

Stichting PaON -
Postacademisch Onderwijs
in de Neuropsychologie

DE KLINISCH NEUROPSYCHOLOOG

EEN SPECIALIST IN
HERSENEN EN GEDRAG



EÉN OP DE VIER MENSEN KRIJGT OOK TE
MAKEN MET EEN HERSENAANDOENING.
STOORNISSEN IN HET FUNCTIONEREN VAN
DE HERSENEN HEBBEN GROTE IMPACT OP
KWALITEIT VAN LEVEN EN OP DE MOGELIJKHEDEN
OM DEEL TE NEMEN AAN DE MAATSCHAPPIJ.

DE KLINISCH NEUROPSYCHOLOOG

Een specialist in hersenen en gedrag

De klinisch neuropsycholoog

De klinisch neuropsycholoog is een specialist op het gebied van de gevolgen van hersenaandoeningen op het dagelijks leven. De klinisch neuropsycholoog kan deze gevolgen in beeld brengen (diagnostiek) en in het individuele geval voorlichting geven over de dynamiek die eraan ten grondslag ligt. Deze gevolgen worden vooral zichtbaar als ernstige emotionele problemen, sociale problemen en problemen bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. De klinisch neuropsycholoog is gespecialiseerd in het analyseren en behandelen van deze problematiek.

Hersenaandoeningen in Nederland

Hersenaandoeningen komen voor in vele verschijningsvormen en op alle leeftijden. De cijfers spreken voor zich:

- Jaarlijks komen er in Nederland ongeveer 130.000 nieuwe patiënten bij met hersenletsel ten gevolge van een herseninfarct, een ongeluk, een tumor, een hartstilstand, een hersenbloeding of een operatie (bron: Hersenstichting).
- Momenteel lijden naar schatting 230.000 mensen (en hun omgeving) aan de gevolgen van dementie.
- De kans op dementie is 20%; met de huidige vergrijzing zal het aantal dementerenden in 2050 in Nederland rond de 500.000 zijn.
- Jaarlijks komen er 1.800 nieuwe patiënten bij met multiple sclerose, 4.500 met de ziekte van Parkinson en ongeveer 8.000 met epilepsie (Nationaal Kompas Volksgezondheid).
- Een half procent van de werkende bevolking lijdt aan schizofrenie; in ons land lijden meer dan 1.000.000 mensen aan angststoornissen en naar schatting 600.000 mensen aan depressie (Nemesis).
- 3 - 5% van de kinderen ondervindt ernstige hinder in het richten van de aandacht en door hyperactiviteit (ADHD), 60 tot 100 per 10.000 kinderen hebben een stoornis in het autismespectrum, 3 - 10% van de schoolgaande jeugd heeft ernstige leerproblemen.

Gevolgen van hersenaandoeningen

Hersenaandoeningen zijn een belangrijke oorzaak van problemen in het dagelijks functioneren van mensen. Kinderen met hersenaandoeningen kunnen bijvoorbeeld niet goed profiteren van het aanbod op school en ondervinden problemen bij de sociale ontwikkeling. Volwassenen met een hersenaandoening hebben vaak moeite om hun werk te blijven uitvoeren en de mogelijkheden zich te ontplooiën in maatschappelijke en sociale zin worden veelal ernstig bedreigd.

Hersenaandoeningen gaan vaak samen met ernstige emotionele ontregelingen en gedragsproblemen. Deze gevolgen van hersenaandoeningen tellen op bij de economische gevolgen die resulteren uit de impact van hersenaandoeningen. Een belangrijk deel van de zorgkosten wordt besteed aan mensen met een hersenaandoening, die daarnaast veelal moeite hebben om hun plaats in de maatschappij optimaal in te vullen.

Kennis over hersenaandoeningen

Het spreekt voor zich dat kennis over hersenaandoeningen – en van de gevolgen ervan voor het dagelijks functioneren – van groot belang is bij het vormgeven van de zorg voor mensen die hieraan lijden. Kennis over het functioneren en disfunctioneren van de hersenen is belangrijk om de kwaliteit van leven van mensen met hersenaandoeningen te optimaliseren en de gevolgen van deze aandoeningen voor het dagelijks leven tot een minimum te reduceren. In de laatste decennia is de kennis over hersenaandoeningen sterk toegenomen, dankzij wetenschappelijk onderzoek en voortschrijdende technologie (zoals MRI). Er is door onderzoekers en overheid een

grote inzet gedaan om deze kennis te vergroten, onder meer door het stimuleren van hersenonderzoek. Universiteiten in het hele land hebben bijgedragen aan het vermeerderen van de kennis op het gebied van hersenaandoeningen, de gevolgen daarvan en de mogelijkheden om deze te behandelen.

Wetenschappelijke basis

De neuropsychologie is het wetenschapsdomein waarbinnen de gevolgen van hersenaandoeningen voor de gedragmogelijkheden worden bestudeerd. De snel groeiende kennis over de invloed van hersenverstoreningen op emotie en gedrag wordt vertaald naar de praktijk van de somatische en geestelijke gezondheidszorg. De klinische neuropsychologie richt zich op diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van cognitieve, emotionele en gedragsmatige gevolgen van hersenletsel en hersenstoornissen (Deelman, Eling, De Haan & van Zomeren, 2004, 2012).

'INTERESSANTE LES, LEUK EN ENTHOUSIAST GEBRACHT. DOCENTE IS ZEER DESKUNDIG MET DIRECT TOEPASBARE KENNIS, OMDAT ZE ZELF KLINISCH NEUROPSYCHOLOGE IS.'

– DEELNEMER AAN DE OPLEIDING TOT KLINISCH NEUROPSYCHOLOG

De opleiding tot klinisch neuropsycholoog

Sinds de jaren '80 zijn er aan diverse universiteiten afstudeerrichtingen in de neuropsychologie en neuropedagogiek ontstaan. Hiermee werd erkend dat kennis over het functioneren van de hersenen onderdeel dient te zijn van de bagage van de psycholoog en pedagoog die zich willen ontwikkelen tot individuele hulpverlener. Om in Nederland werkzaam te kunnen zijn in de zorg voor mensen met emotionele en gedragsproblemen dienen psychologen en pedagogen een postmaster beroepsopleiding te volgen tot Gezondheidszorgpsycholoog (GZ). Na deze basisopleiding kan men zich specialiseren in de klinische psychologie (KP) of in de klinische neuropsychologie (KNP). Beide specialismen zijn erop gericht om de psycholoog voor te bereiden op het kunnen diagnosticeren en behandelen van complexe problematiek. Binnen de klinische psychologie ligt daarbij het accent op de psychotherapeutische kennis en vaardigheden, terwijl in de klinische neuropsychologie met name de gevolgen van hersenaandoeningen voor diagnostiek en behandeling aandacht krijgen. Beide specialisten bekwamen zich daarnaast in management en wetenschappelijk onderzoek.



V.l.n.r.: De heer dr. B.J.N. Schreuder,
De heer drs. B.H.F. de Mol,
Mevrouw prof. dr. M. de Visser,
De heer drs. L.G.M. Bedaux en
De heer prof. dr. B. Schmand

Het specialisme klinische neuropsychologie

Het algemeen gedeelde inzicht dat kennis over het functioneren van de hersenen van belang is voor de individuele zorg voor mensen met hersenaandoeningen leidde in 2003 tot het initiatief een opleiding te organiseren tot klinisch neuropsycholoog onder toezicht van de minister, met als motivatie daarmee de kwaliteit van de cliëntenzorg optimaal te kunnen bewaken.

In 2003 verscheen er een notitie onder regie van de sectie Neuropsychologie van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), waarin het nieuwe specialisme werd omschreven (Deelman, Swaab, De Haan, Bouma & Jolles). Dit initiatief werd breed ondersteund door de International Neuropsychological Society (INS), de Nederlandse Vereniging van Neuropsychologie (NVN) en het convent hoogleraren Neuropsychologie. Daarnaast werd het initiatief actief ondersteund door aanpalende beroepsgroepen zoals de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, de Nederlandse Vereniging van Neurologen, de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen en door patiëntenverenigingen. Na een grondige procedure, uitgevoerd door het College Specialismen Gezondheidszorgpsycholoog, werd het specialisme van de klinische neuropsychologie in 2008 door de minister erkend en vervolgens in de wet BIG (beroepen in de individuele gezondheidszorg) verankerd (Staatscourant, 2008). De opleiding tot klinisch neuropsycholoog duurt 4 jaar en wordt uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van de Stichting PaON.



Wat doet de klinisch neuropsycholoog?

- Klinisch neuropsychologen vertalen hun kennis over het functioneren van de (aangedane) hersenen naar diagnostiek, indicatiestelling en behandeling en leveren daarmee een waardevolle bijdrage aan de kwaliteit van zorg.
- De klinisch neuropsycholoog is erop gericht de mechanismen in beeld te brengen die onderliggend zijn aan de symptomen die in het gedrag zichtbaar worden. Hersendisfuncties kunnen, mede door interactie met omgevingsfactoren, tot verschillende symptomen leiden en omgekeerd kunnen verstoringen in het dagelijks functioneren het resultaat zijn van verschillende storingen in onderliggende mechanismen. Dat wil zeggen: het zichtbare gedrag geeft niet altijd genoeg informatie over wat er aan de hand is. Het is daarom belangrijk om met behulp van tests deze onderliggende mechanismen in beeld te brengen.
- Het neuropsychologisch onderzoek is een beproefde methode om cognitie en emotie te onderzoeken. De klinisch neuropsycholoog is erin gespecialiseerd deze methodiek in te zetten om verstoorde hersenfuncties op te sporen. Het verkrijgen van inzicht in onderliggende mechanismen kan van grote invloed zijn op de keuze en de effectiviteit van de behandeling. Op deze wijze is de klinisch neuropsycholoog in staat om specifieke en effectieve behandeling vorm te geven en daarmee te komen tot optimale kwaliteit van zorg, hetgeen juist bij heterogene populaties tot een beter eindresultaat kan leiden (*Eling & de Haan, 2004*).



Mevrouw prof. dr. H. Swaab en de heer prof. dr. J.I.M. Egger

Waar werken klinisch neuropsychologen?

Neuropsychologische diagnostiek, indicatiestelling en behandeling worden ingezet op afdelingen voor ouderenzorg, ontwikkelingsstoornissen, bij complexe psychiatrische problematiek, verstandelijke beperkingen, bij forensische problematiek, in de verslavingszorg, de revalidatie en op afdelingen waar men zich specialiseert in het diagnosticeren en behandelen van de gevolgen van somatische aandoeningen voor het dagelijks functioneren. Daarmee is de klinisch neuropsycholoog werkzaam binnen nagenoeg alle zorgvelden (*Egger, Wingbermühle & Swaab, 2009*).

De klinisch neuropsycholoog draagt bij aan evidence based practice door systematische analyse van cognitief en emotioneel functioneren, waarbij de methodieken van de klinische neuropsychologie in de individuele toepassing vaak even effectief en doelmatig zijn als duurdere beeldende technieken (zoals MRI), zoals blijkt uit onderzoek naar sensitiviteit en specificiteit bij het in kaart brengen van hersendisfuncties (*Schmand, 2007*).

De klinisch neuropsycholoog heeft veelal een leidinggevende of coördinerende positie, kan van daaruit tevens meedenken met Gz-psychologen en klinisch psychologen over hun klinisch neuropsychologische werkzaamheden en is teamspeler met aanpalende disciplines als psychiatrie, neurologie, klinische psychologie, klinische geriatrie en revalidatiegeneeskunde.

TER ILLUSTRATIE

Voorbeelden van cliëntenzorg door klinisch neuropsychologen

Kinderen met ernstige ontwikkelingsstoornissen

Francien is klinisch neuropsycholoog op een polikliniek voor kinderen met ontwikkelingsstoornissen zoals ADHD en autisme, bij wie er na de zorg in de eerste lijn nog vragen voor diagnostiek en behandeling zijn.

3-5 VAN DE KINDEREN
ONDERVINDT ERNSTIGE HINDER IN
HET RICHTEN VAN DE AANDACHT
DOOR HYPERACTIVITEIT (ADHD)



Zij heeft elke maandagochtend een nieuwe intake, bestudeert voorafgaand aan de intake de gegevens die reeds bekend zijn uit eerder onderzoek en behandeling en zij ontvangt dan ouders met wie zij spreekt over de problemen waar hun kind in het dagelijks leven mee wordt geconfronteerd. Als ze een zorgvuldige probleemanalyse heeft gedaan, stelt ze hypothesen op over mogelijke onderliggende mechanismen die door hun verstoring maken dat het kind niet tegen een bepaalde ontwikkelings-taak is opgewassen.

Vervolgens toetst zij deze hypothesen tijdens de observatie, de gesprekken en het diagnostisch onderzoek van het kind. Daar heeft zij in de regel 2 ochtenden voor nodig. Vervolgens bespreekt ze haar bevindingen met de ouders als het kind nog jong is, of met de ouders en het kind als het kind daarvoor oud genoeg is. Gedragsproblemen bij kinderen met ontwikkelingsstoornissen kunnen door verschillende verstoringen in hersenfuncties ontstaan en in het specialistisch onderzoek is het belangrijk in beeld te brengen wat bij dit specifieke kind de verstoring is. Zo kan het zijn dat ze bij een kind met grote problemen in de sociale interactie heeft gevonden dat het kind grote moeite heeft om emoties van gezichten af te lezen en daarom sociale signalen niet begrijpt. Ze zal de ouders dan adviseren om in de omgang met het kind vaak uit te leggen wat er in de sociale omgeving aan de hand is. Bij een ander kind met autisme symptomen kunnen bijvoorbeeld problemen met het reguleren van stress op de voorgrond staan, waardoor het kind in een sociale situatie moeilijk kan functioneren. In dat geval moet het kind leren zichzelf gerust te stellen, met behulp van therapie. Ook vindt ze regelmatig dat bij een kind dat erg druk is de mogelijkheden ontbreken om het eigen gedrag goed te reguleren. Bij het ene kind leidt dat tot een overleg met de kinderpsychiater, omdat medicatie geïndiceerd lijkt, bij een ander kind wordt op basis van de diagnostische analyse een zelfmanagement training voorgeschreven, afhankelijk van het mechanisme dat verstoord is, waardoor het drukke gedrag wordt verklaard.

Francien heeft maandagmiddag een multidisciplinaire teambespreking die zij voorziet en waar alle cliënten worden besproken en waarin zij haar conclusies en adviezen kritisch laat beoordelen door deskundige en ervaren collega's. Francien doet naast haar klinisch werk wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van behandeling van verstoorde mechanismen in sociale perceptie, verzorgt onderwijs en referaten voor collega's en superviseert Gz-psychologen in opleiding.

Complexe psychiatrie

Ellen werkt als klinisch neuropsycholoog in een instelling voor geestelijke gezondheidszorg, op een gespecialiseerde polikliniek en opnameafdeling voor complexe psychiatrie. Op de polikliniek is de hoofdtaak het coördineren van neuropsychologisch onderzoek bij volwassenen met meervoudige of psychiatrische aandoeningen, waarbij vaak zowel psychologische als somatische factoren een rol spelen. Zo vraagt een verwijzend vrijgevestigd psychiater bijvoorbeeld om een verklaring (en een aanpak) voor de sociaal-maatschappelijke problemen bij een 59-jarige patiënt met een bipolaire stoornis en diabetes mellitus type II. Zowel de anamnese als uitgebreid testonderzoek geven aanwijzingen voor impulscontroleproblemen en traagheid. Op het polispreekuur worden de bevindingen met de patiënt besproken, waarna rapport en advies worden uitgebracht aan de verwijzer.

Op de kliniek, die 20 bedden telt, vervult de klinisch neuropsycholoog de rol van voorzitter van het multidisciplinair behandelteam. Via de polikliniek worden hier patiënten opgenomen voor uitgebreide diagnostiek en behandeling, waarbij de opnameduur gemiddeld een half jaar bedraagt. Samen met de gezondheidszorgpsycholoog in opleiding tot specialist (GIOS), een Gz-psycholoog en twee masterpsychologen verzorgt de klinisch neuropsycholoog ook hier neuropsychologisch onderzoek, dat gedurende de opname wordt herhaald om eventuele veranderingen te kunnen vaststellen. Psychologische en farmacologische behandeling gaan op deze kliniek vaak hand in hand: de klinisch neuropsycholoog houdt bijvoorbeeld systeemgesprekken met het gezin van een patiënt met gedragsproblemen bij een beginnende Lewy-bodydementie of voert modules van een Theory-of-Mind-training uit bij een jonge patiënte met schizofrenie. Bij deze training betreft de klinisch neuropsycholoog ook andere behandel disciplines, zoals de beeldende therapie en de psychomotore therapie, zodat optimaal geoefend kan worden.

Naast de patiëntgebonden en coördinerende taken participeert de klinisch neuropsycholoog in de lokale commissie voor toetsing van wetenschappelijk onderzoek, verricht zélf klinisch wetenschappelijk onderzoek en organiseert tweemaandelijks een intervisie diagnostiek.



EEN HALF PROCENT
VAN DE WERKENDE
BEVOLKING LIJDT AAN
SCHIZOFRENIE

Schizofrenie

Robert werkt als klinisch neuropsycholoog in een instelling voor geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen met psychiatrische stoornissen, zoals schizofrenie, depressie en de bipolaire stoornis. Hij is vooral betrokken bij de acute opname-afdelingen, waar jongvolwassenen met psychotische stoornissen worden opgenomen en behandeld. Een multidisciplinair team bestaande uit een psychiater, klinisch psycholoog, arts-assistent, klinisch neuropsycholoog en een verpleegkundige werkt samen om te komen tot een gedegen behandeling. In dit team weet men dat schizofrenie bij jonge mensen ('first-episode-schizofrenie') gepaard kan gaan met ernstige cognitieve stoornissen en soms ook met een opmerkelijke achteruitgang van de intelligentie. Hierom is het niet alleen zaak om een goed beeld te krijgen van de symptomen die bij schizofrenie horen, zoals wanen en hallucinaties, maar ook van de soort en mate van cognitieve stoornissen en van de mogelijke achteruitgang van de intelligentie. Robert wordt daarom aangewezen als de eerstverantwoordelijke behandelaar in het multidisciplinaire behandelteam, wat betekent dat hij de verdere diagnostiek, behandeling en begeleiding binnen de afdeling zal coördineren en aansturen en als contactpersoon zal optreden naar de familie.

Als Robert de tijd rijp acht voor een neuropsychologisch onderzoek nodigt hij de patiënt uit voor onderzoek. Meestal is de patiënt dan minder in crisis en minder verward dan bij binnenkomst. Vaak gebruiken patiënten medicijnen, dus daarvan moet Robert de werking op de cognitie kunnen inschatten. In een onderzoek dat



ongeveer 2 dagdelen duurt en niet onnodig lang is, probeert hij een beeld te krijgen of er sprake is van intelligentieverval en/of van cognitieve stoornissen. De resultaten van het onderzoek worden besproken in het wekelijkse teamoverleg en met de patiënt. Ze kunnen direct van invloed zijn op de behandeling en begeleiding van de patiënt. Als bijvoorbeeld blijkt dat bij de patiënt weliswaar de wanen en hallucinaties zijn verdwenen, maar dat er wel forse cognitieve stoornissen bestaan (met name met betrekking tot het geheugen en de plannende functies), dan gaat Robert over tot behandeling. Hij kiest allereerst voor psycho-educatie aan de patiënt en diens familie, dus uitleggen wat de soort en mate van de cognitieve stoornissen zijn en wat de gevolgen hiervan zijn voor behandeling en in het dagelijks functioneren. Robert moet in deze fase goed letten op gevoelens van hopeloosheid en somberheid, en die, indien nodig, opvangen en behandelen. Ten tweede bekijkt hij of de patiënt wel zelfstandig kan wonen of nog veel begeleiding nodig heeft. Dit moet hij aanpassen aan de aanwezige cognitieve stoornissen. In deze fase is ondersteuning nodig van het verpleegkundig team om hen te leren goed met de patiënt en zijn beperkingen om te gaan. Als er aandachtsstoornissen zijn, en dat is vaak het geval, moet gekeken worden of daar door medicatie en/of cognitieve training nog verbetering in is aan te brengen. Als intelligentieachteruitgang is gevonden moet bekeken worden of het niveau van de gevolgde opleiding hier nog wel bij past.

Robert kan ook een klein deel van zijn dienstverband besteden aan het ontwikkelen en uittesten van nieuwe neuropsychologische behandelvormen, zoals aandachts- en werkgeheugentrainingen.

Ziekte van Parkinson

Harriet werkt als klinisch neuropsycholoog in een vrijgevestigde praktijk. Vanwege haar specifieke kennis over de ziekte van Parkinson en de invloed daarvan op het gedrag, verwijzen neurologen, huisartsen en revalidatieartsen Parkinsonpatiënten naar haar. Parkinsonpatiënten lijden vaak aan depressie, angst, verlies van initiatief, vergeetachtigheid en besluiteloosheid. Deze klachten zijn een gevolg van de hersenziekte die de ziekte van Parkinson is en de medicatie die daarvoor gebruikt wordt. In het eerste gesprek met de patiënt en diens partner worden zowel de klachten over het denken en de stemming, de invloed daarvan op het dagelijks leven en op de motoriek geïnventariseerd.



JAARLUKS KOMEN ER 4.500 PATIËNTEN
BIJ MET DE ZIEKTE VAN PARKINSON

Zo komt bij mevrouw Roest naar voren dat de ziekte van Parkinson is begonnen met een angststoornis. Mevrouw wil niet dat andere mensen haar trillende hand zien. Door te vermijden, wordt de tremor juist erger. Ook gebruikt zij nu teveel anti-Parkinsonmedicatie, die weer tot bijwerkingen als overbeweeglijkheid en onrust leidt. Mevrouw vindt zichzelf vergeetachtig en snel afgeleid. Het testonderzoek toont aan dat er sprake is van licht afgenomen aandacht en geheugen, passend bij de ziekte. Het vermoeden bestaat dat zij hier extra veel last van heeft omdat zij al haar aandacht, tijd en energie aan de tremor besteedt. De klinisch neuropsycholoog schept duidelijkheid in de kluwen van cognitieve stoornissen, stemming en motorische klachten. Daarna volgt behandeling met Acceptance Commitment Therapie, een vorm van psychotherapie die ook werkt bij patiënten met lichte cognitieve stoornissen. Na 10 behandelingen is mevrouw beter in staat om negatieve gedachten en gevoelens en ook de tremor te verdragen en heeft zij weer meer activiteiten ontplooid.

Dementie

Meneer Brantjes, 68 jaar, gepensioneerd timmerman, wordt door de huisarts verwezen naar de polikliniek neurologie. Volgens zijn vrouw gaat hij sinds een paar jaar mentaal achteruit. Zij meent bij hem soortgelijke verschijnselen te zien als bij zijn oudere zus, die al jarenlang dement is en onlangs in een verpleeghuis is opgenomen. Haar man is vergeetachtig, neemt minder initiatief en is kort aangebonden, vooral de laatste tijd. Tot voor enkele maanden was hij bijna dagelijks in de dagopvang te vinden om zijn zus gezelschap te houden en mee te helpen met de verzorging. Nu heeft hij weinig meer omhanden.

De neuroloog onderzoekt de heer Brantjes, neemt een heteroanamnese af bij zijn vrouw en doet een korte screening op dementie, waarop meneer op het afkappunt scoort. Differentiaaldiagnostisch denkt de neuroloog aan beginnende ziekte van Alzheimer, dan wel de gedragsvariant van frontotemporale dementie. Hij laat een MRI maken en verwijst meneer Brantjes door voor een neuropsychologisch onderzoek met deze differentiaaldiagnostische vraagstelling. Deze is er om het beloop te kwantificeren, zodat te zijner tijd het effect van een eventuele behandeling geëvalueerd kan worden.

Bij het neuropsychologisch onderzoek door klinisch neuropsycholoog Michiel is echter geen spoor van cognitief disfunctioneren te bekennen. De heer Brantjes kan zijn situatie prima verwoorden. Hij heeft zelf geen mentale klachten. Hij heeft ingestemd met het onderzoek op aandrang van zijn vrouw en de huisarts. Hij vindt zelf dat hij niet vergeetachtig is: hij kan bijvoorbeeld de voetbaluitslagen prima onthouden en weet zijn pincode altijd. Hij kan zich goed concentreren als het nodig is, bijvoorbeeld bij de timmerklussen die hij doet voor familie en vrienden en over het algemeen is hij opgewekt. Wel ergert hij zich mateloos aan de commentaren van zijn vrouw als hij eens iets is vergeten of voor de tv in slaap is gevallen. De laatste maanden zijn er voortdurend strubbelingen tussen beide echtelieden. Dit is voor mevrouw Brantjes een bevestiging van haar vermoeden dat haar man dementeert: bij haar schoonzuster was het onhanteerbare, agressieve gedrag tegenover haar man de voornaamste reden van opname in het verpleeghuis.

Tijdens de anamnese en heteroanamnese wordt het Michiel duidelijk hoezeer de heer Brantjes zich irriteert aan de opmerkingen van zijn vrouw, hoe nukkig hij erop reageert en hoe dat op zijn beurt irritaties oproept bij haar.

Op alle cognitieve tests presteert hij conform zijn premorbide niveau, of zelfs ruim daarboven. Juist op tests die het meest gevoelig zijn voor de ziekte van Alzheimer, zoals geheugentests, of voor frontotemporale dementie, zoals tests van de uitvoerende functies, presteert hij uitstekend. De MRI scan laat een lichte, gegeneraliseerde atrofie zien, maar niet de uitgesproken frontale atrofie die bij frontotemporale dementie past.

In overleg met de neuroloog wordt de diagnose gesteld door de klinisch neuropsycholoog: geen dementie, maar echtelijke problematiek. Hoewel de heer Brantjes er weinig voor voelt, laat hij zich door de huisarts overreden samen met zijn vrouw relatietherapie te proberen. De therapeut stimuleert hem zijn vroegere hobby's te hervatten en af en toe samen met zijn vrouw plezierige activiteiten te ondernemen, zoals dagtripjes. Mevrouw Brantjes leert accepteren dat haar man nu eenmaal ouder wordt en minder initiatiefrijke is dan ze decennialang van hem gewend was.

Ernstig Traumatisch Hersenletsel

Een jonge vrouw wordt door haar nieuwe huisarts verwezen naar klinisch neuropsycholoog Judith in een academisch ziekenhuis. Zij heeft jarenlang last van faalangst, depressieve klachten en gevoelens van minderwaardigheid, die zij wijt aan haar onvermogen om goed mee te komen met klasgenoten. Gedurende haar middelbare



IN 2050 TELT NEDERLAND
ROND DE 500.000
DEMENTERENDEN

schooljaren heeft zij hier veel last van gehad; ze heeft zich altijd 'dommer' dan de anderen gevoeld. Thans volgt zij een stage voor de opleiding van ziekenverzorgende en ze heeft recentelijk slechte beoordelingen gekregen omdat zij te traag en onnauwkeurig zou werken en te weinig overzicht zou hebben.



De patiënte is door haar vorige huisarts tot tweemaal toe verwezen naar een psycholoog, maar zij vindt niet dat zij baat heeft gehad bij de geboden psychotherapie en zegt zich nog altijd ongelukkig en onzeker te voelen. Ze voelt zich vaak moe, gefrustreerd en heeft regelmatig aanvallen van boosheid, waar ze zich achteraf erg voor schaamt. Geen van de eerder betrokken hulpverleners noch patiënte zelf heeft een verband gelegd tussen haar problemen en het ernstige verkeersongeval dat zij op 8-jarige leeftijd heeft doorgemaakt. De patiënte vertelt aan Judith dat zij destijds diverse botbreuken en inwendig letsel had opgelopen, waarvoor ze lang in het ziekenhuis heeft gelegen. Ook zou ze een hersenschudding hebben gehad, maar ze kan zichzelf nog maar weinig van die periode herinneren en er zijn geen medische gegevens meer beschikbaar. Ze heeft haar schooljaar moeten overdoen. Daarna is er thuis niet meer over gesproken en is het gebeurde ook voor de patiënte zelf in de loop der jaren op de achtergrond geraakt.

Judith vermoedt dat er sprake geweest kan zijn van een ernstig traumatisch hersenletsel en dit wordt bevestigd middels een MRI-scan die de neuroloog, waar de klinisch neuropsycholoog mee samenwerkt, heeft laten maken. Het neuropsychologisch onderzoek laat zien dat de patiënte op tests voor snelheid van informatieverwerking, het verdelen van de aandacht, het inprenten en weer opdiepen van nieuwe informatie en het plannen en overzicht houden niet goed presteert. Deze stoornissen passen bij een ernstig traumatisch hersenletsel en verklaren de problemen waar de patiënte in haar dagelijkse bezigheden mee kampt. Omdat haar intelligentieniveau bovengemiddeld is en zij altijd hard gewerkt heeft, heeft ze haar middelbare schooldiploma kunnen halen. Bij het bespreken van de uitslag is het voor patiënte een enorme eyeopener dat haar problemen opgevat kunnen worden als restverschijnselen van haar hersenletsel. Ze is opgelucht te horen dat ze beslist niet dom is, maar wel moeite heeft met situaties met tijdsdruk, waarin ze meerdere taken moet afhandelen of veel informatie tegelijk moet verwerken, waardoor ze sneller mentaal vermoeid raakt en een korter lontje krijgt. Zij is zeer gemotiveerd voor een neuropsychologische revalidatiebehandeling die door Judith wordt gegeven. Ze krijgt hierin duidelijke uitleg over traumatisch hersenletsel en de gevolgen daarvan (psycho-educatie). Ook leert ze strategieën om beter om te gaan met tijdsdruk, beter te plannen en organiseren en beter informatie te onthouden. Daarnaast leert ze hulpmiddelen te gebruiken om meer structuur aan te brengen in haar werkzaamheden, zoals een agenda en werkljstjes. Tevens krijgt ze neuropsychotherapie waarin gewerkt wordt aan de acceptatie van haar cognitieve beperkingen, het kunnen omgaan met tegenslag, het krijgen van een reële, positieve kijk op eigen functioneren en het vergroten van het zelfvertrouwen door succeservaringen.

Alhoewel de patiënte aanvankelijk schroom heeft om de geboden hulpmiddelen en strategieën op de werkvloer te gebruiken, leiden enthousiaste reacties van collega's, die de werkljstjes ook erg handig vinden, ertoe dat ze dit wel gaat doen en er veel baat bij heeft. Hierna groeit haar zelfvertrouwen, omdat ze haar taken nu beter kan uitvoeren; uiteindelijk krijgt ze een goede beoordeling. Een jaar na dato komt ze terug bij Judith; ze heeft haar opleiding succesvol afgerond en heeft een baan gekregen. Ze zegt zich veel beter te voelen en vertrouwen te hebben in de toekomst.



Heeft u vragen over de opleiding tot klinisch neuropsycholoog?
Neem dan contact op met:

Mr. Pien van Hasselt
Telefoon: 030 - 230 84 91
E-mail: p.van.hasselt@rinogroep.nl
Internet: www.rinogroep.nl/knp

Deze brochure informeert u over het werk van en de opleiding tot specialist in de klinische neuropsychologie. Allereerst komen omvang en verschijningsvormen van hersenaandoeningen in Nederland en de gevolgen ervan voor patiënt en omgeving aan de orde.

Vervolgens wordt uiteen gezet welke onontbeerlijke bijdrage de klinisch neuropsycholoog heeft in de diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van deze patiënten. Tot slot wordt het werk van de klinisch neuropsycholoog geïllustreerd aan de hand van zes praktijkvoorbeelden.



St. Jacobsstraat 12-14
3511 BS Utrecht
T (030) 230 84 50
E infodesk@rinogroep.nl
I www.rinogroep.nl