



Signaal Digitaal

Significant voor de
professionele hulpverlener

2021 - nummer 2

Verschenen op 16 juni 2021

Signaal Digitaal is het digitale tijdschrift van Sig vzw.
Meer info op www.sig-net.be > Signaal Digitaal

Redactie

Geert Andries
Dieter Baeyens
Greetje Desnerck
Annemie Desoete
Hilde Roeyers
Sven Van Geel
Herman Van Hove
Marc Van Ussel
Hilde Van Waelvelde
Petra Warreyn
Inge Zink



INCLUSIE IN-ZICHT

De werking van Sig wordt ondersteund door het Wetenschappelijk Netwerk, bestaande uit meer dan 40 leden verbonden aan universiteiten en hogescholen. De volledige namenlijst vindt u op www.sig-net.be > Wetenschap

Redactiesecretariaat

Tijdschrift Signaal Digitaal > signaaldigitaal@sig-net.be
p/a Sig vzw, Pachthofstraat 1, 9308 Gijzegem (Aalst) (B)

ACT voor het brein

Hersenproblematiek: verworven of ontwikkelingsvariant

Francis Pascal-Claes ⁽¹⁾

(1) CGG Waas en Dender - Jongvolwassen- en volwassenteam, psycholoog en gedragstherapeut, supervisor VVGT

Acceptance en Commitment Therapy (ACT) behoort tot de derde generatie gedragstherapie. Dit artikel bespreekt de toepassing van ACT voor de doelgroep van patiënten met hersentrauma (TBI, traumatic brain injury), voor zowel kinderen en jongeren als volwassenen. Deze aanpak is ruimer toepasbaar op patiënten met epilepsie, degeneratieve hersenpathologie zoals Parkinson, dementiële processen, Multiple sclerose, enz. Er is ook een belangrijke overlap met ontwikkelings-neuropsychologische problemen, aangezien het qua aanpak vaak niet uitmaakt of het een verworven vorm of ontwikkelingsvariant betreft (Leoni, Corti & Cavagnola, 2015; Whiting, Deane, Simpson, McLeod & Ciarrochi, 2017; Whiting, Deane, McLeod, Ciarrochi & Simpson, 2020).

Johan Pahnke heeft dit goed begrepen en biedt met zijn NeuroACT-programma een aanbod dat op beide doelgroepen, verworven of ontwikkelingsvariant, gericht is vanuit een insteek die vertrekt van executieve functies (Pahnke, Lundgren, Hursti, & Hirvikoski, 2013; Pahnke e.a., 2019). We bieden een summier overzicht van het klinisch model van ACT, toegepast op deze doelgroep en hoe ACT zich in een 'breinvriendelijke' vorm van therapie schrijft.

Korte intro: filosofie achter ACT

Er is veel geschreven over de verschillende theoretische aannames in een cognitivistische en functioneel contextualistische visie en hoe ze zich verhouden tot elkaar (Barnes-Holmes & Hussey, 2016; Vahey & Whelan, 2016).

In essentie komt het er in een cognitivistische visie op neer, dat de 'computer-metafoer' als model voor hoe de hersenen werken een halve eeuw de idee heeft gepromoot dat mensen informatieverwerkers zijn zoals computers. Deze metafoer is op haar grenzen gestoten door de theoretische impasse van cognitief reductionisme, waarbij mentale constructen aan hersenstructuren en hersenfuncties worden gerelateerd (Vahey & Whelan, 2016). Het is een beetje zoals de oude mechanistische en mentalistische theorieën en metaforen verlaten zijn (zoals de machine, het universum als een klok van Galilei) (Epstein, 2016). Everett (2017) formuleert het gelijkaardig: hersenen

zijn een orgaan, enerzijds verbonden met andere organen in een lichaam, én anderzijds verbonden met andere 'hersenen' in een zee van cultuur, essentieel om bijvoorbeeld taal te begrijpen. Het brein is dus geen computer. Bovendien kan een computer geen kater hebben en is hij ook niet ingebed in een 'cultuur'.

Een functioneel contextualistische manier van kijken vind je leertheoretisch uitgewerkt in de Relational Frame Theory (RFT) (bv. Hayes, Gifford & Ruckstuhl (1996) m.b.t. executieve functies, Najdowski (2017), m.b.t. autisme). Ook psychodiagnostisch kan dit verhelderend zijn zoals bij een RFT-analyse van de Wisconsin Card Sorting Test in termen van welke patronen van relational framing voorkomen bij deze bekende test voor executieve functies (Tyrberg, Parling & Lundgren, 2021). RFT kan je beschouwen als het leertheoretisch kader van Acceptance en Commitment Therapy (ACT), al is deze relatie eigenlijk ingewikkelder (McEnteggart, 2018).

Terwijl in een klassiek (medisch) model symptoomreductie het doel is, gaat het in een contextualistisch kader om kwaliteit van leven. Als je bijvoorbeeld psychotici hun stemmen leert accepteren, gaan de psychose-maten van gerapporteerd stemmenhoren omhoog, maar zal de kwaliteit van leven ook stijgen, wanneer deze stemmen geen dwingende invloed meer hebben op hun gedrag (Gaudiano, Herbert & Hayes, 2010). Dat kwaliteit van leven vaak hand in hand gaat met symptoomreductie, al is dat niet het primaire doel, wordt bijvoorbeeld geïllustreerd door een studie bij Multiple Sclerose die het effect van een halve dag ACT op kwaliteit van leven onderzoekt (Sheppard, Forsyth, Hickling & Bianchi 2010). Na drie maanden was de kwaliteit van leven significant verbeterd, met ook gunstig effect op psychologische symptomen zoals depressie, pijn, enz.

Klinisch model en hexaflex

ACT is een vorm van cognitieve gedragstherapie die sinds de jaren 1980 een gestage opgang kent, zowel in onderzoek als klinische toepassingen.

ACT heeft psychologische flexibiliteit als doel, ten dienste van waardengericht leven. Dit lijkt soms in tegenspraak met benaderingen die zich vooral focussen op het elimineren van moeilijke gedachten, gevoelens of sensaties, die een ‘gelukkig’ leven in de weg zouden staan. ACT ziet deze moeilijke ervaringen eerder als deel van het leven, waarbij een belangrijk deel van de pijn hoort (zoals verlies van geliefden, ziekte, enz.) (d.i. destructieve normaliteit). ACT stelt dat het niet willen hebben van deze moeilijke inhouden het beste recept is voor psychologische problemen en lijden. Dit is wat je ‘ervaringsfobie’ zou kunnen noemen (“Ik wil niet voelen wat ik voel”) of ‘experientiële vermijding’. Het is een belangrijke motor in het ontstaan en in stand houden van symptomen, die als oplossing voor een probleem zelf problematisch worden en zo verder uitdijen. Een voorbeeld: Ik ben gespannen in sociaal contact, ik drink om te ontspannen. Zo ontwikkel je een alcoholprobleem bij de angst voor sociaal contact, wat op zijn beurt andere problemen in de hand werkt.

Mensen blijven deze controle- en vermijdingsstrategieën vaak hardnekkig hanteren, zeer effectief op korte termijn, ook al blijken ze weinig effectief op langere termijn en ondermijnen ze de kwaliteit van leven. Soms lijkt ogenschijnlijk toenaderingsgedrag vermomd vermijdingsgedrag. Een voorbeeld: Ik werk tot middernacht aan mijn schoolvoorbereidingen, niet om een ‘goede juf’ te zijn, maar uit angst voor commentaar van de collega’s. De interpersoonlijke variant van experiëntiële vermijding komt ook vaak voor: “Jij moet ervoor zorgen dat ik mij niet slecht voel” of iemand blijft in een gewelddadige relatie uit angst om alleen te zijn. Vaak komen patiënten pas in behandeling omdat de prijs van de controlestrategie te hoog wordt. Ze willen dat de therapie de controlestrategie weer effectief maakt.

ACT focust niet zozeer op het wegwerken van de ‘negatieve’ inhouden, maar richt zich op wat iemand kan doen om de kwaliteit van leven ten goede te laten komen.

Het tegenovergestelde van experiëntiële vermijding is ‘experiential attachment’. Dit is het vasthangen, gehecht zijn aan positieve (of negatieve) ervaringen of inhouden en deze te behandelen alsof je ze kan bezitten (wat uit de aard van de zaak onmogelijk is, zoals geluksgevoelens per definitie voorbijgaand zijn). Bovendien maakt gehecht zijn aan eigen positieve gevoelens mensen zelfzuchtiger, en devalueren ze gevoelens van anderen. Het maakt hen minder prosociaal en kwetsbaarder voor depressie en suïcide-ruminatie (Sahdra, Ciarrochi, Parker, Marshall & Heaven, 2015). Dit gebeurt wellicht omdat het willen vasthouden van ‘positieve’ gevoelens een fundamentele ‘mission impossible’ is. Het haalt mensen uit het ‘hier-en-nu’. Met andere woorden, als je je afvraagt of je gelukkig bent, ben je het wellicht niet.

Om het terrein te effenen voor therapie zet ACT in op zogenaamde ‘creatieve hopeloosheid’. De patiënt moet zich realiseren dat wat hij geprobeerd heeft om het probleem op te lossen niet gewerkt heeft en dat meer van hetzelfde wellicht ook niet zal werken. Jij bent niet hopeloos, maar je strategie wel. Taal kan een obstakel worden door te geloven wat je verstand

tegen je zegt. Zo wordt het moeilijk om een feit van een evaluatie te onderscheiden, zoals de gedachte: “ik ben een loser”. Taal draagt op die manier bij tot menselijk lijden. Dit wordt vooral op ervaringsgerichte wijze geïntroduceerd, zoals touwtrekken met het monster, armworstelen, enz. Voor patiënten die makkelijker herkennen dan zelf benoemen kan je bijvoorbeeld met Yenga-blokken werken, waarop verschillende strategieën genoteerd staan: bv. Ik chat, Ik pieker, Ik ga shoppen (zie Afbeelding 1).

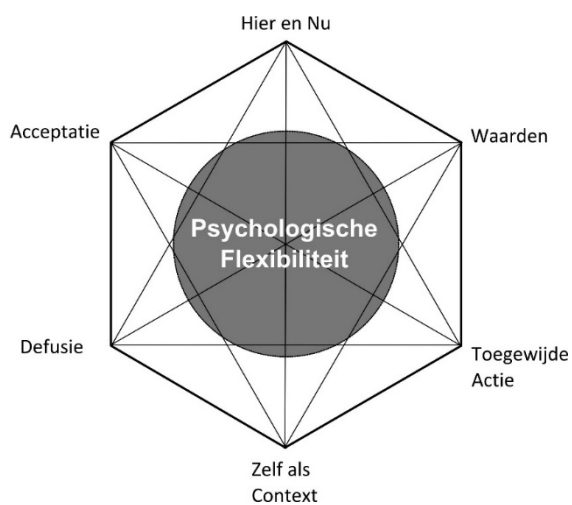
Afbeelding 1: Yenga-blokken met strategieën (CGG Waas en Dender)



Toelichting van de hexaflex

Binnen ACT worden zes centrale therapeutische processen onderscheiden die bijdragen tot psychologische flexibiliteit. Ze worden samen-gevat in de ‘hexaflex’, die we hieronder kort toelichten aan de hand van Afbeelding 2 (cf. Pascal-Claes, 2015).

Afbeelding 2: Zes therapeutische processen binnen ACT (uit ACT in ACTie, website)



1. Contact met het Hier en Nu: Dit proces is ook gekend als mindfulness, al vallen ze niet samen. Dit is op een niet beoordelende wijze bewust zijn van interne en externe stimuli op een flexibele, open en nieuwsgierige manier, ongeacht de valentie van stimuli (positief-negatief, aangenaam of niet). In die zin is het eigenlijk een vorm van exposure, waarbij de evaluerende functie van het verstand aan het werk gezien wordt. Zo verliezen gevreesde stimuli vaak hun vermeende kracht. De tijger blijkt een papieren tijger te zijn. Klassieke cognitieve therapie gebruikt ook wel self-monitoring, maar in ACT ga je niet vragen de ervaringen te analyseren of categoriseren. Louter observeren. Het is geïndiceerd bij mindlessness (automatische piloot), mindyness (wegslippen uit het hier en nu in conversaties met onszelf) en mindblindness (het niet kunnen mentaliseren), bij het zich verliezen in verleden (ruminatie) of verbeelde toekomst (piekeren). Het kan een eerder formele vorm aannemen als ‘oefening’, doch vooral in het dagelijks leven toegepast worden.

Ook voor onze doelgroep van patiënten met een hersenproblematiek zijn hier-en-nu-processen een belangrijke ingangspoort tot verandering, met bijzondere aandacht voor de neuropsychologie van de aandacht (McHugh & Wood, 2013; Bedard e.a., 2013). Een bruikbaar kader biedt hiervoor het boek Inside this moment van Strosahl, Robinson en Gustavsson (2015), waar de vijf facetten van hier-en-nu-processen klinisch en neuropsychologisch behandeld worden. Dit zijn: (1) waarnemen, observeren (noticing); (2) benoemen, beschrijven (name); (3) los laten, ont-hechten (let go), (4) mildheid, jezelf graag zien (soften); en (5) transformeren, mindful handelen (expand). Het boek is in 2016 in het Nederlands verschenen onder de titel In het moment met ACT (Strosahl, Robinson & Gustavsson, 2016). Een andere goede inleiding in de neuropsychologie van de aandacht biedt Verhaeghen (2017).

2. Acceptatie wordt voorgesteld als gezond alternatief voor experiëntiële vermijding. Dit proces wordt gestimuleerd door ‘bereidheids-oefeningen’, waarbij de moeilijke inhoud toegelaten worden, of tenminste een context wordt gecreëerd waar dit mogelijk is. Een kind dat steeds hoort ‘jongens wenen niet’ zal het

moelijk hebben om deze gevoelens toe te laten. Accepteren is niet je neerleggen bij de dingen, maar de moeilijkheden en uitdagingen juist wel onder ogen zien en actief aanpakken, wat het trouwens ook etymologisch betekent. Vanuit de ervaring van de patiënt wordt de op termijn onwerkbaarheid van het controleren van gedachten en gevoelens naar voor gehaald, zelfs het paradoxale karakter ervan (“Wat ik niet wil, heb ik juist”). Exposure heeft dus hier zijn plaats, maar niet om tot symptoomreductie te komen.

Acceptatie is steeds gelinkt aan waardenwerk, anderszins zou het van sadisme van de therapeut getuigen, namelijk ruimte laten maken voor pijnlijke inhoud. Gevoelens maken juist duidelijk dat er iets belangrijks in het geding is, dat er een snaar geraakt wordt. Ze geven dus een indicatie van wat waardevol is (zie ook Afbeelding 3).

Bij Zuid-Afrikaanse epilepsiepatiënten met een lage socio-economische status zorgde acceptatie ervoor dat ze de sensaties, gedachten en gevoelens eerder konden toelaten dan zich in vermijdingsstrategieën te verliezen (Lundgren, Dahl, Melin & Kies, 2006). Acceptatie is bij hersenletsel, maar ook bij elke ontwikkelingsproblematiek, een belangrijke voorwaarde tot verandering, vaak gecombineerd in een psycho-informatief kader voor patiënt en context. Anders blijft de patiënt in gevecht met zichzelf of zijn omgeving.

3. Defusie is het verminderen of ongedaan maken van ‘fusie,’ waarmee in ACT bedoeld wordt ‘het samensmelten van talige processen met directe ervaring zonder ze uit elkaar te kunnen houden’. Met andere woorden, je doet wat je denkt. Je volgt (vaak zonder nadenken) regels die niet het gewenste resultaat opleveren.

Afbeelding 3: Gevoelens als indicatie voor belangrijke waarden (CGG Waas en Dender)
(naar Porosoff & Weinstein, 2019)



ACT vermoedt dat een mogelijke sleutel tot psychologische gezondheid te vinden is in hoe we ons verhouden tot de wereld via taal. Veel dingen waarover we ons zorgen maken, die we willen veranderen of waarnaar we uitkijken, zijn verbale beschrijvingen in plaats van de gebeurtenissen zelf. We kunnen ons zorgen maken over angst die nog moet komen, of spijt hebben over al lang gedane zaken die we niet kunnen veranderen en we kunnen dromen over een betere toekomst. Dit vermogen is zowel de zegen als de vloek die taal met zich meebrengt. Een hond piekert niet over morgen of maakt zich geen zorgen over gisteren. Het gaat er in ACT om taal te gebruiken waarvoor ze geschikt is, namelijk communicatie, aflijnen van vorm en inhoud. Maar het gaat er in ACT ook om oog te hebben voor de context waarin taal fungeert, hoe taal voor je werkt of juist niet of averechts. Beide aspecten zijn twee kanten van dezelfde medaille. Zo kan het letterlijk en voor werkelijk nemen van zelfbeschrijvingen als “Ik ben dom” of “Ik kan deze pijn of gedachte niet verdragen” je voor de voeten lopen in het leven dat je wil leiden.

In ACT ga je via defusie niet aan de inhoud sleutelen, maar aan de functie (bv. vermijding), hoe je je verhoudt tot deze inhoud. In plaats van dat je je verstand volgt als een GPS, ook als die je in het water zou doen rijden, moedigt ACT je aan om te kijken naar wat je ervaring leert.

De defusie-boodschap is dus: je geest is noch je vriend, noch je vijand. Wie heeft de leiding: jij of je verstand? Je gedachten en gevoelens veroorzaken geen gedrag en het gevaarlijkste aan je verleden is dat je verstand het tot je toekomst maakt. Op wie vertrouw je, je verstand of je ervaring? Wat is het belangrijkste: het juist hebben of effectief zijn?

Een voorbeeldoefening: je laat de patiënt de zelf-evaluaties en regels op tralies zoals in een gevangenis schrijven. We lezen mee: “Ik ben niets meer waard”, “Niemand moet mij nog”, “Ik wil geen paniekaanvallen hebben”, “Mijn brein laat mij in de steek”, enz. Als regels en evaluaties letterlijk worden geloofd, dan kunnen ze werken als een gevangenis. Ze belemmeren de patiënt dan de dingen te doen die hij

wil doen, ze houden hem tegen. In werkelijkheid is die gevangenis er niet. De gevangenis zit in zijn hoofd, iemand anders ziet ze niet. De patiënt leeft in een verbale wereld, maar deze kan hem soms tegenhouden. Het advies van ACT: vergeet de gevangenis en begin te leven.

4. Het Zelf als Context of observerende zelf is het gezichtspunt van waaruit je waarneemt, het perspectief wanneer je kijkt vanuit het ‘ik, hier en nu’. Het kan maar bestaan als er een ‘jij, daar en dan’ is. Het zelf is de context waarin gedachten, gevoelens en sensaties verschijnen en daarom steeds aanwezig. Aangezien het niet bedreigd kan worden door innerlijke ervaringen (die steeds wisselen) is het ook een veilige plek. Dit kan binnen ACT via experiëntiële oefeningen als ‘jij en de wolken’ en vele andere bewerkstelligd worden. Je valt dan niet samen met het beeld dat je over jezelf hebt (het Zelf als Inhoud).

Vanuit dit perspectief kunnen mensen zien dat ze meer zijn dan hun ‘post-CVA-zelf’ of ‘de epilepsie-patiënt’. Hun medische zorgen zijn slechts één aspect van andere belangrijke en betekenisvolle aspecten van het leven. Dit is belangrijk aangezien veel hersentrauma-patiënten een verandering of verlies ervaren in hun ‘zelf-gevoel’, wat kan helpen om een punt te ontdekken van waaruit ze hun nieuwe ervaringen kunnen integreren. Vandaar ook het belang van de mindfulness-insteek bij deze populatie in functie van ‘zelf-bewustzijn’. Het rehabilitatieproces wordt er gunstig door beïnvloed (Ownsworth & Clare, 2006).

Vaak is er een laag bewustzijn van emotioneel reageren en van de deficits als gevolg van het hersentrauma. Verbetering hiervan leidt tot beter sociaal en professioneel functioneren, maar gaat dikwijls samen met een verhoogd bewustzijn van de deficits, wat op zich een moeilijk gegeven is wat betreft acceptatie en rouw (Whiting e.a., 2017).

5. Waarden geven richting aan het leven, maar je kunt ze nooit bereiken, niet zo min als je ooit het Oosten kunt bereiken. Ze sturen wel de doelen en keuzes die je maakt. Het zijn in essentie ook de waarden van de patiënt die de

therapie sturen. De patiënt bepaalt waarover zijn of haar leven moet gaan, mét de neurologische problemen. Waarden worden vrij gekozen, niet door ouders of op grond van maatschappelijke verwachtingen. Zij zijn intrinsieke bekrachtigers en bieden het alternatief voor een leven dat in teken van symptoom of stress-beheersing staat. Ze zijn de voorwaarde voor acceptatie. Een hersentrauma-patiënt bijvoorbeeld gaat nooit zijn ‘monsters’ toelaten omdat wij het vragen, maar om verder stappen te kunnen zetten in een leven waar waarden de ultieme toetssteen zijn voor kwaliteit van leven. De reis wordt belangrijker dan het aankomen, zoals het er bij wandelen of skiën niet om gaat van punt a naar punt b te gaan.

6. Toegewijde Actie betekent jezelf verbinden met de gekozen richting in je leven. Dit nodigt je op een natuurlijke manier uit de obstakels en barrières tot een waardengericht leven te nemen. Dit is geen verbintenis tot succes, maar tot het proces (zonder einde) van stappen te zetten in het leven die waarde-geleid zijn.

Voor een inleiding in ACT en de hexaflex bij autisme verwijzen we naar Pascal-Claes en Bussels (2015).

Draaiboeken en onderzoek voor de doelgroep van hersentrauma-patiënten

Er zijn verschillende ACT-draaiboeken ontwikkeld en onderzocht voor onze doelgroep. Hieronder een overzicht van de belangrijkste, waarbij de lezer een idee krijgt van timing en fasering van de processen in de therapie.

Bij een ACT-groepsdraaiboek van Whiting e.a. (2020), bedoeld om psychologische aanpassing na hersentrauma te faciliteren, zie je bijvoorbeeld een daling van de depressie-, angst- en stress-scores van ernstig naar matig niveau. We zien vergelijkbare resultaten bij Sander e.a. (2020), bij Majumdar en Morris (2019) en bij Large, Samuel en Morris (2020), al zijn er nog verschillende dingen uit te klaren op het niveau van proces en interacties. Sylvester (2011) beschrijft een ACT-interventie met een populatie van pediatrisch verworven hersentrauma en adaptief functioneren in acht sessies. Al wordt in ACT bij hersentrauma (TBI, traumatic

brain injury) vooral individueel op maat gewerkt, kan het ook in duo aangeboden worden met bemoedigende resultaten (Whiting, Deane, Simpson, Ciarrochi & McLeod, 2018). Verder heb je nog het NeuroACT-programma van Pahnke e.a. (2019), dat uit zes modules of twaalf sessies bestaat en een ACT-informed groepsinterventie voor ambulante patiënten met een verscheidenheid aan neurologische aandoeningen (Hill, Hynd, Wheeler, Tarran-Jones, Carrabine & Evans, 2017). In het Nederlandse taalgebied is het onderzoek lopende in de BrainACT-studie (Rauwenhoff, Peeters, Bol & Van Heugten, 2019).

Dezelfde bemoedigende resultaten zijn te vinden bij andere neurologische aandoeningen zoals bij epilepsie. Hier worden goede resultaten bereikt op het niveau van aanvalsvrij zijn, kwaliteit van leven en experiëntiële vermijding (Dahl & Lundgren, 2005; Lundgren e.a., 2006).

Eerste- en tweede-orde-interventies

ACT is vooral gekend voor het ondermijnen van fusie met dysfunctionele regels (dus een ‘teveel’ aan gedrag). Zo wordt soms vergeten dat daar waar er een ‘tekort’ is aan gedrag, het creëren en handelen naar meer werkbare regels ten dienste van psychologische flexibiliteit aan de orde is. Hier wordt dus het regelgeleid karakter van het handelen juist verhoogd. Dit komt voort uit het feit dat taal een dubbelsnijdend zwaard is, de functie is bepalend. De literatuur rond regelgeleid gedrag en de Relation Frame Theory (RFT) is hierbij inspirerend. Voor tal van doelgroepen en functies zijn er programma’s ontwikkeld, zoals bijvoorbeeld voor autisme en andere ontwikkelingsstoornissen (Rehfeldt & Barnes-Holmes, 2009; Dixon, 2014). Het volledige gedrags-therapeutisch arsenaal kan ingezet worden, waar het niet in tegenspraak is met het functioneel-contextualistische uitgangspunt zoals exposure, gedragsactivatie, cognitieve interventies, vaardigheidstraining, enz.).

De kracht of de beperking van een interventie wordt bepaald door haar status en functie: Is het een eerste- of tweede-orde-interventie? Wat doe je waarvoor? Eerste-orde-interventies trachten

in de eerste plaats probleemgedrag of symptomen te elimineren of de ernst ervan te verminderen. Ze focussen op inhoud, vorm en frequentie, en werken binnen de grenzen van het kader. Hierin plaatst zich in de regel de klassieke behaviorische en cognitieve psychologie (veranderen van gedrag, cognities).

Tweede-orde-interventies focussen op functie van probleemgedrag, op de relatie tot de inhoud (gedachte, gevoel, enz.), bv. Hoe werkt deze gedachte? Helpt ze of staat ze in de weg? De focus ligt op interventies die het gedragsrepertoire contextueel en experiëntieel verrijken, zoals defusie, acceptatie en mindfulness. Gedachten en gevoelens zijn in dit kader niet de ‘oorzaak’ van gedrag: de patiënt wordt vaak aangemoedigd inconsistent met gedachte en gevoel (waardengericht) te handelen. Gedachten en gevoelens worden evenzeer als ‘gedrag’ gezien. In die zin is de hexaflex een context voor tweede-orde-interventies.

Je hebt altijd beide niveaus nodig: zo heeft het weinig zin waardengerichte actie als ouder op de agenda te zetten zonder dat op ontbrekende vaardigheden gewerkt wordt om deze te realiseren. Het omgekeerde geldt ook: vaardigheidstraining die niet in een waardengericht kader gebracht wordt, kan offensief ervaren worden door de patiënt (“Jij gaat mij niet zeggen hoe ik mijn kinderen moet opvoeden” versus “Hoe kan ik inzetten om meer de ouder te worden die ik wil zijn?”). In die zin is een waardengericht kader van therapie volledig ACT-consistent, maar hoeven de ingezette middelen (bv. een autismevriendelijke communicatiestijl) niet specifiek ACT te zijn.

In dit kader willen we een ‘therapie voor het brein’ schetsen, waarin de verschillende interventies hun plaats kunnen krijgen. Het betreft eerste- en tweede-orde-veranderingen, wat betekent dat op inhoud, vorm of frequentie van gedragingen/cognities gewerkt wordt (eerste orde), of op de relatie tot deze inhoud (tweede orde).

Primaire en secundaire gevolgen van hersentrauma

In het kader van dit artikel gaan we niet uitgebreid in op de primaire gevolgen van een hersentrauma. Enkele thema’s zijn echter wel relevant om rekening mee te houden in de behandeling vanuit ACT.

In het kader van acceptatie botsen we vaak op anosognosie, het gebrek aan of beperkt ziekteinzicht. Timing van psycho-educatie is hier van belang, alsook het op termijn verwerven van een ‘nieuwe’ identiteit, of het niet samenvallen met deze van ‘hersenspatiënt’ onder het motto ‘wie ben ik en waar ga ik voor’ (Van Bost, Lorent & Crombez, 2005; Ylvisaker, McPherson, Kayes & Pellett, 2008).

Een ander aandachtspunt vormt de relatie tussen neuropsychologische deficits enerzijds en de relatie tussen cognitieve flexibiliteit, executieve functies en psychologische flexibiliteit anderzijds. Cognitieve flexibiliteit (of mentale flexibiliteit) is een component van de executieve functie. Vanuit ACT-perspectief is psychologische flexibiliteit de outcome in functie van kwaliteit van leven.

Cognitieve flexibiliteit is de mogelijkheid om gedrag te veranderen, zoals denken en handelen als antwoord op situationele vereisten. Dit maakt deel uit van executief functioneren (planning, probleemoplossing, doelgerichtheid, abstract denken, enz.) en wordt essentieel geacht voor doelgericht menselijk handelen. Traditioneel is dit bekend als ‘frontaal’ of ruimer ‘centraal executief netwerk’. De aantasting van de cognitieve flexibiliteit is geassocieerd met schizofrenie, bipolaire stoornis, PTSD, OCD, GAS en depressie naast TBI (Whiting e.a., 2017). Bij hersentrauma (TBI) is er de associatie met zwakker begrip en de expressie van emoties. Er is ook een verband met ‘self-awareness’. Voor de behandeling van cognitieve flexibiliteit wordt cognitieve remediëring als positief en arbeidsintensief beschouwd (tot 40 sessies), maar het biedt beperkte generaliseerbaarheid in ‘real life’ (Cicerone e.a., 2000). Dan nog is het laatste woord hierover zeker niet gezegd (Rohling e.a., 2016).

Cognitieve flexibiliteit (CF) wordt als onderdeel van psychologische flexibiliteit (PF) beschouwd. Een gebrek aan PF (automatische piloot of rigiditeit) kan leiden tot psychopathologie. In Whiting e.a. (2017) vinden we een tabel met een overzicht van beide. Hieruit blijkt dat PF niet in haar geheel afhangt van CF. CF heeft een ruimere en bredere onderzoeksevidentie dan PF, die vooral vanuit ACT onderzocht is, al is dit voordien wellicht onder andere noemers onderzocht.

De gemeenschappelijke noemer van CF en PF is gedragsverandering (denken én handelen) als reactie op verandering in de context. Een verschil zit bij PF in de therapeutische concepten ‘Acceptatie’ en ‘Zelf als Context’, een ruimere scoop van flexibiliteit, waarbij men zichzelf kan zien als onderscheiden van de ervaringen. Overlap is er bijvoorbeeld in aandachtsprocessen. PF engageert een breder gamma van mentale processen en lijkt ook een breder substraat in het brein aan te spreken dan de traditioneel CF-processen. PF leunt dan weer minder op cognitieve functies en stelt bijgevolg lagere cognitieve vereisten (dan bij puur executieve problemen). Deze laatste vaststelling heeft interessante therapeutische implicaties, aangezien je bij PF-processen minder een beroep doet op de geraakte CF-problemen bij de hersentrauma-patiënt.

CF en PF zijn beide geassocieerd met psychische problemen, maar over interactie is er weinig onderzoek. Wel is er een studie met een positief verband tussen cognitieve rigiditeit en experiëntiële vermijding bij jonge vrouwelijke slachtoffers van geweld. Experiëntiële vermijding medieerde volledig het verband tussen CF en psychologische distress (Palm & Follette, 2011). Al is het wellicht zo dat de Cognitieve Flexibiliteitsschaal als zelfrapportering weinig verband heeft met neuropsychologische maten ervan. Een andere lijn van onderzoek is hoe mindfulness-training bij gezonde populaties geassocieerd is met verbeterde executieve controle en flexibiliteit, zoals gemeten met de Stroop-test. Dit vraagt echter nog uitklaring voor klinische en TBI-populaties.

Naast de primaire gevolgen van hersentrauma zijn er belangrijke secundaire gevolgen, vaak

voorkomend: depressie (33% na één jaar), posttraumatische stress stoornis en angst (18-60%), woede/agressie en verandering van zelf-perceptie. Dit verlaagt ook de cognitieve flexibiliteit, maar de aard van het verband is niet eenduidig. Er zijn enkele studies over de toepassing van ACT rond angst bij TBI (Soo, Tate & Lane-Brown, 2011) en bij beroerte (cerebrovasculair accident, CVA) (Graham, Gillanders, Stuart & Gouick, 2014). Ook bij de ‘grijze’ zone van functionele niet-epileptische aanvallen is ACT een optie om te overwegen (Cope, Poole & Agrawal, 2017).

Ten slotte is er uiteraard ook het én/én verhaal waarbij ACT toepasbaar is, bv. Multiple Sclerose en een geschiedenis van trauma in de kindertijd (Gillanders & Gillanders, 2014). Dit is ook de regel bij ontwikkelingsstoornissen, door grote ‘co-morbiditeit’ met angst, depressie, enz.

‘Breinvriendelijke’ therapie

In de geest van Johan Pahnke bieden we nu een overzicht van hoe een ‘breinvriendelijke’ manier van therapie geven eruit kan zien en wat de rol van ACT hierbij is. De suggesties zijn zowel van toepassing voor verworven hersenproblemen als ontwikkelingsvarianten zoals autisme.

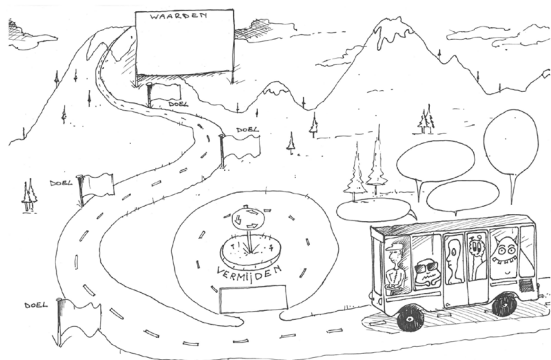
Op basis van ervaring en literatuur maken we in de volgende paragrafen een onderscheid tussen de wijze van behandelen (visueel, ervaringsgericht en face to face), de middelen (metafoor, defusie, mindfulness, flexibele inzet eerste en tweede-orde interventies), de focus (waardengericht, zelf-als-context, acceptatie, secundaire problemen) en de strategie (controle-agenda, timing, ontwikkelingsleeftijd, contextwerk, errorless training). Er zijn er nog wel meer te verzinnen, maar deze lijken ons toch belangrijke handvatten.

Een tabel met allerlei mogelijke aanpassingen voor CBT en ACT voor de doelgroep is te vinden in Whiting e.a. (2017, p. 25). Het is een samenvatting van Kangas en McDonald (2011), en Soo e.a. (2011).

Wijze van handelen

Visueel werken geeft overzicht en vermijdt de talige misverstanden. Je kan in ACT de sessie of de inhoud structureren door visueel te werken (bv. met een white board of papier). Het bevordert zowel het overzicht als het onderscheid tussen hoofd- en bijzaak. Bovendien helpt het bij vluchtigheid van aandachts- of geheugenproblemen. Een bijkomend voordeel is dat het tempo van de sessie op die manier langzamer wordt, wat de verwerking ten goede komt. Door het gebruik van sprekende beelden als externe grafische organisator (bv. bij frontale letsels) kan je complexe informatie in één oogopslag samenvatten (bv. Afbeelding 6). Ook de talloze ACT-tekeningen zijn geschikt werkmateriaal. Dit heeft het bijkomende voordeel dat je ze kan meegeven, wat de generalisatie kan bevorderen op de plek en het moment waar nodig.

Afbeelding 6: Voorbeeld van visuele manier van behandeling (illustratie CGG Waas en Dender)



Ervaringsgericht werken maakt gebruik van een kanaal dat intact is. De vaak veeleer cognitieve deficits bemoeilijken de weg via 'het verstand'. De ervaring in het hier en nu bedriegt zelden en is therapeutisch een uitgangspunt dat altijd aanwezig is. Het voorkomt ook discussies op het niveau van 'gelijk hebben' en legt de focus meer op werkbaarheid voor de patiënt. Op die manier is het ook een remedie tegen de valkuilen en grenzen van een regelgeleide aanpak. Gedrag valt meer onder controle van directe contingenties dan onder controle van een verbale regel. Zwart-witdenken en fusie met (zelf)evaluaties kunnen een therapeutisch pro-

ces voor de voeten lopen. Ervaringsgericht werken kan een oplossing bieden voor het aloude probleem van generalisatie bij bijvoorbeeld sociale vaardigheden. In vivo feedback werkt beter dan scenariotrainings bij het verwerven van sociale vaardigheden (Rosenfarb, Hayes & Linehan, 1989; Bilich & Ciarrochi, 2009). Bij defusie of mindfulness-oefeningen kan je video- of audiomateriaal ter beschikking stellen, zodat er tussen de verschillende sessies herhaald kan worden, met als doel consolidatie van de vaardigheden in het dagelijks leven.

Face to face werken biedt de voordelen van duidelijke communicatie, een beperkte afleidbaarheid en prikkelarm kunnen werken. Dit gebeurt liefst wekelijks, binnen een tijdspanne die haalbaar is (60 tot 90 min. is aan te raden, langzaam tempo) gedurende 6 tot 10 sessies, naargelang de doelstellingen met boostersessies voor consolidatie en herhalpreventie. Rauwenhoff e.a. (2019) geven aan dat 90 minuten te lang is en gaan voor sessies van een uur.

Middelen

Het gebruik van **metaforen** is zeer aangewezen omdat je taal niet met taal kan verslaan. Ze 'ont-letterlijken' de verbale inhoud van onze overtuigingen en zelfspraak (defusie) en faciliteren een transfer van functies van één netwerk naar een ander. Een ervaring die een patiënt al heeft, wordt gekoppeld aan andere situatie. Metaforen schrijven geen gedrag voor. Ze beelden uit hoe dingen werken in bepaalde contexten. Daarom zijn ze ook voor jongeren geschikt, omdat ze moeilijker kunnen 'gehoorzamen' of 'tegenwerken'. Dit komt omdat je niets vraagt, geen instructies geeft, niet zegt hoe ze het moeten doen (bv. Tegen welk monster heb je gevochten voorbij week? Hoe heb je het touw losgelaten?).

Ook bij de TBI-doelgroep is het gebruik van metaforen zeer aangewezen. Vaak werd gedacht dat deze te moeilijk zou zijn voor patiënten met hersentrauma die concreet zijn in hun denken. Het omgekeerde blijkt. Ook jonge kinderen kunnen metaforen gebruiken. Adolescenten en volwassenen met TBI kunnen op die manier

abstractere concepten vatten (Nippold, 1998). In Metaphoric Identity Mapping is de metafoor (een betekenisvol beeld of figuur, bv. een kunstenaar of 'held' die de patiënt bewondert) een hulpmiddel om je als persoon te 'heruitvinden' na het hersenletsel (Ylvisaker e.a., 2008). Het helpt een gevoel van persoonlijke identiteit te construeren, waaraan betekenis en motivatie ontleend kan worden met corresponderende waarden en doelen, gevoelens en actiestrategieën. Een patiënt identificeerde zich bijvoorbeeld met een stripheld. Deze held helpt steeds de mensen, ondanks vele tegenslagen, kan hen raken in het hart, wint het vertrouwen van de mensen. Hij geeft nooit op, probeert vrienden te maken en helpt anderen die in de problemen zijn.

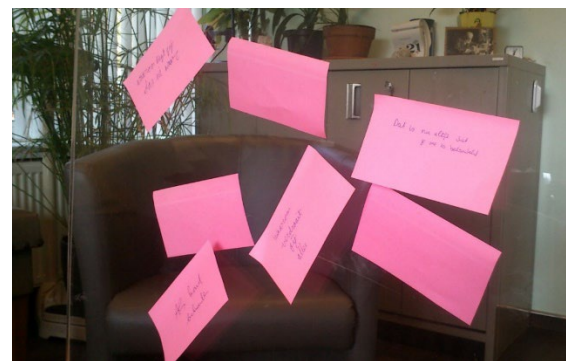
Uitspelen van metaforen in het hier en nu: Het fysiek uitspelen van metaforen (touw-trekken, armworstelen, levenslijn, enz.) legt de link makkelijker met het dagelijks leven. Een dergelijk metaforisch rollenspel (bv. de therapeut die aan de arm trekt van de patiënt, weg van de gekozen richting), is zoals de 'vervelende' gedachten en gevoelens die opkomen wanneer hij een waardenconsistente richting opgaat (bv. de automatische piloot van zelf-depreciatie). Zo herkennen patiënten makkelijker waarde-inconsistent gedrag en kunnen ze stappen zetten in de gewaardeerde richting. Een voorbeeld voor het uitspelen van passagiers op de bus vind je in O'Donoghue, Morris, Oliver en Johns (2018, p. 163-166).

Defusie: Defusiestrategieën zorgen ervoor dat de patiënt minder last heeft van EF- en CF-problemen dan bij cognitieve herstructurering. Cognitieve herstructurering doet de patiënt verstrikken in gedachten, vraagt dat de patiënt simultaan een gedachte vasthoudt, alternatieve gedachten zoekt en deze dan beredeneert om een gepastere reactie te vinden. Het algemene doel van defusie is taalprocessen in de vlucht te vangen en hun functies onder contextuele controle te brengen, zodat ze wanneer nodig bekeken kunnen worden in plaats van waaruit er gekeken wordt. Dit laat toe dat de patiënt zich meer op het proces kan focussen dan op de inhoud of betekenis van een gedachte, wat vaak minder gevoelens van spanning geeft. Het doel

van defusie zijn niet waarden of situaties, maar zinloze, historische, cognitieve en emotionele verknoppingen. Een uitgebreide behandeling met talloze oefeningen is te vinden bij Blackledge (2015).

Mindfulness als middel tot contact met het hier en nu: Therapie wil ruimte maken voor alle soorten reacties. Dit is de tegenpool van experiëntiële vermijding, waar aversieve inhouden en ervaringen vermeden worden, maar wat averechts werkt (cf. Denk niet aan de roze olifant!). We worden maatschappelijk aangemoedigd niet te voelen wat we voelen ("Trek je dat niet aan! Niet wenen!"), maar een gevoel kan je niet in de vuilnisbak gooien. De strategie die werkt in de buitenwereld lukt niet met de dingen in ons hoofd of ons hart. Observeren en mindfulness in het hier en nu laat toe onderscheid te maken tussen binnen- en buitenkant door defusie en is een remedie tegen mindlessness (niet-functionele routines) en experiëntiële vermijding. Het is ook interpersoonlijk van toepassing: vaak reageren mensen niet op de ander, maar op hun beeld van de ander. Zo kan je bijvoorbeeld werken met post-its die je op een doorzichtig scherm laat plakken, met de ideeën over elkaar: een fysieke metafoor hoe eigen gedachten over de ander letterlijk het zicht belemmeren (Afbeelding 7).

Afbeelding 7: Post-its op transparante wand met ideeën over elkaar (illustratie CGG Waas en Dender)



Het Zelf als Proces is het zelfbewustzijn als ervaring van het moment, in het hier en nu. In relaties is dit zeer belangrijk. Kritische invaliderende reacties bevorderen psychopathologie (hechting, expressed emotion bij

schizofrenie). In een niet-mentaliserende modus behandelen we elkaar als objecten (bv. ‘agressieve’ kleuter met autisme is eerder ‘geweld’, want niet interpersoonlijk). Wanneer een gevoel maar een gevoel is, moet je niet zo bang meer zijn of er iets mee doen (omzetten in gedrag of lichamelijke klachten). De omgeving valideert de ervaring en bevordert zo de emotie-discriminatie en emotie-benoeming.

Dit alles betekent de maximale inzet van alle soorten interventies (een integratie van eerste- en tweede-orde-interventies) én alle diensten uit het GGZ- of hulpverleningslandschap die ondersteuning kunnen bieden: een kader waarin je het volledige therapeutische arsenaal kan inzetten (exposure, gedragsactivering, strategie-trainingen, Theory of Mind, enz.) in het kader van de commitment fase. Commitment betekent dat het handelen in overeenstemming is met concrete doelstellingen, die consistent zijn met de waarden van de persoon (korte termijn/ lange termijn). In die zin past ACT perfect in een revalidatiesetting, waar gewerkt wordt met de neuropsychologische revalidatieprogramma’s die wereldwijd in zwang zijn en de meer recente vernieuwingen in de hersentrauma-revalidatie (Kangas & McDonald, 2011). Een uitwerking van de recovery-principes en hoe ACT zich hiertegenover verhoudt, vind je bij O’Donoghue e.a. (2018, p. 15). Ook de benadering van ACT voor psychose is een vruchtbare bron voor ACT bij hersenproblematiek.

Focus van de behandeling

Waardengericht werken is het kompas van de patiënt en daarom het kompas van de therapie. De hersentrauma-patiënt bepaalt de koers, al weet hij vaak niet hoe, maar wel waar naartoe (met sterktes en zwakten). Het werken op vaardigheden is ten dienste van het consolideren van een waardengericht leven. Dit biedt ook een kader en gemeenschappelijke taal voor multidisciplinaire revalidatie (ergotherapie, logopedie, enz.). Alle acceptatiewerk kan maar gebeuren ten dienste van het waardenwerk (Waarom zou de patiënt anders die pijn en rouw toelaten?). Een interessante studie hierover en het belang van timing van de interventie is

uitgewerkt door Pais, Ponsford, Gould en Wong (2019).

Zelf als Context: door het Zelf als Context centraal te stellen werk je op een fundamentele manier aan het ‘heruitvinden van jezelf’, op basis van de veranderde ervaring van het zelf. Zo maakt de patiënt het onderscheid tussen het Zelf als Context versus het Zelf als Inhoud. De ‘Self-as-damaged-goods’-identiteit bijvoorbeeld kan worden versterkt wanneer in de behandeling gefocust wordt op wat niet meer lukt. Identificatie met het etiket kan aanleiding geven tot het etiket van de patiënt als excuus: de verantwoordelijkheid wordt buiten zichzelf gelegd, of tot diskwalificatie (door de context): de patiënt wordt dan niet voor vol aanzien.

Deze differentiatie geeft ruimte voor het leven naar waarden en is nuttig bij patiënten die het gevoel hebben ‘zichzelf kwijt geraakt te zijn’ of ‘zich niet meer dezelfde te voelen’ (Nochi, 1998). Het promoten van ‘healthy selfing’ kan de therapeut stimuleren met vragen of statements als ‘Welk deel van jou merkt dit op?’, ‘Een deel van jou bevat deze inhouden, ervaringen’, ‘Ik heb de gedachte dat...’, ‘Ik merk dat ik weer excuses zoek om te vertrekken en dat leert mij dat ik moet blijven...’. Deze zijn alle waardengericht. Voor een uitgebreide behandeling van dit onderwerp in boekvorm verwijzen we naar McHugh, Stewart en Almada (2019). Een zeer mooie benadering vanuit RFT over de hersentrauma-patiënt is te vinden bij Myles (2004).

Acceptatie van wat geen keuze is en de verhouding tot het post-traumatische ‘ik’ vertrekt vanuit het Zelf als Context, als voorwaarde voor acceptatie: een veilige plek die er altijd geweest is en altijd zal zijn. Acceptatie is in feite een continuüm. Het gaat van resignatie, over loslaten van een veranderingsagenda waar deze niet werkt, tot emotionele openheid eigen aan andermans emoties, deliteralisatie en in het nu zijn en doen wat werkt, ondanks de voorbije strijd die geleverd is om psychologische gebeurtenissen te veranderen. Het is een proces dat maakt dat een eerste paniekaanval geen paniekstoornis moet worden. Patiënten laten voelen wat ze voelen, denken wat ze denken, en stap voor stap doen wat moet gebeuren.

Patiënten denken vaak dat ze een strijd met zichzelf te winnen hebben, dat ze niet weten hoe ze dat moeten doen. Het is vaak een opluchting dat niemand dat weet, en bovendien dat de strijd winnen overbodig is. Zelf gebruik ik hiervoor soms het beeld van de onmogelijkheid om te armworstelen met jezelf, terwijl we vaak onszelf uitputten in deze vruchteloze onderneming. Een mooie uitwerking van aanvaarding bij niet-aangeboren hersenletsel (NAH) vinden we bij Van Bost e.a. (2005). Acceptatie van emotionele pijn maakt het trouwens mogelijk te ontdekken waar we echt om geven (anders zou het ons niet raken), en is dus een directe weg naar de ontdekking van waarden. Ook bij Multiple Sclerose zien we dat acceptatie een betere aanpassing aan de ziekte voorspelt (Pakenham & Fleming, 2011).

Aangezien de **secundaire problemen** (angst, stress en depressie) prominent zijn bij hersentrauma-patiënten is het vaak de logische ingang en aanloop voor het starten van een behandeling. Vaak ook wordt de context als een belangrijk punt van zorg benoemd. Dit is bij uitstek een vertrouwd terrein voor een ACT-geïnspireerde aanpak. Hetzelfde merk je bij ontwikkelingsproblemen; zelden wordt iemand voor autisme aangemeld, wel voor angst, suïcidegedachten en depressie.

Strategie van de behandeling

We onderscheiden verschillende strategieën die oriënterend kunnen zijn bij het opzetten van een ACT-behandeling.

Allereerst moet het terrein voor therapie geëffend worden via het ondermijnen van de **controle-agenda**. Het betreft hier de (hopeloze) strategie op lange termijn van de patiënt om de binnenkant te willen controleren, het prijskaartje van vermijdings- en camouflagestrategieën. Het onderscheid maken tussen pijn (die onvermijdelijk is) en lijden (de pogingen om de pijn te verminderen, maar die op termijn juist het lijden vergroten). Leren onderscheiden waar controle een werkbare strategie is en helpt, en waar ze averechts werkt (bv. geen pijn meer willen voelen), is het werk van ‘creatieve hoopeloosheid’.

Wat betreft **timing** kan je er best zo vroeg mogelijk bij zijn. En het is nooit te laat, zowel na het hersenletsel, als in leeftijd. Preventie voor onaangepaste regelvolging, fusie en controle is zeer geschikt voor kinderen en jongeren, aangezien zij nog niet zo’n lange geschiedenis hebben van ‘in hun hoofd’ te leven. Bij de doelgroep van hersentrauma-patiënten is er eveneens beter kind- en ouderlijk functioneren (Brown, Whittingham, Boyd, McKinlay & Sofronoff, 2014), ook voor het verminderen van gedragsproblemen bij kinderen met Cerebral Palsy (Whittingham, Sanders, McKinlay & Boyd, 2014). De centrale idee bij ontwikkelingsstoornissen is dat je best kan gebruikmaken van de ‘vensterperiodes’ in de ontwikkeling (zoals taal en motoriek) en er dus zo snel mogelijk bij bent. Dit geldt tevens voor de vensterperiode van herstel na hersenletsel voor neuro-revalidatie. Het betreft hier enerzijds de eerste-orde-interventies van neuro-revalidatie, maar anderzijds ook de confrontatie met onze kwetsbaarheid en eindigheid, zowel voor de patiënt als de context. Dit stelt de tijd en kwaliteit van leven op scherp, en de dingen waarop je inzet. Vandaaruit kan je met medeleven en mededogen naar jezelf en de ander leren kijken. Dit is bijvoorbeeld uitgewerkt de zogenaamde Compassion Focused Therapy. Voor deze existentiële thema’s is ACT een waardevol kader met onderliggende leertheorie (zie Hayes, 1984).

Aansluiten bij de **ontwikkelingsleeftijd** is een waardevolle tool om het niveau van interventie af te stemmen, zowel bij de patiënt als bij de context. Zo is in de adolescentie bijvoorbeeld de ontwikkelingstaak van op ontdekking te gaan en te kunnen experimenteren, correlatief aan de ontwikkelingstaak van de ouders om hiervoor ruimte te laten. Zoals elke leeftijd zijn ontwikkelingsstaken heeft (en sterven is er ook één), zo kan je oog hebben voor de decalage tussen kalenderleeftijd en ontwikkelingsleeftijd, of het niveau van functioneren om steeds te werken in de ‘zone van naaste ontwikkeling’. Anders riskeer je te hoog of te laag te mikken. Het helpt ook voor de context met het nodige begrip te kijken naar gedrag dat anders onbegrijpbaar lijkt, als je beseft dat de patiënt op een bepaald niveau van sociaal

emotioneel functioneren zit, of met uitgesproken disharmonieën. Dit betekent ook dat het DNA-model en bijhorende ACT-therapie-materiaal voor kinderen en jongeren een belangrijke meerwaarde betekent, ook voor volwassenen, door hun concreet en ervaringsgericht karakter (Hayes & Ciarrochi, 2019).

Contextwerk is vaak de helft (of meer) van de therapie en hoort er inherent bij. Dit is veel meer dan psycho-educatie in de zin van informeren. Psycho-educatie kan niet los gezien worden van de beoogde functie (bv. acceptatie). Veelal loopt acceptatie door de acceptatie in de ogen van wie belangrijk is voor ons. Wanneer dit stopt, zit vaak ook de patiënt vast. Bij kinderen, maar ook bij partners zitten dikwijls eigen regels over de toekomst in de weg ('verschrikkelijk, schadelijk, het is te veel') en de overtuigingen over wat ze kunnen doen (gerust stellen, negeren, rationaliseren, enz.). Hiervoor zijn ACT-programma's ontwikkeld. Het is ook onze ervaring dat deze een belangrijke plaats hebben in een therapeutisch programma, aangezien het niet alleen gaat om vaardigheden die specifiek zijn voor het omgaan met de problematiek (TBI, autisme), maar ook om opnieuw ruimte en zuurstof te krijgen als partner of ouder. Belangrijk aandachtspunt is hier het begrip van interpersoonlijke experiëntiële vermijding: ik kan het niet hebben dat jij voelt wat je voelt (bv. pijn, verdriet) en om dat te vermijden betrek ik je in mijn vermijdingsgedrag (bv. overnemen om faalervaring te voorkomen, enz.) (Whittingham, Sanders, McKinlay & Boyd, 2013; Williams, Vaughan, Huws & Hastings, 2014).

Ouders moeten vaak overtuigd worden om hun kind in behandeling te laten (gaan), hoe moeilijk dat ook is voor zichzelf. Ruimte maken voor onlust en onrust van de kinderen is pas mogelijk als ouders de blik richten op eigen waarden over wat ze belangrijk vinden (in plaats van symptoom-reductie te bekrachtigen).

De terreinen waarop sociale prothesen en accommodatie gezocht moeten worden zijn traditioneel wonen, opleiding/werk, gezin, vrije tijd en sociale contacten. Denk maar aan een partner en haar kinderen die een 'andere papa' na een hersenbloeding in huis krijgen, een

vrouw die haar man door karakterverandering niet meer herkent als de man met wie ze getrouwd is, enz. Voor een 'assessment' van deze gebieden verwijzen we naar Pascal-Claes (1994) en voor toepassing hiervan in een multidisciplinair revalidatiekader naar Pascal-Claes (2002).

Errorless/errorful training is een wezenlijk begrip in de neuropsychologische rehabilitatie, dat ook bij autisme belangrijk is. Bij errorless training ga je erop letten dat het zoveel mogelijk van de eerste keer 'goed' is; omdat veranderen van spoor (door de cognitieve rigiditeit) een hele opgave is. Dit merk je bijvoorbeeld bij generalisatieproblemen; een patiënt die leert koken op gas op de rehabilitatie-afdeling, kan in het woonhuis opnieuw beginnen wanneer het een elektrisch vuur is. Een inleiding wanneer welke strategie aangewezen kan zijn, vind je in *Errorless learning* (Haslam & Kessels, 2017).

Besluit

Het primaire doel van ACT is het verhogen van psychologische flexibiliteit, wat bij de doelgroepen hersentrauma en autisme niet alleen betekent 'waardengericht actie nemen in een situatie', maar ook flexibiliteit tegenover persevereren in problem solving, rigide regelgeleid gedrag, hang naar voorspelbaarheid, enz. Tegelijk is acceptatiewerk een voorwaarde om hier ruimte voor te maken, het enig zinvolle dat je kan doen wanneer je geconfronteerd wordt met een hersenproblematiek. Het hand in hand gaan van beide aspecten, maakt ACT een krachtig gereedschap. De resultaten uit onderzoek van Whiting e.a. (2020) en Pahnke e.a. (2019) zijn hoopgevend dat ACT, dat al voor vele problematieken evidence based is, ook voor onze doelgroep een theoretisch en empirisch onderbouwde manier van werken kan zijn.

Voor wie in de praktijk staat, is het in handen hebben van een kader dat toelaat om in te zetten op zowel primaire als secundaire problemen een belangrijke troef. De status van de interventies en de functie ervan voor de therapie worden geëxpliciteerd en zijn flexibel toepasbaar in een multidisciplinaire setting. In die zin is een TBI- of autisme-begeleiding de meesterproef voor de

therapeut, aangezien je (sterker dan in andere begeleidingen) eerste- en tweede-orde-interventies door elkaar vlecht en met de context aan de slag gaat. Met ACT heb je ook toegang tot een groot arsenaal aan interventies en strategieën, zodat je als therapeut of team zelden in therapeutische handelingsverlegenheid zit, met als belangrijkste leidraad het kompas, nl. de waarden van de patiënt. Het is dan ook een voorrecht voor ons, therapeuten, om mét onze patiënten en hun gezin samen op stap te mogen gaan op deze reis.

Referenties

- Barnes-Holmes, D., & Hussey, I. (2016). The functional-cognitive meta-theoretical framework: Reflections, possible clarifications and how to move forward. *International Journal of Psychology, 51*(1), 50-57.
- Bedard, M., Felteau, M., Marshall, S., Cullen, N. K., Gibbons, C., Dubois, S., Maxwell, H., Mazmanian, D., Weaver, B., Rees, L., Gainer, R., Klein, R., & Moustgaard, A. (2013). Mindfulness-based cognitive therapy reduces symptoms of depression in people with a traumatic brain injury: Results from a randomized controlled trial. *Journal of Head Trauma Rehabilitation, 29*(4), E13-22.
- Bilich, L. L., & Ciarrochi, J. (2009). Promoting social intelligence using the experiential role-play method. In J. T. Blackledge, J. Ciarrochi & P. P. Deane (Eds.), *Acceptance and Commitment Therapy: Contemporary theory, research and practice* (pp. 247-260). Samford Valley: Australian Academic Press.
- Blackledge, J. T. (2015). *Cognitive defusion in practice: A clinician's guide to assessing, observing, and supporting change in your client*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Brown, F. L., Whittingham, K., Boyd, R. N., McKinlay, L., & Sofronoff, K. (2014). Improving child and parenting outcomes following paediatric acquired brain injury: A randomised controlled trial of Stepping Stones Triple P plus Acceptance and Commitment Therapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 55*(10), 1172-1183.
- Ciarrochi, J., Blackledge, J., Bilich, L., & Bayliss, V. (2007). Improving emotional intelligence: A guide to mindfulness-based emotional intelligence training. In J. Ciarrochi & J. D. Mayer (Eds.), *Applying emotional intelligence: A practitioner's guide* (pp. 89-124). Psychology Press.
- Cicerone, K. D., Dahlberg, C., Kalmar, K., Langenbahn, D. M., Malec, J. F., Bergquist, T. F., Felicetti, T., Giacino, J. T., Harley, J. P., Harrington, D. E., Herzog, J., Kneipp, S., Laatsch, L., & Morse, P. A. (2000). Evidence-based cognitive rehabilitation: Recommendations for clinical practice. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 81*(12), 1596-1615.
- Cope, S. R., Poole, N., & Agrawal, N. (2017). Treating functional non-epileptic attacks. Should we consider acceptance and commitment therapy? *Epilepsy & Behavior, 73*, 197-203.
- Dahl, J., & Lundgren, T. (2005). Behavior analysis of epilepsy: Conditioning mechanisms, behavior technology and the contribution of ACT. *The Behavior Analyst Today, 6*(3), 191-202.
- Dixon, M. R. (2014). *ACT for children with autism and emotional challenges*. Shawnee Scientific Press.
- Epstein, R. (2016). *The empty brain*. Aeon, May, 18, 2016.
- Everett, D. L. (2017). *How language began: The story of humanity's greatest invention*. Cambridge University Press.
- Gaudiano, B. A., Herbert, J. D., & Hayes, S. C. (2010). Is it the symptom or the relation to it? Investigating potential mediators of change in Acceptance and Commitment Therapy for psychosis. *Behavior Therapy, 41*(4), 543-554.
- Gillanders, S., & Gillanders, D. (2014). An acceptance and commitment therapy intervention for a woman with secondary progressive multiple sclerosis and a history of childhood trauma. *Neuro-Disability and Psychotherapy, 2*(1-2), 19-40.
- Graham, C. D., Gillanders, D., Stuart, S., & Gouick, J. (2014). An Acceptance and Commitment Therapy (ACT)-based intervention for an adult experiencing post-stroke anxiety and medically unexplained symptoms. *Clinical Case Studies, 14*(2), 83-97.
- Haslam, C., & Kessels, R. P. C. (Eds.) (2017). *Errorless learning in neuropsychological rehabilitation: Mechanisms, efficacy and application*. London: Routledge.
- Hayes, L., & Ciarrochi, J. (2019). *Ruimte om te groeien. Help jongeren omgaan met hun emoties, doelen bereiken en zich verbinden met anderen met ACT en positieve psychologie*. Amsterdam: SWP.
- Hayes, S. (1984). Making sense of spirituality. *Behaviorism, 12*, 99-110.
- Hayes, S. C., Gifford, E. V., & Ruckstuhl Jr., L. E. (1996). Relational frame theory and executive function: A behavioral approach. In G. R. Lyon & N. A. Krasnegor (Eds.), *Attention, memory, and executive function* (pp. 297-305). Baltimore, MD: Paul Brookes Publishing.
- Hill, G., Hynd, N., Wheeler, M., Tarran-Jones, A., Carrabine, H., & Evans, S. (2017). Living well with neurological conditions: Evaluation of an ACT-informed group intervention for psychological adjustment in outpatients with neurological problems. *The Neuropsychologist, 3*, 58-63.

- Kangas, M., & McDonald, S. (2011). Is it time to ACT? The potential of acceptance and commitment therapy for psychological problems following acquired brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation, 21*(2), 250-276.
- Large, R., Samuel, V., & Morris, R. (2020). A changed reality: Experience of an acceptance and commitment therapy (ACT) group after stroke. *Neuropsychological Rehabilitation, 30*(8), 1477-1496.
- Leoni, M., Corti, S., & Cavagnola, R. (2015). Third generation behavioural therapy for neurodevelopmental disorders: Review and trajectories. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities, 9*, 265-274.
- Lundgren, T., Dahl, J., Melin, L., & Kies, B. (2006). Evaluation of Acceptance and Commitment Therapy for drug refractory epilepsy: A randomized controlled trial in South Africa. A pilot study. *Epilepsia, 47*(12), 2173-2179.
- Majumdar, S., & Morris, R. (2019). Brief group-based acceptance and commitment therapy for stroke survivors. *British Journal of Clinical Psychology, 58*(1), 70-90.
- McEnteggart, C. (2018). A brief tutorial on Acceptance and Commitment Therapy as seen through the lens of derived stimulus relations. *Perspectives on Behavior Science, 41*(1), 215-227.
- McHugh, L., & Wood, R. (2013). Stimulus over-selectivity in temporal brain injury: Mindfulness as a potential intervention. *Brain Injury, 27*(13-14), 1595-1599.
- McHugh, L., Stewart, I., & Almada, P. (2019). *A contextual behavioral guide to the self: Theory and practice*. Context Press/New Harbinger Publications.
- Myles, S. M. (2004). Understanding and treating loss of sense of self following brain injury: A behavior analytic approach. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy, 4*(3), 487-504.
- Najdowski, A. C. (2017). *Flexible and focused: teaching executive function skills to individuals with autism and attention disorders*. Academic Press.
- Nippold, M. (1998²). *Later language development: The school age and adolescents, and young adults*. Austin: Pro-Ed.
- Nochi, M. (1998). "Loss of self" in the narratives of people with traumatic brain injuries: A qualitative analysis. *Social Science & Medicine, 46*(7), 869-878.
- O'Donoghue, E. K., Morris, E. M. J., Oliver, J. E., & Johns, L. C. (2018). *ACT for psychosis recovery: A practical manual for group-based interventions using acceptance and commitment therapy*. Context Press/New Harbinger Publications.
- Owensworth, T., & Clare, L. (2006). The association between awareness deficits and rehabilitation outcome following acquired brain injury. *Clinical Psychology Review, 26*(6), 783-795.
- Pahnke, J., Hirvikoski, T., Bjureberg, J., Bölte, S., Jokinen, J., Bohman, B., & Lundgren, T. (2019). Acceptance and Commitment Therapy for autistic adults: An open pilot study in a psychiatric outpatient context. *Journal of Contextual Behavioral Science, 13*, 34-41.
- Pahnke, J., Lundgren, T., Hursti, T., & Hirvikoski, T. (2013). Outcomes of an acceptance and commitment therapy-based skills training group for students with high-functioning autism spectrum disorder: A quasi-experimental pilot study. *Autism, 18*(8), 953-964.
- Pais, C., Ponsford, J. L., Gould, K. R., & Wong, D. (2019). Role of valued living and associations with functional outcome following traumatic brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation, 29*(4), 625-637.
- Pakenham, K., & Fleming, M. (2011). Relations between acceptance of multiple sclerosis and positive and negative adjustments. *Psychology & Health, 26*(10), 1292-1309.
- Palm, K. M., & Follette, V. M. (2011). The roles of cognitive flexibility and experiential avoidance in explaining psychological distress in survivors of interpersonal victimization. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 33*(1), 79-86.
- Pascal-Claes, F. (1994). Assessment in het proces van rehabilitatie. Een casus. *Signaal, 9*, 9-24.
- Pascal-Claes, F. (2002). Psychiatrische revalidatie voor kinderen en adolescenten. *Signaal, 41*, 4-26.
- Pascal-Claes, F. (2015). Acceptance en Commitment Therapy voor kinderen, jongeren en hun gezin. *Vlaams Congres Kinder-en Jeugdpsychiatrie en -psychotherapie*, 58-62.
- Pascal-Claes, F., & Bussels, E. (2015). Autisme en ACT. In J. A-Tjak, *Acceptance & Commitment Therapy* (pp. 177-18). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Porosoff, L., & Weinstein, J. (2019). *Two-for-One teaching: Connecting instruction to student values. Integrate social-emotional learning into academic instruction*. Bloomington, IN: Solution Tree Press.
- Rauwenhoff, J. A.-O., Peeters, F., Bol, Y., & Van Heugten, C. (2019). The BrainACT study: Acceptance and Commitment Therapy for depressive and anxiety symptoms following acquired brain injury: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials, 20*, 773.
- Rehfeldt, R. A., & Barnes-Holmes, Y. (2009). *Derived relational responding applications for learners with autism and other developmental disabilities*. Oakland: New Harbinger.
- Rohling, M. L., Faust Me Fau-Beverly, B., Beverly B Fau-Demakis, G., & Demakis, G. (2016). Effectiveness of cognitive rehabilitation following acquired brain injury. A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Human Neuroscience, 10*, 537-543.
- Rosenfarb, I. S., Hayes, S. C., & Linehan, M. M. (1989). Instructions and experiential feedback in the treatment of social skills deficits in adults. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 26*(2), 242-251.

- Sahdra, B. K., Ciarrochi, J., Parker, P. D., Marshall, S., & Heaven, P. (2015). Empathy and nonattachment independently predict peer nominations of prosocial behavior of adolescents. *Frontiers in Psychology*, 6.
- Sander, A. M., Clark, A. N., Arciniegas, D. B., Tran, K., Leon-Novelo, L., Ngan, E., Bogaards, J., Sherer, M., & Walser, R. (2020). A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for psychological distress among persons with traumatic brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 1-25.
- Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., Hickling, E. J., & Bianchi, J. (2010). A novel application of acceptance and commitment therapy for psychosocial problems associated with multiple sclerosis: Results from a half-day workshop intervention. *International Journal of MS Care*, 12(4), 200-206.
- Soo, C., Tate, R. L., & Lane-Brown, A. (2011). A systematic review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for managing anxiety: Applicability for people with acquired brain injury? *Brain Impairment*, 12(1), 54-70.
- Strosahl, K. D., Robinson, P. J., & Gustavsson, T. (2015). *Inside this moment: A clinician's guide to promoting radical change using Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publications.
- Strosahl, K., Robinson, P., & Gustavsson, T. (2016). *In het moment met ACT, een gids voor therapeuten voor blijvende verandering*. Amsterdam: Hogrefe.
- Sylvester, M. (2011). *Acceptance and Commitment therapy for improving adaptive functioning in persons with a history of paediatric Acquired Brain Injury*. University of Nevada, Reno.
- Tyrberg, M. J., Parling, T., & Lundgren, T. (2021). Patterns of relational framing in executive function: An investigation of the Wisconsin Card Sorting Test. *The Psychological Record*, 1-12.
- Vahey, N., & Whelan, R. (2016). The functional-cognitive framework as a tool for accelerating progress in cognitive neuroscience: On the benefits of bridging rather than reducing levels of analyses. *International Journal of Psychology*, 51(1), 45-49.
- Van Bost, G., Lorent, G., & Crombez, G. (2005). Aanvaarding na niet-aangeboren hersenletsel. *Gedragstherapie (Utrecht)*, 38, 245-262.
- Verhaeghen, P. (2017). *Presence: How mindfulness and meditation shape your brain, mind, and life*. Oxford University Press.
- Whiting, D. L., Deane, F. P., Simpson, G. K., Ciarrochi, J., & McLeod, H. J. (2018). Acceptance and Commitment Therapy delivered in a dyad after a severe traumatic brain injury: A feasibility study. *Clinical Psychologist*, 22(2), 230-240.
- Whiting, D. L., Deane, F. P., Simpson, G. K., McLeod, H. J., & Ciarrochi, J. (2017). Cognitive and psychological flexibility after a traumatic brain injury and the implications for treatment in acceptance-based therapies: A conceptual review. *Neuropsychological Rehabilitation*, 27(2), 263-299.
- Whiting, D., Deane, F., McLeod, H., Ciarrochi, J., & Simpson, G. (2020). Can acceptance and commitment therapy facilitate psychological adjustment after a severe traumatic brain injury? A pilot randomized controlled trial. *Neuropsychological Rehabilitation*, 30(7), 1348-1371.
- Whittingham, K., Sanders, M., McKinlay, L., & Boyd, R. (2014). Interventions to reduce behavioral problems in children with Cerebral Palsy: An RCT. *Pediatrics*, 133, 10.1542/peds.2013-3620.
- Whittingham, K., Sanders, M., McKinlay, L., & Boyd, R. N. (2013). Stepping Stones Triple P and Acceptance and Commitment Therapy for parents of children with Cerebral Palsy: Trial protocol. *Brain Impairment*, 14(2), 270-280.
- Williams, J., Vaughan, F., Huws, J., & Hastings, R. (2014). Brain injury spousal caregivers' experiences of an acceptance and commitment therapy (ACT) group. *Social Care and Neurodisability*, 5(1), 29-40.
- Ylvisaker, M., McPherson, K., Kayes, N., & Pellett, E. (2008). Metaphoric identity mapping: Facilitating goal setting and engagement in rehabilitation after traumatic brain injury. *Neuropsychological rehabilitation*, 18, 713-741.

Contact

Francis Pascal-Claes
 CGG Waas en Dender
Francispascalclaes@cggwaasendender.be