

Op zoek naar de schelp: neuropsychotherapie als wegwijzer naar zelfdefiniëring

A. Nouws
Klinisch neuropsycholoog
Gelderse Roos, Wolfheze

De psychologische begeleiding van mensen die door hersenletsel cognitieve en emotionele veranderingen hebben ondergaan heeft nog geen eigen gezicht. Dit geldt zowel voor patiënten met progressieve aandoeningen als de ziekte van Parkinson en multiple sclerose, als die met traumatisch of ander hersenletsel. De begeleiding vindt hoofdzakelijk plaats vanuit conventionele psychologische theorieën en onderscheidt zich nauwelijks van de hulpverlening aan patiënten zonder een dergelijk letsel. In deze eerste van een tweetal beschouwingen zal het vooral gaan over uitgangspunten van een mogelijke specifieke neuropsychotherapie. Het tweede zal handelen over de praktische uitwerking.

EXPRESINFO

Het inzicht in de werking van de hersenen neemt toe. Toch wordt het nauwelijks vertaald in neuropsychotherapeutische probleemstellingen. De taal van de mens met hersenletsel spreken wij niet.

We zien een hausse aan nieuwe inzichten met betrekking tot de werking van de hersenen, maar ze worden nauwelijks vertaald in neuropsychotherapeutische probleemstellingen en methodieken. We spreken soms letterlijk de taal niet van de mens met hersenletsel en onze onderzoeksmethoden sluiten niet aan bij de werking van hun brein. We stellen waarschijnlijk de verkeerde vragen op de verkeerde manier.

De onontkoombare nabijheid van ons eigen gezonde brein creëert een tweede barrière. Het leidt ertoe dat inhoud en mechaniek van processen binnen dit brein als té vanzelfsprekend worden ervaren. Gevolg is een overwaardering van – al te – algemeen menselijke begrippen als zelfbeeld en zelfvertrouwen, verliesacceptatie en rouwverwerking. Er heerst verwarring rondom begrippen als afweer, inzicht en oordeel- en kritiekstoornis. Het adaptatievermogen van patiënten wordt zowel overschat als onderschat. Dat geldt ook voor de invloed van de oorspronkelijk aanwezig geachte persoonlijkheid. En, last but not least, het gehanteerde zelfbegrip is niet ade-

quaat. Er bestaat nogal wat onduidelijkheid.

Onduidelijkheid over het bewuste beleven, afweer en inzicht

De vanzelfsprekendheid van processen binnen het gezonde menselijke brein heeft er toe geleid dat simplistisch wordt gedacht over het bewust beleven van mensen die zich niet verbaal analytisch kunnen of willen uiten. Je zou dat gekscherend de dominantie van het mensbeeld van het verbale of schriftelijke verslag kunnen noemen. Als je niet in deze termen kunt aangeven hoe je denkt of voelt, word je onderwerp van speculatie. Dan wordt getwijfeld aan het bewust beleven zoals bij Alzheimerpatiënten. Tegelijkertijd is het wonderlijk om te zien dat de gerapporteerde zelfbeleving van mensen die lijden aan de ziekte van Parkinson – met onze geest is niets aan de hand – ten onrechte weer uitermate serieus wordt genomen. Het lijkt een kwestie van taal.

De gepostuleerde onbewustheid of gebrek aan inzicht bij vele hersenaandoeningen heeft te maken met het hanteren van een niet-fenomenologische benaderingswijze.

Er zijn natuurlijk patiënten die geen of slechts een zeer gebrekkig ziekteinzicht bezitten. Gebrek aan ziekteinzicht behelst een ‘niet kunnen zien’ omdat wellicht een representatie in de hersenen ontbreekt of niet bereikt kan

worden. Gebrek aan ziekte-inzicht houdt in dat een patiënt zijn toestand niet vanuit een helikopterblik kan bekijken en, nog belangrijker, niet kan evalueren. Het is echter niet altijd duidelijk of we te maken hebben met een hersenorganisch of met een psychologisch gebrek aan inzicht.

Patiënten met hersenletsel kunnen mentale activiteiten, voortkomend uit innerlijke of uiterlijke sensaties niet op een lager niveau van bewustzijn 'parkeren'. Ze hebben niet de ruimte om informatie te selecteren, op te slaan, te categoriseren, te integreren in bestaande kennis om vervolgens tot actie over te gaan. Elke innerlijke of uiterlijke verandering heeft daarom de potentie om het mentale systeem te ontregelen. Patiënten met hersenletsel worden niet boos, maar exploderen. Ze hebben geen 'kort lontje' maar ze zijn er zelf een. Ze bezitten daarom een natuurlijke neiging om deze sensaties af te weren. Ze hebben geen reserves. Als er toch ruimte is voor enige regulering en sturing, vergt dat de volledige nog aanwezige mentale capaciteit. Ze dreigen echter voortdurend te falen omdat zich steeds weer veranderingen kunnen voordoen op basis waarvan geïmproviseerd moet worden.

Een patiënt met hersenletsel die werkelijk interacteert met zijn omgeving verkeert daarom in een soort van continue overspannen status, waarbij eigenlijk voortdurend wordt gerappeld aan de noodzaak om spanning te reduceren. Dit komt neer op of zich aanpassen óf vluchten en vechten. Patiënten bezitten daarom een natuurlijke neiging tot vermijden, verdringen, dissociëren en projecteren. Niet in freudiaanse zin, de vrijwaring van het zelf tegen aanspraken vanuit een duister driftleven, maar louter functioneel ter compensatie van ontbrekende adaptatievaardigheden. Afweer en inzicht zijn belangrijke functionele begrippen.

Onduidelijkheid over het adaptatievermogen

Mensen met hersenletsel moeten zich opnieuw aanpassen aan de eigen mogelijkheden en ze moeten proberen weer een plaats in te nemen in de omgeving. Traditionele concepten als veranderend zelfbeeld, faalbelevingen en gebrek aan zelfvertrouwen schieten tekort om dit proces volledig te verduidelijken.

Als we uitgaan van de gedachte dat elk mens probeert intact te blijven, moeten we in de omgang met deze patiënten niet alleen de cognitieve en affectieve beperkingen onderkennen maar ook de afweerpatronen en de controlesystemen die erop gebouwd zijn. Waar mogelijk moeten we ons erbij aansluiten, ook al zijn ze soms onaangenaam. We moeten er in ieder geval rekening mee houden.

EXPRESINFO

De veel beschreven ordelijkheid van neurologische patiënten, zoals we die zien bij mensen die lijden aan de ziekte van Parkinson, is vaak een vorm van coping. Ordelijkheid kan uitlopen op dwangmatigheid.

Cognitieve defecten en affectieve veranderingen, welke dan ook en in welke omvang dan ook, hebben invloed op de aanpassing van een mens aan zijn innerlijke en uiterlijke omgeving. Het betekent een verandering van het psychologische bouwwerk dat we persoonlijkheid noemen.

De veel beschreven ordelijkheid van neurologische patiënten zoals we die kennen van mensen die lijden aan de ziekte van Parkinson, is heel vaak een vorm van coping. Deze wordt uitgelokt en geleid door de cognitieve veranderingen die de ziekte met zich meebrengt.¹ De patiënt maakt verkeerde inschattingen en krijgt te maken met misverstanden. De noodzaak om con-

trole uit te oefenen wordt daarmee groter. Ordelijkheid kan uitlopen op dwangmatigheid. Maar het blijft een natuurlijke poging om chaos te bedwingen. Een chaos die niet het resultaat is van een op hol geslagen innerlijk leven, maar van een niet-functionerende en haperende informatieverwerking.

We moeten proberen het beschadigde brein in zijn nieuwe verschijningsvorm te begrijpen. Niet als restant van wat het eens was. Geen '100 minus' benadering waarbij het gezonde brein norm is en waarbij alle disfuncties rechtlijnig in mindering worden gebracht. Waarbij een geheugenprobleem het brein bijvoorbeeld voor 30% in werking reduceert maar waarbij nog 70% resteert. In een dergelijke benadering zou de therapie kunnen volstaan met het aanreiken van geheugenondersteunende hulpmiddelen.

Breinbeschadiging brengt een reorganisatie tot stand van de verhouding tussen mentale functies en systemen. De patiënt gaat zich hierdoor anders verhouden tot de interne en externe wereld. Een geheugenbeperking hóeft geen groot probleem te vormen en kan worden ingepast als de patiënt begrijpt wat er aan de hand is. Echter, het is opvallend dat veel patiënten last hebben of krijgen van achterdocht.

Breinverandering behelst altijd een verandering van persoonlijkheid. Het begrip persoonlijkheid wil immers slechts aangeven dat iemand geneigd is om op een bepaalde structurele manier te reageren op zijn omgeving. Het betekent niet per se verval van persoonlijkheid!

De persoonlijkheid na hersenbeschadiging is niet identiek aan hetgeen resteert aan functies, maar is het bruto-product van de samenwerking van veranderde functies. Het geheel is meer dan de som van de beperkingen! En het geheel functioneert niet per defini-

tie pathologisch. Dat kán wel het geval zijn.

We zien dat uitvergroet bij frontale aandoeningen. Patiënten met een frontale aandoening zijn in wezen erg gestoord door het geheel of gedeeltelijk ontbreken van inzicht. Toch slagen ze er in zich vaak lang te handhaven in maatschappelijk opzicht door de aanwezigheid van intellectuele deelvaardigheden. Ze maken schulden en beschadigen relaties omdat omstanders zich vaak veel te laat realiseren dat ook een hoog intellectueel vermogen moet worden aangestuurd.

Patiënten met geïsoleerde aandachtsstoornissen daarentegen zijn vaak prima in staat hun handicaps te compenseren. Ze protocolleren het gedrag dusdanig dat ze soms zelfs uitblinken op uitgesproken organisatietaken. Ze maken van de nood een deugd.¹

Onduidelijkheid over het te hanteren persoonlijkheidsmodel

Het komt regelmatig voor dat neuropsychologen in opleiding tot GGZ-psycholoog, hun eigenlijke metier verlaten en kiezen voor klinisch werk met ‘echte’ GGZ-cliënten. Tijdens de opleiding ervaren ze het als buitengewoon hinderlijk dat ze nooit eens een eigen patiënt kunnen inbrengen omdat deze patiënten niet op geijkte wijze kunnen worden besproken. Een patiënt met hersenletsel leent zich niet voor de afname van een persoonlijkheidsbatterij en eigenlijk ook niet voor de traditionele intelligentietest. Het is daarom gebruikelijk om ze in afwijkende en pathologische termen te beschrijven. Niet leuk voor een beginnend beroepsbeoefenaar!

Op zoek naar een nieuw referentiekader

Mensen met hersenletsel kunnen héél erg veranderen. We moeten in wezen proberen deze verandering in zijn volle

omvang te beschrijven. En we moeten ons niet beperken tot alleen dat te beschrijven wat deze patiënten niet meer kunnen of dat wat fout gaat. Een psychologisch model als de *Big-Five* voldoet daarom niet. Dit model neemt het functioneren van het gezonde rationele brein als uitgangspunt en norm. De indeling aan de hand van relatief eenvoudige factoren als introversie/extraversie, vriendelijkheid, ordelijkheid, emotionele stabiliteit en openheid, doet onze patiënten geen recht. Ze kunnen slechts afwijken, ook al is het gedrag aantoonbaar adaptief. Denk aan de reeds genoemde aanpassing van parkinsonpatiënten.

Er zijn diverse persoonlijkheidsconcepten waarbinnen organische veranderingen wel kunnen worden ingepast. De egopsychologie van Heinz Hartmann bijvoorbeeld, en het meer recente psychobiologische persoonlijkheidsmodel van Robert Cloninger.^{2,3} Beiden hebben vanuit een evolutionair adaptatieperspectief oog voor zowel het belang van rationeel als niet-rationeel gedrag.

Hartmann, neo-Freudiaan, introduceerde dit begrip binnen de psychoanalyse. Zijn ideeën hebben meer dan alleen een anekdotische waarde. Vervang de dynamische door hersenanatomische begrippen en je hebt een inspirerende theorie.

Intelligentie, de vaardigheid om logisch correct te denken is het adaptatievermogen bij uitstek. Dat wil echter niet zeggen dat intelligent gedrag ook altijd het beste aanpassingsresultaat oplevert. Één aspect van intelligent gedrag, het doel – middel denken, wordt overschat en de waarde van niet-rationeel gedrag onderschat.

Niet-rationele processen blijken adaptief, rationeel gedrag is vaak erg neurotisch. Adaptatie komt niet zelden slechts tot stand als rationele activiteiten geheel of deels zijn teruggedron-

gen (slapen/seksualiteit/creativiteit). Hartmann koestert het in de biologie gehanteerde begrip ‘fitting together’. Delen van een organisme moeten ineensluiten wil er sprake zijn van een bevredigende relatie met de buitenwereld. Voor Hartmann betekent dit dat impulsen elkaar niet mogen domineren en dat impulsiviteit, realiteitszin en gewetensfunctie elkaar evenwichtig moeten begrenzen. Binnen de realiteitsfuncties moeten de adaptieve ego-functies elkaar aanvullen. Met deze vaardigheden heeft de mens het voordeel van de internalisering verworven. Hij kan de wereld ‘in zijn hoofd’ representeren, veranderingen suggereren en gedrag aanpassen. Maar er is meer. De mens is in staat om op basis van kennis van zowel een innerlijke als een uiterlijke wereld, zijn gedrag te reguleren. Hij noemt dit de synthetische aspecten van het ego. Het komt dicht bij de huidige omschrijving van menselijk inzicht. Het vermogen om een toestand vanuit een helikopterblik te bekijken met behoud van de persoonlijke inkleuring. Als die persoonlijke inkleuring ontbreekt zien we ongeremde intelligentie of zoals Hartmann het wellicht zou noemen pseudo rationaliteit. Het doet heel sterk denken aan het gedrag van onze patiënten met een frontale aandoening.

Cloninger put binnen zijn persoonlijkheidsmodel uit een aantal kennisbronnen, leertheorie, ontwikkelingsleer, neurofarmacologie en neuroanatomie.

Het is genoegzaam bekend dat zoogdieren beschikken over twee geheugensystemen. We beschouwen onszelf graag als bewust lerende organismen die volop profiteren van eigen ervaringen en die van anderen. We maken daarbij gebruik van ons symbolisch conceptueel vermogen en de expliciete geheugenopslag die vanuit de hippocampus wordt gestart.

Bewuste ervaringen worden als woorden, beelden en symbolen geconceptualiseerd, opgeslagen en met elkaar verbonden in zinvolle gehelen, klaar voor gebruik. Het is aannemelijk dat zo ook een ik-concept ontstaat. Dit alles wordt mogelijk dankzij het corticale-limbische-diencephalische geheugensysteem.

We beschikken echter ook over een impliciet geheugensysteem. De hersenstructuren die dit mogelijk maken functioneren eerder, zowel fylogenetisch als epigenetisch. Eerst is daar de ervaringsgestuurde ontwikkeling waarbij het individu leert aan de hand van ervaringen die hij niet 'bewust' opdeed. Een samenspel van aanleg en omgeving, later komt daar het inzicht bij en het symbolisch bewustzijn op basis waarvan de verhalenverteller zichzelf en zijn relatie met de omgeving bewust en doelgericht definieert. De aard van samenspel tussen individu en omgeving wordt voor een belangrijk deel medebepaald door de aanleg van

het individu. Cloninger spreekt van oorspronkelijke temperamentstypen en hij onderscheidt prikkelzoekers (novelty seekers), leedvermijders, sociaal ingestelde mensen en de 'volhardenden'. Het spreekt voor zich dat hij hier een rol ziet weggelegd voor de verschillende neurotransmittersystemen.

Naarmate mensen zich ontwikkelen 'kiezen' ze meer voor een expliciet zelf, Cloninger spreekt van karakter, en bepalen ze zelf meer en meer de aard en betekenis van de ervaringen die ze (gaan) opdoen. Hij onderscheidt de autonome mens, de samenwerker en de zich transcenderende mens. Het door hem gehanteerde onderzoeksinstrument, *Temperament en Character Inventory* (TCI) is ook in het Nederlands vertaald.⁴ Het biedt verschillende combinaties van temperament en karakter op basis waarvan, tot nu toe, vooral populaties zijn beschreven die geen hersenbeschadigingen hadden. Vreemd genoeg wordt het wel gehanteerd om pathologie te meten, maar worden de mogelijkheden van de biologische onderbouwing niet benut als beschrijvende leidraad bij de inschatting van persoonlijkheid bij patiënten met hersenletsel. Het model biedt hiertoe goede mogelijkheden.

EXPRESINFO

We hebben de neiging om het zelf en de persoonlijkheid als concrete entiteiten te omschrijven, terwijl het natuurlijk gaat om processen en om organiserende principes. Het zelf is niet gevestigd in een plekje in het hoofd.

Zelven of zelfexploratie

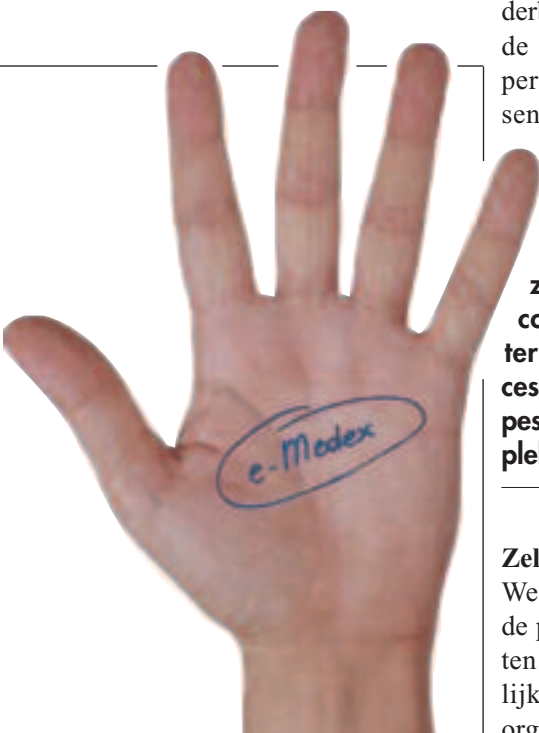
We hebben de neiging om het zelf en de persoonlijkheid als concrete entiteiten te omschrijven, terwijl het natuurlijk gaat om processen en om organiserende principes. Daarbij staat

een begrip als het zelf dichterbij de directe ervaring. Persoonlijkheid is eerder kenschets van een externe beoordeling.

Het zelf is niet gevestigd in een plekje in het hoofd. Onze hersenen leveren slechts functionele systemen om een zelf te vormen, maar bevatten zelf geen zelf. Het zelf ontstaat op basis van interne en externe informatie. Broks spreekt hier over de truc van het zelf dat zich ondanks de vele deelervaringen (indringers) binnen en buiten toch bijna altijd als eenheid presenteert zonder dat er een verzamelpunt is.⁵

Dennett maakt een vergelijking met de schelp van het schaaldier. Zoals een schaaldier een schelp vormt, zo vormt de mens een zelf.⁶ De schelp behelst een zijnswijze en een presentatie maar dient ook als bescherming en organisatie van een weke binnenwereld. Een mens is in staat tot het creëren van een zelf. Hij beschikt over zelf-organiserende vaardigheden. Hij kan zich een symbolische positie construeren en deze aan het eigen bewustzijn aanbieden, maar vooral ook aan andere sociale wezens. Het creëren van een zelf is een vaardigheid zoals voelen en denken en waarnemen. 'Zelven' is een positie bepalen ten opzichte van andere zelven en van eerdere verschijningsvormen van het zelf. Zelven behelst het actief creëren van de zelfherinnering. Het kan niet zonder te beschikken over een vermogen tot herinneringservaringen en mentaal tijd reizen.⁷

Daarbij moet er iets zijn van een representatiepunt, een referentiepunt. De verhalenverteller moet zichzelf herkennen als verhalenverteller. De confabulerende Korsakovpatiënt etaleert een ernstige verstoring van het zelven. Geplaagd door bronamnesie en verlies van strategische herinneringskracht, wordt binnen het proces niet langer



onderscheid gemaakt tussen ervaren, bedacht, gevoeld of gehoord.

Patiënten verschillen in de mate waarin ze (bij)sturing behoeven bij het creëren van het zelf.

Neuropsychotherapie, een mogelijk kader

Prigatano, vooraanstaand neurowetenschapper en hulpverlener, spreekt van neuropsychologische rehabilitatie.⁸ Hij formuleert 13 uitgangspunten waarin hij zijn eigen feiten en vermoedens verwoordt. Hij definieert psychotherapie daarbinnen als: *the relentless, but humane and gentle, search for truth in a person's life. ... If therapists believe that they must force patients to see something about themselves, the 'therapy' is never therapeutic. ... If, however therapists can enter the patient's phenomenological world and listen carefully to their stories, the beginning of a therapeutic alliance typically emerges.*⁹

Judd ziet neuropsychotherapie vooral als het toepassen van neuropsychologische kennis in de psychotherapie bij patiënten met hersenaandoeningen.¹⁰ Het veronderstelt wel aanpassingen met betrekking tot het onderliggende proces en de inhoud.

Aanwezige cognitieve handicaps worden gecompenseerd door het versterken van de behandelstructuur, aanpassing van de communicatie en geheugenondersteuning.

De inhoud bestaat vooral uit behandeling van de organische verandering in emotie en gedrag, de onbewustheid, het onvermogen om zichzelf te sturen, het empathisch tekort en de catastrofische ervaringen.

Cloninger lijkt de term neuropsychotherapie te willen reserveren voor de behandeling van temperamentaspecten, vaak in combinatie met medicamenteuze therapie.³

Onlangs is in ditzelfde tijdschrift* het boek van een Engelse collega Paul Broks 'Het land van de Stilte' besproken.⁵ Hij voert in een van zijn verhalen Mary ekster op, vrouw van middelbare leeftijd, die na een frontale hersenbloeding extreem ontremd is in woord en gedrag. Ze is zo ontremd dat alleen een ontmoeting met haar echtgenoot haar weer enige zelfdefinitie verschafte.

Het voorbeeld van Mary geeft precies aan waar het in de neuropsychotherapie om gaat. Patiënten met neurologische aandoeningen zijn zelf vaak niet of nauwelijks in staat om zelf te scheppen, of ze zijn niet in staat om zichzelf te begrijpen. We moeten samen met hen, op hun manier en op hun moment een eenheid in het beleven van de patiënt zien op te bouwen. Helpen met zelden dus.

In onze optiek moet de neuropsychotherapie er in de eerste plaats gericht zijn op het mogelijk maken van zelfervaringen. Tevens moet ze er op uit zijn om de organische vertekeningen daarbinnen te verduidelijken. Dit organisch stempel uit zich als toename óf afname van emotionaliteit, realiteitstoetsing, ordelijkheid of empathische vaardigheden. Dit alles moet gebeuren binnen een adaptatieperspectief en zal er toe bijdragen dat patiënten weer een eenheid in hun beleving gaan ervaren.

* Patient Care Neuropsychiatrie & Gedragsneurologie 2005; 4(6): 259.



Het spreekt voor zich dat aandacht voor rouw en mogelijk ook depressiviteit voortdurend aanwezig moet zijn. ■

Referenties:

1. Nouws A. Parkinson, je zou er dwangmatig van worden. Patient Care/Neuropsychiatrie en Gedragsneurologie 2006;5(1):5-12.
2. Hartmann H. Ego psychology and the problem of adaptation. London: Imago Publishing Co. Ltd, 1958.
3. Cloninger, C. Robert, Svrakic, DM, Przybeck TR. A Psychobiological Model of Temperament and Character. Arch Gen Psychiatry 1993;50:975-90.
4. Duijsens IJ, et al. Temperament en Karakter Vragenlijst(TCI), Datec.
5. Broks P. Het land van de stilte. De Bezige Bij 2003.
6. Dennett D C. Het bewustzijn verklaard. Olympus 1999.
7. Schacter D L. De kunst van het geheugen, de herinnering de hersenen en de geest. Anthos 1997.
8. Prigatano G P. Principles of neuropsychological Rehabilitation. Oxford University Press 1999.
9. Prigatano G P. Principles of neuropsychological Rehabilitation Oxford University Press 1999; blz. 204-5.
10. Judd T. Neuropsychotherapy and Community Integration, Brain Illness, Emotions, and Behavior. Kluwer Academic/Plenum Publishers 1999.