

# De invloed van coping op psychosociaal functioneren

- Implicaties voor de klinische praktijk -

Gisela Wolters Gregório





# Take home message

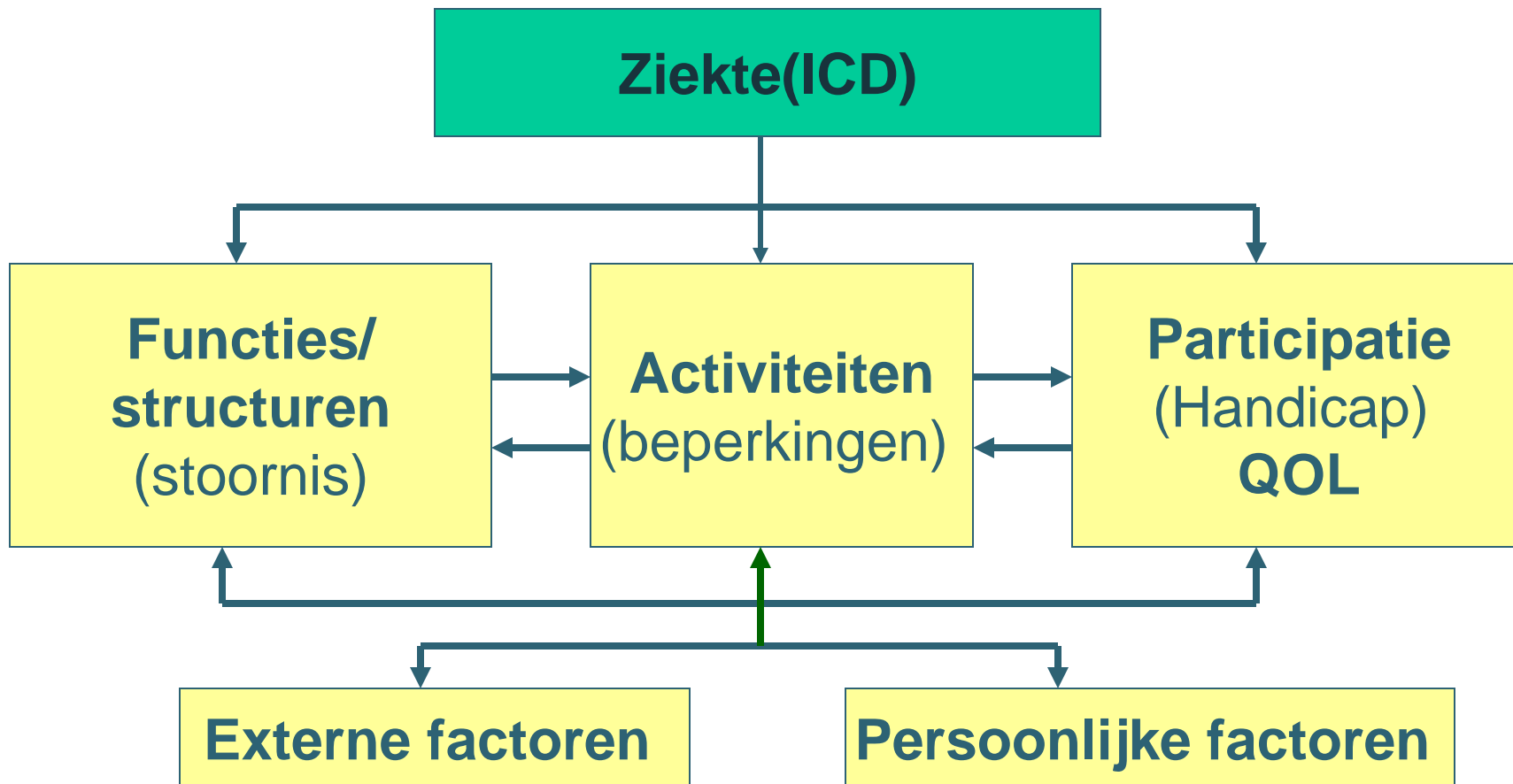
**Probleem gerichte coping stijlen  
zouden actief gestimuleerd  
moeten worden na hersenletsel**

# Neuropsychologische revalidatie

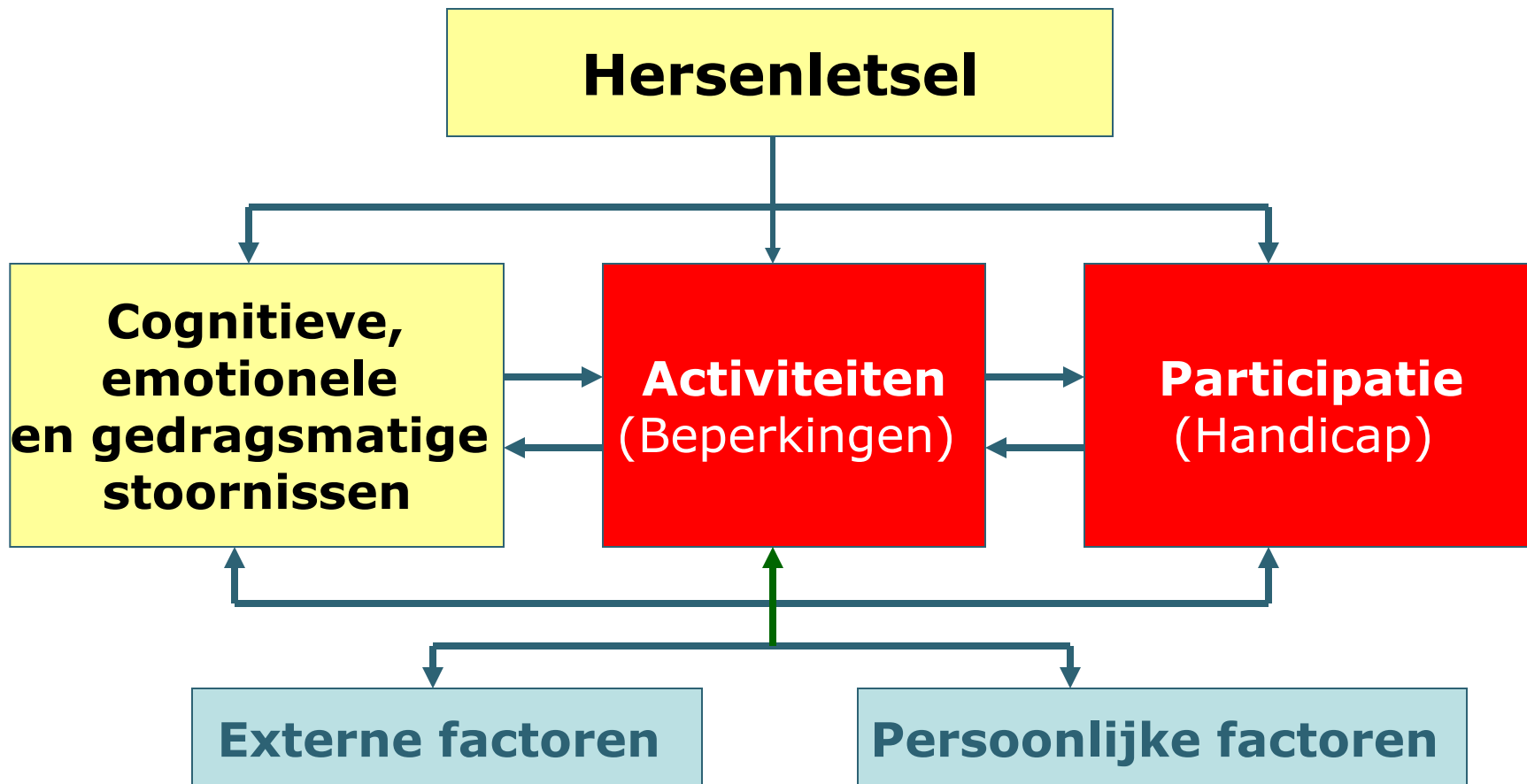
- De neuropsychologische consequenties van hersenletsel verminderen, managen, compenseren of bypass
- Effectiviteit van cognitieve revalidatie is vastgesteld (eg. Cicerone reviews)
- Maar wie profiteert het meest?
- Welke factoren beïnvloeden uitkomst?

# Consequenties van ziekte

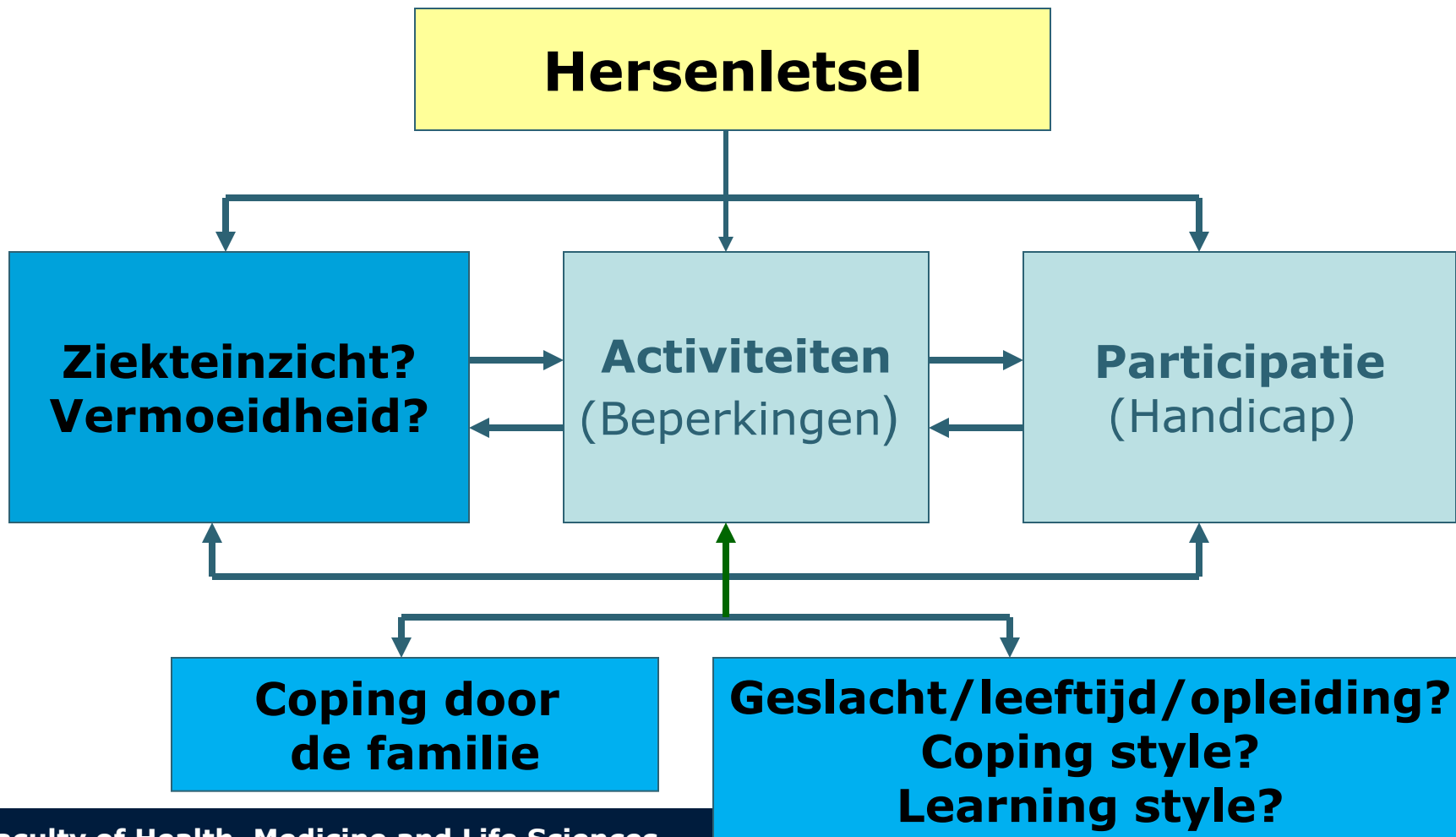
## Int. Class. of Functioning, WHO



# Neuropsychologische revalidatie



# Neuropsychological rehabilitation



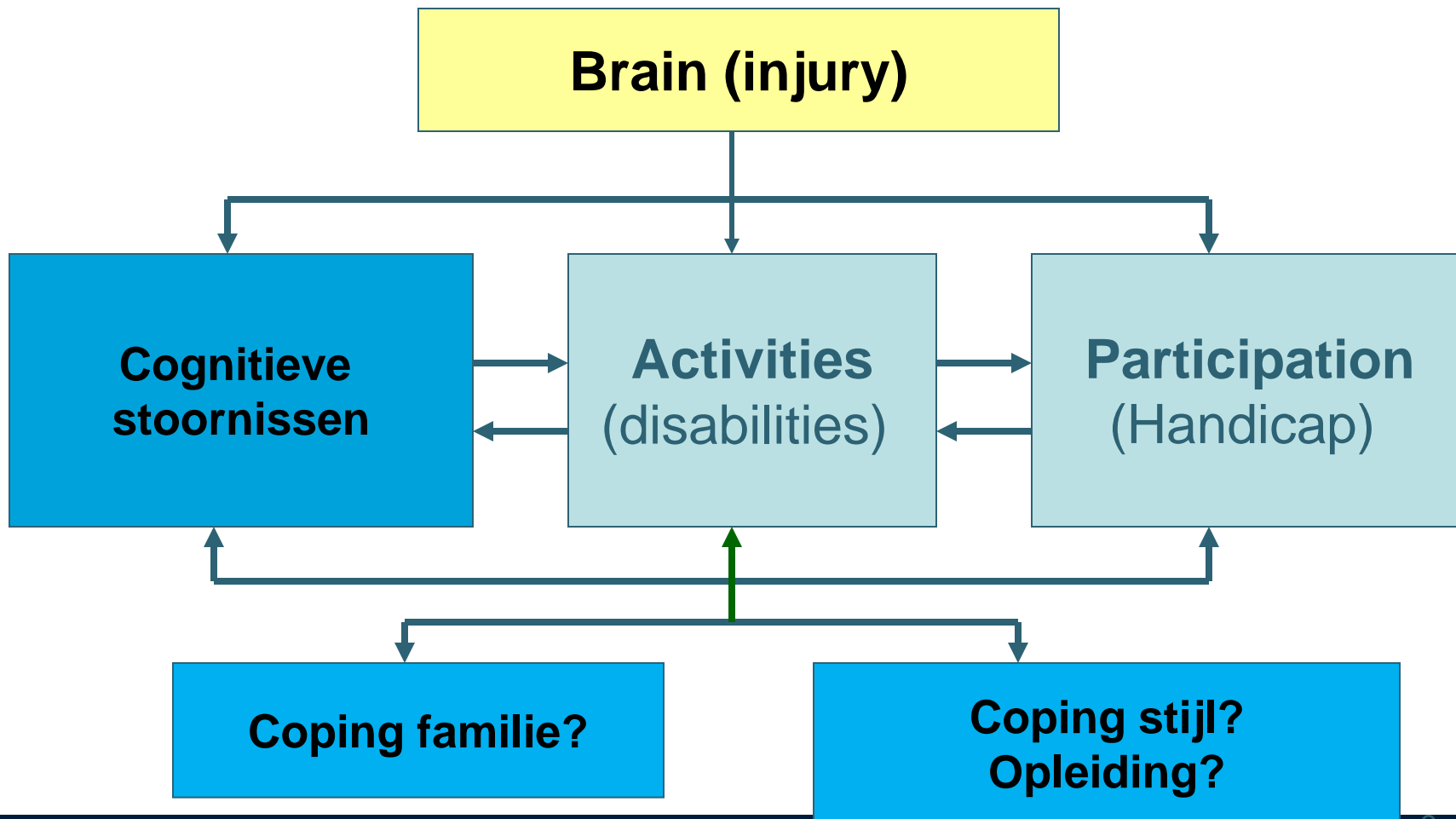
# Factoren die uitkomsten beïnvloeden: een klinische blik

- Vragenlijst op internet voor revalidatie professionals in Nederland
- N=163
- 51% psychologen, 26% therapeuten, 23% artsen
- Top 5:
  - ziekte-inzicht
  - cognitieve beperkingen
  - leervermogen
  - motivatie
  - copingstijl

# Factoren die uitkomsten beïnvloeden: een klinische blik

- Vragenlijst op internet voor revalidatie professionals in Nederland
- N=163
- 51% psychologen, 26% therapeuten, 23% artsen
- Top 5:
  - ziekte-inzicht
  - **cognitieve beperkingen**
  - leervermogen
  - motivatie
  - **copingstijl**

# Neuropsychological rehabilitation



# Casuïstiek I

- 56-jarige man met licht traumatisch hersenletsel in de voorgeschiedenis
- vermoeidheid, concentratie- en geheugenklachten, somberheid; steeds meer aan het vastlopen in zijn herstel
- klinisch beeld gaat achteruit
- start met individuele cognitieve revalidatie
- doelen: actief leren omgaan met versnelde mentale vermoeidheid en verlengd herstel na mentale inspanningen, o.a. wijzigen van het belastingspatroon
- inzicht en controle over klachten vergroten: psychoeducatie en geruststelling

## Casuïstiek II

- 38-jarige vrouw met iCVA linkszijdig, aanvankelijk voorspoedig herstel
- bij hervatting werkproces confrontaties met cognitieve beperkingen: geheugenzwakte en versnelde mentale vermoeidheid, investeert enkel nog in werk
- valt meerdere keren uit in haar werk door oververmoeidheid
- leidinggevende meldt haar ziek met vermoeden van een *burn-out*
- leest over 'late' gevolgen van hersenletsel en laat zich verwijzen naar revalidatiearts
- Indicatie: cognitieve revalidatie

## Coping stijl



“Cognitieve en gedragsmatige inspanningen door een persoon bij het omgaan met specifieke interne en externe eisen van de persoonsomgeving transactie, die als belastend worden ervaren door een individu”

*Folkman, Lazarus, Gruen, & DeLongis, 1986, p. 572*

- Of: **de manier waarop iemand omgaat met life events**

# Coping

Probleemgericht



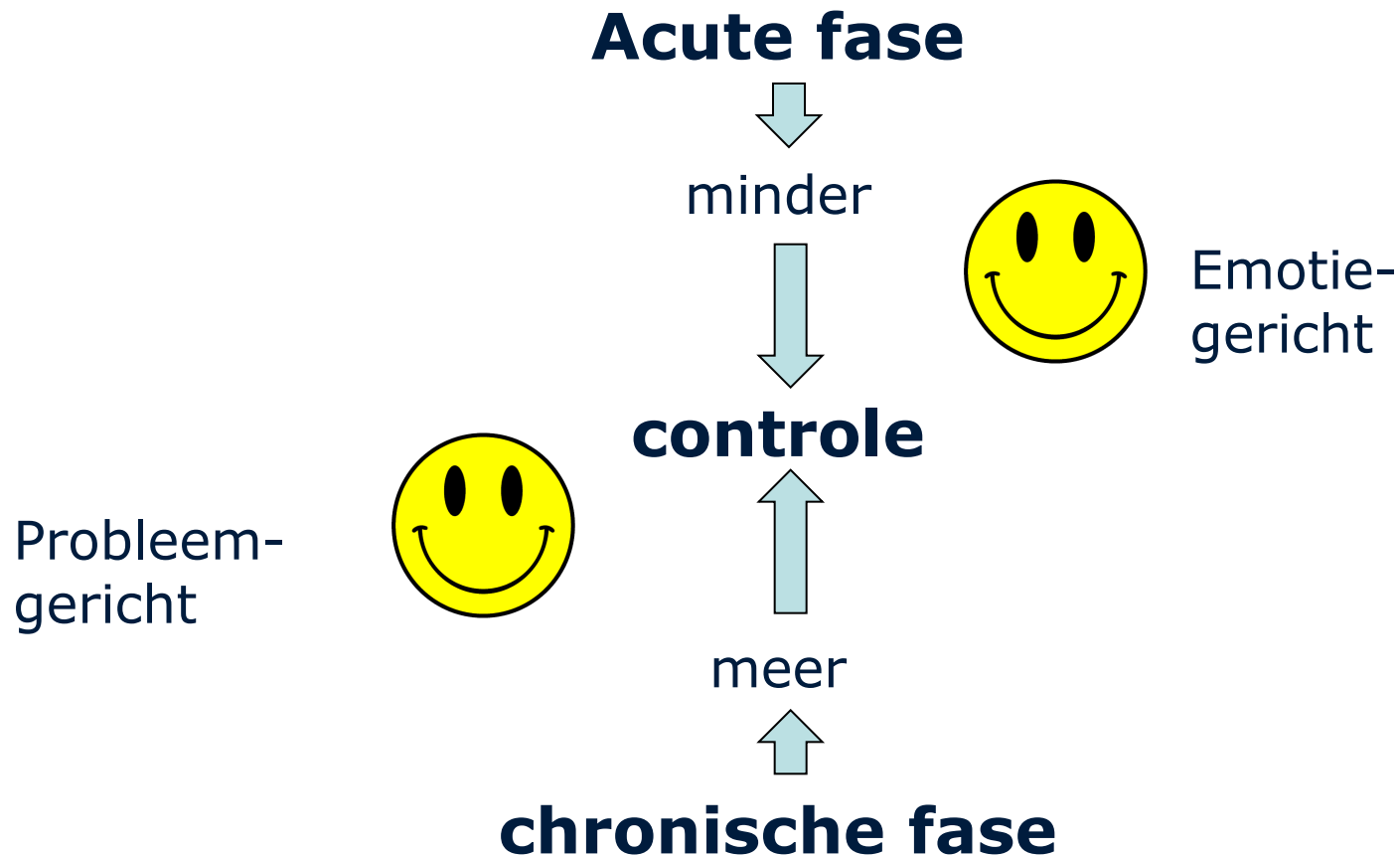
Emotiegericht



# Coping styles and brain injury?

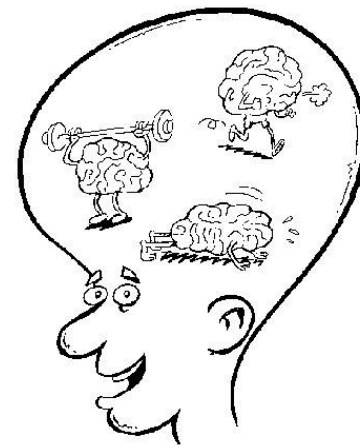
- Cognitieve beperkingen verhinderen actieve probleemgerichte stijlen?
- Is er een relatie tusssen tijd sinds letsel en coping stijl?
- Kunnen we effectieve coping stijlen induceren?
- Beïnvloeden coping stijlen het aanpassingsproces na letsel?
- Wat is de invloed van het familie systeem?

# Acute vs chronische fase



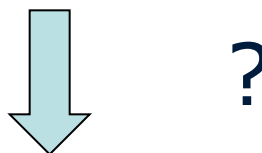
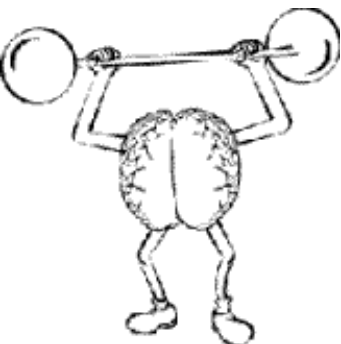
# Cognitieve revalidatie

Doel cognitieve revalidatie



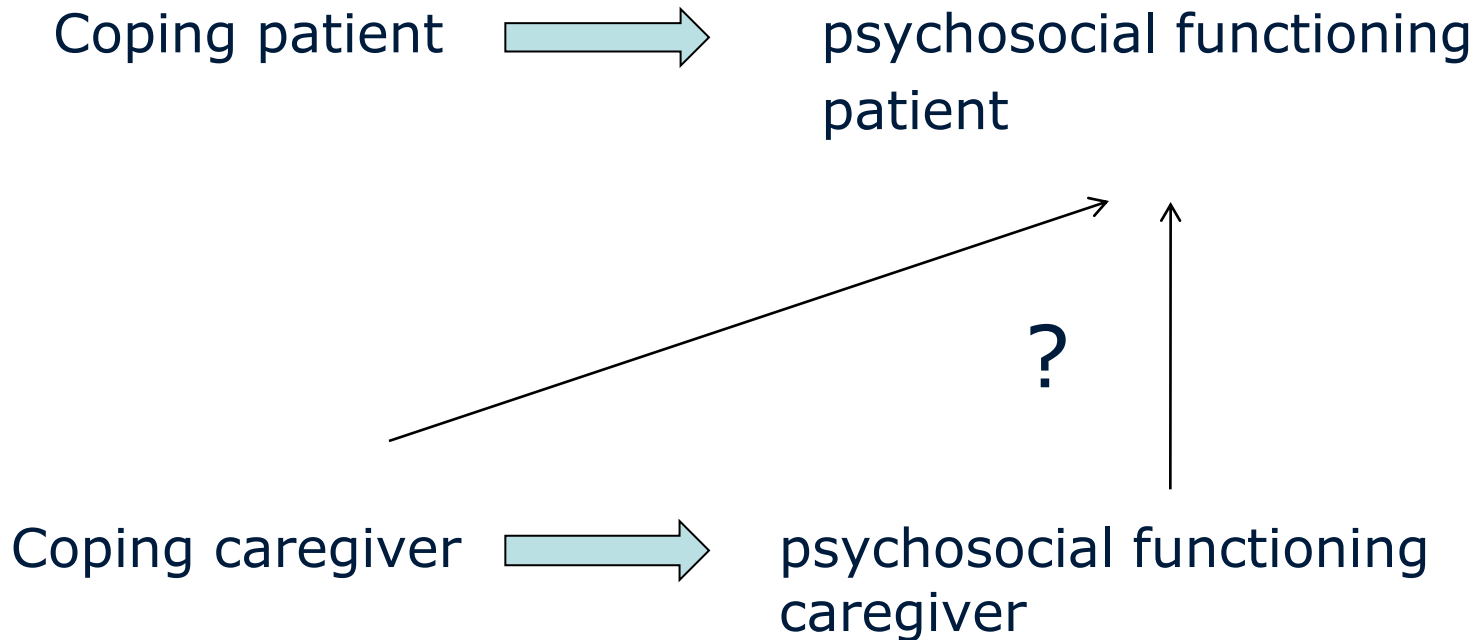
= ?

Stimuleren probleemgerichte coping stijlen



Hoge kwaliteit van leven

# Coping patient – family - outcome



# Onderzoeksvragen

- Wat is het effect van cognitief functioneren en demografische variabelen op coping stijl?
- Wat is het effect van coping op subjectieve klachten?
- Wat zijn de veranderingen in coping na CR?
- Wat is de invloed van veranderingen in coping stijl op uitkomsten van CR (kwaliteit van leven)?
- Wat is de relatie tussen coping stijl en psychosociaal functioneren van de naaste, familie functioneren, en de kwaliteit van leven van de patient?

# Coping stijl en uitkomstmaten

- T1: Cognitieve beperkingen: Stroop, 15 woordenleertest
- T1: Subjectieve klachten: Symptom Check List-90 (SCL-90)
- T1+T2: Coping: Utrechtse Coping Lijst (UCL)
- T2: Kwaliteit van leven: Stroke Adapted Sickness Impact Profile (SA-SIP-30), Life Satisfaction Questionnaire (Lisat-9)
- T2: Familie functioneren: McMaster Family Assessment Device (FAD); Zorglast: Caregiver Strain Index (CSI)

## Factoren die coping beïnvloeden

- N=136, 60% man, leeftijd 45, > 6 maanden na letsel, 44% cva, 29% tbi
- UCL: Vergeleken met normgroep: meer gebruik van passieve reacties, minder gebruik van probleemoplossende strategieën
- SCL-90: Meer subjectieve klachten dan normgroep

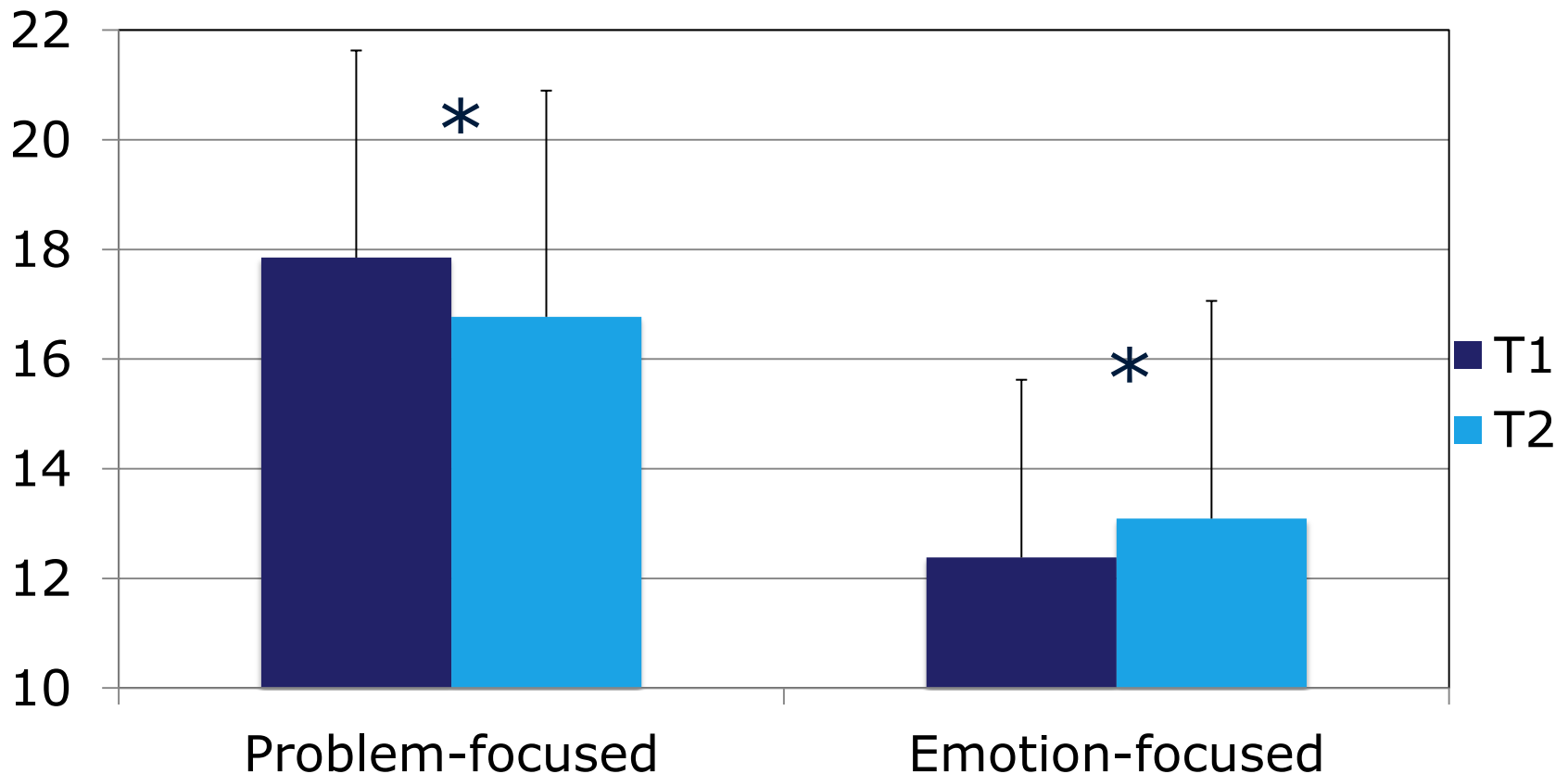
## MHENS School for Mental Health and Neuroscience

<b>Uitkomsten</b>	<b>Predictoren</b>	<b>Beta</b>	<b>p</b>	<b>% variantie</b>
UCL: Actieve coping	Hoge opleiding	2.90	0.00	
				14.7
UCL: Passieve coping	Langere tijd sinds letsel	0.27	0.00	
				21.7
SCL-90: Subjectieve klachten	Meer passieve reacties	9.77	0.00	
	Minder zoeken van sociale steun	-2.33	0.00	
	Meer vermijden	-1.57	0.03	
	Lage opleiding	16.06	0.01	66.7

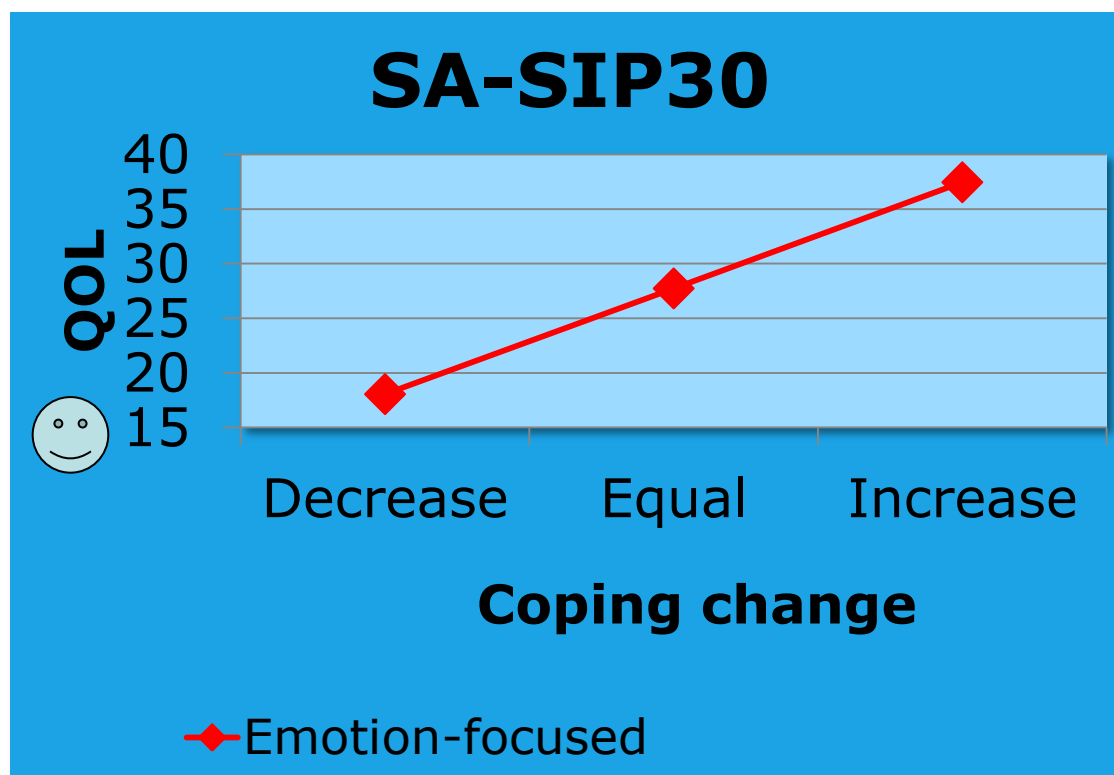
# Veranderingen in coping stijl en kwaliteit van leven

- N=141, 56% man, leeftijd 45, tijd sinds letsel 2.6 yr, 44% cva, 27% tbi
- CR: 3-5 maanden, 1-3 uur/week
- T1-T2: 1.5 jaar

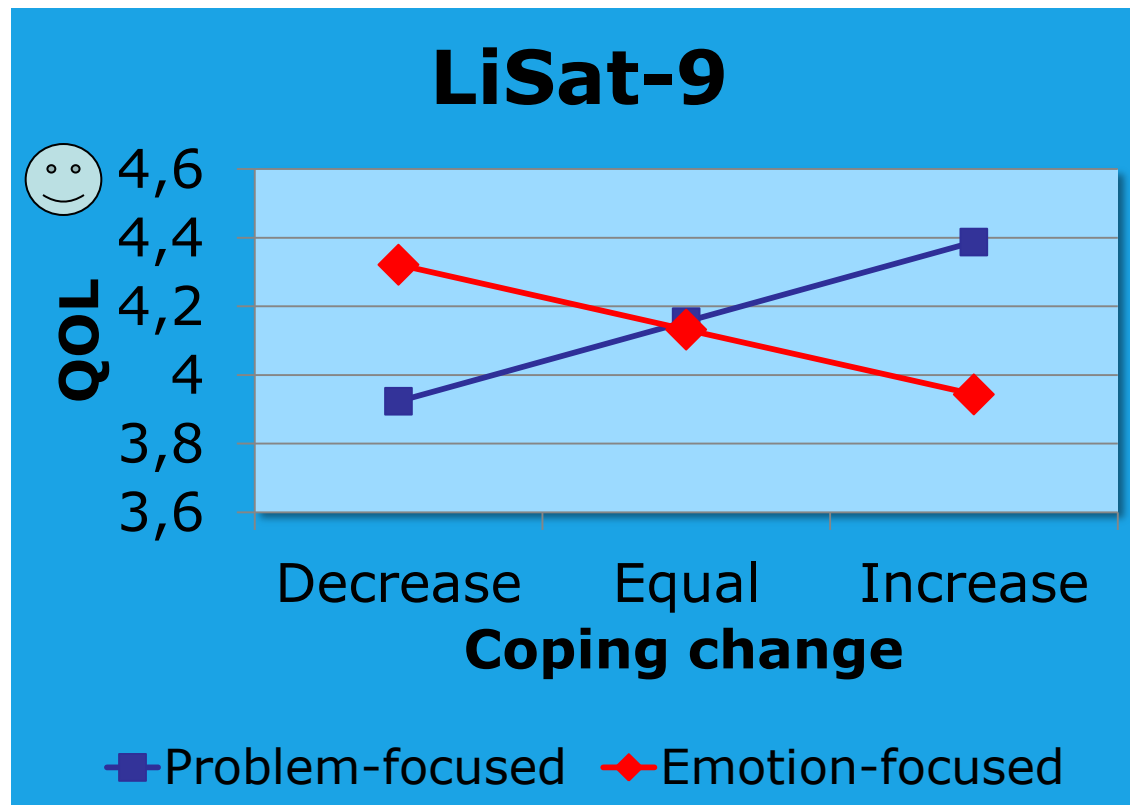
# Veranderingen in coping stijl na CR?



# Voorspellen veranderingen in coping stijl kwaliteit van leven?



# Voorspellen veranderingen in coping stijl kwaliteit van leven?



# Coping stijl van de familie

- Patienten: n=61, 59% man, 50 jaar, 3.5 jaar na letsel
- Familie: n=67, 57 partners (leeftijd 50 yr), 19 andere familieleden (leeftijd 23 jaar)
- Coping van de familie is gelijk aan normgroep
- 39% hoge zorglast
- 38% lage kwaliteit van leven
- 39% ongezond familie functioneren

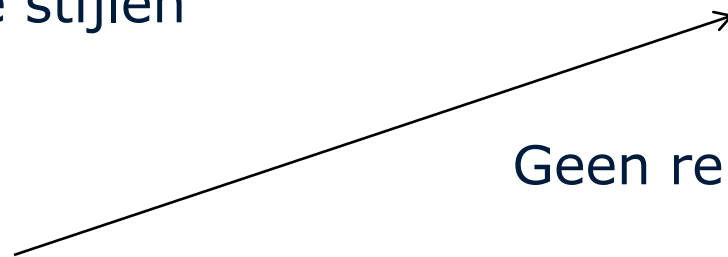
# Coping patient – family - outcome

## Patient

Meer passieve stijlen  
Minder actieve stijlen



lagere kwaliteit van leven (49%)  
minder tevreden met leven (48%)



Geen relatie



## Naaste

Meer passieve stijlen



lagere kwaliteit van leven (36%)  
hogere zorglast (35%)  
meer familie problemen (24%)

## Conclusies (1)

- Geen associatie tussen cognitieve beperkingen en coping stijl
- Passieve emotiegerichte coping leidt tot meer subjectieve klachten
- Laag opleidingsniveau is geassocieerd met minder adaptieve coping stijlen
- Na CR minder actieve en meer passieve coping stijlen
- Toename in actieve stijlen en afname in passieve stijlen voorspelt hogere kwaliteit van leven

## Conclusies (2)

- Passieve coping stijlen van patienten voorspellen lagere kwaliteit van leven van patienten
- Passieve coping stijlen van familieleden voorspellen lager psychosociaal functioneren van familieleden
- Coping stijlen en psychosociaal functioneren van de familie kan kwaliteit van leven van patienten niet voorspellen

## Klinische implicaties

- Stel de coping stijlen van patienten en familieleden vast aan het begin van de revalidatie
- Gebruik np resultaten niet om coping stijl te voorspellen
- Probeer actieve coping vaardigheden te vergroten zowel in patienten als in familieleden

# Casuïstiek I: proces

- start revalidatie roept veel spanningen op
- behandeling draagt bij aan overbelasting (normale bijwerking)
- klachten nemen toe; gevoel van controle gaat geheel verloren
- somberheid en angstgevoelens nemen toe
- veel piekeren, nadenken, twijfels (gemiste diagnoses(?), verlies van werk, relatieproblemen, sociale isolatie, gevoel van zelfvertrouwen)
- besluit behandeling te staken, 'heeft enkel negatieve gevolgen'
- komt op poli-afspraken om te vertellen dat het slecht gaat; afhankelijke presentatie, niet in staat om adviezen en leefregels op te volgen
- hoopt op spontaan herstel, besluit af te wachten

## Casuïstiek II: proces

- pakt leefregels en adviezen gemakkelijk op
- inzicht in blijvende gevolgen van hersenletsel ontlokt rouwproces dat resulteert in besef blijvend veranderd te zijn: boosheid, verdriet, somberheid
- zoekt lotgenoten contact; groepsbijeenkomsten 'cerebraal'; (h)erkenning, geruststelling, leren van elkaar
- betreft behandelteam in haar arbeidsreïntegratie > aanpassingen in werktijden van haarzelf, andere inrichting van privé-leven
- besluit in haar werk onder haar niveau te gaan presteren
- houdt meer energie over, kwaliteit van leven in het algemeen neemt toe
- vertelt bij een poli-controle: 'het houdt nooit op', continue bezig met leefregels, begrenzing, plannen
- wil contact onderhouden met behandelteam ter overleg, evaluatie en onderhoud; neemt buiten controles nooit contact op

# Oefening 1

Stel je het volgende probleem voor: Je bent op vakantie geweest maar kunt niet naar Nederland terugkeren door een as-wolk boven Europa. Wat is dan je eerste reactie?

## Oefening 2

Stel: Er valt een meteor in je achtertuin die niet weggehaald kan worden. Deze neemt de hele tuin in beslag. Wat besluit je dan te doen?

## Actieve coping

- Direct ingrijpen als er moeilijkheden zijn
- Problemen als een uitdaging zien
- Een probleem van alle kanten bekijken
- Verschillende mogelijkheden bedenken om een probleem op te lossen
- Doelgericht te werk gaan om een probleem op te lossen
- De zaken eerst op een rijtje zetten

## Passieve coping

- Je volledig afzonderen van anderen
- De zaken somber inzien
- Piekeren over het verleden
- Rustgegevende middelen gebruiken als je je gespannen of nerveus voelt
- Wegvluchten in fantasieën
- Je geheel en al in beslag laten nemen door problemen
- Je niet in staat voelen om iets te doen

# Problemen bij psychologische behandeling van patienten met nah

- Cognitieve en gedragsmatige gevolgen van het letsel belemmeren behandeling
- Gelimiteerde economische middelen en beschikbaarheid van goed getraind personeel beperkt intensieve psychologische behandeling

# Cognitieve gedragstherapie

- Link tussen gedachten, gevoelens en gedrag begrijpen
- Irrationele 'catastroferende' gedachtes identificeren en vervangen door 'helpende' gedachtes
- Bv aanleren van gestandaardiseerde gestructureerde probleem oplossende vaardigheden (volgen van een stapsgewijs scenario en leren hanteren van een noodplan)
- Controleert voor de invloed van cognitieve problemen
- Gestructureerd, voorspelbaar
- Individueel of groepsgewijs

# Coping Skills Group (1)

**Evaluation of a coping skills group following traumatic brain injury**

**KATIE ANSON<sup>1</sup> & JENNIE PONSFORD<sup>1,2</sup>**

*<sup>1</sup>School of Psychology, Psychiatry and Psychological Medicine, Monash University, Australia and <sup>2</sup>Epsworth Hospital Melbourne, Australia*

*(Received 12 April 2005; revised 25 August 2005; accepted 9 September 2005)*

**Who benefits? Outcome following a coping skills group intervention for traumatically brain injured individuals**

**KATIE ANSON<sup>1</sup> & JENNIE PONSFORD<sup>1,2</sup>**

*<sup>1</sup>School of Psychology, Psychiatry and Psychological Medicine, Monash University, Victoria, Australia and <sup>2</sup>Epsworth Hospital Melbourne, Australia*

*(Received 11 April 2005; accepted 11 August 2005)*

# Coping Skills Groep (2)

## 1. Eerste helft

- Introduceren relatie gedachten, gevoelens en gedrag
- Aanleren gunstige probleemoplossende technieken
- Herkennen en aanpassen ongunstig denken
- **Actief leren omgaan met problemen**
- Ontspanningsoefeningen

## 1. Tweede helft

- Selectie van emotionele kwesties
  - Angst, paniek, depressie, somberheid, zelfvertrouwen
- Strategieën toepassen om kwesties aan te pakken

## Coping Skills Groep (3)

- Tbi patiënten
- 10 sessies
- 90 minuten per sessie
- 5 weken
- Groepsbehandeling

# Resultaten en conclusie CSG

Gunstige probleemgerichte coping stijlen waren toegenomen na de interventie

Maw: Het is mogelijk om gunstige probleemgerichte coping stijlen aan te leren!

# Take home message

**Probleem gerichte coping stijlen  
zouden actief gestimuleerd  
moeten worden na hersenletsel**

**Bedankt  
voor jullie  
aandacht!**

**Gisela Wolters Gregório**

**E-mail: [g.woltersgregorio@maastrichtuniversity.nl](mailto:g.woltersgregorio@maastrichtuniversity.nl)**

**Tel: 043-3881036**