

# VERWERKINGSPROCES NA NAH

Relevantie voor evaluatie

**W. BRUSSELMANS**

CLNR - UZ GENT

# Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH) – Acquired Brain Injury (ABI)

## Verschillende oorzaken :

- externe kracht
- zuurstoftekort
- CVA
- tumor
- infecties
- intoxicaties
- (degeneratieve aandoeningen)

Brain Injury Association (V.S.)

ABI: steeds plots en acuut

# Ernstgraad hersenletsel

Glasgow Coma Scale – bij opname

3 – 8: ernstig

9 – 12: matig ernstig

13 – 15: licht

# Review artikel – cijfers Europa (2006) T.B.I.

Incidentie: 235/100.000

Mortaliteit: 15/100.000

Ernst: 79 à 90 % licht

12 à 6 % matig

9 à 4 % ernstig

Prevalentie: x 10

V.S. : TBI erkend als specifieke disability  
group (Traumatic Brain Injury Act – 1996)

# CVA

Incidentie: V.S. 700.000 of 330/100.000

Europese gegevens: 240/100.000

Mortaliteit in 2003: 23 % van alle CVA

Overlevenden: 15 à 30 % blijvende beperkingen  
20 % institutionele zorg nodig

Prevalentie: 2,4 à 2,6 %: 2400 à 2600 per 100.000

0,4 % leeftijd 18 à 44 jaar

2,3 % leeftijd 45 à 64 jaar

50 % boven 75 jaar

Oorzaak: 83 à 88 % ischemisch

# NAH - MEERVOUDIGE STOORNIS

lichamelijk

cognitief

gedragmatig

emotioneel

psychisch

psychiatrisch

pijn



vaak grote  
aantasting  
van zelfbeeld,  
activiteiten  
en  
participaties

# MODEL ICF

gezondheidstoestand

aandoeningen, ziekten

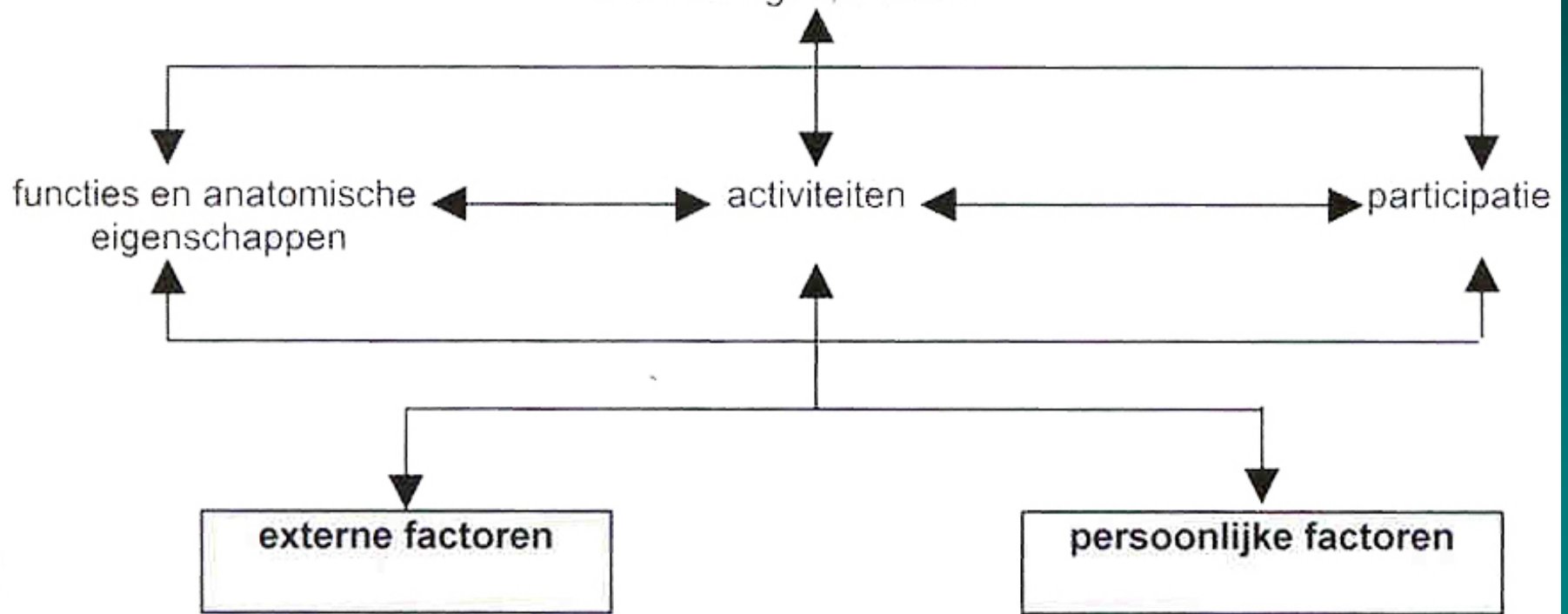
functies en anatomische  
eigenschappen

activiteiten

participatie

externe factoren

persoonlijke factoren



# Verloop van de verliesverwerking

- theorieën op zich inspirerend
- stellen verloop genuanceerder voor dan tegenstanders vaak aanhalen
- fasen zijn geen must - geven wel inzicht
- meer inzicht door meerdere modellen te gebruiken

# Kübler - Ross (1969)

Meest gekende model

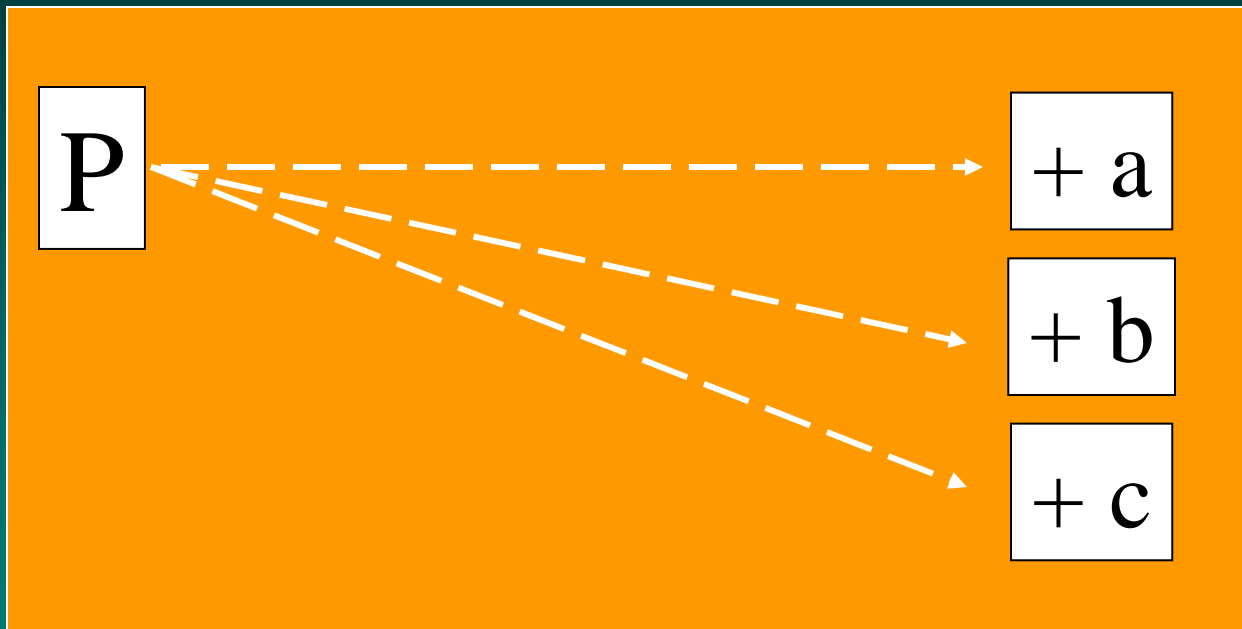
- Ontkenning → NAH
- Protest
- Marchanderen
- Depressie → NAH
- Aanvaarding

# Cohn en Kerr (1)

## 1. Shock

Psychologisch identiek aan premorbide functioneren.

Realiteit als kwade droom



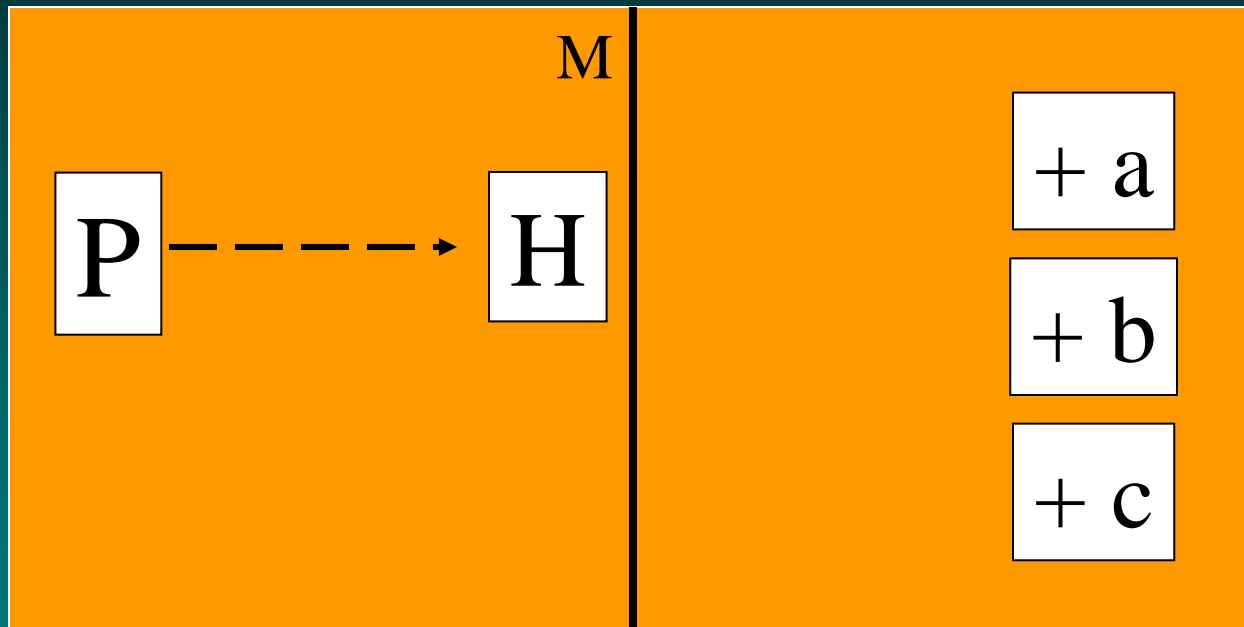
P = persoon met behoeften en mogelijkheden

+a,+b,+c = doelstellingen, activiteiten, waarden ...

Verandering: confrontatie realiteit

## Cohn en Kerr (2)

### 2. Verwachting van verbetering



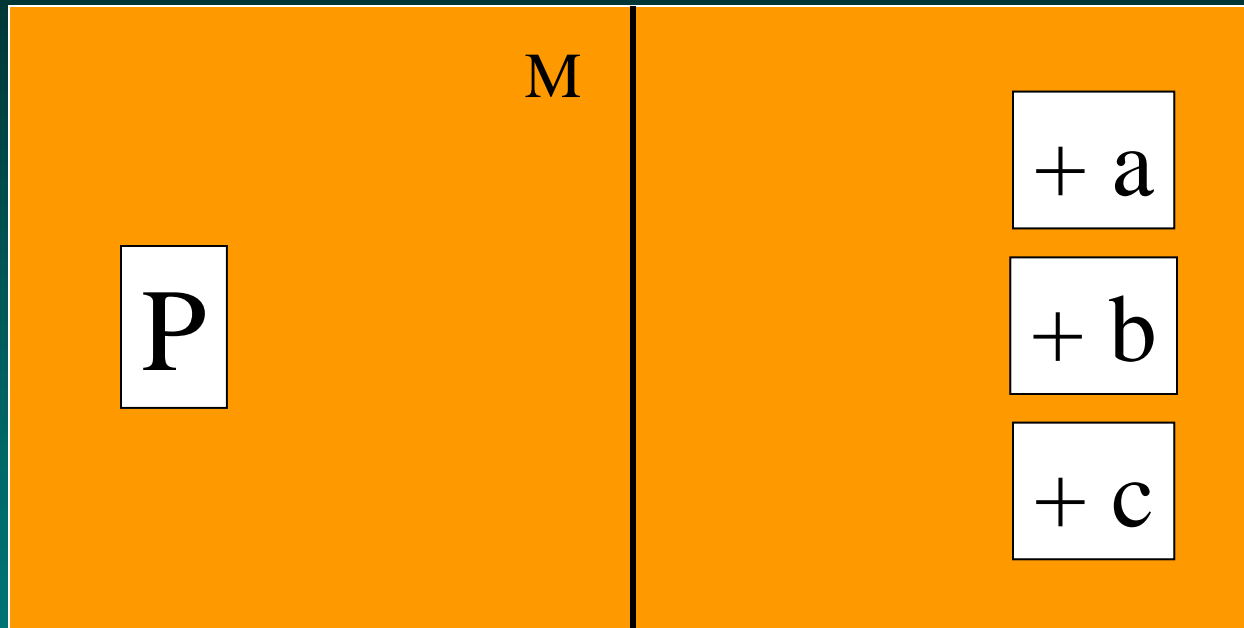
H: herstel

M: muur tussen normale doelstellingen ...

Verandering: onmogelijkheid herstel

## Cohn en Kerr (3)

### 3. Rouwen

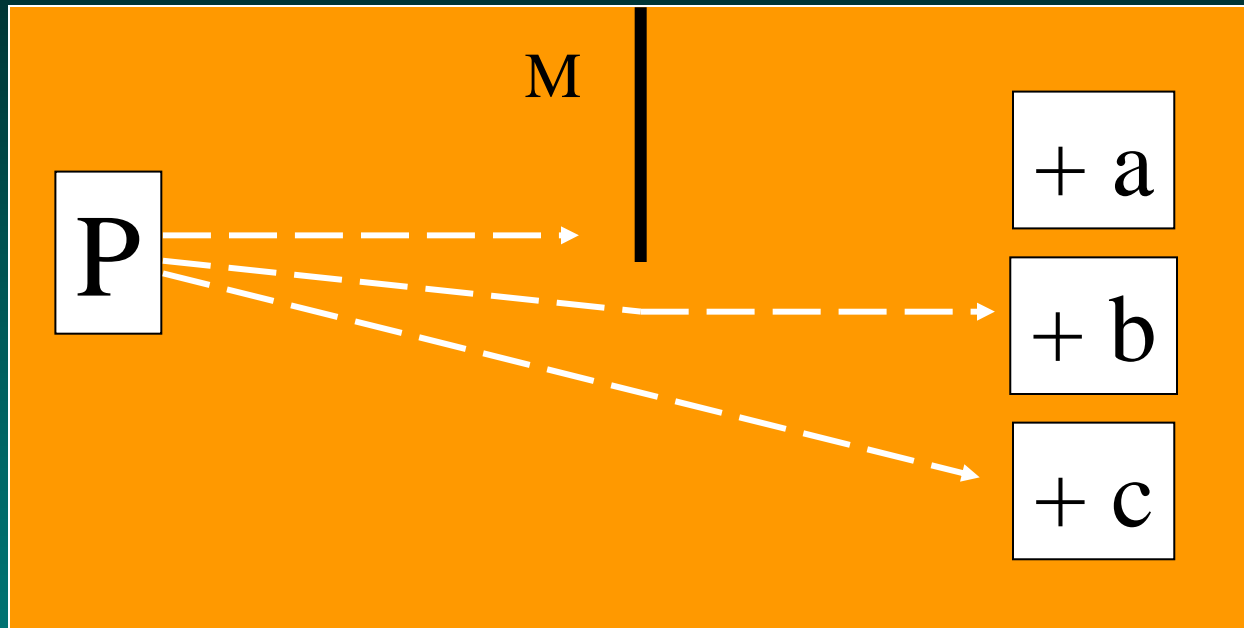


Onbruikbaarheid van waarden en doelstellingen.

Verandering: nieuwe ervaringen van  
functioneringsmogelijkheden

## Cohn en Kerr (4)

### 4. Verdediging



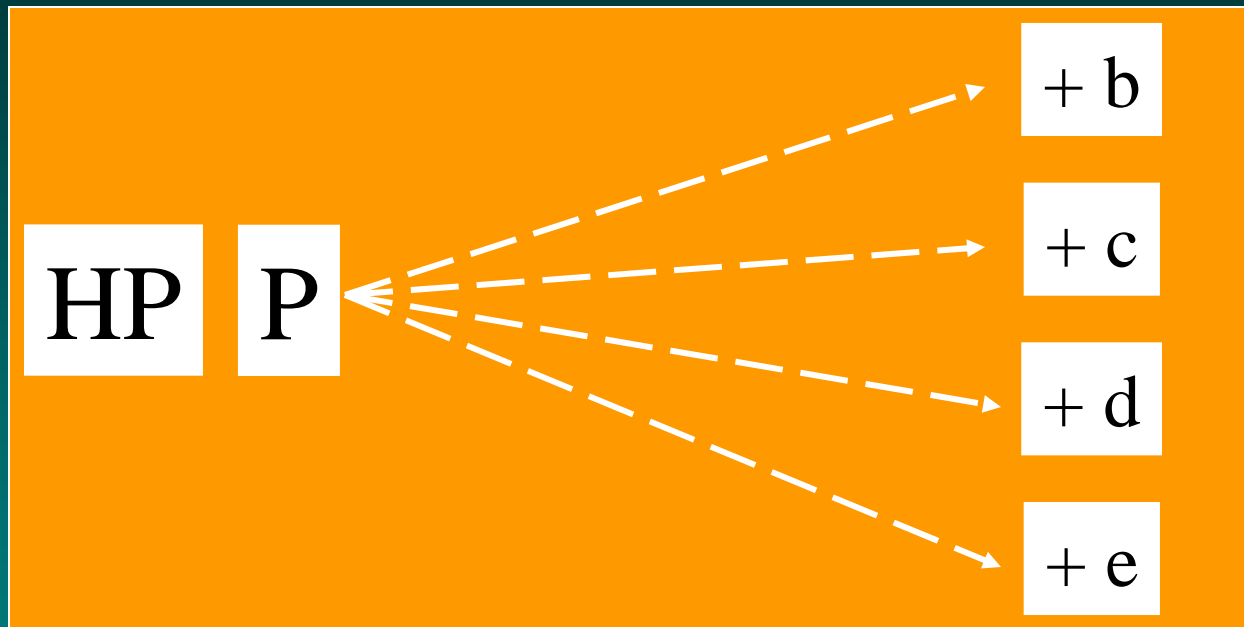
Muur verschuift of wordt omzeilt.

Overgang naar aanpassing: behoeftenwijziging.

Neurotische verdediging: handicap verstoppen, negatieve gevoelens projecteren ...

# Cohn en Kerr (5)

## 5. Aanvaarding



HP: handicap deel van zelfbeeld.

Overgang: mogelijk regressie.

# NAH volgens schema Kerr

- Premorbide fixatie, beperkte shock
- Extreme verwachting verbetering
- Moeilijke integratie – HP en P,  
dus beperkte aanpassing

# Verloop van verliesverwerking

(de Mönning)

## Verlies op drie niveau's

- De feiten - werkelijkheid van de eerste orde
- De concrete betekenis: werkelijkheid van de tweede orde
- Het bestaansontwerp: werkelijkheid van de derde orde

# Werkelijkheid van de derde orde Aantasting van het bestaansontwerp

Inbreuk op :

- Controle
- Eigenwaarde
- Rechtvaardigheidsbesef
- Nu-in-relatie-tot-later (toekomst perspectief)

Aantasting van **KERN** van bestaan  
STERK AANWEZIG BIJ NAH

# Reactiemogelijkheden - 3-A

## **AFWEER**

verdoving, ontkenning, dissociatie ...

## **AFSCHEID**

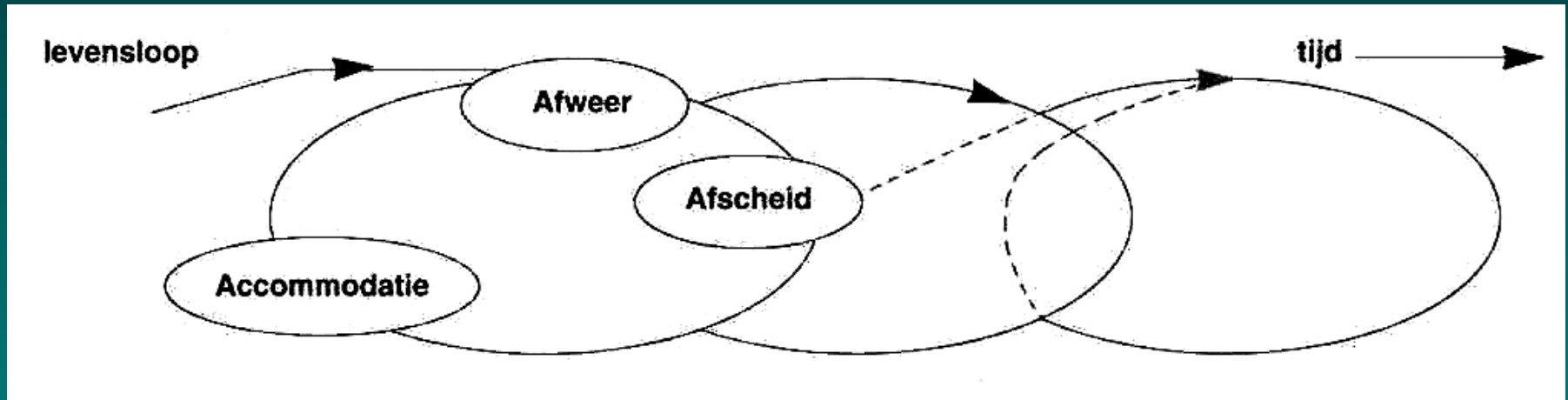
huilen, angst, boosheid, schuld, schaamte ...

## **ACCOMMODATIE**

verliesverhaal krijgt plaats in levensverhaal

**NAH HEEFT PROBLEEM MET ACCOMMODATIE**

# Verliesverwerking volgt eerder spiraalvormig verloop



**NAH VAAK FIXATIE OP AFWEER**

# NAH & VERLIESVERWERKING - AAA

- uitgesproken afweer
- problematisch afscheid
- aantasting mogelijkheden  
accommodatie

basiscondities voor verliesverwerking op zich  
zijn niet aanwezig

# Revalidatie: verliesoriëntatie en restauratie-oriëntatie

Dagelijkse routine

Verliesoriëntatie

Restauratieoriëntatie

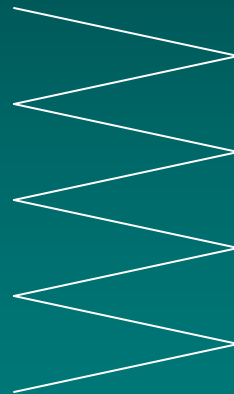
rouw-arbeid

herbeleving van verlies

verbreken banden

ontkenning/vermijding

van restauratietechnieken



aandacht veranderingen in leven

nieuwe dingen doen

afleiding zoeken

nieuwe rollen aangaan

nieuwe identiteit zoeken

**NAH OVERMATIGE VERLIESORIËNTATIE**

# MODELLEN

## VERLIESVERWERKING EN NAH

- lange ontkenning
- lange hoop
- frequente depressie
- labiel karakter van aanpassing
- zeer fundamentele aantasting van kern / zelf
- niet eindigende spiraal verwerkingsproces
- verliesoriëntatie
- sterk afweergegericht
- uitgebreide weerslag op levensdomeinen

# TWEE CLUSTERS VAN BELEMMERENDE INVLOEDEN

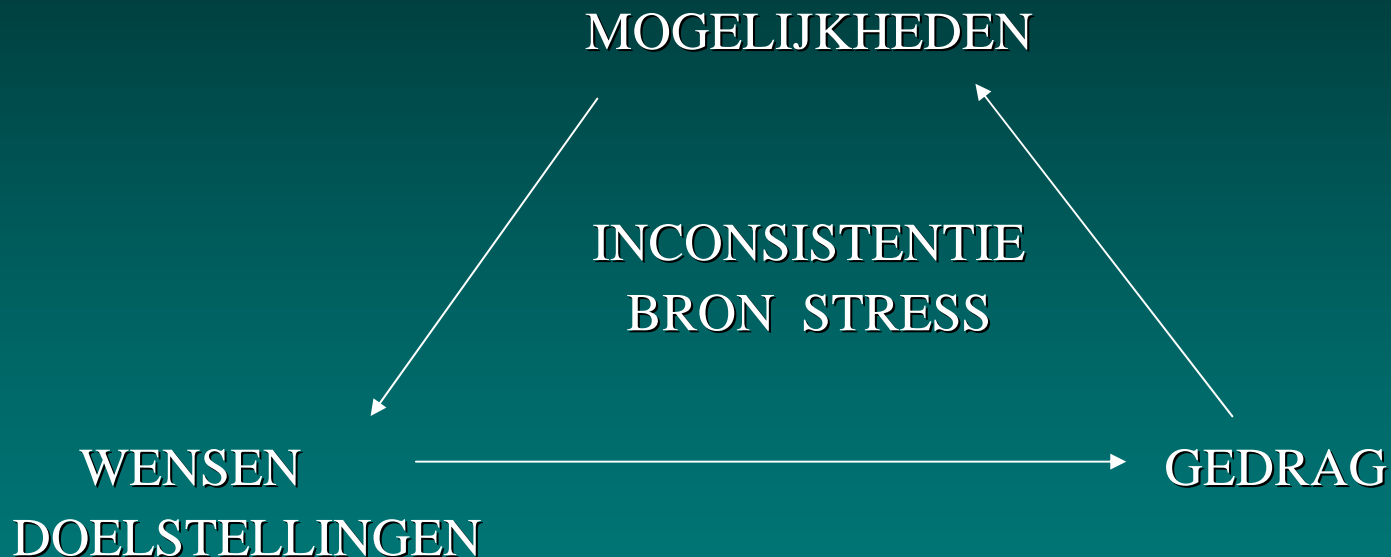
## 1. NEURO(PSYCHOLOGISCHE) FACTOREN

- ANOSOGNOSIE - ZIEKTEINZICHT
- COGNITIEVE FACTOREN
- EXECUTIEVE FACTOREN

## 2. PSYCHOLOGISCHE / PSYCHIATRISCHE FACTOREN

- HET ONTWRICHTE ZELFBEELD
- PSYCHIATRISCHE CO-MORBIDITEITEN
- VERLIES AAN ACTIVITEITEN/PARTICIPATIES

# BELANG ZIEKTEINZICHT VOOR AANPASSINGSPROCES



AANPASSING VERGT OVEREENKOMST  
ASPIRATIES, MOGELIJKHEDEN EN FEITELIJK GEDRAG

# Anosognosie in verschillende maten

- Zuiver neurologisch – vb. jargon afasie, neglect
- Beperking van het zelf-bewustzijn
- Beperking van de self-monitoring
- Anosognosie als psychologisch defensie-mechanisme

# SELF-AWARENESS OF DEFICIT IN TBI

Fleming e.a., 1996

- 1<sup>e</sup> niveau: kennis op niveau van stoornissen (fysiek, cognitief, sociaal, emotioneel)
- 2<sup>e</sup> niveau: bewustzijn van subjectieve appreciatie van fundamentele beperkingen (wonen, werk, autorijden, discussie voeren ...)
- 3<sup>e</sup> niveau: stoornis bij maken van realistische doelstellingen (herkennen van prognose, capaciteiten voor coping ...)

# MOGELIJKE GEVOLGEN BEWUSTZIEN / NIET BEWUST (Glynn & Schacter)

- **UNAWARENESS:**

- geen motivatie voor behandeling
  - wegblijven compenserende strategieën
  - gebrek aan realistische doelstellingen
  - weinig benefit van revalidatie

- **AWARENESS:**

- vaker gedragsmatige stoornissen
  - apathie, agressie
  - depressie en gemoedsstoornissen  
(42,4 % majeure depressie eerste jaar)

# VERHOOGD BEWUSTZIJN EN STRESS (Fordyce)

Verhoogde emotionele stress en depressie samenhangend met verhoogd bewustzijn van residuele defecten en problemen met sociale aanpassing welke nog niet bekend waren in acute periode.

# ANOSOGNOSIE EN SCHADE RECHTER HEMISFEER (Goldberg - 91)

- ook gezonde personen weinig zicht op rechter hemisfeer-activiteiten
- rechter hemisfeerletsel: moeilijkheid informatie te organiseren tot zelf

Prigatano (89)

PREFRONTALE CORTEX - VERKEERD  
AANVOELEN, VERKEERD STUREN,  
ONAANGEPAST GEDRAG...

“The integration of the rudimentary perceptions of the emotional relevance of a stimulus may be precisely what has been damaged by these injuries. the interface between interpreting and feeling is thus damaged by these injuries.”

# Ziekteinzicht en localisatie hersenenbeschadiging

- Gezien ziekteinzicht gevarieerde lading dekt, is localisatie ook niet eenduidig
- Zeker: - grotere betrokkenheid rechter hemisfeer
  - frontale en prefrontale cortex

# Cummings (93)

## DRIE VERSCHILLENDE FRONTAAL SYNDROMEN

- dorsolateraal prefrontaal syndroom: stoornissen in executieve functies, flexibiliteit, planning
- orbitofrontaal syndroom:  
persoonlijkheidsveranderingen, tekort ziekte-inzicht, desinhibitie...
- anterieur cingulair syndroom:  
apathie, traagheid, initiatiefverlies, emotionele onverschilligheid...

# ANOSOGNOSIE – TUSSEN BESEF EN UITING (Prigatano)

Anosognosics both perceived themselves as normal, yet also recognised an altered capacity to function, but were unable to express this functions.

# NAH en ongedefinieerdheid zelf-beeld (Prigatano)

TBI patients have an altered sense of self,  
both affectively and cognitively.

Patients experienced a disruption in social  
and self-awareness but were at a loss to  
define and express this loss.

# STOORNIS VAN ZELFBEWUSTZIEN EN FRONTALE LETSELS (Stuss 1996)

- Gebrek aan introspectie en zelfreflectie bij frontale letsels
- Verlies van “zelf” als continue en evoluerende entiteit
- Gewijzigde tijdsvisie: focus op nu en moment, verwaarlozing verleden en anticipatie toekomst

# SUBJECTIEF BEWUSTZIJN ALS EXPERIËNTIEEL PROCES (Kihlstrom & Tobias – 1991)

- Alle informatie processing is onbewuste act
- Bewustzijn is experiëntieel, de interactie van een mentale representatie van een gegeven met de mentale representatie van het zelf als waarnemer
- Voor bewuste waarneming is representatie van het zelf en de context nodig
- Het construct “self ” is een cruciaal element van het bewust-zijn

# Prigatano

“gewijzigde “self-awareness” veroorzaakt een gewijzigd zelfbeeld, zowel affectief als cognitief. Nah-personen ervaren de verstoring van hun sociaal- en “zelf”-bewustzijn maar zijn niet bij machte dit verlies te definiëren.”

# BEWUSTZIJN VAN HET “ZELF” EEN ESSENTIELE FUNCTIE VAN DE PREFRONTALE CORTEX

Stuss (91)

bewustzijn van “zelf” hoogste vorm van hersenactiviteit vanuit oogpunt van de hiërarchische organisatie van de hersenen.

# BASISASSUMPTIES ZELF EN ZELF-CONCEPT

- ▲ aangeleerd
- ▲ dynamisch
- ▲ georganiseerd
- ▲ neurologische basis

psychologie en neuropsychologie  
overlappen elkaar in het self-concept.

# ZELF-CONCEPT (Z.C.)

- sociaal product ontwikkeld door ervaringen
- mogelijks verschil tussen zelf-perceptie en perceptie door anderen
- personen focussen op verschillende aspecten van hun zelf op verschillende momenten
- elke ervaring welke niet consistent is met zelfbeeld kan bedreigend ervaren worden

# ZELF-CONCEPT (Z.C.)

- niet kwijtraken gepercipieerde inconsistenties veroorzaakt problemen
- dichotoom denken/overgeneralisatie creeert negatieve interpretaties over zelf
- stabiliteit en organisatie van z.c. geeft consistentie aan p.h.
- z.c. vergt consistentie, weerstaat aan verandering
- hoe centraler bepaalde opvattingen hoe meer weerstand aan verandering

# ZELF-CONCEPT (Z.C.)

- omgeving wordt niet zozeer objectief waargenomen maar i.f.v. z.c.
- z.c. beschermt zich tegen verlies van zelfachting
- indien z.c. zich steeds moet verdedigen voor aantasting, rest er weinig groeimogelijkheid
- verandering z.c. vergt tijd

# ZELF NA NAH

- Mogelijke discordantie tussen oude zelf en functioneringsmogelijkheden
- Nieuwe zelf is verwerpelijk, mist structuur, groei- en tijdsperspectief

Gevolg → functioneringsproblemen  
risico op psychologische en  
psychiatrische complicaties

# IS HIER EEN UITWEG ?

Ja, maar...

Toch meer kansen met passende coping

# COPING

grotendeels onbewust

vb. defensiemechanismen

persoonlijkheidsstijlen

grotendeels bewust

vb. coping-processen bij aanpak

concreet probleem

# Lazarus-Folkman (84)

rather than examining general coping, coping process approaches examine how individuals cope with a particular stressor.

# 4 WAYS IN COPING WITH TBI PATIENTS

Malia e.a., 95

- 1 problem focused coping
- 2 emotional focused coping
- 3 avoidance coping
- 4 wishful thinking

2-3-4 - inappropriate in both the short and long term

# stress-appraisal-coping model (sac)

The sac model hypothesises that individuals experience emotional distress when they appraise their environmental demands as exceeding their personal and socially available coping resources (Godfrey e.a. 96)

Belang van juist inschatten van reële mogelijkheden en ondersteuning!

# COPING STIJL EN PTSD NA ERNSTIG T.B.I. (Bryant e.a., 2000)

- belangrijkste voorspeller ptsd: vermijdende coping stijl
- ptsd vermijden door :
  - aversieve emoties aanpakken
  - gewenning aan angst
  - modificatie van negatieve opvattingen betreffende trauma

# CRISIS AND ITS ASSESSMENT AFTER B.I.

J.R. Davis e.a., Brain Injury, 2003

- initiële crisis na letsel
- levenslange sequelen welke coping vergen
- onderzoek naar belangrijkste thema's om crisis na nah in beeld te brengen
- doel ontwikkelen van passende schaal

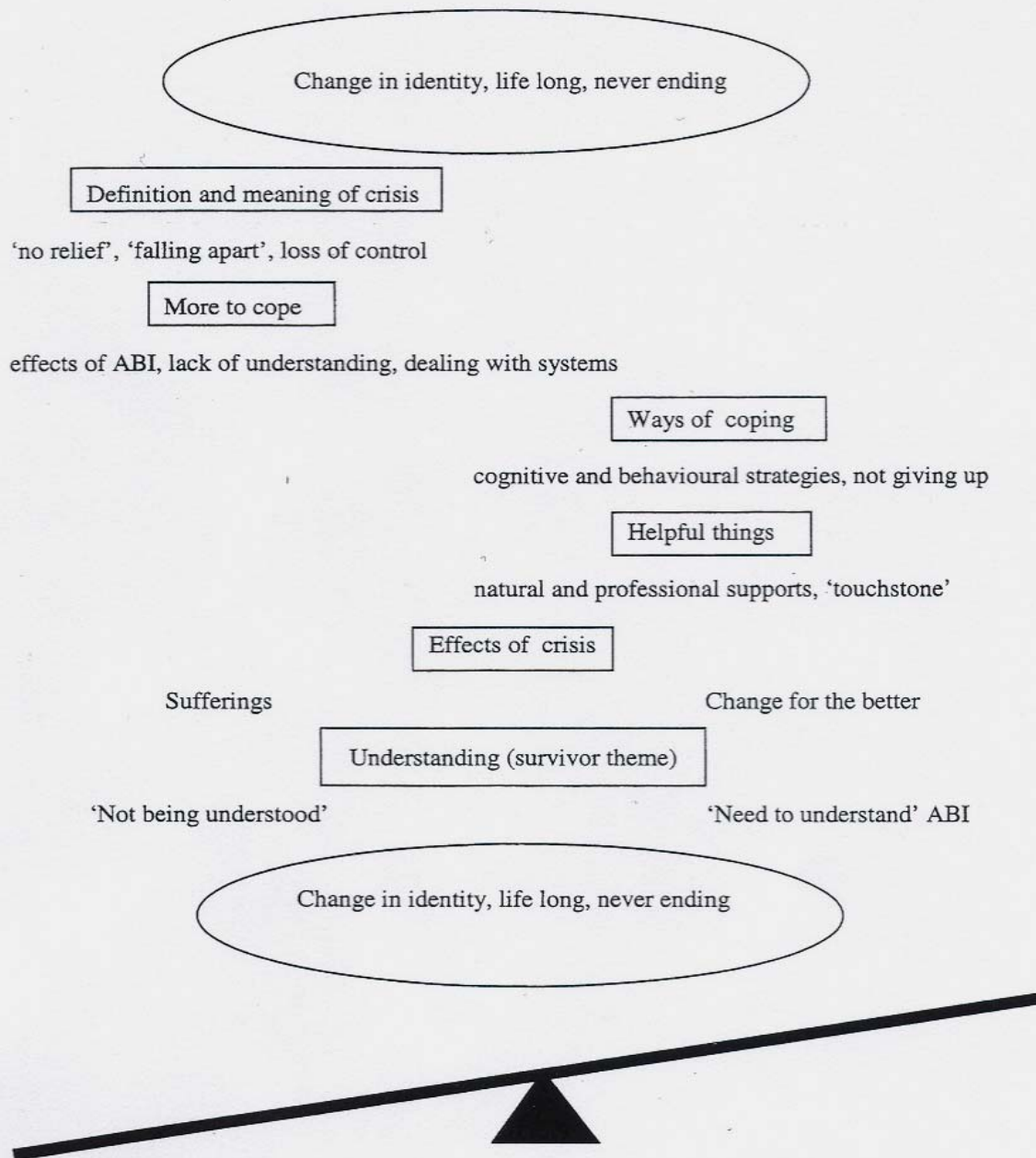


Figure 2. Schematic presentation of focus group themes and sub-themes.

# WORK-LOVE-PLAY

Prigatano - 89

## Symbolen en zelf-concept

“hypothesized that tbi patients needed symbols, concepts and analogies to help to adapt to the experience of b.i.

Prigatano proposed that the symbols of work, love and play were useful to help tbi patients to adapt to their unique level functioning.”

# aanpassing aan nah en aan andere stoornissen

- grote verschillen met locomotorische aandoeningen
- gelijkenissen met
  - chronische ziekten i.v.m. tijdsaspecten
  - psychiatrische aandoeningen i.v.m. aantasting van zelf en emotionele problematieken
  - mentale (degeneratieve) stoornissen i.v.m. cognitieve beperkingen

# LEVENSLANG ONDERSTEUNEN

veel auteurs benadrukken de nood aan  
intermittente levenslange begeleiding na nah  
(Ponsford e.a.).

Complexe levenssituatie en aantasting  
functioneringsmogelijkheden houden  
op termijn heel wat bedreigingen in  
voor patiënt en naasten.

# ANGST EN DEPRESSIE

alle onderzoeken indicaties voor hoge percentages (20 tot 50 %).

angst en depressie belemmeren vaak een actieve coping.

angst en depressie zowel probleem van nah-persoon als van naasten.

# PSYCHIATRISCHE STOORNISSEN NA NAH - RESULTATEN VAN MEERDERE ONDERZOEKEN

- depressie: 14 a 77 %
- dysthemie: 2 a 14 %
- bipolaire stoornissen: 2 a 17 %
- angststoornissen: 3 a 28 %
- paniekstoornissen: 1 a 10 %
- fobische stoornissen: 1 a 10 %
- obsessief-compulsieve stoornissen: 2 a 15 %
- ptsd: 3 a 27 %
- verslaving: 5 a 28 %
- schizofrenie: 1 %

# AXIS I AND AXIS II PSYCHIATRIC DISORDERS AFTER T.B.I.

A 30 YEAR FOLLOW-UP STUDY - Koponen e.a.  
2002

**AXIS I:** - 48,3 % OP MOMENT ONDERZOEK  
- 61,7 % TIJDENS LEVEN

DEPRESSIE (26,4 %), ALCOHOLVERSLAVING (11,7 %),  
PANIEKSTOORNIS (8,3 %), FOBIE (8,3 %), PSYCHOSE  
(6,7 %)

**AXIS II:** - 23,3 % PERSOONLIJKHEIDSSTOORNIS  
VERMIJDENDE P.H. (15 %), PARANOIDE P.H. (8,3 %),  
SCHIZOIDE P.H., ORGANISCHE P.H. SYNDROOM 15 %

AANTASTING  
COPING  
MOGELIJKHEDEN

ANOSOGNOSIE

MASSAAL  
VERLIES

ACTIVITEITEN  
PARTICIPATIES

HET BEDREIGDE  
ZELF

AS-1

DISCONTINUITEIT

AS-2

STOORNISSEN

PRE- EN

STOORNISSEN

POSTTRAUMA

AANPASSINGSPROCES NA NAH  
EN DE RELEVANTIE ERVAN VOOR  
DE EVALUATIE EN SCHADEBEPALING

# PATIËNT EN FUNCTIONEREN

Patiënt: goede bron voor onderzoek naar  
beleving en zelfbeeld

Patiënt: onbetrouwbare bron voor onderzoek  
naar wijze van functioneren

# NOODZAKELIJKE INV ALSHOEKEN BIJ EVALUATIE

- Zelfbeoordeling door patiënt
- Beoordeling door naasten (naaste familie, collega's, ...)
- Beoordeling door deskundigen met ervaringen met patiënt in reële omstandigheden
- Beoordeling op basis van technische onderzoeken

- Neuropsychologisch onderzoek  
belangrijke basis voor beoordeling  
functiestoornissen
- Psychologisch en ergologisch onderzoek  
goed, matig, slecht tot misleidend

- Beoordeling in testsituatie en real-life uiteenlopend en noodzakelijk aanvullend
- Probleem “veridical” en “adaptive problem solving”
- Testsituaties vnl. “veridical” gericht (juist-onjuist)

# BELANG EXTERNE FACTOREN

- Niveau functioneren in hoge mate afhankelijk van externe factoren
- Ondersteunende factoren zijn vaak slechts tijdelijk

Prioriteit aan informatie gewonnen in  
reële omstandigheden en over  
voldoende lange tijdspanne

# Functioneren van naasten (partner, ouder)

Depressie en psychische problemen bij naasten kan ook indicator zijn van ernst van de problematiek.

# Bepaling hulp van derden

1. Kan patiënt de activiteit uitvoeren ?
2. Voert de patiënt effectief en spontaan de activiteit uit ?

Gezien frequente executieve stoornissen dient de feitelijke uitvoering van de beoogde activiteit steeds bekeken.

Beoordeling van aanpassingsproces  
kan richtinggevend zijn bij evaluatie  
menselijke schade na NAH

IMPACT AANPASSING OP  
SCHADEBEPALING GROTER DAN BIJ  
NIET HERSENAANDOENINGEN –  
AANPASSINGSMOGELIJKHEDEN ZIJN  
BELANGRIJK ONDERDEEL VAN DE  
EIGENLIJKE SCHADE

AANPASSING AAN HANDICAP IS  
VEEL MEER DAN EEN SUBJECTIEF  
GEGEVEN MAAR EVENZEER EEN  
OBJECTIEVE PARAMETER  
BETREFFENDE DE  
FUNCTIONERINGSMOGELIJKHEDEN  
VAN EEN NAH-SLACHTOFFER.

Tenslotte...

Dank voor uw aandacht