

Over de gevolgen van licht hersenletsel in het dagelijks leven

Citation for published version (APA):

Jolles, J. (1995). Over de gevolgen van licht hersenletsel in het dagelijks leven. In *Zoeklicht op de zorg thuis: Gids voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel, hun familieleden, hun hulpverleners* (pp. 10-20). Stichting Hersenletselorganisaties.

Document status and date:

Published: 01/01/1995

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Over de gevolgen van licht hersenletsel in het dagelijks leven

J. Jolles

Vakgroep Psychiatrie & Neuropsychologie
Sectie Neuropsychologie, Neuropsychiatrie & Psychobiologie
Rijksuniversiteit Limburg
Postbus 616
6200 MD Maastricht

Van iedere honderd mensen die in verband met een hoofdletsel de afdeling EHBO van een groot ziekenhuis bezoeken, zijn er naar schatting 80-85 met een relatief licht hersenletsel. De overigen hebben een matig tot ernstig hersenletsel.

Tot voor kort werd vaak in plaats van 'licht' gesproken van een mild hersenletsel. Daarmee werd bedoeld, dat de gevolgen veel minder erg waren dan bij een ernstige hersenbeschadiging. Na een licht hersenletsel lijken immers alle hersenprocessen ongestoord te verlopen: de patiënt kan lopen, lezen, praten, rekenen, waarnemen, een vakantie boeken en dergelijke.

Hij heeft, kortom, gewoonlijk vaardigheden als vroeger. Echter, de laatste jaren blijkt steeds duidelijker dat er in het dagelijks leven toch forse problemen kunnen ontstaan door het feit dat de dagelijkse taken veel meer moeite kosten dan vroeger. Het gaat om problemen, die kunnen leiden tot grote veranderingen in de uitoefening van de dagelijkse activiteiten en vooral in de wijze waarop het leven wordt geleefd en veranderingen in de kwaliteit van leven, zoals die door de persoon met licht hersenletsel worden ervaren.

Ik zal u hier iets vertellen over wat er na zo'n licht hersenletsel kan gebeuren en op welke stoornissen in het functioneren die veranderingen berusten. Het gaat over het feit dat een licht hersenletsel helemaal niet bij iedereen 'mild' hoeft te zijn.

Er zijn maar heel weinig mensen die na een ongeluk aan de gevolgen van dat hersenletsel overlijden. De veranderde hersenfunctie leidt gewoonlijk tot verstoringen in wat iemand kan en doet. En deze verstoringen zijn bij vrij veel mensen chro-

nisch, dat wil zeggen, ze kunnen vele jaren duren. Mensen gaan niet direct dood aan hersenletsel maar kunnen vele jaren -en soms het hele leven- geconfronteerd worden met de negatieve gevolgen. Verkeersongelukken en beroertes leiden altijd al tot bovenvermelde problemen. De laatste jaren zijn daar ongelukken bij het sporten en ongelukken op het werk bijgekomen.

Wat bij het lichte hersenletsel vooral zo'n probleem geeft, is het feit dat de gevolgen onderschat worden. Dat komt doordat er van buiten niet zoveel van te zien is. Een karakteristieke uitspraak is die van een 52-jarige man die enkele jaren na een ongeluk zegt: 'Dokter, ik heb nog steeds problemen met het onthouden en met mijn concentratie. Ik kan niet goed meer nadenken en werken, maar mijn burens kijken me aan alsof ik misbruik maak van de ziektewet. Ik spit in mijn tuintje en zie de burens denken, dat ik een oplichter ben, omdat ze niet zien hoeveel moeite alle normale handelingen me kosten'. Een andere hersenletselpatiënt verzuchtte zelfs: 'Ik zou bij wijze van spreken willen dat mijn been geamputeerd was.

Dan kun je tenminste van buiten zien dat er iets aan de hand is'.

Het probleem bij mensen met een licht hersenletsel is dus dat ze eigenlijk alles wel weer enigszins kunnen, maar kennelijk toch niet op de manier waarop het vroeger ging. En de buitenwereld merkt dat niet op.

Om welke storingen gaat het nou?

Het gaat vooral om storingen in de zogenaamde 'Hoger-Cognitieve Functies'. Die hebben betrekking op de aandacht, de concentratie, de waarneming van prikkels uit de omgeving, de reactie op die prikkels en het nemen van de acties die nodig zijn. Cognitieve functies zijn belangrijk bij bijvoorbeeld autorijden in druk verkeer; het snel vinden van het juiste perron op het station om niet de trein te missen; het snel nemen van een goede beslissing op het werk in een kantoor, waar veel afleidende dingen gebeuren; het op tijd op tafel hebben van het eten (met vier kleine, spelende kinderen om je heen terwijl de hond in de planten graaft en telefoontjes die beantwoord moeten worden).

Voor al deze taken, die in ons dagelijks leven heel normaal zijn, moet ons brein op topsnelheid en reuze efficiënt werken, want anders komen die taken niet voor elkaar. En dat is wat bij het lichte hersenletsel gebeurt: de aandacht, de concentratie om je met dingen bezig te houden is minder geworden.

Dat kan leiden tot snellere vermoeidheid. Meer inspanning moet worden gegeven om een normale taak uit te voeren. Het wordt moeilijker om twee dingen tegelijk

te doen. Mentale traagheid ontstaat en dat leidt allemaal weer tot vermoeidheid, maar ook tot psychologische problemen.

Zoals boven aangegeven, spreken we eigenlijk niet meer van 'mild'. Wie een licht hersenletsel heeft, weet dat de gevolgen van zo'n hersenletsel vaak helemaal niet zo mild zijn. De lichte hersenletsels kunnen leiden tot functiestoornissen in het dagelijks leven en hebben implicaties, die beperkend zijn voor wat iemand kan doen.

Een hersenletselpatiënt kan niet meer doen wat hij altijd heeft willen doen. De ambitie in het dagelijks leven, in de sport, wordt verstoord, evenals de ambitie in het werk, de carrière en in het maatschappelijk leven. De dingen kosten veel meer inspanning dan vroeger, waardoor hij niet meer toekomt aan de leuke dingen zoals sport of andere hobby's en het onderhouden van sociale contacten. Dat kan leiden tot sociale problemen, omdat de ambities niet overeenkomen met wat nog kan.

Zodra het dagelijks leven verstoord is omdat alles meer moeite en tijd kost, leidt dat tot secundaire problemen. Iemand kan bijvoorbeeld ofwel erg bij de pakken gaan neerzitten, of toch proberen om die dingen te doen die hij of zij vroeger altijd deed.

Als een hersenletselpatiënt niet zo veel meer doet, kan dat leiden tot terugtrekking uit het sociale leven: minder uitgaan, minder contact met andere mensen. Dat kan weer leiden tot gevoelens van frustratie en boosheid en soms van minderwaardigheid. Als iemand juist heel erg hard probeert om even goed te presteren als vroeger kan dat tot grote stress en oververmoeidheid leiden. Beide strategieën zetten een vicieuze cirkel in werking, die alles nog erger maakt.

Centraal in de geschetste problemen staat het feit, dat de hersenen alles nog wel kunnen, maar dat alles minder snel en minder efficiënt gaat; ze hebben meer tijd nodig. Het feit dat dit tijdsprobleem vaak niet erkend wordt, ook niet bij een neurologisch onderzoek, zorgt voor een probleem. Het geeft immers weer een complicatie voor de manier waarop mensen in het dagelijks leven functioneren.

Mensen, die er wat meer tijd voor nodig hebben dan vroeger, worden wel eens als klagers gezien, en de klachten kunnen als psychologisch worden aangeduid.

Er wordt bijvoorbeeld gezegd: ja, hij of zij heeft ook een probleem in de relaties met de partner of gezin; het gaat niet meer zoals vroeger in die relaties. In de rela-

ties wordt dan de oorzaak van de klachten of de stoornissen gezocht.

De stelling die ik hier verkondig, is dat die relatieproblemen weliswaar heel echt en heel belangrijk zijn, maar vaak het gevolg en niet de oorzaak zijn van het feit dat alles niet meer gaat zoals vroeger. In de relatie, op het werk, in de tijdsbesteding in het algemeen, is alles veranderd door de vergrote traagheid.

De functiestoornissen van de individuele hersenletselpatiënt en diens vaak vruchteloze beroep op hulpverlening zijn ook een maatschappelijk probleem. Het leidt tot een grote druk op onze sociale middelen, zoals WAO en Ziektewet en op de middelen voor de gezondheidszorg.

Naast de economische problemen is er het gebrek aan tevredenheid met het werk. Dat is al gauw een risicofactor voor het ontstaan van psychische problemen.

Daarvoor is vaak een langdurige behandeling nodig door een RIAGG of met geneesmiddelen. En deze behandeling heeft zelf weer een invloed op de gevoelens van de persoon die het aangaat.

Van toespitsing: hoe verwerken wij eigenlijk informatie?

Het dagelijks leven behelst eigenlijk niets anders dan het verwerken van informatie, van prikkels die via de zintuigen tot ons komen. Wanneer u op straat loopt, komen er zeer veel prikkels op u af. Een rood of groen stoplicht bijvoorbeeld: Groen betekent 'doorgaan, anders gaat iemand achter je toeteren'.

Er zijn vele bewegende lichtprikkels; van auto's, fietsen, maar ook van lichtreclames. Ongelooflijk veel informatie is dus tegelijk beschikbaar en ons brein is in staat om uit die enorme wirwar van prikkels precies datgene te halen dat we nodig hebben voor ons functioneren. We worden dus niet chaotisch gestuurd door die prikkels. Integendeel, er is in het brein een soort ordenend principe, dat ons in staat stelt om precies die dingen eruit te halen, die we nodig hebben.

Sterker, dat brein is ook in staat om heel efficiënt te werken. Neem zoiets ingewikkelds als gitaar spelen. Wat opmerkelijk is, is dat we in staat zijn om gitaar te spelen, tegelijkertijd een liedje te zingen en ook nog te converseren met mensen die om ons heen zitten. Onze hersenen zijn dus in staat om drie, vier dingen tegelijk te doen. En juist dat vermogen is bij hersenletselpatiënten afgenomen.

Hoe zit het nou als iemand daar problemen mee krijgt? Hier als voorbeeld een paar uur uit het leven van iemand met een zwaar beroep dat we allemaal kennen: huisvrouw.

Op een bepaald moment van de dag, om 3 uur 's middags gaat ze naar de bijkeu-

ken om aardappels te halen, om 4 uur gaat ze zich voorbereiden op het avondeten. Er zijn nog weinig aardappels, ze noteert even in haar hoofd: 'Ik moet a.s. zaterdag naar de winkel om nieuwe aardappels te kopen'; tegelijkertijd gaat ze naar de keuken, schilt de aardappelen en tussendoor komt er ook nog een telefoontje: een persoon die ze moet afpoeieren; ze gaat weer door, leegt een afval Emmertje, kijkt naar de baby, die een nieuwe luier moet krijgen, gaat weer naar de telefoon; ondertussen geeft ze de hond een tik die de baby likt, legt de telefoon neer, braadt het vlees even aan en draait het vuur laag; ze gaat naar de buurvrouw om haar dochter te halen, daarna moet de soep opgezet worden; dan wordt gebeld: haar man was de sleutel vergeten, maar hij is nu gelukkig thuis, hij krijgt de krant en ze dekt de tafel. Al het eten wordt afgezet en ze kunnen aan tafel, de baby heeft intussen ook al gegeten.

Dit is een verslag van wat in werkelijkheid misschien anderhalf uur duurt. Echter, wat duidelijk moet zijn is, dat er een ongelooflijke hoeveelheid deelhandelingen zijn in al die grote activiteiten, die de huisvrouw moet verrichten.

Kortom, ons hele leven zit vol situaties waarin we moeten kijken, proeven, ruiken, luisteren en bewegen, waarbij we moeten zoeken in het geheugen naar dingen die er ooit in zijn vastgelegd. Die moeten we er weer uithalen en op elkaar afstemmen om goed te kunnen functioneren.

De gevolgen van licht hersenletsel voor de informatie- verwerking

Twee dingen tegelijk doen, is voor iemand met een licht hersenletsel erg moeilijk geworden, vooral wanneer dit enige tijd achtereen moet. Het kunnen vasthouden van de concentratie en de aandacht is verstoord, zeker wanneer er afleidende prikkels zijn. Het wegfilteren van die prikkels is veel moeilijker geworden. Gevolg is, dat de activiteiten die in het normale leven tegelijk gaan -zoals autorijden en met je passagier praten, of koken en op de baby letten- nu na elkaar moeten worden uitgevoerd. Eerst eten koken, dan telefoneren, dan de baby verzorgen: dit kost allemaal veel van de tijd die in onze jachtige samenleving van vandaag de dag schaars is. Het uitvoeren van verschillende handelingen tegelijkertijd, waar het op topcapaciteit werkende brein ons toe in staat stelt, is verstoord na hersenletsel.

Zoals hiervoor is beschreven voor een huisvrouwenbestaan, is eenzelfde verhaal te vertellen over vele andere beroepen. In het beroep van een administratief medewerker, in dat van een manager of verpleegster en in veel andere beroepen waar

onder tijdsdruk moet worden gewerkt, doen zich dezelfde problemen voor.

Het gaat vooral om beroepen waar meer dingen tegelijk gedaan moeten worden. Een ander voorbeeld is dat van een directeur van een groot bedrijf, die vanwege relatieproblemen bij de RIAGG hulp zoekt. De psychiater dacht dat er een verband zou kunnen bestaan met een hersentrauma: de betreffende persoon had weliswaar psychotherapie vanwege relatieproblemen, maar een paar jaar geleden was er ook een licht hersentrauma geweest. Misschien hingen de problemen daarmee samen. Welnu, het neuropsychologisch onderzoek dat hij een paar jaar geleden had gehad, liet geen duidelijke stoornis zien. Alle functies leken gewoon normaal. Echter, wanneer je met specialistischer neuropsychologische tests keek, dan was wel duidelijk te zien dat er iets niet deugde. Een stukje tekst lezen en begrijpen, duurde drie keer zolang als normaal. Ook had hij veel meer moeite om een lijst met woorden te onthouden, ook al lukte het hem om het normale aantal te leren. Het is best te begrijpen dat het in het dagelijks leven van deze man niet meer ging, want het leven van een directeur is bepaald door jachtigheid. Hij voert veel dubbele taken uit, zoals aan de telefoon zitten, terwijl hij tegelijkertijd nog even met een rood potlood door een tekst gaat. De secretaresse komt daarbij om de hoek en gebaart wat, want de volgende afspraak is er al. Meerdere dingen tegelijk doen, gaat dan helemaal niet meer.

Door nu deze man een soort voorlichting te geven over hoe zijn dagelijks leven in elkaar stak en door hem te trainen om zijn tijd anders in te delen, was hij in staat om zijn eigen leven te herstructureren en geen last meer te hebben. Ook de relatieproblemen klaarden op.

Tot slot, er zijn verschillende processen rond aandacht en concentratie: aan de ene kant zijn er zaken die automatisch verlopen, aan de andere kant zijn er processen die tijd vergen en veel moeite en inspanning kosten.

Voorbeelden van automatische processen zijn het gebruik van de versnellingspook bij het autorijden, het opsteken van een sigaret voor de roker, het braden van een gehaktbal door de huisvrouw en het typen van een memo door een secretaresse.

Die activiteiten kunnen als het ware 'op de ruggegraat' worden uitgevoerd.

Aan de andere kant zijn er de dingen die meer moeite en inspanning vergen, die als het ware onder 'gecontroleerde inspanning' verlopen: dat zijn activiteiten zoals het vinden van een nieuwe route door de stad nadat een weg onverwacht is afgesloten, het werken in een nieuwe werkring, het plannen van een vakantie.

Voor iedereen die met de gevolgen van hersenletsel te maken heeft, is het belangrijk om het verschil te herkennen tussen deze processen, die meer of minder ener-

gie en mentale of bewuste inspanning vergen. Hoe het zit met de andere belangrijke cognitieve functies is uiteengezet in de volgende paragraaf.

2.3.2.2. Het geheugen, vergeeten, waarnemen en bewaren

Een belangrijk onderwerp is het geheugen. Bij sommige mensen met licht tot matig hersenletsel kunnen specifieke geheugenstoornissen optreden. Deze zijn meestal het gevolg van het feit dat bepaalde hersengebieden een erg forse klap hebben gekregen en daardoor -gewoonlijk tijdelijk- minder goed functioneren. Zo'n specifieke geheugenstoornis komt niet vaak voor.

Problemen met het onthouden wel, maar die zijn gewoonlijk een gevolg van het feit dat de informatieverwerking verstoord is, zoals hierboven is beschreven: er wordt iets vergeten omdat het brein niet goed in staat is om uit de vele binnenkomende prikkels de belangrijke te selecteren. Of er wordt vergeten omdat de prikkels te snel na elkaar binnenkomen. Als er een echt probleem met het onthouden is, kan het nog op verschillende processen berusten. Zo is er bijvoorbeeld het fenomeen van 'vergeten het gas onder de pan uit te doen', of 'de naam van een nieuwe collega vergeten'. Het geheugen is een naam voor de processen die je in staat stellen om tot op hoge leeftijd uit het brein dingen op te diepen, die te gebruiken zijn voor je normale functioneren. Voor alle aspecten van het dagelijks functioneren is namelijk het geheugen nodig. Voor het oplossen van een schaakprobleem bijvoorbeeld wordt het geheugen ingeschakeld om te zoeken naar oplossingen van soortgelijke problemen in het verleden.

Het geheugen heeft verder te maken met het feit dat je je geparkeerde auto moeilijk vinden kunt, met de route die je niet kunt vinden in het bos waar je wandelt, met het vinden van woorden in de vreemde taal die je op school hebt geleerd, en die je nu op vakantie moet toepassen.

Voor mensen met hersenletsel schiet het geheugen vaak tekort. Het is bijvoorbeeld moeilijk om naar een bekend adres te gaan; het is moeilijk om iets uit de eigen boekenkast, uit het eigen archief terug te vinden. Kortom, het is moeilijk om iets uit je herinnering op te diepen en dat is heel lastig in het dagelijks leven.

Een vrij natuurlijke wijze van compenseren voor de afgenomen vaardigheden bij een hersenletselpatiënt is de neiging om meer te gaan controleren: wanneer je weet, dat je vaak wat vergeet, dan controleer je steeds of je de dingen wel hebt gedaan. Dat kan tot dwangmatig gedrag leiden, waarbij activiteiten steeds op dezelfde wijze worden uitgevoerd. Dat leidt als het ware tot een overdreven auto-

matisme waardoor orde wordt geschapen in de chaos die de hersenletselpatiënt soms ervaart.

Een andere vorm van het compenseren van activiteiten die niet meer lukken, is om zo'n activiteit uit de weg te gaan. Wanneer iemand bemerkt dat hij dingen vergeet in de supermarkt, kan de neiging bestaan om er niet meer heen te gaan.

'Oh nee, dat kan ik niet onthouden, dus ik ga niet'. Dit leidt tot vermijdingsgedrag. Iemand die bevreesd is om een bekende tegen te komen en dan diens naam niet meer te weten, kan geneigd zijn om minder vaak de deur uit te gaan.

De betreffende persoon kan een echte fobie ontwikkelen en al snel in een sociaal isolement terecht komen.

Ook de waarneming wordt door de hersenen bepaald. Het is niet zo, dat alle prikkels gewoon door de hersenen passief worden geregistreerd: waarneming is een actief proces. Voortdurend is ons brein bezig om uit de chaos aan zintuiglijke informatie die elementen te plukken die bekend of juist onbekend zijn, en daardoor waarde hebben voor onze overleving. Wanneer je weet dat je met een bijna lege benzinetank in de auto rondrijdt, wordt een benzinepomp langs de weg veel duidelijker waargenomen dan wanneer de tank nog vol is. Wanneer je honger hebt, neem je de reclameboodschap op de televisie waarin een zoutig hapje wordt gepresenteerd, veel beter waar. Dat is ook anders te zeggen: in zo'n toestand heeft het brein aan minder zintuiglijke informatie genoeg om tot een bewuste waarneming te komen.

Met een hersenletsel geldt dat niet: het geheel van zintuiglijke prikkels moet als het ware veel 'voller' zijn om tot een waarneming te leiden. De ondertiteling op TV moet goed zichtbaar zijn en helder afsteken tegen de achtergrond, anders wordt er minder van opgenomen (of alleen met meer moeite). Zo is het ook moeilijker om in een grote hoeveelheid schriftelijke informatie -zoals die in een krant- relevante dingen op te zoeken. Dat kan er bijvoorbeeld toe leiden dat de persoon met licht hersenletsel er veel meer moeite mee heeft om uit een krant de gegevens over de film-van-deze-week in de plaatselijke bioscoop te vinden. Dat dat weer behoorlijke psychologische consequenties kan hebben en kan leiden tot dan maar niet naar de bioscoop en -wederom- vergroot sociaal isolement, zal duidelijk zijn.

Verdere psychologische consequenties

Bovenstaande problemen in de hoger cognitieve functies en vaardigheden kunnen leiden tot min of meer uitgesproken problemen in de psychologische sfeer.

Zoals gezegd, kan een persoon in de loop der tijd gaan compenseren voor de verminderde functies.

Ook is er vaak sprake van een probleem in de acceptatie. Mensen die er veel moeite mee hebben dat veel dingen nu -al dan niet voor langere tijd- minder goed gaan, kunnen ook gefrustreerd worden of boos. Wraakgevoelens, boosheid en agressie kunnen zich richten tegen degene die het ongeluk heeft veroorzaakt of de dokter die niet de diagnose heeft gesteld die men graag had willen horen.

Zelfbeklag kan ontstaan doordat duidelijk wordt, dat de ambities worden gefrustreerd nu, bijvoorbeeld, een voor de hand liggende promotie voorlopig niet doorgaat en de toekomst er minder rooskleurig uitziet. De levensloop wordt verstoord en als iemand daar veel bij stilstaat, kan dat leiden tot een verandering van persoonlijkheid. Mensen die vroeger open en extravert waren, worden bijvoorbeeld minder flexibel en conservatief.

Mensen kunnen bij de pakken gaan neerzitten en gedeprimeerd en/of geïrriteerd worden, gewoon omdat ze geen controle meer over zichzelf hebben of niet meer kunnen wat vroeger zo gemakkelijk ging.

Wat vaak optreedt, is dat iemand na het ongeval niet meer toekomt aan zijn hobby's in avonden of weekend. Die uren zijn nodig om te besteden aan rust, aan op de bank zitten of liggen of slapen. Ook hierin wordt het normale leven verstoord en begrijpelijk is dat betreffende persoon daarvan nurks en geïrriteerd wordt en geen leuk gezelschap is.

Patiënten kunnen ook een sterke wens ontwikkelen om hun gelijk te krijgen, wat psychologisch begrijpelijk is. Om bij de verzekeraar langs te gaan en te zeggen 'Ik wil geld zien, een schadevergoeding hebben, want mijn hersenen zijn nu beschadigd en het gaat allemaal niet meer'. Hoe goed bedoeld en reëel ook de klachten zijn, soms is de wijze waarop verhaal wordt gehaald niet in alle opzichten optimaal.

Bij dokter of verzekeraar kan de indruk ontstaan dat zo iemand sterk overdrijft en een in psychiatrische zin gestoorde persoon is. Vaak belemmert dat een juist zicht op de klachten en stoornissen in de cognitieve functies die met het trauma samenhangen en die eigenlijk de basis vormen van de psychologische en sociale gevolgen. De complexe samenhang van hersenfuncties en psycho-sociale aspecten is vaak erg moeilijk uiteen te rafelen en vergt in ieder geval een multidisciplinaire blik, waarin neurologische, neuropsychologische en psychiatrische aspecten te herkennen zijn.

In de komende jaren zullen ook in Nederland naar verwachting nieuwe protocollen worden ontwikkeld om op een systematische wijze die complexe samenhang te

onderzoeken en voor iedere individuele persoon na te gaan, waar oorzaak en gevolg precies liggen en hoe kennis hierover de betreffende persoon kan helpen. Binnen het samenwerkingsverband neuropsychologie van de Rijksuniversiteit Limburg en academisch ziekenhuis Maastricht werkt men succesvol met een gestructureerde vorm van voorlichting over licht hersenletsel, waardoor de patiënt beter om kan gaan met de beperkingen en het dagelijks leven kan herstructureren, zodat de last wordt verlicht of zelfs helemaal weggenomen.

Concluderende opmerkingen

Met betrekking tot het lichte hersenletsel gaat het in veel gevallen niet om een milde problematiek, aangezien betrokkene niet meer het leven op de manier kan leven zoals dat voorheen ging. Het is voorts duidelijk, dat het niet alleen om de hersenen gaat of om psychische en sociale problemen. Het gaat niet om hersenen of geest want beide hangen zeer intensief samen: er is geen sprake van hersenloze geest of geestloze hersenen.

Dat maakt de beoordeling van de problematiek zo moeilijk, omdat de verschillende soorten hulpverlenende disciplines (neurologie, (neuro)psychologie, psychiatrie, verzekeringsgeneeskunde, e.a.) slechts een deel van de problematiek kunnen overzien. De hersenen zijn het voertuig van ons denken, voor de wijze waarop we praten, voetballen, rekenen en telefoneren: voor alle activiteiten van het dagelijks leven. Maar er is geen goede discussie te voeren over oorzaak en gevolg van bepaalde beperkingen, omdat het zelden alleen aan de hersenen ligt of alleen aan omgevingsinvloeden. Het ligt aan allebei en beide moeten in samenhang worden bekeken: waar liggen de vaardigheidsstoornissen van de hersenen en waar liggen de verwerkingsproblemen? Waren er wellicht bij deze persoon al bestaande psychologische problemen die versterkt zijn tot boven een zichtbare drempel door het ongeluk? Of zijn deze pas na het ongeluk geleidelijk ontstaan?

Het is wellicht het best om langer durende problemen die samenhangen met het lichte hersenletsel te beschrijven in termen van een 'biologische onderbouw' en een 'psychologische bovenbouw'. De in dit artikel beschreven functies en vaardigheden horen bij de biologische onderbouw en zijn niet anders dan hersenfuncties. Gestoorde hersenfuncties kunnen leiden tot problemen in de psychologische bovenbouw: verwerkingsproblemen zoals hierboven beschreven en uiteindelijke nare sociale consequenties zoals het zich sociaal terugtrekken, de ziektewet en dergelijke. Piekeren hierover, acceptatieproblemen, frustratie en boosheid kunnen

slaapproblemen, die op zichzelf al vrij vaak voorkomen na het trauma, nog versterken, waardoor de mentale en lichamelijke vermoeidheid groter wordt en een negatieve spiraal inzet. Deze spiraal leidt via perioden van slaapproblemen ook weer tot problemen met informatieverwerking, met geheugen en vitaliteit, zoals iedereen weet die geen hersentrauma heeft gehad maar om een andere reden een tijd lang slecht geslapen heeft.

De bijna onontwarbare brei van stoornissen in hersenfuncties en psychologische en sociale factoren kan in principe worden ontrafeld, wanneer maar een duidelijke analyse wordt gemaakt van de samenstellende elementen. Daarbij moet de dagelijkse tijdsbesteding van de individuele patiënt goed in ogenschouw worden genomen. Patiënt en hulpverlener(s) staan er samen voor om de goede weg uit de vicieuze cirkel te vinden. Op die manier komen er ook meer mogelijkheden ter verbetering van de kwaliteit van leven van de persoon in kwestie.

De zorg-consequenties moeten worden gevonden bij de vaststelling dat bepaalde functies en vaardigheden zijn aangetast. Een belangrijke rol zou kunnen worden gespeeld door een vorm van voorlichting, de zogenaamde Psycho-educatie, zoals door het Maastrichtse centrum is ontwikkeld: de hersenletselpatiënt moet beter zichzelf en de gestoorde, maar juist ook de ongestoorde, vaardigheden leren kennen. Daardoor kan hij of zij adequater compenseren en anders omgaan met de prikkels uit de omgeving en daardoor uiteindelijk weer optimaal in relatie tot zijn of haar mogelijkheden functioneren.

Eén en ander is principieel mogelijk wanneer de betreffende persoon meer zicht krijgt op de functiestoornissen, de psychologische reactie en de sociale gevolgen. De hulpverlener, de partner, de omgeving zullen dan uiteindelijk ook anders en positiever kunnen omgaan met de hersenletselpatiënt. En deze zal zelf ook anders denken over het hersenletsel en zijn consequenties. Denken is goed voor het brein; de voorliggende voordracht beoogt hersenletselpatiënten, hun hulpverlener(s) en omgeving daartoe een positieve stimulans te geven.

Bohnen N, Jolles J - Neurobehavioral aspects of postconcussive symptoms after mild head injury. Journal of Nervous and Mental Disease 1992; Vol. 180 Iss. 11: pp. 683-692

Jolles J - Neuropsychologische parameters. In: Controverses bij de beoordeling van het acceleratieletsel van de nek (ed. G.J. ter Braak). Proceedings van congres Controverses bij de beoordeling van het acceleratieletsel van de nek.

Uitgeverij Beneke Consultants Amsterdam, 1994: pp. 34-37.

- d e e l I