

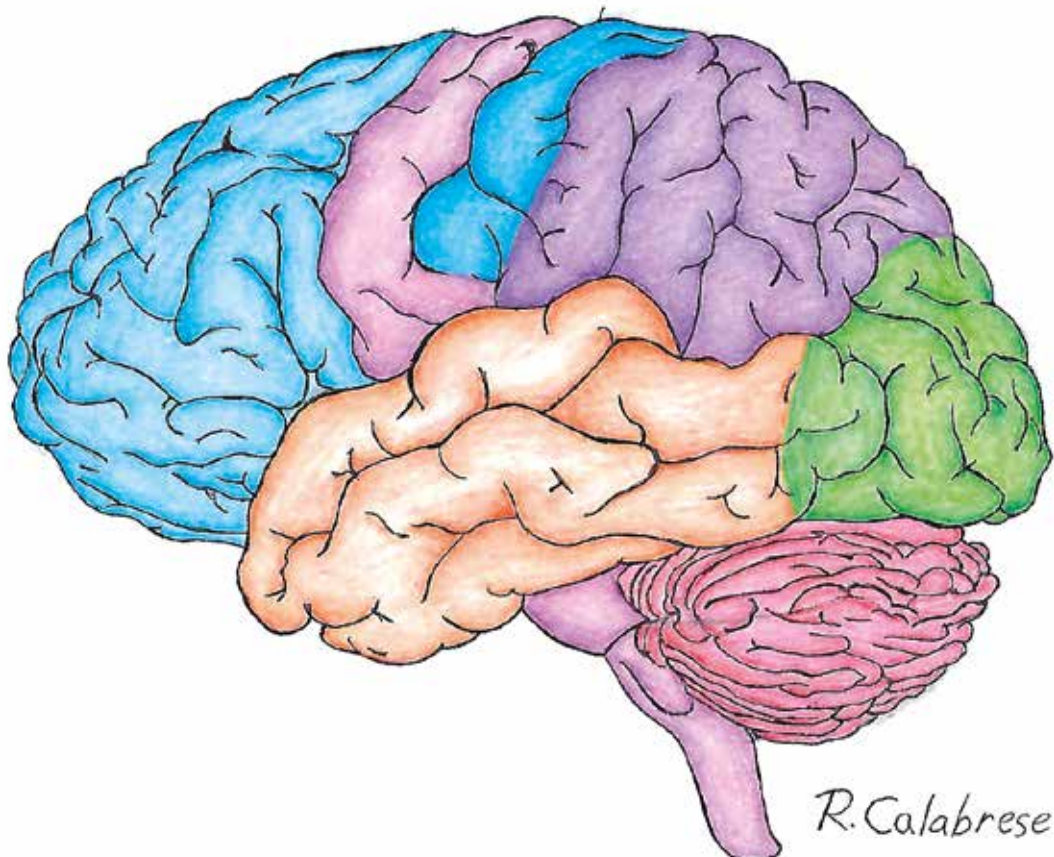
Toepassingsmogelijkheden in de psychiatrie:

Cognitieve revalidatietherapie is cognitieve rehabilitatie-therapie in de ggz?

Tekst: Willemien Vette en Isabelle Peters

Afbeelding: R. Calabrese

Veel ergotherapeuten zijn gewend mensen te behandelen die handelingsproblemen hebben door een lichamelijke aandoening. Maar is het echt zo anders als die problemen voortkomen uit een psychische ziekte? Wij, Willemien Vette, ergotherapeut bij Emergis (psychiatrisch ziekenhuis te Kloetinge) en Isabelle Peters, ergotherapeut bij de Winkler-kliniek (kliniek voor neuropsychiatrie, onderdeel van Pro Persona) vinden van niet. Wij gebruiken beide handvatten uit de Cognitieve RevalidatieTherapie (CRT) in de specialistische ggz. In dit artikel willen we u een beeld geven van hoe we de CRT toepassen bij mensen met handelingsproblemen als gevolg van psychische klachten.



Cognitieve revalidatietherapie is een therapie die gericht is op het (opnieuw) (aan)leren van vaardigheden, het leren om compensatiestrategieën toe te passen en het leren gebruik te maken van externe hulpmiddelen aangepast op het cognitieve niveau van de cliënt. Met behulp van testen en observaties brengt de ergotherapeut in kaart, en stelt hij vast, in welke mate de cliënt beperkt is als het gaat om zijn concentratie, informatieverwerking, het geheugen en de executieve functies. Daarna kijkt de ergotherapeut naar de behandel mogelijkheden die hierbij kunnen passen. Wanneer iemand bijvoorbeeld beschikt over goede executieve functies, dan kan hiervan gebruik gemaakt worden om handvatten en strategieën aan te leren om problemen in het dagelijks functioneren te hanteren. Maar wanneer iemand bijvoorbeeld minimale concentratie heeft, zal de ergotherapeut moeten kijken of de omgeving zo kan worden aangepast dat deze persoon toch veilig kan functioneren, met de benodigde hulp.

*Onze ervaring is dat
bijna al onze cliënten te
maken hebben met cognitieve
en executieve problemen,
in meer of mindere mate.*

Wanneer er gewerkt wordt met CRT is er vaak sprake van opgelopen hersenletsel, waardoor cognitieve problemen zijn te verklaren. In de psychiatrie is er vaak geen concreet aanwijsbaar moment van trauma. Maar toch ervaren deze cliënten exact dezelfde problematiek als mensen met hersenletsel, iets wat nog onderbelicht is. Onze ervaring is dat bijna al onze cliënten te maken hebben met cognitieve en executieve problemen, in meer of mindere mate. De oorzaken zijn onder andere: een bijwerking van medicatie, een lokalisatiestoornis in het brein, de fase van herstel (verkeert iemand in crisis, is hij nog maar recent uit crisis, of is iemand stabiel in zijn ziektebeeld), het stressniveau, een verminderd zelfvertrouwen, persoonlijkheidskenmerken (perfectionistisch, afhankelijk, extrovert, hyperactief en dergelijke), een verminderde motivatie, middelengebruik of een onderbelicht hersenletsel vanuit een TS (tentamen suïcide). Ook kunnen de cognitieve problemen ontstaan vanuit onder- of over-

belasting of door onder- of overprikkeling gedurende een langere periode. Recent onderzoek toont aan dat ook verkeerde voeding een groot effect heeft op het optreden van cognitieve problemen,¹ evenals overmatig koffiedrinken en roken.²

Oorzaken

Slechte voeding zou een negatief effect hebben op de hersenen. Vooral op het geheugen, de concentratie, het gedrag en de gemoedstoestand.³ Volgens onderzoek leidt vermoeidheid alleen al bij gezonde mensen tot strategische aanpassing van hun taakuitvoering.^{4,5}

Ook kunnen cognitieve problemen het gevolg zijn van een afgenomen motivatie om zich in te spannen. Een afgenomen motivatie kan voorkomen wanneer iemand in zijn leven al veel faalervaringen heeft meegemaakt.⁶ Onderzoek van Brenninkmeijer⁷, suggereert dat wanneer cliënten impliciete associaties hebben met mislukking, zij minder goed presteren dan gezonde personen.

Burn-outcliënten laten met name beperkingen in de aandacht en de executieve functies zien.^{9,10} Verder toont het onderzoek van Marin¹¹ aan dat continue chronische stress resulteert in cognitieve beperkingen.

Bij de cliënten van Isabelle is er altijd sprake van een combinatie van hersenletsel en psychiatrische problematiek, wat de diagnostiek erg complex maakt. Het is vaak niet duidelijk wat de exacte oorzaak is van de vermindering van cognitieve processen. Maar dat ze in het dagelijks functioneren hinder ondervinden door deze achteruitgang, is bij iedere cliënt wel duidelijk. Ook ziet Isabelle cognitieve problemen ontstaan bij cliënten die slecht slapen, iets wat nu nog vaak onderbelicht is. Uit recente literatuur blijkt dat er aanwijzingen zijn dat de invloed van slecht slapen direct in verband staat met geheugenproblemen. Nieuwe informatie en vaardigheden worden gedurende je slaap vastgezet, geconsolideerd in je hersenen. Slaapdeprivatie, depressie, alcoholgebruik en slaapmedicatie zouden het vastzetten van informatie in je geheugen nadelig beïnvloeden doordat je niet alle slaapstadia doorloopt.¹² Het verstrekken van informatie hierover lijkt dus niet alleen belangrijk bij mensen met niet-aangeboren hersenletsel, maar ook zeer zinvol bij mensen met psychische klachten zoals een depressie, een bipolaire stoornis, een psychose of een verslaving, omdat juist bij deze doelgroep slaapproblemen vaak voorkomen.

Casus Procestraining (trainen cognitieve functies)

Kees is 50 jaar, heeft een alcoholverslaving, stemmingsproblematiek en is gediagnosticeerd met PTSS. Hij woont zelfstandig in een appartement op het terrein van een ggz-instelling. Kees heeft recent een TS gedaan, waarna zijn concentratie minimaal is en hij zijn vrijwilligerswerk (activiteitenbegeleiding in een verzorgingstehuis) niet meer kan volhouden. Door middel van een betere energieverdeling en het laagdrempelig opbouwen van zijn concentratie (procestraining gericht op aandacht) lukt het hem na drie maanden om zich weer vier uur achter elkaar te concentreren. Deze procestraining bestaat uit aandachtsoefeningen vanuit de brainwave en frontomix en het in de praktijk opnieuw opbouwen van werkzaamheden. Kees is tijdelijk bij een werkleerbedrijf van de ggz-instelling begonnen, waar hij zonder al te veel werkdruk zijn belastbaarheid opnieuw kan opbouwen met als doel uiteindelijk weer de stap naar buiten te maken. Hij is momenteel lid van de cliëntenraad, waarvoor hij zich wekelijks tijdens de vergaderingen moet kunnen concentreren en neventaken vervult.

Casus Afstemmen op cognitie (omgeving aanpassen)

Floortje is 17 jaar, heeft autisme en een laag zelfbeeld en is bekend met angst en overprikkelingsklachten. Floortje woont in een begeleid-woonproject in de stad. Zij wil graag voor zichzelf kunnen koken (in de beschikbare keuken van de woonvorm). Na de diagnostiek blijkt dat Floortje overzicht mist en er niet mee kan omgaan dat de keuken er elke keer anders uitziet wanneer ze wil beginnen met koken. Doordat zij de keuken deelt met huisgenoten staat er soms nog afwas, is de keuken bezet of zijn de pannen nog vies. Omdat dit Floortje zo veel stress geeft, lukt het haar niet om het koken goed te volbrengen. Vanuit deze bevinding is de keuze gemaakt om Floortje over te plaatsen naar een andere woonvorm waarbij zij een eigen douche, toilet en keukenblokje heeft. Hier lukt het haar wel om voor zichzelf te koken.

Casus Gebruikmaken van aanspreekbare executieve functies (aanleren strategieën en compensatietechnieken)

Evita, 45 jaar, is gediagnosticeerd met een manisch-depressief beeld en een vorm van autisme. Zij woont zelfstandig in de stad, doet elke dag boodschappen voor het avondeten maar loopt vaak vast in de winkel, waardoor ze niet met haar boodschappen thuiskomt. Na observatie blijkt dat ze moeite heeft met omgevingsgeluiden, dat ze vastloopt wanneer ingrediënten er niet meer zijn, en dat de spanning oploopt wanneer het lang duurt voordat ze ingrediënten wél kan vinden. Ook heeft ze moeite met het hanteren van haar pinpas, ze is erg bang dat deze het bij de kassa niet blijkt te doen. Door het boodschappen doen samen te evalueren en door de PLAN-DO-CHECK-methode in te zetten, hebben we het proces elke keer verbeterd, net zolang tot Evita tevreden was over het eindresultaat. Door te evalueren wat goed en minder goed ging, lukte het haar ook zelf om oplossingen te verzinnen voor de problemen waar ze tegenaan loopt. Zo heeft ze bedacht meerdere vervangende producten te bedenken en op te schrijven, zodat ze altijd een plan B en C heeft. Verder doet ze oordoppen in wanneer ze de winkel in gaat en doet ze deze bij de kassa uit. Ze zorgt dat ze altijd contant geld heeft zodat ze geen stress hoeft te hebben dat haar pinpas het bij de kassa niet doet. Ook heeft ze voor zichzelf een plattegrond gemaakt van de rijen en producten die ze uit haar hoofd kent. Daarbij maakt ze haar boodschappenlijstje op volgorde, waardoor het boodschappen doen haar ook minder tijd kost.



Het is onze overtuiging dat het goed zou zijn wanneer meer ergotherapeuten die werken met mensen met psychische klachten, deze handvatten zouden toepassen.


Uit promotieonderzoek naar cognitief functioneren¹³ kunnen we concluderen dat cognitieve beperkingen het gevolg zijn van een meer structurele toestand die niet zomaar veranderd kan worden door coping of motiverende interventies. Dit betekent dat het leren omgaan met deze beperkingen noodzakelijk is, iets waaraan de ergotherapie middels cognitieve revalidatietherapie kan bijdragen. Hoe de ergotherapiebehandeling aansluit bij de vraag is voor ieder individu anders, dit heeft veel te maken met de persoonlijke leerstijl van de cliënt (leerstijlen van Kolb) maar ook op welk cognitief niveau iemand functioneert. Dit cognitieve niveau kan worden vastgesteld middels de Allen Cognitieve Levelscreening (ACL) van Claudia Allen.

Ergotherapie kan zich richten op het vergroten van inzicht (het geven van psycho-educatie) waardoor de cliënt kan leren compensatiestrategieën in te zetten. Ergotherapie kan worden ingezet op het contextgeboden aanleren van activiteiten in de juiste omgeving (inzetten op routines). Eventueel kan de cognitieve functie concentratie middels procestraining worden verbeterd. Of er wordt ingezet op aanpassing en instrueren van de omgeving. Met als doel de cliënt zo zelfstandig en veilig mogelijk te kunnen laten functioneren

in zijn eigen omgeving. Deze manier van behandelen is wat cognitieve revalidatietherapie inhoudt, en dit sluit goed aan bij het behandelen van mensen met een psychische problematiek.

Willemien Vette past nu ongeveer vijf jaar de principes van de cognitieve revalidatietherapie toe in de psychiatrie, wat haar handvatten geeft om haar werkzaamheden concreter vorm te geven. Door met deze richtlijnen en modellen te werken, vanuit de cursus van Hersenwerk, kan ze zich beter verantwoorden richting behandelaren, verpleging en psychiaters, maar voelt ze zichzelf ook zekerder. Psychiatrie of het werken met mensen met psychische klachten heeft helaas nog steeds het imago dat het ongrijpbaar is. Maar juist door met deze concrete theorie te werken, is het niet meer ongrijpbaar maar tastbaar en kan er in een handlingsanalyse direct worden aangewezen waar de moeilijkheid van de uitvoering in zit. Isabelle werkt met cliënten die een combinatie hebben van neurologische en psychiatrische problematiek, waarbij ook veel cognitieve verstoringen voortkomen vanuit psychiatrische problemen. Het is onze overtuiging dat het goed zou zijn wanneer meer ergotherapeuten die wer-

ken met mensen met psychische klachten, deze handvatten zouden toepassen. We zouden samen ons beroep voor deze doelgroep een meer concrete basis kunnen geven, iets wat in deze tijd noodzakelijk lijkt.

De doelgroep die psychische klachten ervaart wordt steeds groter onder de continue druk van de maatschappij. Opnamedrempels binnen ggz-instellingen worden steeds hoger, waardoor steeds meer ergotherapeuten in revalidatiecentra, verpleegtehuizen en eerstelijnspraktijken mensen gaan zien met handelingsproblemen die gebaseerd zijn op psychische klachten. Wat ons betreft is de cognitieve revalidatietherapie erg geschikt voor deze doelgroep. Door cliënten die beschikken over beginnende executieve functies inzicht te geven in hun eigen functioneren en hen te ondersteunen bij de uitvoering van activiteiten, ervaren zij weer grip op hun zelfstandigheid en zelfredzaamheid. En door de omgeving van cliënten met weinig tot geen inzicht zo te instrueren dat een cliënt veilig en zelfstandig kan functioneren, werk je als ergotherapeut herstelgericht op het gebied van revalidatie binnen de beschikbare cognities van de cliënt. 

Voor meer informatie:

Isabelle Peters: i.peters@propersona.nl

en Willemien Vette: willemienvette@hotmail.com

Referenties:

- Eussen J., de Groot, C. P. G. M., Joosten, L. W., Bloo, R. J., Clarke, R., Ueland, P. M., Schneede, J., Blom, H., Hoefnagels, W. H., van Staveren, W. A. (2006). Effect of oral vitamin B-12 with or without folic acid on cognitive function in older people with mild vitamin B-12 deficiency: a randomized, placebo-controlled trial. *American Journal of Clinical Nutrition*, 84(2), 361-70.
- Gelder van, B. M., Buijsse, B., Tijhuis, M., Kalmijn, S., Giampoli, S., Nissinen, A., Kromhout, D. (2007). Coffee consumption is inversely associated with cognitive decline in elderly European men: the FINE Study. *European Journal of Clinical Nutrition*, 61(2), 226-32.
- Lipton, Bruce H. (2007). *De biologie van de overtuiging*. Utrecht, Nederland: VBK Media.
- Hockey, G.R.J. (1997). Compensatory control in the regulation of human performance under stress and high workload: A cognitive-energetical framework. *Biological Psychology*, 45, 73-93.
- Matthews, G., & Amelang, M. (1993). Extraversion arousal theory and performance: A study of individual differences in the EEG. *Personality and Individual Differences*, 14, 347-364.
- Schaufeli, W. B., & Taris, T. W. (2005). The conceptualization and measurement of burnout: common ground and worlds apart. *Work & Stress*, 19(3), 256-262.
- Brenninkmeijer, V., Van Yperen, N. W., & Buunk, B. P. (2001). I am not a better teacher, but others are doing worse: burnout and perceptions of superiority among teachers. *Social Psychology of Education*, 4, 259-274.
- Dunn, B. D., Stefanovitch, I., Buchan, K., Lawrence, A. D & Dalgleish, T. (2009). A reduction in positive self-judgment bias is uniquely related to the anhedonic symptoms of depression. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 374-81.
- Linden van der, D., Keijsers, G. P. J., Eling, P., & Van Schaijk, R. (2005). Work stress and attentional difficulties: an initial study on burnout and cognitive failures. *Work & Stress*, 19(1), 23-36.
- Oosterholt, B. G., Van der Linden, D., Maes, J. H. R., Verbraak, M. J. P. M., & Kompier, M. A. J. (2012). Burned out cognition – cognitive functioning of burnout patients before and after a period with psychological treatment. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 38(4), 358-69.
- Marin, M. -F., Lord, C., Andrews, J., Juster, R. -P., Sindi, S., Arseneault-Lapierre, G., Fiocco, A. J., & Lupien, S. J. (2011). Chronic stress, cognitive functioning and mental health. *Neurobiology of Learning and Memory*, 96(4), 583-95.
- Casement, M. D., Broussard, J. L., Mullington, J. M., Press, D. Z. (2016). The contribution of sleep to improvements in working memory scanning speed: a study of prolonged sleep restriction. *Biological Psychology*, 72(2), 208-12.
- Van Dam, A., Keijsers, G. P. J., Verbraak, M. J. P. M., Eling, P. A. T. M., & Becker, E. S. (2013). Level and appraisal of fatigue are not specific in burnout. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. Early view: DOI: 10.1002/cpp.1869.

Aanvullende literatuur:

- Allen, C.K. (1985). *Occupational therapy for psychiatric diseases: Measurement and management of cognitive disabilities*. Boston: Little, Brown.
- Boksem, M. A. S. & Tops, M. (2008). Mental fatigue: costs and benefits. *Brain Research Reviews*, 59(1), 125-139.
- Kielhofner, G. (2008): *The Model of Human Occupation (MOHO): theory and application*. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kolb, D.A. (1984) *Experimental learning: experience as the source of learning and development*. New Jersey; Prentice Hall.
- Matthews, G., Davies, D. R., Westerman, S. J., & Stammers, R. B. (2000). *Human performance: cognition, stress and individual differences*. Hove, United Kingdom: Psychology press.
- Schmid, P. C., & Schmid-Mast, M. (2010). Mood effects on emotion recognition. *Motivation and Emotion*, 34(3), 288-92.
- Schouwen van, E. T. (2015). *Cognitieve Revalidatie Therapie: ergotherapeutische diagnostiek*. Enkhuizen, Nederland: Hersenwerk.
- Zinkstok R. (2012). *Ergotherapie in de GGZ, een wereld te winnen*. Verslag studiedag 12 oktober Utrecht. *Ergotherapie Magazine*. (december) 12-17.