te geven aan de deelnemers. Belangrijk is dat er gewerkt wordt met een vast groep.

#### Over de auteurs

**Wouter Lambrecht**, klinisch neuropsycholoog, werkt al 10 jaar met personen met NAH en hun omgeving, geeft vorming en is auteur van 'Breinzicht'.

**Camille De Schaepmeester**, klinisch psycholoog, spitst zich toe op neuropsychologisch onderzoek/begeleiding en volgt opleiding in de klinische neuropsychologie.

Beiden zijn verbonden aan de Hersenletselpraktijk in Gent.

#### Doelgroep

Het pakket heeft proefgedraaid bij mensen met een niet-aangeboren hersenletsel (NAH) en is inzetbaar bij het merendeel van de doelgroep (ook voor personen met degeneratieve aandoeningen zoals MS, Parkinson, enz.). Het is zowel van toepassing in residentiële settings als in de ambulante zorg. Hoewel ontwikkeld voor groepen, kan het pakket ook handvatten bieden voor individuele begeleiding. Leeftijd: vanaf 16 jaar.

Richtprijs: 199 euro (excl. verzending)

Interesse in dit pakket?

Mail uw gegevens naar [info@sig-net.be](mailto:info@sig-net.be) - We houden u op de hoogte!

Meer info? Sig • Pachthofstraat 1 • 9308 Gijzegem (Aalst) • tel. 053 382818 • [www.sig-net.be](http://www.sig-net.be)