

Neuropsychotherapie bij volwassenen: psychotherapie bij niet-aangeboren hersenletsel

Guy Lorent, Wouter Lambrecht, An Cornelis

SAMENVATTING

Neuropsychotherapie, opgevat als psychotherapie voor mensen met een niet-aangeboren hersenletsel (NAH), tracht twee werelden te combineren: psychotherapie en neuropsychologie. Kennis en vaardigheden uit beide domeinen zijn nodig om deze patiënten verder te helpen. Psychotherapeutische principes toepassen zonder de neuropsychologische gevolgen van een NAH te integreren, zal het proces in gevaar brengen. Neuropsychologische begeleiding zonder hierbij de mens, zijn beleving en andere relevante factoren zoals stresshanteringsmogelijkheden, ervaringen met angst, en het beschikbare netwerk te betrekken, schiet eveneens tekort. In dit artikel beschrijven we de aanpassingen aan de therapeutische praktijk die nodig zijn door de neuropsychologische gevolgen van het NAH en gaan we in op enkele belangrijke psychotherapeutische thema's, zoals het complexe rouwproces en het betrekken van de familiale context bij de behandeling.

Trefwoorden: neuropsychotherapie, niet-aangeboren hersenletsel, neuropsychologie

Inleiding

Een niet-aangeboren hersenletsel (NAH) wordt gedefinieerd als een hersenletsel opgelopen na de geboorte (Lannoo et al., 2007).¹ Een NAH kan verscheidene oorzaken hebben: een ongeluk, een val, een cerebrovasculair accident, een infectie, een tumor of operatie, en de patiënten² vertonen zeer verschillende mogelijkheden en beperkingen. Een NAH betekent een zeer radicale breuk in de 'normale' levensloop. Die onderbreking kleurt de kern van de problematiek van veel patiënten: de ervaring van het verlies, de confrontatie met beperkingen en het verlangen naar het leven voor het letsel (Carroll & Coetzer, 2011).

Het doel van de hulpverlening was altijd om de kloof te verkleinen tussen het leven voor en na het NAH. Het is echter allang duidelijk dat dit verschil bij een grote groep patiënten niet overbrugd kan worden (Carroll & Coetzer, 2011; Onsworth, 2014), ook niet door intensievere of langer durende revalidatie. Integendeel, al te zeer of te lang focussen op revalidatie zal aanvaarding uitstellen (Ponds, 2013) en het welbevinden niet noodzakelijk ten goede komen. Motorische en cognitieve revalidatie is altijd de geprefereerde benadering geweest bij NAH. Pas het laatste decennium is er een groeiende bewustwording van de ernst van de

neuropsychiatrische gevolgen van een NAH (Ciurli, Formisano, Bivona, Cantagallo, & Angelelli, 2011) en de behoefte aan ondersteuning op psychosociaal vlak (Van Heugten et al., 2013). Het revalidatiedenken en de psychotherapie hebben jarenlang als een mutueel exclusief denken naast elkaar bestaan. Het revalidatiedenken kent een uitgesproken motorische, mechanische, neurocognitieve invalshoek (Cicerone et al., 2011; Haskins, 2012), hoewel met de opkomst van bijvoorbeeld het *International Classification of Functioning, Disability and Health*-denken (World Health Organization, 2013) de focus zich geleidelijk aan verplaatst van het functieniveau naar het niveau van activiteiten en participatie – van ‘hoe sterk is deze spier?’ naar ‘welke rol kan deze persoon nog vervullen in de maatschappij?’ – wat mogelijk een hogere levenskwaliteit met zich meebrengt (Van Bost et al., 2015). De neuropsychologie, die een brug tussen beide zou kunnen slaan, heeft zich eveneens voornamelijk op het cognitieve functioneren gefocust. Hoewel al langere tijd geprobeerd wordt om psychotherapeutische invalshoeken ingang te doen vinden (Cicerone, 1989; Prigatano, 1986), slaat dat pas het laatste decennium aan (Mateer, Sira, & O’Connell, 2005).

Kennis van de neuropsychologie is een voorwaarde voor het begrijpen van tal van cognitieve processen en de weerslag daarvan op het dagelijkse leven en op de subjectieve beleving van de patiënt. Kennis van de neuropsychologische gevolgen van een letsel helpt ons om de nodige aanpassingen te kunnen aanbrengen aan de vorm waarin therapie aangeboden wordt. Ze helpt ons bij de inschatting of diagnostiek van de ervaren/gerapporteerde problemen en ondersteunt de empathie van de therapeut. Daarom is ze noodzakelijk voor het psychotherapeutisch begeleiden van mensen met NAH. Neuropsychotherapie kan gedefinieerd worden als het gebruik van de neuropsychologische kennis in een psychotherapeutische context (Judd, 1999; Mateer et al., 2005). Ponds en Smits (2016) omschrijven het als het gestructureerd en methodisch toepassen van psychotherapeutische interventies bij patiënten met een hersenaandoening en hun naasten, gericht op het verminderen of hanteerbaar maken van emotionele en gedragsmatige stoornissen en problemen die voortkomen uit de hersenaandoening. De focus van de therapie en het soort interventies zijn enerzijds afhankelijk van de therapierationale of -stroming die wordt ingezet en anderzijds van de aard en ernst van de cognitieve stoornissen als gevolg van de hersenaandoening. Klonoff (2010) werkt dat verder uit en benadrukt dat het doel van de neuropsychotherapie het verwerven is van een nieuwe identiteit door het verhogen van de bewustwording van de gevolgen van het letsel, het begeleiden naar aanvaarding en realisme. Ondanks de unieke combinaties van de verschillende gevolgen van een NAH zijn er aandachtspunten en thema’s die regelmatig terugkomen. In deze bijdrage wordt eerst gekeken naar een aantal neuropsychologische gevolgen van NAH en de aanpassingen aan de therapeutische setting en aan de levensstijl die daardoor noodzakelijk worden. Vervolgens worden enkele meer algemene psychotherapeutische thema’s belicht, zoals het complexe rouwproces en het betrekken van de familie bij de behandeling.

Cognitieve gevolgen van NAH en aanpassingen aan de therapeutische setting

Om de therapie meer kans van slagen te geven, dient de vorm waarin die plaatsvindt, op een aantal punten aangepast te worden. Via zorgvuldig testen of navragen kunnen we de sterktes en zwaktes van de patiënt op het cognitieve vlak leren kennen, waardoor sessies op maat aan-

geboden kunnen worden (Ruff & Chester, 2014) en het therapeutische proces gefaciliteerd kan worden (Klonoff, 2010).

Focussen en volhouden van aandacht

Hoewel het merendeel van de patiënten niet zal aangeven hiermee problemen te hebben, is niet elke patiënt in staat gedurende een uur de aandacht bij een therapie sessie te houden. Kortere sessies kunnen een oplossing bieden, evenals het plannen van afspraken op een dag dat de patiënt voldoende rustpauzes heeft. Vermoeidheid of afleiding zorgt ervoor dat de aandacht minder op het gesprek gericht is. Teken van vermoeidheid zijn: stijging van de foutenlast, snellere frustratie, sneller afgeleid zijn, vertraging in denken en praten, niet bij het onderwerp kunnen blijven.

Even belangrijk is de snelheid waarmee we spreken of de snelheid van de redenering. Een van de symptomen na een hersenletsel is een vertraagde prikkeloverdracht, waardoor gesproken taal moeilijker gevolgd kan worden of de ondertitels op de televisie niet meer gelezen kunnen worden. Het vraagt alertheid van de therapeut om zijn tempo van spreken voortdurend aan te passen aan de mogelijkheden van zijn patiënt.

Geheugenstoornissen kunnen in lichtere of ernstige vorm voorkomen

Het aanreiken en eventueel installeren van hulpmiddelen zoals een agenda, smartphone, apps kan het leven van de patiënt vereenvoudigen en op die manier ruimte scheppen voor therapeutische vorderingen. Men kan de patiënt een kort verslag laten maken van de sessie waarmee de volgende keer begonnen wordt; indien gewenst, kan de behandelaar dat verslag aanvullen of zelf maken. Hierdoor zullen sessies sneller als een geheel beleefd worden, de rode draad wordt duidelijker, en positieve ervaringen en inzichten krijgen meer kans om te beklijven. Het gebruik van ondersteunend materiaal zoals tekeningen, diagrammen en schema's kan eveneens behulpzaam zijn (Ruff & Chester, 2014). Bij een aantal mensen is het aangewezen om hen – bij voorkeur op de dag zelf – te herinneren aan de afspraak.

Executieve problemen: plannen, structureren en organiseren zijn vaak moeilijk

Executieve problemen manifesteren zich tijdens de sessies door chaotische verhalen, eendeloze associaties, van de hak op de tak springen. De therapeut tracht dat bespreekbaar te maken en toestemming te krijgen om te helpen bij het structureren van de verhalen. Het kan helpen bij elke sessie dezelfde opbouw te hanteren, waardoor de situatie voorspelbaar en veiliger wordt (Klonoff, 2010). Daarnaast zal het ondersteunen van de structuur in het dagelijkse leven een belangrijk element in de therapie zijn. Veel patiënten staan er huiverig tegenover om hun activiteiten te plannen: het uur van opstaan, hygiëne, eten, wandelen. Ervaring leert echter dat een vaste planning voor het grootste deel van de week ruimte geeft voor flexibiliteit en zo een belangrijke bijdrage levert aan de levenskwaliteit. Misschien geldt ook hier – buiten de context van economie en kwaliteitsmanagement – het Pareto-principe (Juran, 1951; Pareto, 1896): regelmaat en ritme bij 80% van de activiteiten vraagt uiteindelijk nog maar 20% van de beschikbare energie, zodat er voldoende overblijft voor het onverwachte en het aangename.

Omgevingsafhankelijkheid

NAH-patiënten zijn tijdens de therapie sessies vol goede intenties om problematisch gedrag te veranderen, maar de vertaling hiervan in daden blijft dikwijls achterwege. Dat is frustrerend. Een belangrijke factor hierbij is hun omgevingsafhankelijkheid (Lhermitte, 1983). Op het ogenblik dat doelen geformuleerd en geargumenteed worden, is de patiënt overtuigd zich daarvoor te willen inzetten, maar als de situatie wijzigt en er zich mogelijkheden aandienen die een zekere aantrekkingskracht bezitten, ontbreekt het de patiënt aan die kleine emotionele prikkeling die laat weten wat de beste keuze is (Damasio, Tranel, & Damasio, 1991). Door het ontbreken van dit emotionele signaal is het erg moeilijk niet te kiezen voor gedrag dat een onmiddellijke beloning oplevert; slechts bij het aanvoelen van het negatieve van een keuze is er een mogelijkheid om dit gedrag niet te stellen. Enkele mogelijkheden om de patiënt hierin te ondersteunen, zijn het gebruik van taal, een beroep doen op het geheugen en het afspreken van regels die helpen bij het bereiken van doelen.

Maar als falen volgt op enthousiasme, is dat frustrerend voor de hulpverlener en de patiënt, die gevaar loopt vooral te focussen op het negatieve. Daarom is het beter om met kleine tijdschanspannes en haalbare doelen te werken. Het is belangrijk om elke keer dat het goed gaat te benadrukken. Een constructieve opstelling van de hulpverlener is van belang, temeer omdat de patiënt zich van zijn falen bewust is (Ylvisaker, Jacobs, & Feeney, 2003).

Vermoeidheid en chronische stressoren

Vermoeidheid

Vermoeidheid is een veelvoorkomend thema bij neuropsychologische problematiek. Zo hebben NAH-patiënten meestal meer slaap nodig dan normaal (Collen & Lettieri, 2011; Ouellet & Beaulieu-Bonneau, 2010). Redenen hiervoor zijn onder andere het minder goed functioneren van aandacht en werkgeheugen, waardoor focussen veel meer inspanning vergt (Van Zomeren & Van den Burg, 1985), en de verminderde efficiëntie van het brein, waardoor meer netwerken dan normaal geactiveerd moeten worden om eenzelfde taak uit te voeren (Kohl, Wylie, Genova, Hillary, & DeLuca, 2009; McAllister et al., 2001). Hoewel de meeste patiënten voelen dat ze sneller vermoeid raken (De Groot, Philips, & Eskens, 2003), kost het tijd vooraleer zij toegeven aan de behoefte aan meer rust. De combinatie van euro-educatie met samen bepalen aan welke activiteiten prioriteit te geven, kan helpen die stap te zetten. Vaak is er ondersteuning nodig om onderscheid te maken tussen activiteiten die energie geven en die energie vreten; een goede balans tussen beide vinden is vaak van grote waarde en therapeutisch belangrijker dan meer slapen (Zedlitz & Fasotti, 2010).

Chronische stress

Het inventariseren van chronische stressoren is essentieel voor het vermijden van een uitputtingsdepressie (Wanten & Schacht, 2011), die vaak het gevolg is van het chronisch overschatten van de eigen mogelijkheden. Zeker bij mensen met een mild traumatisch hersenletsel zal het verlangen naar de vroegere levensstijl overheersen: men wil een leven waarbij

werk, sociaal leven, hobby's en gezinsleven weer als vanouds verlopen, terwijl de capaciteiten om alles te plannen, uit te voeren en te verwerken verminderd zijn (Sterr, Herron, Hayward, & Montaldi, 2006). Patiënten verplichten zichzelf alle activiteiten uit te voeren, verder te revalideren, niet toe te geven aan de moeheid, omdat de aanhouder wint. Als zij zichzelf lange tijd zo'n hoge druk opleggen, wordt het risico op een uitputtingsdepressie reëel en het voorkomen hiervan onderwerp van gesprek. Ook lopende rechtszaken, chronische pijn en de zoektocht naar aangepast werk zijn vaak weerkerende en stresserende thema's.

Rouwen met of zonder inzicht

De behandeling van een patiënt met NAH kan het beste vergeleken worden met de therapie voor een rouwproces (Van Bost, Lorent, & Crombez, 2005). Men heeft afstand van iets moeten doen, er is iets verloren gegaan en men dient zich aan te passen aan een leven met andere mogelijkheden. Er is een breuk in de levenslijn waardoor verwachtingen op het vlak van activiteiten, werk en sociale relaties bijgesteld moeten worden.

De verwerking van een verlieservaring is bijna altijd een essentieel onderdeel van de begeleiding van NAH-patiënten (Coetzer, 2006). Die verlieservaringen zijn complexer van aard dan bij de verlamming van een arm of het verlies van een been (Niemeier & Burnett, 2001). Het gaat om het verlies van vaardigheden zoals gepaste sociale interactie, zelforganisatie en emotionele controle. Hierbij komt dat de kwaliteit van die vaardigheden niet gemakkelijk te evalueren is. Het is noodzakelijk dat de patiënt zichzelf en zijn capaciteiten opnieuw leert kennen en erop leert vertrouwen, een proces dat jaren zal duren. De complexiteit wordt nog verhoogd door de samenhang met de identiteit van de persoon in kwestie (Gelech & Desjardins, 2010; Onsworth, 2014). Prigatano (1999) spreekt van een *profound state of personal loss*: in tegenstelling tot het verlies van bijvoorbeeld een geliefde of een baan, verliest de persoon het meest intieme stuk van zichzelf, namelijk zijn identiteit.

Het is geen eenvoudig rouwproces, omdat het dikwijls over meerdere, complexere, vagere elementen gaat (Boelen & van den Bout, 1999). Voor de therapie kan men gebruik maken van de ervaringen opgedaan bij de behandeling van chronische aandoeningen en andere verliessituaties. Drie modellen bieden handreikingen: omgaan met chronische pijn van Risdon (Risdon, Eccleston, Crombez, & McCracken, 2003), het *dual process*-model van Stroebe en Schut (2001) en het herstelgeoriënteerde model van Gagne (Gagne, White, & Anthony, 2007). Op basis van die modellen kunnen enkele onderdelen in het proces worden onderscheiden. Het gaat hierbij niet om opeenvolgende stappen, de chronologische volgorde is minder belangrijk. Er wordt afwisselend geïnvesteerd in herstelarbeid en rouwarbeid, waarbij alles gericht is op aanvaarding. De onderdelen zijn:

- beperkingen kennen en geen verandering verwachten;
- bereidheid om nieuwe evenwichten te zoeken;
- waarden en doelen kunnen vertalen naar nieuwe activiteiten om die te bereiken;
- actief zoeken naar nieuwe rollen en activiteiten;
- hulp en hulpmiddelen kunnen inzetten om waarden en doelen te realiseren;
- positieve gevolgen van het letsel zien;
- wie men was voor het letsel een plaats geven in zijn verhaal.

Bij het werken aan die punten is er geen vast stramien dat voor iedereen werkt. Het is aangegeven te beschikken over een arsenaal van benaderingen, omdat men telkens te maken heeft met een nieuwe combinatie van een mens met ervaringen, waarden, doelen en een letsel. Er is weinig evidentie dat deze of gene psychotherapeutische benadering effectiever zou zijn bij deze patiënten (Sayegh, Sandford, & Carson, 2010).

Het lijkt aan te bevelen bij het zoeken naar nieuwe rollen, nieuwe activiteiten en het zichzelf herkennen als iemand met andere mogelijkheden 'waarden' als vertrekpunt te nemen (Hayes, 1984; Leijssen, 2007; Myles, 2004; Van Bost et al., 2005; White & Epston, 1990). Het formuleren van waarden op fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel gebied kan op meerdere manieren plaatsvinden (Leijssen, 2007). Rechtstreeks navragen levert meestal geen bevredigend resultaat op. Samen zoeken – liefst met partner of familie – naar waardevolle ervaringen, gebeurtenissen, eenvoudige activiteiten waar men plezier uit putte en naar betekenisvolle herinneringen uit het levensverhaal, levert wel aanknopingspunten op. Ook het identificeren van idolen of grote voorbeelden, waarna men op zoek gaat naar de reden waarom men opkijkt naar die persoon, is een bruikbare techniek. Als een belangrijke waarde niet meer ingevuld wordt, ontstaat er een gemis; het benoemen van zo'n waarde schept mogelijkheden om naar alternatieven voor de invulling te zoeken in plaats van geblokkeerd te worden door de vaststelling van onmogelijkheden. Dat proces vergt creativiteit en is op zichzelf al een hele stap in het verwerkingsproces. Bij de behandeling van deze patiënten dient meer dan gewoonlijk de nadruk te liggen op het hier en nu (Ruff & Chester, 2014). Hun identiteit dient gebaseerd te zijn op de huidige mogelijkheden. De patiënten en hun omgeving kijken begrijpelijkerwijs vaak terug naar het verleden. In de neuropsychotherapie werkt men aan de vorming van een gecorrigeerd zelfconcept door steeds opnieuw de aandacht te verschuiven naar het heden. Dat neemt niet weg dat het verhaal over wie men was, waardevol is en dat de patiënt gebruik kan blijven maken van sommige vaardigheden bij het hanteren van de nieuwe situatie (Ruff & Chester, 2014). Maar te intensief bezig blijven met verlangens, dromen en mogelijkheden uit het verleden blokkeert het rouwproces. De eerste keer dat er een positief gevolg van het leven na het hersenletsel benoemd kan worden, is een kantelpunt in het verwerkingsproces. Recent onderzoek (Van Bost et al., 2015) toont aan dat het zich richten op nieuwe doelen een hogere mate van levenstevredenheid genereert, terwijl tegelijkertijd nog aan oude doelen vastgehouden kan worden. De therapie hoeft zich dus niet (exclusief) te richten op het loslaten van de oude doelen; vaak is het constructiever samen op zoek te gaan naar nieuwe, realistische en zinvolle (levens)doelen. Eens nieuwe doelen bereikt worden, is het soms eenvoudiger om oude doelen geleidelijk los te laten.

Wanneer de waarden duidelijker worden, kunnen ze de patiënt ondersteunen bij het maken van keuzes. Door vermoeidheid en beperkingen is niet meer alles haalbaar. Bij het voortzetten van de revalidatie is de vraag relevant waar de patiënt zijn tijd aan wil spenderen. Een klassiek revalidatieprogramma doet een aanbod aan de patiënt en zet in op motivatie, op training, op vooruitgang en creëert ongewild de illusie dat medisch herstel mogelijk is. De patiënt zal dat ook zo ervaren wanneer gedurende de eerste maanden oefening voor vooruitgang zorgt. Patiënten en hun familie kunnen daar soms jarenlang aan vasthouden. Dan worden de revalidatiedoelstellingen contraproductief. Te lang wordt geïnvesteerd in medisch herstel en worden andere waardegebieden verwaarloosd. Neuropsychotherapie kan ertoe bijdragen dat bij aanvang van het revalidatieprogramma bekeken wordt welke waarden voor een patiënt belangrijk zijn en dat vooral geïnvesteerd wordt in die domeinen die de kwaliteit van leven

van dat individu via maatwerk kunnen bevorderen: dus geen vaststaand programma, maar een her-waarderings- en re-validatieprogramma op maat.

Ziekte-inzicht is bij de behandeling van deze patiënten zowel de belangrijkste belemmering als de belangrijkste doelstelling (Anson & Ponsford, 2006; Klonoff, 2010). Het thema heeft zowel neuropsychologische als psychologische componenten. Bijna iedereen heeft tijd nodig om de gevolgen van zijn letsel te leren kennen, soms veel tijd. Er is bijna altijd sprake van een beperkt ziekte-inzicht (Schrijnemaekers, Smeets, Ponds, Van Heugten, & Rasquin, 2013). Veranderende omstandigheden leiden vaak tot nieuwe confrontaties, waarbij de gevolgen van het NAH zich duidelijk manifesteren en vragen om integratie in het leven van de patiënt en zijn omgeving. Dat impliceert dat mensen, op het juiste moment, goed geïnformeerd moeten worden over de gevolgen van hun letsel. In deze context verkiezen we de term ‘neuro-educatie’ boven ‘psycho-educatie’. Neuro-educatie stelt patiënten in staat om onderscheid te maken tussen de gevolgen van het letsel en de wijze waarop zij hiermee trachten om te gaan (Ponds, 2013), en stelt hen in staat om te zoeken naar nieuwe evenwichten. De kennis die mensen hebben over de gevolgen van hun letsel, is meestal beperkt, zeker als het gaat over de gevolgen op het niveau van gedrag, emoties en relaties. De educatie hoeft niet alleen door de hulpverlener te geschieden; kennis en ervaring van lotgenoten worden soms als relevanter beleefd en het organiseren van zulke ontmoetingen – soms tijdens een therapie sessie – heeft een grote meerwaarde (Klonoff, 2010; White & Epston, 1990). Bij dat proces biedt het model van Crosson (Crosson et al., 1989) houvast. Het ziekte-inzicht wordt in drie stappen onderverdeeld: *intellectual awareness* (intellectueel weten dat je een probleem hebt), *emergent awareness* (beseffen dat je een probleem hebt op het moment dat het zich voordoet) en *anticipatory awareness* (op voorhand weten dat je een probleem hebt dat invloed heeft op je functioneren). Ook Klonoff (2010) introduceerde een model waarbij ziekte-inzicht een belangrijke plaats inneemt: het *Patiënt Experiential Model* (PEM). Ze beschrijft zeven verschillende fasen specifiek voor NAH-patiënten. Die fasen omvatten een breder proces dan alleen verwerking. De eerste fase is het moment kort na het incident. De tweede fase is de fase van de eerste aanpassing, waarbij er sprake is van desoriëntatie. Er wordt van uitgegaan dat er nog geen ziekte-inzicht is in deze fasen. In de derde fase start de revalidatie met de nadruk op het herstel van verstoorde functies. Na de revalidatie keren de mensen terug naar huis, dat is fase vier, met een periode van confrontatie met de beperkingen in hun woonomgeving. Fase vijf benoemt Klonoff als een periode van aanvaarding. Pas in fase zes spreekt ze over adaptatie en reorganisatie en schakelt ze over van lichamelijk herstel naar persoonlijk herstel. Het is vooral met het beschrijven van fase zeven dat ze duidelijk maakt dat de toename van inzicht en het zoeken naar een zinvolle invulling een levenslang proces is. Bovendien geeft Klonoff aan hoe men in elk van deze fasen kan vastlopen of in een crisis kan geraken. Het PEM-model vertrekt vanuit de beleving van de patiënt om zo de hulpverlener in staat te stellen op het gepaste moment de juiste ondersteuning te bieden. Soms is er gedurende langere tijd sprake van een beperkt ziekte-inzicht dat minder gevoelig is voor bijsturing door educatie en ervaringen. Verschillende factoren kunnen dat gedrag verklaren (Schrijnemaekers et al., 2013): ontkenning, een ernstige geheugenstoornis, of een neurologisch deficit dat het onmogelijk maakt de zelfkennis bij te sturen. Ontkenning is een zinvol mechanisme als de gevolgen van het letsel niet verwerkt kunnen worden (Cicerone, 1989; Prigatano, 1986). De patiënt blijft overtuigd van een redelijk goede afloop. De werkelijkheid kan slechts mondjesmaat toegelaten worden, waarbij de grootste moeilijkhe-

den pas in een later stadium onder ogen gezien zullen worden. Bij een NAH – waar de gevolgen minder duidelijk en complexer zijn, terwijl de mogelijkheden voor verwerking juist vanwege het letsel beperkter zijn – kan men een lange verwerkingsperiode verwachten. Ontkenning dient door de hulpverlener met respect benaderd te worden; het is niet aangeraden om via confrontatie de patiënt tot inzicht of expliciteer van zijn beperkingen te dwingen. Bij voorkeur wordt gewerkt aan vertrouwen en veiligheid; de patiënt moet zich aanvaard voelen zoals hij is en zo de ruimte krijgen nieuwe beperkingen onder ogen te zien. De invloed van de persoonlijkheid van de patiënt op het verwerkingsproces hebben Risdon et al. (2003) in hun stappenplan beschreven. Door een geheugenstoornis kan een patiënt steeds vergeten wat hem overkomen is en verbaasd zijn over zijn situatie. Daarbij kan hij op zoek gaan naar antwoorden die hij al ettelijke malen gekregen heeft. Telkens dient correcte informatie met de nodige zorg gegeven te worden: voor de patiënt kan het aanvoelen alsof hij telkens voor de eerste keer hiermee geconfronteerd wordt, en dus moet hij tijd krijgen voor de verwerking van de informatie. Hulpmiddelen voor het geheugen zijn aangewezen: een agenda of een dagboek met daarin zijn verhaal, de gevolgen van het letsel en een blik op de toekomst. Als er geen vooruitzicht op progressie is, dient de vraag beantwoord te worden of informeren en confronteren zinvol zijn en of psychotherapie geïndiceerd is. Ten slotte kan er sprake zijn van een neurologisch deficit dat het onmogelijk maakt om de gevolgen van het letsel te kennen, een echte anosognosie. Een eenduidige verklaring voor dat fenomeen is er niet; wat wel vaststaat: hoe meer letsel, hoe meer kans op anosognosie (Sherer, Hart, Whyte, Nick, & Yablon, 2005). Mensen zijn soms niet in staat te erkennen dat ze een verlamde arm, een spraakprobleem of een geheugenstoornis hebben, en frequenter, moeilijkheden hebben met sociale cognitie, emotionele regulatie of executieve problemen (McGlynn & Schacter, 1989; Vingerhoets, 2002). Bij deze laatste problemen gaat het om complexere processen, die daarenboven betrokken zijn bij het ‘kenproces’ zelf. Het verschil met ontkenning tijdens het verwerkingsproces is niet eenvoudig te maken. Bij een verwerkingsproces vindt er in eerste instantie een erkennen van de beperkingen plaats, waarna stressreacties tot ontkenning leiden. Bij anosognosie is er verwondering bij het aanhoren van symptomen die zelf niet gezien of gevoeld worden. Het heeft dan geen zin de persoon expliciet te confronteren met de gevolgen van NAH. Meer nog, na herhaaldelijke confrontaties neemt de verdediging in intensiteit toe, zeker als de symptomen aanleiding geven tot beperkende maatregelen, zoals niet naar huis kunnen of niet kunnen werken. Wat vermag de hulpverlener? Empathisch samenwerken, de moeilijkheden van de ander erkennen en situaties aanbieden die hem de gelegenheid geven zichzelf, zijn sterke kanten en zijn beperkingen te ervaren zonder die te benoemen (Bieman-Copland & Dywan, 2000); zo kan impliciet leren plaatsvinden waarbij de patiënt rekening leert houden met de beperkingen en zich geleidelijk aan minder waagt in situaties die niet langer hanteerbaar zijn. Expliciet leren blijft echter beperkt en het verhaal van de patiënt zal blijven afwijken van het verhaal van de mensen in zijn omgeving.

Verwerkingsproces bij de familie met NAH

Hoewel we steeds spreken over de patiënt met NAH, zouden we eigenlijk moeten spreken over het gezin of de familie met NAH (Lezak, 1988). De impact van een hersenletsel op het gezin is groot en blijft gedurende jaren het centrale thema in een gezin (Curtiss, Klemz, & Rodney, 2000). De partner, familie of vertrouwde personen worden dan ook steeds betrok-

ken bij de neuropsychotherapie, althans voor zover de patiënt dat toelaat. De mensen rondom de patiënt moeten eveneens in staat zijn het verlies te verwerken en hebben hierbij ook ondersteuning en begeleiding nodig. Ook zij hebben behoefte aan kennis over het letsel, en het bevorderen van wederzijds begrip kan het welzijn bespoedigen. Daarnaast is de familie soms nodig om de overgang van de therapiesituatie naar de thuissituatie te maken én om de thuissituatie bespreekbaar te maken tijdens de therapie. De aanvullende informatie vanuit de familie is vaak onontbeerlijk om een duidelijk beeld te krijgen van de gedragsmatige gevolgen van het NAH. Een aandachtspunt is het afwijkende tempo van het verwerkingsproces bij de omgeving, waardoor soms andere interventies gebruikt moeten worden. Leden van een systeem kijken niet altijd op dezelfde manier tegen het verlies aan, wat dikwijls leidt tot een gevoel dat ze elkaar ‘missen’. Soms willen mensen elkaar ‘sparen’, waardoor echter afstand ontstaat. Een bijkomend probleem wordt veroorzaakt door de emotionele veranderingen en de – vaak – verminderde empathie bij de NAH-patiënt. Dat kan voor onbegrip, depressie of boosheid zorgen bij familieleden die zich alleen voelen en een gebrek aan verbondenheid ervaren. Het bespreekbaar maken van hetgeen is gebeurd en het creëren van een gemeenschappelijk verhaal zorgen voor verbinding en wederzijds begrip.

Conclusie

Neuropsychotherapie, als psychotherapie voor patiënten met NAH, tracht twee werelden te combineren: de psychotherapie en de neuropsychologie. Kennis en vaardigheden uit beide domeinen zijn nodig om die patiënten te helpen. Kennis over onder andere aandacht en geheugen, executieve functies, ziekte-inzicht en andere neuropsychologische aspecten helpt om de ervaring van patiënten beter te plaatsen. Psychotherapeutische vaardigheden zijn vereist om het proces van complexe rouw bij de patiënt en zijn familie te begeleiden, en behulpzaam te zijn bij het vinden van een nieuwe identiteit en nieuwe doelen. Patiënten en hun familie kunnen zich enkel begrepen voelen als beide aspecten aan bod komen. De behoefte aan begeleiding van NAH-patiënten is groot, maar het hulpaanbod is op dit moment ontoereikend; er is behoefte aan psychologen die zich in dit complexe³ maar boeiende werk willen specialiseren, en niet alleen wat de praktijk betreft, maar ook in de theoretische onderbouwing. Want de inhoud van dit artikel is grotendeels gebaseerd op de ervaring van klinici. Het wetenschappelijk onderzoek in dit domein bevindt zich nog in de beginfase.

Dankbetuiging

Met dank aan Pieter-Jan Deschryver en Koen Browaeyns voor de gedachtewisselingen.

Noten

1. Of een degeneratieve aandoening ook tot de groep van de NAH's moet worden gerekend, staat ter discussie; hoewel er een duidelijk verschil qua toekomstperspectief is, zijn er goede redenen om dat toch te doen.

2. Waar patiënt(en) staat, dient mensen met een niet-aangeboren hersenletsel gelezen te worden.
3. Veel andere thema's in de begeleiding van NAH-patiënten zijn niet aan bod gekomen, zoals depressie, angst, kwaadheid, emotionele ontregeling, interactie met persoonlijkheidsstoornissen, rigiditeit, paranoia en psychose (Anson & Ponsford, 2006; Lorent, 2002; Van Heugten et al., 2013).

Literatuur

- Anson, K., & Ponsford, J. (2006). Coping and emotional adjustment following traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 21, 248-259.
- Bieman-Copland, S., & Dywan, J. (2000). Achieving rehabilitative gains in anosognosia after TBI. *Brain and Cognition*, 44, 1-18.
- Boelen, P.A., & Van den Bout, J. (1999). Theorie en behandeling van gecompliceerde rouw vanuit een cognitief-gedragstherapeutisch perspectief: vermijding, emotie en cognitie. *Gedragstherapie*, 32, 239-270.
- Carroll, E., & Coetzer, R. (2011). Identity, grief and selfawareness after traumatic brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 21, 289-305. doi:10.1080/09602011.2011.555972
- Cicerone, K.D. (1989). Psychotherapeutic interventions with traumatically brain-injured patients. *Rehabilitation Psychology*, 34, 105-114.
- Cicerone, K.D., Langenbahn, D.M., Braden, C., Malec, J.F., Kalmar, K., Fraas, M., ... Ashmand, T. (2011). Evidence-based cognitive rehabilitation: Updated review of the literature from 2003 through 2008. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92, 519-530. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2010.11.015>
- Ciurli, P., Formisano, R., Bivona, U., Cantagallo, A., & Angelelli, P. (2011). Neuropsychiatric disorders in persons with severe traumatic brain injury: Prevalence, phenomenology, and relationship with demographic, clinical, and functional features. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 26, 116-126. doi:10.1097/HTR.0b013e3181deddoe
- Coetzer, R. (2006). *Traumatic brain injury rehabilitation: A psychotherapeutic approach to loss and grief*. New York, NY: Nova Biomedical Books.
- Collen, J.F., & Lettieri, C.J. (2011, May 24). Sleep disorders in traumatic brain injury. *Medscape*. Geraadpleegd via http://www.medscape.com/viewarticle/743035_2
- Crosson, B., Barco, P., Velozo, C., Bolesta, M.M., Cooper, P.V., Werts, D., & Brobeck, T.C. (1989). Awareness and compensation in post-acute head injury rehabilitation. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 4, 46-54.
- Curtiss, G., Klemz, S., & Rodney, D. (2000). Acute impact of severe traumatic brain injury on family structure and coping responses. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 15, 1113-1122.
- Damasio, A.R., Tranel, D., & Damasio, H. (1991). Somatic markers and the guidance of behavior: Theory and preliminary testing. In H.S. Levin, H.M. Eisenberg, & A.L. Benton (Eds.), *Frontal lobe function and dysfunction* (pp. 217-229). New York, NY: Oxford University Press.
- De Groot, M.H., Phillips, S.J., & Eskes, G.A. (2003). Fatigue associated with stroke and other neurologic conditions: Implications for stroke rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*; 84, 1714-1720.
- Gagne, C., White, W., & Anthony, W. (2007). Recovery: A common vision for the fields of mental health and addictions. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31, 32-37.
- Gelech, J.M., & Desjardins, M. (2010). I am many: The reconstruction of self following acquired brain injury. *Quality Health Research*, 21, 62-74. doi:10.1177/1049732310377454

- Haskins, E.C. (2012). *Cognitive rehabilitation manual: Translating evidence-based recommendations into practice*. Indianapolis, IN: American Congress of Rehabilitation Medicine.
- Hayes, S.C. (1984). Making sense of spirituality. *Behaviorism*, 12, 99-110.
- Judd, T. (1999). *Neuropsychotherapy and community integration: Brain illness, emotions and behavior*. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum.
- Juran, J. (1951). *Quality Control Handbook*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Klonoff, P.S. (2010). *Psychotherapy after brain injury: Principles and techniques*. New York, NY: Guilford Press.
- Kohl, A.D., Wylie, G.R., Genova, H.M., Hillary, F.G., & DeLuca, J. (2009). The neural correlates of cognitive fatigue in traumatic brain injury using functional MRI. *Brain Injury*, 23, 420-432. doi:10.1080/02699050902788519
- Lannoo, E., Larmuseau, D., Van Hoorde, W., Ackaert, K., Lona, M., Leys, M., ... Eyssen, M. (2007). *Chronische zorgbehoeften bij personen met een niet-aangeboren hersenletsel (NAH) tussen 18 en 65 jaar (Health Services Research (HSR), KCE Reports 51 A – D/2007/10.273/01)*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). Geraadpleegd via <http://www.kce.fgov.be>
- Leijssen, M. (2007). *Tijd voor de ziel*. Tiel: Lannoo.
- Lezak, M.D. (1988). Brain damage is a family affair. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 10, 111-123.
- Lhermitte, F. (1986). Human autonomy and the frontal lobes. Part II: Patient behavior in complex and social situations: The “environmental dependency syndrome”. *Annals of Neurology*, 19, 335-343.
- Lorent, G. (2002). ‘In het slechtste geval komen ze in de psychiatrie terecht’. Toelichting en analyse vanuit de psychiatrie. In M. Claeys, G. Cordenier, C. De Vrieze, C. Lafosse, & H. Van Hove (Red.), *NAH in Vlaanderen vandaag: zorgvernieuwing*. Destelbergen: SIG.
- Mateer, C.A., Sira, C.S., & O’Connell, M.E. (2005). Putting Humpty Dumpty together again: The importance of integrating cognitive and emotional interventions. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 20, 62-75.
- McAllister, T.W., Sparling, M.B., Flashman, L.A., Guerin, S.J., Mamourian, A.C., & Saykin, A.J. (2001). Differential working memory load effects after mild TBI. *NeuroImage*, 14, 1004-1012.
- McGlynn, S.M., & Schacter, D.L. (1989). Unawareness of deficits in neuropsychological syndromes. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 11, 143-205.
- Myles, S.M. (2004). Understanding and treating loss of sense of self following brain injury: A behavior analytic approach. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 487-504.
- Niemeier, J.P., & Burnett, D.M. (2001). No such thing as ‘uncomplicated bereavement’ for patients in rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 23, 645-653.
- Onsworth, T. (2014). *Self-identity after brain injury*. New York, NY: Psychology Press.
- Ouellet M.-C., & Beaulieu-Bonneau, S. (2010). Sleep disorders in rehabilitation patients. In J.H. Stone, & M. Blouin (Eds.), *International Encyclopedia of Rehabilitation*. Geraadpleegd via <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/43/>
- Pareto, V. (1896). *Le Cours d’Economie Politique*. Lausanne, Suisse/Paris, France: Macmillan.
- Ponds, R. (2013, 5 november). *Neuropsychotherapie: een aparte kunde? Lezing gehouden op het Hersenletselcongres te Ede*. Geraadpleegd via http://www.hersenletselcongres.nl/fileadmin/user_upload/Cluster_A_Rudolf_Ponds.pdf
- Ponds, R., & Smits, P. (2016). Neuropsychotherapie: een plaatsbepaling. In P. Smits, R. Ponds, N. Farenhorst, M. Klaver, & R. Verbeek (Red.), *Handboek Neuropsychotherapie* (pp. 23-44). Amsterdam: Boom.

- Prigatano, G.P. (1986). Personality and psychosocial consequences of brain injury. In G. Prigatano (Ed.), *Neuropsychological rehabilitation after brain injury* (pp. 29-50). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Prigatano, G.P. (1999). *Principles of neuropsychological rehabilitation*. New York, NY: Oxford University Press.
- Risdon, A., Eccleston, C., Crombez, G., & McCracken, L. (2003). How can we learn to live with pain? A Q-methodological analysis of the diverse understandings of acceptance of chronic pain. *Social Science & Medicine*, 56, 375-386.
- Ruff, S.K., & Chester, R.M. (2014). *Effective psychotherapy for individuals with brain injury*. New York, NY: Guilford Press.
- Sayegh, A.A., Sandford, D., & Carson, A.J. (2010). Psychological approaches to treatment of postconcussion syndrome: A systematic review. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 81, 1128-1134. doi:10.1136/jnnp.2008.170092
- Schrijnemaekers, A.-C., Smeets, S.M.J., Ponds, R.W.H.M., Van Heugten, C.M., & Rasquin, S. (2013). Treatment of unawareness of deficits in patients with acquired brain injury: A systematic review. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 29, 9-30. doi:10.1097/01.HTR.0000438117.63852.b4
- Sherer, M., Hart, T., Whyte, J., Nick, T.G., & Yablon, S.A. (2005). Neuroanatomic basis of impaired self-awareness after traumatic brain injury: Findings from early computed tomography. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 20, 287-300.
- Sterr, A., Herron, K.A., Hayward, C., & Montaldi, D. (2006). Are mild head injuries as mild as we think? Neurobehavioral concomitants of chronic post-concussion syndrome. *BMC Neurology*, 6, 7. doi:10.1186/1471-2377-6-7
- Stroebe, M.S., & Schut, H. (2001). Meaning making in the dual process model of coping with bereavement. In R.A. Neimeyer (Ed.), *Meaning reconstruction and the experience of loss* (pp. 55-73). Washington, DC: American Psychological Association.
- Van Bost, G., Lambrecht, W., De Schrijver, P.-J., Muylaert, I., Omeij, K., Van Gils, A., & Crombez, G. (2015). Levenskwaliteit: het essentiële doel van NAH-revalidatie. *Signaal*, 93, 4-24.
- Van Bost, G., Lorent, G., & Crombez, G. (2005). Aanvaarding na niet-aangeboren hersenletsel. *Gedragstherapie*, 38, 245-262.
- Van Heugten, C.M., Janssen, E.P.J., Visscher, A.J.M., Wolters Gregório, G., Smeets, S., ... Ponds, R.W.M. (2013). Klinische patiënten met niet-aangeboren hersenletsel in de ggz: inventarisatie van zorgbehoeftes en ontvangen zorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55, 665-675.
- Van Zomeren, A.H., & Van den Burg, W. (1985). Residual complaints of patients two years after severe head injury. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 48, 21-28.
- Vingerhoets, G. (2002). Anosognosie bij neurogene deficits. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 58, 27-34.
- Wanten, I., & Schacht, R. (2011). Ernstige depressie... hoe spreek je erover met patiënten en hun familie? *Psychopraktijk*, 3(6), 15-19.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York, NY: W.W. Norton & Company.
- World Health Organization. *How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* (Exposure draft for comment, October 2013). Genève, Suisse: Auteur. Geraadpleegd via <http://www.who.int/classifications/drafticfpracticalmanual.pdf>
- Ylvisaker, M., Jacobs, H.E., & Feeney, T. (2003). Positive supports for people who experience behavioral and cognitive disability after brain injury: A review. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 18, 7-32.
- Zedlitz, A.M.E.E., & Fasotti, L. (2010). *Omgaan met beperkte belastbaarheid: behandelprotocol voor ambulante patiënten met (ernstige) vermoeidheid*. Amsterdam: Boom.

Summary

Neuropsychotherapy for adults: psychotherapy for people with acquired brain injury

Neuropsychotherapy, defined as psychotherapy for people with acquired brain injury, combines knowledge about psychotherapy and neuropsychology to develop the treatment of these patients. The application of psychotherapeutic techniques without integrating the knowledge about the neuropsychological consequences of acquired brain injury will not result in optimal treatment. In the same vein, applying neuropsychological rehabilitation without incorporating the patient's identity, emotional experiences (such as chronic stress and anxiety), coping strategies and social support is also not preferable. In this manuscript, we describe how therapeutic interventions can be adapted taking into account the neuropsychological consequences of acquired brain injury. We focus on psychotherapeutic topics such as the mourning process and the involvement of the family in treatment.

Keywords: Neuropsychotherapy, acquired brain injury, neuropsychology

Personalia

Guy Lorent is klinisch neuropsycholoog en coördinator van Cerenah, centrum voor psychoneurologische behandeling van het UPC Sint-Kamillus te Bierbeek.

E-mail: guy.lorent@fracarita.org

Wouter Lambrecht is als klinisch neuropsycholoog verbonden aan de Hersenletselpraktijk te Gent en PC Caritas in Melle.

An Cornelis heeft jarenlang gewerkt bij een ambulant revalidatiecentrum en is momenteel werkzaam als zelfstandig psychotherapeute te Gent en Wemmel.