



GEDRAGSGEVOLGEN VAN EEN NAH IN EEN THERAPEUTISCHE CONTEXT

Guy Lorent

Sint-Kamillus, Bierbeek

Er wordt gezegd dat elke persoon met NAH anders is, dat elk letsel andere gevolgen heeft, dat het niet mogelijk is om richtlijnen te geven, want bij elke persoon moeten ze weer anders toegepast worden. Voor een deel zijn dit terechte opmerkingen, elk van ons heeft zijn eigen unieke leergeschiedenis, ons brein is dermate complex dat elk letsel een eigen unieke combinatie van functies kan treffen. Het is echter mogelijk dat er patronen zijn in ons gedrag, in ons leren en waarnemen die terug te vinden zijn bij iedereen. Het blijft een uitdaging om deze te zoeken, ook bij personen bij wie de werking van het brein verstoord is en de geoliede machine hier en daar gaat piepen en kraken.

Een bijzondere moeilijkheid bij het omgaan met personen met NAH is dan ook het wegvallen van evidenties in communicatie en gedrag. Zo kan het letterlijk begrijpen van onze woorden weliswaar nog goed lopen, maar zodra een zin abstracter wordt of het taalgebruik beeldiger, bestaat de kans dat onze gesprekspartner niet meer volgt. Gedrag kan een andere kleur krijgen, felle uitvallen kunnen getuigen van de emotie die opspeelt, maar niet meer in toom gehouden kan worden en ons gevoel van bedreiging is onterecht. De grote moeilijkheid is het begrijpen van het gedrag en het standpunt van de persoon tegenover ons. Hij lijkt dezelfde taal te spreken, maar zijn woorden moeten soms anders begrepen worden. Een goede kennis van de neuropsychologie kan helpen, voldoende aandacht en respect voor het gedrag dat een bepaalde nood vertegenwoordigt en op zijn eigen wijze zinvol is voor de persoon in kwestie, is onontbeerlijk.

KEYWORDS

NAH, gedragsgevolgen

PROBLEMSCHETS

In dit artikel wordt getracht een aantal situaties te beschrijven die je kan ontmoeten in een therapeutische setting. Het is niet de opzet van deze tekst om een handleiding te zijn naar gedragsverandering, wel hoe je rekening kan houden met het gedrag van een persoon met NAH in de opzet van een therapeutische sessie. In therapie sessies worden we geconfronteerd met andere mogelijkheden en andere eisen. Onze patiënt wil niet blijven zitten, we krijgen hem niet gemotiveerd om mee te komen, oefeningen buiten de sessies worden niet of nauwelijks gemaakt, men is vergeten wat het precieze doel van de therapie is of wat er vorige keer gebeurd is, de patiënt kan zich niet bij de taak houden of bij het onderwerp en we spenderen veel tijd en

inspanning om hem telkens terug te oriënteren naar het onderwerp, in moeilijke situaties of bij falen op een taak kan het zijn dat scheldwoorden en dreigende gebaren onze richting uitkomen, of dat de patiënt plots de kamer verlaat.

Het spreekt voor zich dat we in de context van een niet-aangeboren hersenletsel gaan kijken naar welke gevolgen dit hersenletsel kan hebben op dit gedrag of op de wijze waarop de persoon tracht om te gaan met dit gedrag.

Bij quasi elk hersenletsel mogen we gevolgen verwachten naar de aandachtsmogelijkheden van de persoon in kwestie. Zelfs bij het zogenaamde mild hersenletsel, waar door één of meerdere kleinere impacten op het hoofd, contusies, voldoende microletsels in het brein ontstaan dat deze een gevolg hebben naar de snelheid van prikkeloverdracht. Het secundaire gevolg hiervan is een beperktere stimulusverwerking, gaande van

uitfilteren van onnodige informatie, over een beperkte mogelijkheid zich te concentreren, tot een lagere frustratietolerantie wegens stimulusoverload. Een lagere frustratietolerantie geeft aanleiding tot duidelijkere gedragsuitingen, ook in therapie sessies. Bij een iets te moeilijke test of een oefening die te lang duurt, kan er reeds een overbelasting zijn, die zich uit in vloeken, op tafel kloppen, opstaan en buiten gaan, tot gerichtere (gelukkig meestal verbale) agressie naar de therapeut. Maar ook het andere aspect, het opgeven, het achteruit leunen, het afhaken, het huilen en ontredderd zijn, komt veel sneller aan de orde.

VERZORGEN VAN DE CONTEXT

Dit symptomencomplex is essentieel en hiermee rekening houden is de basis van het therapeutisch milieu dat gecreëerd moet worden bij een persoon met NAH.



Als men weet dat de mogelijkheid bestaat dat een persoon met NAH moeilijkheden heeft met het richten van zijn aandacht en met weerstand bieden aan afleiding, dan spreekt het voor zich dat men moet zorgen dat de gelegenheid tot afleiding zo klein mogelijk is.

Concreet betekent dit zoeken naar een evenwicht tussen gezelligheid en gestileerdheid bij het inrichten van het therapie- of gesprekslokaal. Anders gezegd, een aangename maar prikkelarme inrichting garandeert de minste afleiding en de beste concentratie. Een flikkerend computerscherm of het signaal van een binnenkomende mail is een afleiding die gemakkelijk vermeden kan worden. Muziek op de achtergrond of enig andere machine die geluid produceert, is te vermijden. Lawaai in een gebouw als gevolg van werken, lachende collega's of gillende stofzuigers zijn moeilijker te vermijden, maar het is belangrijk te weten dat deze een bijkomende bron van afleiding én belasting zijn. Personen met NAH kunnen deze geluiden niet uitfilteren zoals wij dat gewoonlijk en automatisch doen. Het is vergelijkbaar met een geluid dat tweemaal zo luid klinkt en dus onontkoombaar is. Je komt bijgevolg in een erg drukke omgeving terecht waar je aandachtsmogelijkheden dubbel belast zijn.

Beperkte aandachtsmogelijkheden betekent ook dat de lengte van een sessie aangepast moet worden aan de mogelijkheden van de patiënt. Voor de ene kan dit een maximum van tien minuten zijn, voor een andere kan een gesprek of training drie kwartier aanhouden. Enkel overleg met collega's, of experimenteren kan dit duidelijk maken. Tekenen van vermoeidheid zijn stijging van de foutenlast, snellere frustratie, sneller afgeleid zijn, vertraging in denken en praten, niet bij het onderwerp kunnen blijven, manifest opstaan. In elk geval is het beter meerdere korte sessies te plannen dan één lange. Tenzij het net de opzet is de aandachtstenaciteit (of de mate waarin gerichte aandacht volgehouden kan worden) doelgericht

te trainen; in dat geval hebben de sessies een toenemende duur.

Wat geldt voor eenvoud van omgeving, geldt ook voor eenvoud van taal. In ons gewone taalgebruik durven we complexe zinnen te bouwen. We starten met een hoofdidee, koppelen er een voorwaardelijke bijzin aan, die we niet helemaal afmaken omdat we gaan uitleggen waarom ons hoofdidee misschien niet als zodanig na te streven is, maar wel in zijn intentie. Dus een beetje zoals de voorgaande zin. Complexe zinnen zijn natuurlijk uit den boze wanneer we vooral willen streven naar het begrijpelijker maken van een onderwerp. Formuleer één gedachte per zin, gebruik geen of weinig bijzinnen.

Nog belangrijker is de snelheid waarmee we spreken. Als we uitgaan van het idee dat na een traumatisch hersenletsel de prikkeloverdracht trager verloopt, dan is de snelheid in het capteren van de gesproken taal één van de symptomen hiervan. Een ander duidelijk symptoom hiervan is de onmogelijkheid om nog langer de ondertitels op de televisie te kunnen lezen. Spreek dus traag (het vertragen van de ondertitels ontsnapt helaas aan onze mogelijkheden), maar dit is moeilijker dan het lijkt want we hervallen bijzonder snel in ons gewoontelijke spreekritme.

Een ander aandachtspunt is ons taalgebruik. We zijn gewoon om in onze conversaties beeldende taal te gebruiken, metaforen, zegswijzen, alles dat onze taal wat kleur geeft. Dikwijls moeten we de persoon met NAH benaderen als een taalkleurenblinde, hij gaat enkel directe en concrete boodschappen begrijpen, maar geen abstractere of verwijzende taal. Als je bijvoorbeeld tegen een persoon met NAH zegt; "je mag gaan zitten, pak deze stoel maar." bestaat de mogelijkheid dat enkel het laatste deel van de boodschap begrepen wordt en de persoon met die stoel lopen gaat. Hoewel de hersenschade van de patiënt bij deze waarneming al van ernstigere aard zal zijn, komt hetzelfde regelmatig voor in lichte-

re en niet altijd opgemerkte vorm. Als we bijvoorbeeld alleen maar concrete taal begrijpen en je krijgt een zin te horen als: *"Ik zal het eens bekijken met de dokter en als er iets uit komt laat ik het weten!"*. Wat gaat er dan precies gebeuren? Waar ga je naar kijken, waar gaat iets uitkomen?

Als de patiënt niet begrijpt wat we zeggen, gaat hij ons dit niet steeds duidelijk maken op de gebruikelijke wijze, zoals vragen naar verduidelijking of om herhaling, hij zal vermoedelijk ervan uitgaan dat hij het gezegde goed begrepen heeft en naar eigen begrip reageren.

GEHEUGEN EN STRUCTUUR

Niet enkel aandachtsproblemen zijn quasi altijd aanwezig als klacht, maar ook geheugenmoeilijkheden komen in lichtere of ernstige vorm voor bij heel wat personen met NAH en dienen betrokken te worden in de therapeutische opzet om andere problemen te voorkomen.

Als de therapie sessie niet als doel heeft het geheugen te trainen, dan kan best elke confrontatie met een mindere geheugenprestatie voorkomen worden. Dit kan gemakkelijk door vragen te vermijden als: "Ken je de oefening nog die we vorige maal deden?", "Weet je mijn naam nog?", enz. Het volstaat om onmiddellijk zelf de oefening én je naam te herhalen, voeg hierbij het doel van de therapie en de sessie en de situatie is voor de patiënt al een stuk duidelijker en veiliger. Deze veiligheid heeft een positieve invloed op de relatie die je met de patiënt ontwikkelt en dit heeft een positief effect op je therapeutische inspanningen. Maar let op voor foutief leren! Eens iets verkeerd is aangeleerd, is het afleren hiervan een stuk moeilijker. Dit kan gaan over de weg naar het toilet of het therapielokaal, je naam of je beroep. Laat de patiënt nooit raden of gissen, maar wees zeker dat hij direct het juiste leert.

Rekening houdend met de reeds veel belaste patiënt, de lage frustratietolerantie, de veelvuldige confrontaties die hij heeft met be-



perkingen, begint men best met vertrouwenopbouwende gemakkelijke onderwerpen of oefeningen. Als zowel therapeut als patiënt overtuigd zijn van de mogelijkheden, kan confrontatie ingebouwd worden via het optrekken van de moeilijkheidsgraad. Geef duidelijk het doel aan van elke sessie, dan weet de patiënt wat hij of zij verwachten kan. Probeer, indien mogelijk, in elke sessie dezelfde opbouw te steken, een structuur die als doel heeft de situatie voorspelbaar te maken en veiligheid te installeren. Het meegeven van een therapieboek, waar telkens een kort verslag in staat van wat er tijdens de sessie gebeurde en dat, indien mogelijk, door de patiënt zelf geschreven is, geeft hem of haar een instrument in de hand om desgevallend ook een transfer te realiseren van de therapie buiten de therapiesessies zelf en minstens een begin van een rode draad te creëren tussen de therapiesessies.

INTERACTIES

We hadden het reeds over de zorg voor ons taalgebruik, maar communicatie is meer dan enkel taal. Een belangrijk deel van de interactie verloopt via nonverbale signalen. Met name het communiceren van emotionele signalen gebeurt zelden via expliciet taalgebruik.

Net daar zien we bij personen met een hersenletsel onverwachte onmogelijkheden optreden van het meest basale waarnemen van emotionele expressie op een aangezicht tot een onmogelijkheid in het emotioneel begrijpen van het standpunt van de gesprekspartner. Zeer frequent doen wij beroep op onze niet-woordelijke vaardigheden om onze boodschap over te brengen. Zoals in afwachting van een antwoord onze wenkbrauwen optrekken, ons hoofd iets of wat voorover buigen en vervolgens met een kleine hoofdknik aanduiden dat we vriendelijk en geduldig een antwoord verwachten. Of bij een diepe frons van diezelfde wenkbrauwen en iets of wat getuete lippen laten merken dat het uiteindelijk ge-

ven antwoord niet helemaal is wat we verwachten. Indien deze samen-trekkingen van onze gezichtspieren geen betekenis hebben voor de persoon met NAH dan moeten we ons hier van bewust zijn en veel meer gaan expliciteren in de taal. Dan moeten we ons ook bewust zijn van de prosodie die als begeleidende betekenis onze woorden kleurt. Als we een aanmoedigende golving in de melodie van onze zin brengen of een onstemde tint, verwachten we van die ander dat hij ook op dit deel van de boodschap gepast reageert. We verwijzen hiernaar als 'iemand iets laten aanvoelen' en we kiezen dit boven een talige boodschap die misschien wat te scherp wordt of teveel gewicht zou krijgen, maar die bij een deelgroep van de personen met NAH volledig verloren gaat. Deze sociaal cognitieve aspecten zijn moeilijk om in kaart te brengen wegens het ontbreken van geschikt testmateriaal en als therapeut ben je voornamelijk afhankelijk van je eigen inschattings- en onderscheidingsvermogen om dit te kwalificeren. Wees hiervoor attent en bij vermoeden dat de emotionele boodschap niet begrepen wordt, vertaal deze dan telkens in woorden.

EMPATHISCH DIRECTIEF WERKEN

Hulpverleners weten het beter. Ze hebben ervaring, ze kennen verschillende patiënten die dikwijls gelijkaardige symptomen ontwikkelen en indien ze die toch niet kennen, beschikken ze over methodes die op gefundeerde wijze onomstotelijk kunnen vastleggen of verhelderen wat de problemen bij deze patiënt precies zijn en zelfs een klinisch verantwoorde inschatting maken naar de ontstaangeschiedenis of minstens betrokken causaliteiten in het tot stand komen van deze problemen. Bij personen met een hersenletsel is er een overbelichting van ons redeneren in de richting van het letsel als oorzaak van alle problemen. Hiermee gaan we voorbij aan de essentie van hulpverlening en ondergraven we het belang van

onze kennis. De essentie is het welzijn van de persoon met NAH, een verbetering in levensomstandigheden, een verbetering in de beleving van zijn situatie. Net daarom kunnen we niet anders dan te vertrekken van de wijze waarop de persoon zijn situatie ziet, begrijpt en beleeft om daaraan de rest van onze interventies of werkwijze aan op te hangen. Ons inleven in de wereld van een persoon met een hersenletsel is geen sinecure: waarnemingen, belevingen en interpretaties kunnen erg verschillen van de onze. We kunnen, en moeten, werken met ons direct empathisch emotioneel aanvoelen van de ander. Door de waarneming van de gevoelens die de ander in ons opwekt, zijn gevoelens kennen. Maar dit moeten we corrigeren met onze kennis van de mogelijke neuropsychologische gevolgen van het letsel dat hij heeft. Het leggen van dit inlevend contact is belangrijk, maar bij NAH moeten we niet zelden ook sturend optreden. De persoon met NAH gaat niet altijd beschikken over de mogelijkheden om in alle omstandigheden goede beslissingen te nemen. De vraag naar de wilsbekwaamheid is belangrijk en dient in team antwoord te worden. Als we sturend moeten optreden, is het aanbevelenswaardig om dit altijd te doen vertrekkende van de beleving van de persoon. Waar is hij op dat moment met zijn gedachten? Waar wil hij naartoe? Wat is zijn nood of behoefte op dat moment? Vanuit een hem vervoegen in die betrachtting kunnen we vervolgens bijsturen en kunnen we respect combineren met een vermijden van expliciete dwang. Bijvoorbeeld: Je ziet een vrouw met hersenletsel de vuilbak leeg maken. De eerste reflex is er naartoe gaan en haar te stoppen met woord of daad. Je bedoeling is terecht, de vuilbak bevat vieze items, het past niet voor een vrouw uit haar milieu om in vuilbakken te zitten en je huivert bij het idee dat ze denkt iets eetbaars gevonden te hebben. Haar botweg afstoppen en wegtrekken zal door haar niet als helpend of vriendelijk ervaren worden. Op dat moment moeten we



ons trachten in te voegen in haar leefwereld. Nieuwsgierig mee de vuilbak in kijken en vragen of ze al iets interessants is tegengekomen, vragen of je kan helpen, of ze iets nodig heeft. De kans bestaat dat ze dan vertelt dat ze haar schoenen zoekt en of jij ze niet gezien hebt. Dan heb je een gelegenheid om samen met haar elders te zoeken, waar de kansen op succes hoger liggen.

OMGEVINGSAFHANKELIJK

Een belangrijke frustratie in het werken met personen met NAH is dat deze personen, tijdens een sessie vol overtuiging en goede intenties, bereid zijn het gedrag te veranderen dat hen in problemen kan brengen, maar dat men moet vaststellen dat de vertaling van deze intentie naar daadwerkelijk gedrag dikwijls achterwege blijft. Een belangrijke factor hierbij is hun omgevingsafhankelijkheid. Dit betekent dat de persoon met NAH het moeilijk heeft om zijn huidig gedrag af te stemmen op lange termijn doelen die hij zich stelt. Op het ogenblik dat deze doelen geformuleerd en geargumenteed worden, is hij overtuigd zich daarvoor in te zetten, maar als de situatie wijzigt, als er zich andere mogelijkheden aandienen die op dat moment een zekere aantrekkingskracht bezitten, dan gaat het hem ontbreken aan die kleine emotionele prikkeling die ons laat weten welke keuze goed is en welke minder goed.

Als dit emotionele signaal ontbreekt, is het voor iemand erg moeilijk om niet te kiezen voor een gedrag met een onmiddellijke beloning. Het is slechts bij het aanvoelen van het negatieve van een keuze dat er een mogelijkheid is om dit gedrag achterwege te laten. Het uit zich door niet te verschijnen op de consultatie, niet dat dat als onbelangrijk beoordeeld wordt, maar het kan zijn dat er onderweg iets interessanter gebeurde, of dat er een goede film speelde of er net bezoek langskwam.

We beschikken natuurlijk over de taal, over geheugen en kunnen ons-

zelf regels opleggen, die ons helpen naar onze doelen te leven, en dat lijkt een weg die we meer dan eens moeten bewandelen bij personen met NAH. De frustratie blijft doordat het enthousiasme gevolgd door een falen zich steeds herhaalt. Dit draagt in zich het gevaar dat we als hulpverlener gefocust worden op het negatieve, op het falen zelf. Als we vooral dit ter sprake brengen, kunnen we de motivatie voor het leren nog verder in het gedrang brengen. Beter is het om met kleine tijdspannes te werken en haalbare doelen. Lukt het de ene keer niet, de volgende keer misschien wel. Het is belangrijk van het falen niet mee te nemen en telkens opnieuw te beginnen, minstens in de wijze waarop we er over spreken. De persoon met NAH neemt het falen in elk geval al mee in zijn ervaring, we hoeven het niet te benadrukken. Het benadrukken van de keren dat het goed ging is veel constructiever.

ANOSOGNOSIE OF EEN GEBREK AAN ZIEKTE-INZICHT

Eén van de moeilijkste situaties waarin een hulpverlener een goede houding moet zoeken, is wanneer de patiënt een verhaal vertelt waarvan je onmiddellijk merkt dat het niet correct is. Dit doet zich regelmatig voor bij die personen met NAH die anosognostisch zijn, of met andere woorden die in de onmogelijkheid zijn om de gevolgen van hun letsel te kennen en te herkennen. Je wil respect tonen naar die persoon, je wil ook zijn visie op de situatie kennen en waarderen, maar ze ligt nogal ver van het verhaal zoals jij als therapeut het kent. Hoe kan men hier mee om gaan? Ga je confronteren of ga je trachten zo lang mogelijk ontwijkend te antwoorden? Er is geen eenvoudig antwoord op te geven.

Verskillende etiologische factoren kunnen hetzelfde gedrag verklaren, namelijk het vertellen van een ander verhaal over de situatie waarin ze zich bevinden of over waargenomen beperkingen. Er kan sprake zijn van ontkenning, een gedrag dat zinvol is als de gevolgen van het let-

sel in hun geheel niet verwerkt kunnen worden. De persoon gaat dan de werkelijkheid met kleine porties binnenlaten en met vuur de andere voorlopig ontkennen. Voorlopig, omdat bij het verder schrijven van het verwerkingsproces geleidelijk aan ook andere, moeilijkere gevolgen erkend zullen worden. Verwerken kan evenwel lang duren bij dit soort letsels. Als men weet dat bij mensen met een dwarslaesie een gemiddelde verwerkingsduur vijf jaar is, dan kan men bij personen met NAH waar de gevolgen minder duidelijk zijn, complexer en de mogelijkheden om hiermee om te gaan ook omwille van het letsel beperkter zijn, een veel langere verwerkingsperiode verwachten. In de eerste plaats moet men voor ontkenning respect tonen en zeker niet trachten via confrontatie de persoon tot inzicht of expliciteer van beperkingen te dwingen. Beter is in deze omstandigheid te werken rond vertrouwen en veiligheid, de persoon moet zich goed voelen, aanvaard voelen, geliefd voelen zoals hij is om de ruimte te krijgen nieuwe beperkingen onder ogen te kunnen zien.

Er kan sprake zijn van een geheugenstoornis waardoor deze persoon steeds opnieuw vergeet wat hem overkomen is en met welke gevolgen hij moet leren omgaan. In deze situatie is het wel gepast om telkens opnieuw correcte informatie te geven. Hier moeten we opletten dat we ons bewust blijven van de ernst van het verhaal dat we vertellen. Voor ons kan het de vijftiende keer zijn dat we de persoon informeren over een diagnose of over de concrete gevolgen van zijn letsel, voor hem is het telkens opnieuw de eerste maal dat hij dit hoort. We moeten dus ook de vijftiende keer onze woorden met zorg kiezen en tijd geven aan de ander om te verteren wat we hem voorschotelen. Hulpmiddelen om het geheugen te ondersteunen zijn zeker gepast, een agenda of een dagboek, met daarin zijn verhaal, de gevolgen van het letsel en een blik op de toekomst kan een ondersteuning zijn. Het kan tenslotte gaan om een



neurologische onmogelijkheid om de gevolgen van het letsel te kennen, een echte anosognosie. Een eenduidige verklaring voor dit fenomeen is er niet. We stellen vast dat mensen soms niet in staat zijn te erkennen dat ze een verlamde arm hebben, een spraakprobleem, een geheugenstoornis of meer frequenter: moeilijkheden met sociale cognitie, emotionele regulatie of executieve problemen. Elk van deze laatsten zijn complexere processen die daarenboven betrokken zijn in het 'kenproces' zelf. Bij anosognosie heeft het geen zin de persoon expliciet te confronteren met de gevolgen van zijn letsel, als men merkt dat hij met deze informatie niets kan doen of meer nog dat hij erg verdedigend en ontkenkend reageert. Het verschil met ontkenning in het kader van een verwerkingsproces is niet gemakkelijk te maken. Bij een verwerkingsproces zal er in de eerste plaats een erkennen van de beperkingen zijn, waarna overmatig ervaren stress tot ontkenning leidt. Bij anosognosie zal er verwondering zijn bij het aanhoren van symptomen die zelf niet gezien of gevoeld worden. Bij het herhaaldelijk aanhoren hiervan zal er uiteindelijk een defensieve reactie komen, zeker als de vermelde symptomen aanleiding geven tot beperkende maatregelen, zoals niet naar huis gaan, niet gaan werken, niet met de auto mogen rijden. Het enige dat men als hulpverlener kan doen bij anosognosie, is empathisch te collaboreren, de moeilijkheden van de ander erkennen en hem toch zoveel mogelijk ervaringen aanbieden die hem de gelegenheid geven zichzelf, zijn sterke kanten en zijn beperkingen te ontmoeten. Als hulpverlener vermijd je dan deze te benoemen, maar je geeft de persoon met NAH de gelegenheid ze te ontmoeten in een sfeer van samenwerking en vertrouwen.

APATHIE

Apathie heeft dikwijls aspecten van anosognosie in zich. De persoon met het letsel komt tot weinig ac-

tiviteit, minder emoties, minder gedachten. Wetende wie hij vroeger was, is het voor zijn familie moeilijk om te aanvaarden dat hij zich in dergelijke omstandigheden goed kan voelen. Hij kan een actief, ondernemend, sociaal iemand geweest zijn, die nu de hele dag in de zetel zit en zegt zich goed te voelen. De gedachte aan depressie komt snel naar voor, of het idee dat de persoon zelf niet beseft in welke omstandigheden hij is. Hoe kan hij immers zo rustig blijven met hetgeen hem overkomen is? Een emotionele flegmatiek of onbetrokkenheid, technisch gekend als anosodiaforia, sluit immers aan bij de anosognosie. Alleen is men zich bewust van zijn verworven beperkingen, maar hecht men er geen belang aan. Dit sluit meer aan bij wat we bij apathie zien. Als mensen geen subjectieve last hebben van hun situatie, zijn we dan als hulpverlener wel goed bezig met hen uit de zetel te trekken en hen te dwingen aan allerlei activiteiten deel te nemen?

Ook hier zijn er geen antwoorden die in elke situatie goed zijn. Een gebrek aan activiteit of initiatief kan verschillende oorzaken hebben. Het kan ontstaan vanuit een stoornis in het waarnemen van het verschil tussen de huidige situatie en de gewenste situatie, misschien wel de oorzaak van een zuivere apathie. Als je geen verschil ziet, of correcter geen verschil voelt tussen wat er is en wat je wil of nodig hebt, heb je geen enkele motivatie om tot actie over te gaan. Apathie is immers in essentie een motivationele stoornis. In dit geval is het een moeilijke vraag in welke mate je iemand gaat dwingen tot activiteit. Een basis moet er zijn, eten, drinken, minimale beweging, maar hoever ga je hier in als hulpverlener als je weet dat er geen lijden is en geen onvervulde noden?

Een gebrek aan initiatief kan echter ook ontstaan vanuit de onmogelijkheid om intentie tot gedrag te vertalen in werkelijk gedrag. Deze initiatiestoornis maakt deel uit van de cyclus van executieve functies. In dit geval is het wel onze taak om

hulpmiddelen aan te reiken om de persoon telkens opnieuw te laten opstarten. Zoals de man die bewegingloos maar met grote honger aan tafel zit en slechts begint te eten nadat de boterham in zijn hand gelegd wordt en zijn hand een klein duwtje krijgt.

Soms valt iemand geleidelijk aan stil, het gedrag dooft als het ware uit. We veronderstellen dan dat de gevolgen van dat gedrag niet meer dezelfde belonende waarde hebben als voorheen, een stoornis in de emotionele structuren of misschien in het beloningscircuit. Een beperkt arsenaal aan gedragingen blijft bestaan, dikwijls gedrag dat een directe tastbare beloning heeft: roken, eten, drinken.

We moeten hierbij niet vergeten dat personen met een hersenletsel dikwijls terecht komen in een omgeving die hen vreemd is, met taken die geen natuurlijke eenheid vormen met die omgeving, in een andere rol die hen veel beperkingen oplegt. Ook wij gaan in een ziekenhuis niet geneigd zijn een bezem te pakken of een stofvod, we gedragen ons als patiënt en doen wat ons gevraagd wordt. En zelfs al mogen we meer doen dan dat, dan is het nog moeilijk om in een goed gestructureerde en georganiseerde omgeving taken voor jezelf te ontdekken, hier is eigenlijk weinig ruimte voor. Reken daarbij wat hersenschade, onzekerheid, twijfel over je mogelijkheden, angst voor fouten en je zal veel sneller veilig in je stoel of zetel blijven zitten.

IMPULSCONTROLE

Agressie, seksuele ongeremdheid, ongepaste opmerkingen, emotionele uitbarstingen zijn symptomen die dikwijls vernoemd worden in het lijstje van gedragsgevolgen na een hersenletsel. Elk van deze heeft te maken met de vaardigheid om gedrag en emotie te reguleren en aan te passen aan de eisen van de omgeving en de eigen doelstellingen. Dit is een bijzonder complex proces, waarbij zowel verwerkte informatie van de omgeving, als informatie over de eigen noden en



verlangens, als informatie over het zelfbeeld en lange termijn doelstellingen verzameld worden en uitmonden in een gedrag. Is er ergens in dit proces een deficiënt functioneren dan wijkt het gedrag af van het verwachte gedrag of van het normgedrag. Er zijn geen algemene regels te beschrijven in het omgaan met impulscontrolestoornissen in een therapeutische setting. Het is duidelijk dat agressie niet getolereerd kan worden en toch moet er opgepast worden voor het bekrachtigen van agressief gedrag door dat te geven wat de persoon door het agressief gedrag tracht te bereiken. Bij fysiek agressief gedrag is individuele therapie moeilijk en komt je eigen veiligheid op de eerste plaats. Kwaadheid kan je toelaten, maar geproportioneerd. Je kan vragen om dit bij te sturen als je inschat dat dit tot de mogelijkheden van de persoon behoort. Je kan bijvoorbeeld vragen om vijf minuten tot rust te komen en daarna de sessie verder te zetten. Uiteraard zijn er bij elke ongeremde uiting van welk gedrag dan ook grenzen te respecteren. Toch ga je er best vanuit dat elk gedrag dat je ziet zinvol is, dat dit voor de persoon met NAH een betekenis heeft, dat hij er een nood mee tracht te vullen. Dit zorgt voor

wat verdraagzaamheid en staat toe wat soepeler om te gaan met extremer gedrag en te zoeken naar de reden van dit gedrag, de nood of de waarde die er aan ten grondslag ligt. Een onverwachte emotionele uitval, een vuist op tafel kan geplaatst worden binnen de zoveelste frustratie in het niet kunnen. Een strenge toespraak is dan niet op zijn plaats, wel zalvende woorden en nadruk op het positieve. Het werkelijk behandelen van impulscontrolestoornissen valt buiten de opzet van dit artikel. Binnen een therapeutische context is vooral het begrijpen van dit gedrag erg belangrijk en steeds de bedenking maken welk effect dit gedrag heeft op de beleving van de persoon zelf.

BESLUIT

Zelfs in de oneindige diversiteit van gevolgen na een hersenletsel is het mogelijk een aantal richtlijnen te geven voor het omgaan met de personen die hier het slachtoffer van zijn. De belangrijkste richtlijn is rekening houden met de persoon met een NAH, want zijn beleving, zijn noden en verlangens bepalen in belangrijke mate het gedrag dat wij uiteindelijk als wenselijk of minder wenselijk gaan beoorde-

len. Vanuit zijn positie kan het een gedrag zijn dat erg zinvol is in het bereiken van zijn doelen. De rol van de hulpverlener is niet alleen dit gedrag bij te sturen, maar ook aandacht te hebben voor de persoon achter dit gedrag.

LITERATUURTIPS

Beeckmans, Kurt & Michiels, Karla (2005). *Leven met een hoofdprobleem*. Apeldoorn: Garant.

Deelman, Betto (2004). *Klinische Neuropsychologie*. Amsterdam: Boom uitgeverij.

Lafosse, Christophe (2007). *101 vragen over hersenletsel*. Leuven: Lanoo.

Ledoux, Joseph (1998). *The Emotional Brain*. London: Orion Books Ltd.

Prigatano, G.P. (1999). *Principles of Neuropsychological Rehabilitation*. New York: Oxford University Press.

CORRESPONDENTIEADRES

Guy Lorent, Klinisch Neuropsycholoog, UPC St.-Kamillus, Krijkelberg 1, 3360 Bierbeek – tel. 016/45 29 76, guy@lorent.org


HOGESCHOOL GENT
 LID VAN DE ASSOCIATIE UNIVERSITEIT GENT
GEZONDHEIDSZORG VESALIUS

22/10: stottercongres i.s.m. UGent
 10/11: workshop Praat voor beginners i.s.m. UGent
 23/11: mentorendag
 01/12: workshop Praat op maat (gevorderden) i.s.m. UGent
 nov/dec: cursus "Nasaleermethode van Prof. Dr. Pahn"
 (individuele begeleiding door Dick De Bruycker,
 stemtherapeut)

Navormingen najaar 2009

Voor meer info en brochure: Sandrine.DeCoster@hogent.be
 Zie ook onze website <http://vesa.hogent.be>