



Cognitieve Adaptatie Training

Dr. Lisette van der Meer
Universitair docent
Klinische & Ontwikkelingsneuropsychologie
Rijksuniversiteit Groningen

Hoofdonderzoeker
Cluster ART, langdurige zorg & wonen
Lentis GGZ



Cognitive problems

Table 1 | Main characteristics of cognitive impairment in psychiatric disorders, and a comparison with PD and AD

	Attention and/or vigilance	Working memory	Executive function	Episodic memory	Semantic memory	Visual memory	Verbal memory	Fear extinction	Processing speed	Procedural memory	Social cognition (theory of mind)	Language
Major depression	+(+)	++	++	++	+	+	+(+)	0/+?	++(+)	+	+(+)	+
Bipolar disorder	++(+)	++	++	++	+	+	++	+?	++	0	++	++
Schizophrenia	+++ ^M	+++ ^M	+++ ^M	+++	++	+(+) ^M	+++ ^M	++	++ ^M	+	+++ ^M	+++
ASD	+++	+	+++	++	+	+	+(+)	+(+)	+++	0/+	+++	+++
ADHD	+++	++	+++	0/+	+	++	++	+	++	+	+	0/+
OCD	+++ (↑)	+(+)	++	+	0/+	+	0/+	++	++	++	+	0/+
PTSD	+++ (↑)	+(+)	+(+)	++	+	+	++(+)	+++	+	0	0/+	0
Panic disorder	+++ (↑)	+	0/+	+	0/+	0/+	+	++	++	0	0	0
GAD	+	+	0	0	+	+	+	+	0	0	0/+	0
Parkinson's disease	++	++(+)	++	+	0/+	+	+	0?	+++	+++	+(+)	+(+)
Alzheimer's disease	+(+)	+(+)	+(+)	+++	+++	+++	++(+)	0?	+	+	+	++



Cognitive problems

The C-Factor?

Table 2
Unweighted mean effect sizes for 10 cognitive functions across disorder categories.

	Executive Functions					Attention	Memory		Processing speed	Visuospatial Abilities	Unweighted Mean ES
	Set Shifting	Response Inhibition	Working Memory	Fluency	Planning		Verbal Memory	Non-Verbal Memory			
Eating Disorders	0.27	0.29	0.26	0.13	0.43	0.25	0.42	0.42	0.27	0.40	0.31
Tourette Syndrome	-	0.33	-	-	-	-	-	-	-	-	0.33
Panic Disorder	0.31	-	0.29	0.43	0.29	-	0.55	0.31	0.08	0.38	0.33
Gambling	-	0.57	-	-	-	0.12	-	-	0.33	-	0.34
Substance Abuse	0.38	0.41	0.49	0.29	0.72	0.29	0.48	0.47	0.29	0.48	0.43
ADHD	0.50	0.48	0.41	0.57	0.39	0.54	0.53	0.20	0.36	0.31	0.43
ASD	0.65	0.49	0.40	0.44	0.27	-	-	-	-	-	0.45
OCD	0.42	0.49	0.33	0.38	0.59	0.48	0.38	0.75	0.48	0.40	0.47
PTSD	-	-	0.50	0.43	-	-	0.65	0.31	0.59	0.38	0.48
Depression	0.62	0.83	0.38	0.54	0.45	0.55	0.44	0.53	0.50	0.57	0.54
Personality Disorders	0.28	0.51	0.33	0.39	0.84	0.40	0.45	1.59	0.47	0.41	0.57
Bipolar Disorders	0.64	0.66	0.56	0.62	0.60	0.61	0.71	0.57	0.68	0.33	0.60
Schizophrenia	0.80	0.65	0.82	0.93	0.86	0.78	1.02	0.85	0.96	0.76	0.84
Unweighted Mean ES	0.49	0.52	0.43	0.47	0.54	0.45	0.56	0.60	0.46	0.44	0.47

ADHD = Attention Deficit/Hyperactivity Disorder; ASD = Autism Spectrum Disorder; OCD = Obsessive-Compulsive Disorder; PTSD = Post-Traumatic Stress Disorder.



Impact?

Review

The association between metacognitive ability and functional capacity among people with schizophrenia: A meta-analysis

N. Arnon-Ribenfeld^a, I. Hasson-Ohayon^{a,*}, M. Lavidor^a, D. Atzil-Slonim^a, P.H. Lysaker^b

^aDepartment of Psychology, Bar-Ilan University, Max and Anna Webb St., Ramat Gan, Israel

^bRoudebush VA Medical Center, Indianapolis, IN, United States

Predicting the severity of everyday functional disability in people with schizophrenia: cognitive deficits, functional capacity, symptoms, and health status

PHILIP D. HARVEY, MARTIN STRASSNIG

Department of Psychiatry, University of Miami Miller School of Medicine, 1120 NW 14th Street, Suite 1450, Miami, FL 33136, USA

Neurocognitive Deficits and Functional Outcome in Schizophrenia: Are We Measuring the “Right Stuff”?

by Michael Foster Grant

Real-World Cognitive—and Metacognitive—Dysfunction in Schizophrenia: A New Approach for Measuring (and Remediating) More “Right Stuff”

Danny Koren^{1,2,3}, Larry J. Seidman², Phillip D. Harvey⁴

¹Department of Psychiatry, University of Haifa, Haifa, Israel; ²Harvard Medical School, Boston, MA; ³Department of Psychology, University of Haifa, Haifa, Israel; ⁴Department of Psychiatry, Mt. Sinai School of Medicine, New York, NY

cognitive problems in real-life situations. In contrast to most common neuropsychological tests, there is no official “list” of input items (eg, a list of words read to the participant) that must be resolved. Instead, the person is free to choose which aspects of the question to relate to and which to ignore, what degree of confidence to impart,

Determinants of different aspects of everyday outcome in schizophrenia: The roles of negative symptoms, cognition, and functioning

Martin T. Strassnig^a, Teodoro S. Stern^a, Dante Durand^a, Thomas S. Strassnig^a

Current Psychiatry Reports (2020) 22:59
<https://doi.org/10.1007/s11920-020-01181-0>

SCHIZOPHRENIA AND OTHER PSYCHOTIC DISORDERS (AK PANDURANGI, SECTION EDITOR)

Major Neuropsychological Impairments in Schizophrenia Patients: Clinical Implications

Mackenzie T. Jones¹ • Philip D. Harvey^{1,2}





De mensen

2009

Ernstige psychische aandoeningen

- Psychiatrische aandoening met:

Sociale & functionele problemen

- Relatief lange ziekteduur (> 2 jaar)
- Gecoördineerde, intensieve psychiatrische ondersteuning

Therapeutisch pessimisme...



Inzet

2009

Problemen meerdere levensdomeinen

- Medicatieresistente symptomen (Meltzer, 1997)
- Middelenmisbruik en/of polyfarmacie (Dawes & Jeste, 2011)
- Cognitieve problemen (Velligan e.a., 1997)
- Verslechterde fysieke gezondheid (McEvoy e.a., 2005)
- Verslechterde zelfzorg (Wiersma e.a. 2000)
- Verminderd psychosocial functioneren (Harvey e.a., 2012; Wiersma e.a., 2000)

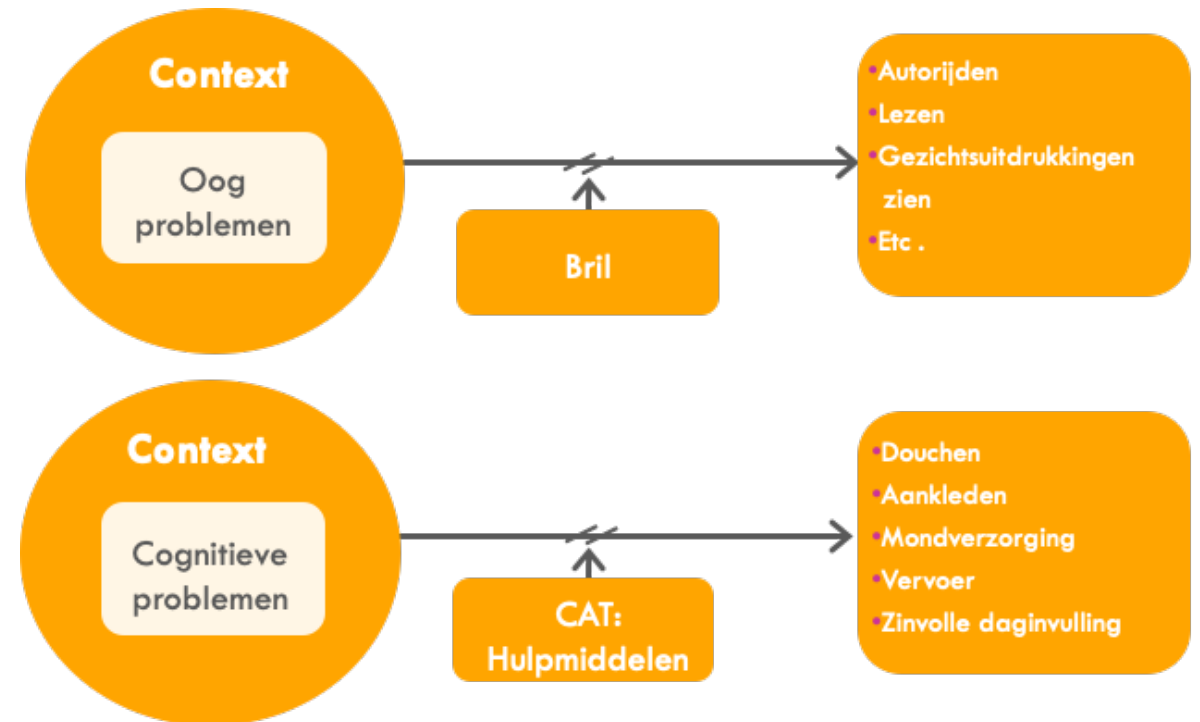


Cognitieve rehabilitatie

2009

Cognitieve Adaptatie Training (CAT)

- Psychosociale interventie
- In de thuisomgeving
- Gepersonaliseerd en herstelgericht
- Op individu aangepaste hulpmiddelen ter compensatie cognitieve problemen
- Ontwikkeld door Dawn Velligan and colleagues





CAT – het proces

We brengen in kaart:

- Functioneren in de omgeving
- Waar wil iemand zelf aan werken
- Cognitieve vaardigheden
- Geobserveerd gedrag

➔ CAT-plan



CAT – het proces

1

Omgevingsinterview

EFA

- Eigen leefomgeving
- Praktijkgericht
- 16 Levensdomeinen
- Wat wil iemand zelf?



Omgevingsinterview - EFA



Cognitieve
Adaptatie
Training

Naam cliënt.....

Datum.....

2. Keuken

Vraag de cliënt wie er verantwoordelijk is voor de volgende taken (cliënt/ verpleging/ huishouding/ familie/ anders), hoe vaak deze worden uitgevoerd en of de benodigdheden aanwezig zijn.

	Verantwoordelijk	Frequentie per week	Benodigdheden aanwezig?
Afwassen			
Schoonmaken tafel/aanrecht/vloer			
Eten maken			
Boodschappen doen			

2.1 Kunt u mij een voorbeeld geven van een gezonde maaltijd die u kunt maken?	
2.2 Hoe bewaart u de restjes?	
2.3 Wanneer weet u dat iets bedorven is?	
2.4 Waar eet u normaal gesproken uw maaltijd?	
2.5 Met wie eet u gewoonlijk?	
2.6 Welk bestek gebruikt u bij het eten?	
2.7 Zegt iemand weleens dat u goede eetgewoonten heeft? Wat vindt u daarvan?	
2.8 Wat eet u normaal gesproken gedurende de dag? (denk aan tussendoortjes)	

Ga de wensen na van de cliënt en achterhaal of er iets is wat de cliënt zou willen veranderen. Denk hierbij aan spullen die hij/zij mist of activiteiten die hij/zij graag zou willen ondernemen.

➤ Vraag: "Is er iets wat u zou willen veranderen aan de punten die we zojuist hebben besproken? Zo ja, waar zou u hulp bij willen?"

.....
.....
.....

5. Badkamer (zelfzorg)

Vraag de cliënt wie er verantwoordelijk is voor de volgende taken (cliënt/ verpleging/ huishouding/ familie/ anders), hoe vaak deze worden uitgevoerd en of de benodigdheden aanwezig zijn.

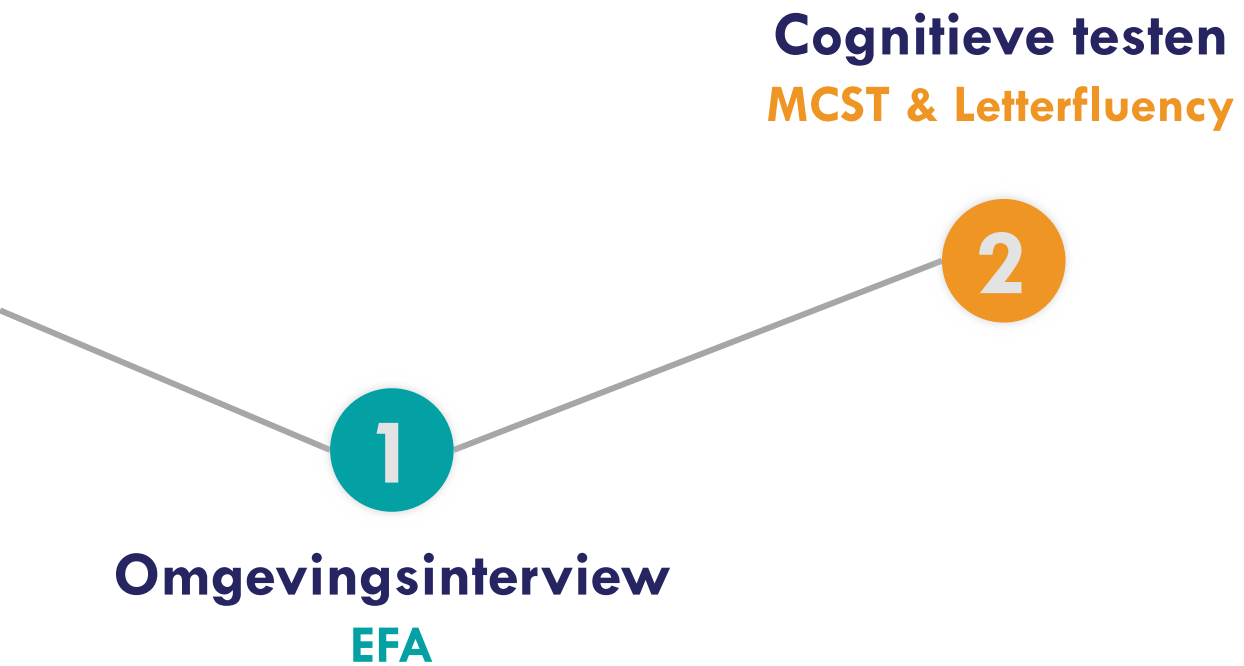
	Verantwoordelijk	Frequentie per week	Benodigdheden aanwezig?
Schoonmaken wasbak			
Schoonmaken toilet			
Schoonmaken douche			
Schoonmaken vloer			

5.1 Hoe vaak heeft u zich gedoucht/gewassen de afgelopen week?	
5.2 Kunt u mij vertellen wat uw douchegewoonten zijn? (gebruik van shampoo/douchegeel/wassen etc.)	
5.3 Hoe vaak heeft u uw haren gewassen de afgelopen week?	
5.4 Heeft u een kunstgebit? Zo nee, hoe vaak heeft u uw tanden gepoetst de afgelopen week? Zo ja, hoe vaak draagt u deze/maakt u deze schoon?	
5.5 Hoe vaak heeft u deodorant opgedaan de afgelopen week? (let op lichaamsgeur)	
5.6 Hoe vaak heeft u schone/andere kleding aangetrokken de afgelopen week?	
5.7 Hoe vaak gaat u naar de kapper? Maakt u zelf een afspraak?	
5.8 Hoe vaak knipt u uw nagels? Gaat u naar de pedicure?	
5.9 Vraag naar gepast toiletgebruik (gebruik van toiletpapier, deur sluiten, toilet doorspoelen, handen wassen etc.).	
5.10 Helpt iemand u met de bovenstaande taken? Zo ja, hoe? (herinneren, fysieke hulp, stapsgewijs).	

Ga de wensen na van de cliënt en achterhaal of er iets is wat de cliënt zou willen veranderen. Denk hierbij aan spullen die hij/zij mist of activiteiten die hij/zij graag zou willen ondernemen.



CAT





Executieve functies

Voorste gedeelte
van het brein

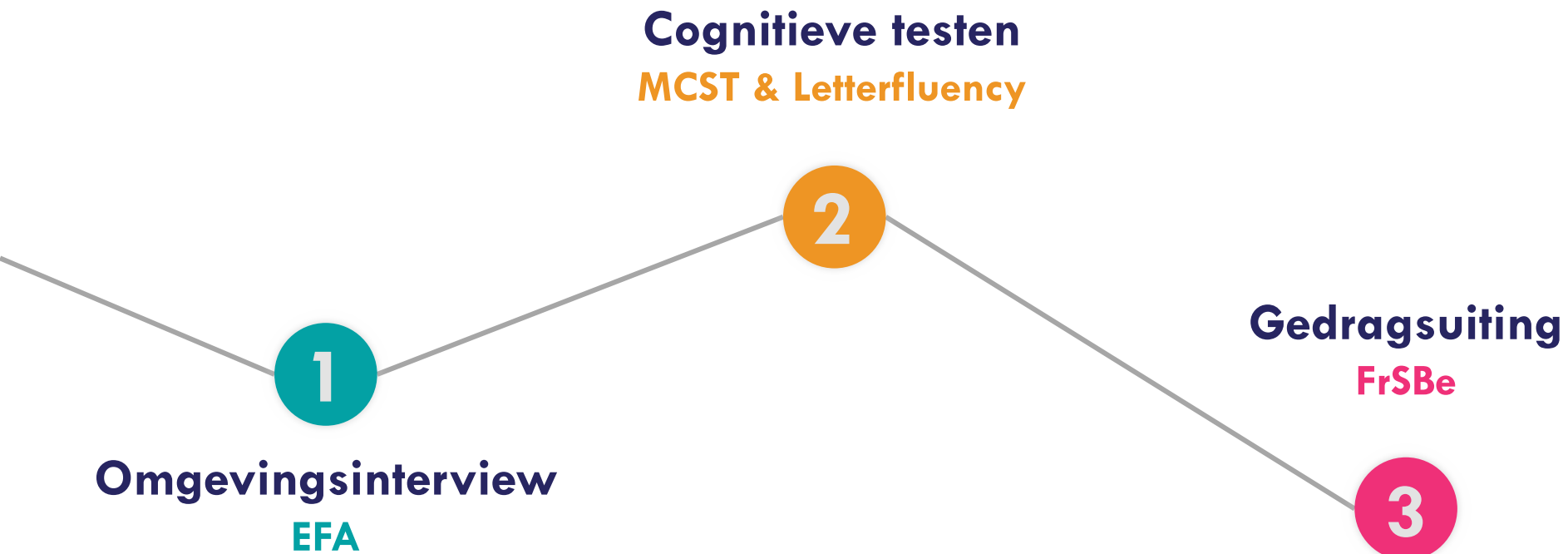


Nodig voor uitvoeren van
doelgericht gedrag

- Plannen van doelgericht gedrag
- Volgorde aanbrenen in gedachten en gedrag
- Monitoren van eigen vooruitgang
- Flexibel kunnen denken
- Doelgericht gedrag volhouden tijdens afleiding
- Irrelevant of ongepast gedrag onderdrukken

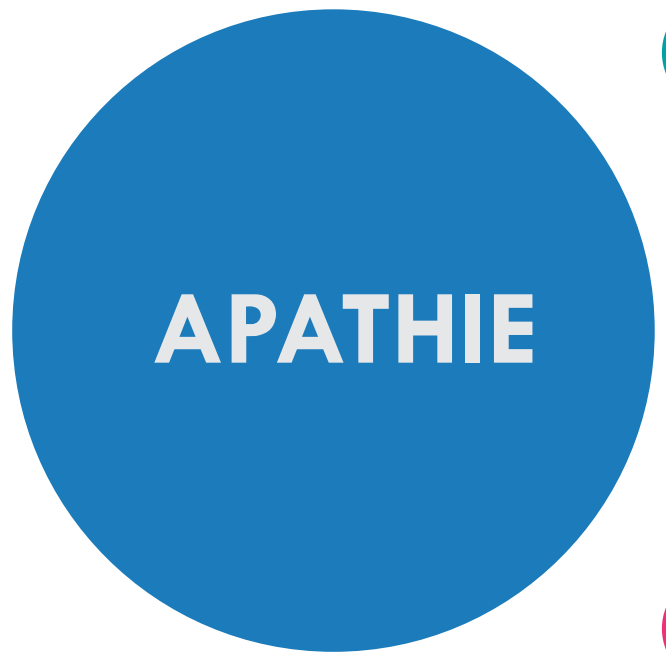


CAT





Gedragsuiting



Prikkel is niet sterk genoeg



Moeite met op gang komen



Niet weten hoe en waar te beginnen



Gedragsuiting

Prikkels zijn te sterk



Snel afgeleid en/of ongeremd



Begint met taken, maar moeite om deze af te maken



Disinhibitie



Stap 3: Gedragsuiting

Instructies

Dit formulier bevat een lijst met uitspraken die gebruikt kan worden om het gedrag van iemand te beschrijven. Lees elke uitspraak goed. Maak gebruik van de schaal hieronder om te beschrijven hoe vaak het gedrag bij de cliënt is voorgekomen. Omcirkel het cijfer dat het meest van toepassing is en doe dit voor elke uitspraak. Als u een antwoord wilt veranderen, zet een X door het onjuiste cijfer en omcirkel het juiste cijfer.

Scoring:	1 (Bijna) nooit	2 Zelden	3 Soms	4 Vaak	5 (Bijna) altijd	
1.	Spreekt alleen wanneer hij/zij wordt aangesproken.				1 2 3 4 5	
2.	Is snel boos of prikkelbaar; heeft emotionele uitbarstingen zonder (duidelijke) reden.				1 2 3 4 5	
3.	Bepaalde handelingen worden onnodig vaak herhaald of hij/zij blijft hangen in bepaalde gedachten.				1 2 3 4 5	
4.	Doet impulsieve dingen.				1 2 3 4 5	
5.	Haalt bepaalde volgordes door elkaar, raakt in de war wanneer hij/zij meerdere dingen achtereenvolgens moet doen.				1 2 3 4 5	
6.	Lacht of huilt te gemakkelijk.				1 2 3 4 5	
7.	Maakt steeds dezelfde fouten, leert niet van eerdere ervaringen.				1 2 3 4 5	
8.	Heeft moeite met het starten van een activiteit, is initiatiefloos of heeft een gebrek aan motivatie.				1 2 3 4 5	
9.	Maakt ongepaste seksuele opmerkingen of toenaderingen, is te flirterig.				1 2 3 4 5	
10.	Doet of zegt beschamende dingen.				1 2 3 4 5	
11.	Verwaarloost zijn/haar persoonlijke hygiëne.				1 2 3 4 5	
12.	Kan niet stil zitten, is hyperactief.				1 2 3 4 5	



CAT





Het CAT plan



Cognitieve
Adaptatie
Training

Stap 4: het CAT-plan

- Ga met de cliënt in gesprek over doelen waaraan hij of zij wil werken.
- Aan welke doelen wil de cliënt graag werken? Vul deze doelen hieronder in.

Doelen waar de cliënt aan wil werken:

1.
2.
3.
4.
5.

- Schrijf hieronder het doel uit wat de hoogste prioriteit heeft volgens de cliënt.
- Deel dit doel vervolgens op in (drie) subdoelen om het grotere doel in kleinere stukjes op te splitsen. Dit maakt de kans groter dat de cliënt subdoelen behaald en zo meerdere succeservaringen heeft. Op deze manier wordt de motivatie voor het grotere doel versterkt. Het grotere doel is doorgaans bereikt wanneer alle subdoelen behaald zijn.
- Kies per subdoel ook een hulpmiddel(len) wat de cliënt kan helpen om het doel te bereiken.

Naam cliënt.....
Datum.....



Cognitieve
Adaptatie
Training

Naam cliënt.....
Datum.....

Doel 1	
Subdoel 1a
Hulpmiddel(len)
Subdoel 1b
Hulpmiddel(len)
Subdoel 1c
Hulpmiddel(len)



Het CAT plan

Denk aan..



	Zondag	Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donstag	Vrijdag	Zaterdag
Wat is er te doen?							
Wat is mijn toilet gereinigd?							
Wat is de vloer gereinigd?							
Wat is de badkamer gereinigd?							
Wat is de slaapkamer gereinigd?							
Wat is de woonkamer gereinigd?							
Wat is de keuken gereinigd?							

IK GA ELKE DAG

1. Douchen
2. Schone kleding aantrekken
3. Tandpoetsen





CAT modelgetrouwheid

Item	No	Mostly not	Partly	Mostly yes	Yes	Not applicable/ insufficient information
1. The CAT-specialist is creative in the choice for environmental aids. The environmental aids suit the individual needs and wishes of the service user, instead of copying the environmental aids of other service users without valid argumentation.						
2. The CAT-specialist is flexible and creative in applying/ inventing environmental aids and the location where the environmental aids are placed (not limited to the living environment, but is also other settings, e.g., workspace, leisure activities, clinic).						
3. The CAT-specialist is able to think and act flexibly when an environmental aid/cognitive strategy does not work for the service user. The CAT-specialist is able to explore the underlying barriers and come up with solutions to work around these barriers.						
4. The CAT-specialist has received CAT training by a qualified trainer. The training entailed the following elements:						
1.	2.		3.		4.	
The CAT-specialist has received a basic training in which the theoretical concepts have been addressed and is therefore able to understand the basic mechanisms behind CAT.	The CAT-specialist has received an in-depth training in which the basic theoretical concepts have been addressed as well as an additional intensive training to improve knowledge and understanding about the environmental interview and assessments.		The CAT-specialist has received an in-depth training in which the basic theoretical concepts have been addressed as well as an additional intensive training to improve knowledge and understanding about the environmental interview and assessments. The CAT-specialist is able to understand the theoretical concepts of CAT and has the ability to relate this to the behaviour of the service user.		The CAT-specialist has received an in-depth training in which the basic theoretical concepts have been addressed as well as an additional intensive training to improve knowledge and understanding about the environmental interview and assessments. The CAT-specialist has trained with service-users in a real-world setting to develop the skills and knowledge to independently provide CAT to the service users.	

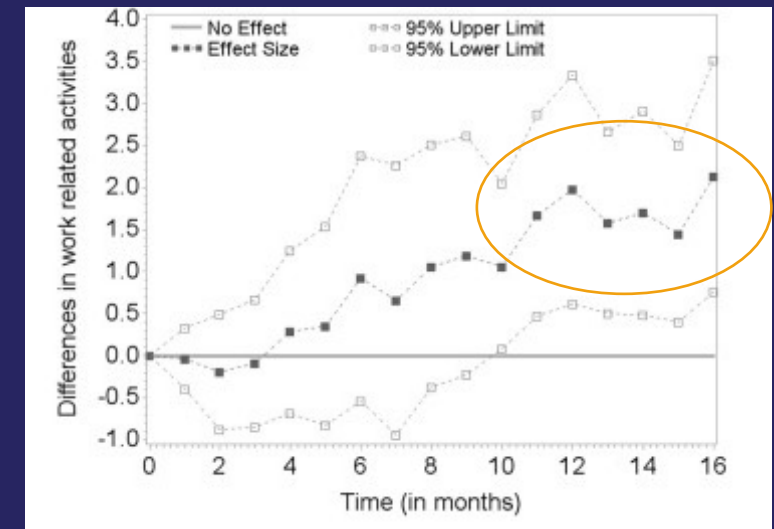


De pilot

2009

Pilot (Quee et al, 2014)

- Klinische en ambulante zorgverlening
- CAT+TAU (N=14) en TAU (N=16)
- Na 8 maanden CAT+TAU beter algemeen functioneren dan TAU (trend)
- Na 10 maanden meer deelname aan werkgerelateerde activiteiten (klinische populatie)





Het effectiviteitsonderzoek

2009

2012

Multicenter RCT (Stiekema et al., 2020)

- Twee groepen:
 - CAT+TAU (n=42) → 24 mnd
 - TAU (n=47) → 12 mnd
- Resultaten CAT+TAU > TAU:
 - Verbeteringen dagelijks functioneren
 - Resultaten behouden in de follow-up fase
 - Verbeteringen executief functioneren & visuele aandacht
 - Samenhang verbeteringen executief functioneren & dagelijks functioneren ($r = -.392$)





Het effectiviteitsonderzoek

2009

2012



‘Lessons learned’ RCT

Interventie niveau

- Heldere procedure

Verpleegkundig niveau

- Gemotiveerd, kennisrijk, voldoende ondersteuning
- Zelfoverschatting of social wenselijke reacties?
- Externaliseren?

Organisatie niveau

- Te weinig feedback
- Organisatieveranderingen



Bedankt!



www.gripresearch.nl