

Verborgen kopzorgen

Inleiding

Niet-aangeboren hersenletsel

Niet-aangeboren hersenletsel (NAH) is een blijvende beschadiging van de hersenen, niet ontstaan rond de geboorte en leidend tot een breuk in de levenslijn (Vinke & Kollaard, 2008). Naar schatting lopen jaarlijks 130.000 mensen in Nederland hersenletsel op (Van Heugten et al., 2013). Er is onderscheid tussen traumatisch hersenletsel, ontstaan door een oorzaak van buitenaf en niet-traumatisch hersenletsel, veroorzaakt door een proces in het lichaam zelf, zoals ziekte, infectie of hypoxie. NAH kan leiden tot cognitieve, emotionele en gedragsmatige veranderingen en gepaard gaan met hieruit voortkomende complexe beperkingen (Van Cranenburgh, 2003). Veel van deze problemen zijn voor de buitenwereld niet of nauwelijks waarneembaar.

Psychiatrische stoornissen

Hersenletsel vergroot de kans op psychiatrische stoornissen. In de eerste zeven jaren na opgelopen letsel ontwikkelt 44 procent van de cliënten een depressie. Dit is een groot contrast met de life-timeprevalentie van 15 procent onder de gehele bevolking (Hengeveld & Van Balkom, 2009; Van Reekum, Cohen & Wong, 2000). Depressie komt statistisch gezien vaker voor bij hersenletsel dan bij andere ziekten. Dit lijkt niet alleen samen te hangen met het verwerken van het trauma, maar ook met veranderende neurale structuren die stemming en emoties reguleren (Van Cranenburgh, 2003). Andere veel voorkomende problematiek bij NAH zijn middelenmisbruik, een verhoogd suïciderisico en persoonlijkheidsproblematiek (Van Heugten et al., 2013). Uit onderzoek blijkt dat er geen sprake is van een bepaalde persoonlijkheidsstoornis als gevolg van hersenletsel, maar veel meer van verschillende kenmerken als resultaat van aanhoudende cognitieve gevolgen en compenserende coping (Hibbard et al., 2000, Van Reekum et al., 2000).

Forensische psychiatrie

Bij NAH is veelal sprake van executieve functiestoornissen. Beperkingen in deze cognitieve functies, waaronder zelfregulatie, metacognitieve functies en activatie-regulatie, hebben grote invloed op het algemeen functioneren (Stapert, 2012). Een verstoring kan onder andere leiden tot verlies van impulscontrole. Hierdoor kan als reactie op frustratie, stress of bedreigingen impulsief agressief gedrag ontstaan (Baguley, Cooper & Felmingham, 2006).

Het aantal gepleegde misdaden blijkt bij volwassenen met NAH significant hoger te liggen dan bij volwassenen zonder NAH (Luukkainen, Riala, Laukkanen, Hakko & Räsänen, 2012). Het is onduidelijk bij hoeveel cliënten in de forensische psychiatrie sprake is van hersenletsel. Een Canadees onderzoek spreekt van 23 procent (Colantonio, Stamenova, Abramowitz, Clarke & Christensen, 2007). Cliënten worden alleen na zorgvuldige screening als zodanig herkend. Vaak sluit de geboden behandeling niet aan bij hun meervoudige neuropsychiatrische stoornissen en worden zij bestempeld als chronisch en onbehandelbaar (Van Heugten et al, 2013). Het is belangrijk behandeling aan de cognitieve vaardigheden van de cliënt aan te passen.

In deze gevalsbeschrijving wordt uiteengezet welk resultaat een bij NAH passende bejegening op de behandeling heeft van een cliënt met hersenletsel in een forensische setting.

Gevalsbeschrijving

Jos¹ is een 55-jarige Nederlandse man. Na een ernstige tentamen suïcide (TS) werd hij eind 2013 door de penitentiaire inrichting (PI) verwezen naar een forensisch psychiatrische kliniek. Een jaar later volgde overplaatsing naar forensisch wonen, waar de behandeling werd overgenomen door een Forensisch Assertive Community Treatment-team (FORACT).

Jos groeide op in een instabiel gezin met pedagogisch onmachtige ouders die hun kinderen sloegen. Na de LTS volgde hij een opleiding tot hovenier. Op 18-jarige leeftijd liep hij ten gevolge van een brommerongeluk ernstig hersenletsel op. Zeven jaar later volgde opnieuw traumatisering door een frontale aanrijding met een vrachtwagen, vermoedelijk een TS. Uit dossieronderzoek blijkt dat er sindsdien sprake is van lichamelijke beperkingen en pijnklachten. Behandeling hiervan bestond voornamelijk uit (wisselende) pijnmedicatie, peridieet aangevuld met fysiotherapie.

In de jaren hierna heeft Jos verschillende TS'en gedaan. Meestal wa-

¹ Jos is een gefingeerde naam. Hij heeft toestemming gegeven tot het gebruik van zijn gegevens.

ren deze een reactie op conflicten binnen relaties en oplopende stress. Hij is kortdurend behandeld vanwege een dysthyme stoornis en persoonlijkheidsproblematiek. Langerdurende behandelcontacten brak hij af. In 2007 kwam hij opnieuw in contact met de ggz en verslavingszorg vanwege een depressie, alcoholafhankelijkheid en huiselijk geweld. Na alcoholabstinentie stopte het huiselijk geweld. In 2013 trad hypoxie op na een hartstilstand ten gevolge van een ernstige ts. Zijn vrouw bleek hem te hebben verlaten. Korte tijd later stak hij hun huis in brand. Er was geen justitiële voorgeschiedenis.

Jos heeft geen steunsysteem. Hij heeft een dochter uit een eerdere relatie, met wie hij geen contact heeft. Zijn katholieke geloofsovertuiging is een ondersteunende factor. Hij werkt met plezier bij de groenvoorziening van de instelling.

Tijdens zijn verblijf in de PI is psychologisch onderzoek gedaan, waarbij functioneren op verstandelijk beperkt niveau werd vastgesteld, met een totale intelligentiescore (TIQ) van 59. Deze score is lager dan verwacht, eerdere onderzoeken lieten een TIQ van respectievelijk 103 (17 jaar) en 89 (40 jaar) zien. De cognitieve problemen lijken dan ook een gevolg van restschade door NAH. Er is sprake van verstoord cognitief functioneren. Het mentale tempo is sterk verlaagd en sommige executieve functies zijn zwak. Het verbale begrip is afwijkend hoger dan het werkgeheugen en de verwerkingssnelheid. De kans op overvraging is hierdoor groot.

Tijdens de opname in de forensische kliniek zijn de gevolgen van het NAH en de lage intelligentiescore met Jos besproken, met als doel hem hier inzicht in te geven. Dit riep veel weerstand op, hij ervoer dit als krenkend, wat zijn weerslag had op de samenwerkingsrelatie en de behandeling.

Diagnostiek

De psychiatrische hoofddiagnose luidt: cognitieve stoornis niet anders omschreven (code 294.9). De DSM-IV (American Psychiatric Association, 2007) omschrijft dit als een stoornis, gekenmerkt door een cognitieve disfunctie, vermoedelijk ten gevolge van de directe fysiologische consequenties van een somatische aandoening. In dit geval traumatisch en niet-traumatisch hersenletsel. Differentiaaldiagnostisch zijn er kenmerken van persoonlijkheidsproblematiek, zoals verstoorde affecten en slechte beheersing van impulsen. Dit leidt tot beperkingen in het sociaal en beroepsmatig functioneren. Het duurzame patroon is vermoedelijk het gevolg van een somatische aandoening, namelijk het hersenletsel.

De functionele beperkingen zijn met behulp van de ICF (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2007) geïnclassificeerd (tabel 1).

Tabel 1
ICF-classificatie

Funcities	Activiteiten en participatie	Externe factoren
Ernstige stoornis in intellectuele functies (b117.3)	Ernstige beperking in het oplossen van problemen (d175.3)	Religie is een ondersteunende factor (e465+3)
Ernstige stoornis temperament en persoonlijkheid (b126.3)	Ernstige beperking in het omgaan met stress (d2401.3)	
Matige stoornis in stemming (b152.3)		
Ernstige stoornis in hogere cognitieve functies (b164.3)		
Ernstige pijn in meerdere lichaamsdelen (b2802.3)		

Voor de verpleegkundige diagnostiek is gebruikgemaakt van NANDA International (2011). De daaruit voortvloeiende doelen en passende interventies zijn geformuleerd met behulp van de Nursing Outcome Classification (NOC) (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2010) en de Nursing Intervention Classification (NIC) (Bulechek, Butcher & McCloskey Dochterman, 2012), zie tabel 2.

Verpleegkundig-diagnostisch is er bij Jos sprake van chronisch geringe zelfachting en ineffectieve coping. Dit manifesteert zich in inadequate probleemoplossing en impulsief destructief gedrag jegens zichzelf en anderen, soms gepaard gaande met verbale agressie, veroorzaakt door een onvermogen om eigen emoties te herkennen en te reguleren. Als gevolg van NAH is het mentale tempo vertraagd en heeft hij problemen bij het ordenen van informatie. Complexe situaties zijn hierdoor moeilijk te overzien. De frustratietolerantie is laag, dit uit zich door plots opkomende woede, impulsief gedrag en machteloosheid. Het ervaren van veel stress en relatieproblemen hebben in het verleden tot zowel ernstige suïcidepogingen als tot brandstichting geleid. Daarnaast is sprake van rouw. Hij heeft moeite de verliezen die hij heeft geleden te aanvaarden. Hij ervaart gevoelens van wanhoop, woede en betekenisloosheid.

Somatisch gezien heeft hij last van chronische pijn ten gevolge van lichamelijke beperkingen veroorzaakt door twee ernstige ongelukken. Dit verhoogt zijn stressniveau en leidt tot slaapproblemen en prikkelbaarheid.

Tabel 2

Verpleegkundige diagnoselabels (NANDA), resultaten (NOC) en interventies (NIC)

NANDA	NOC	NIC
Chronische geringe zelfachting (00119)	Hoop Kwaliteit van leven Stressniveau	Aanwezig zijn (5340) Verbetering van probleemhantering (5320) Counseling (5240)
Ineffectieve coping (00069)	Persoonlijke veerkracht Stressniveau Rouwverwerking Kwaliteit van leven	Verbetering van probleemhantering (5320) Aanwezig zijn (5340) Counseling (5240)
Rouw (00136)	Rouwverwerking Hoop Persoonlijke veerkracht	Ondersteuning bij rouwverwerking (5290) Emotionele ondersteuning (5270) Aanwezig zijn (5340)
Chronische pijn (00133)	Kwaliteit van leven Stressniveau	Pijnbestrijding (1400) Verbetering van probleemhantering (5230)

Behandeling

Jos verblijft twee maanden in de forensische woonvorm als de verpleegkundig specialist ggz in opleiding (vsio) de behandeling overneemt. Bij het samen formuleren van de behandeldoelen is Jos kort en bondig. Hij wil ten eerste het verleden achter zich laten, ten tweede vermindering van de pijnklachten en ten derde weer zelfstandig wonen. Het forACT heeft als belangrijk doel het reduceren van recidiverisico op basis van het risk-needs-responsivity model (Bonta & Andrews, 2007). De risicotaxatie wordt gedaan met de short-term assessment of risk and treatability (START) (Webster, Martin, Brink, Nicholls & Middleton, 2004). Hierin worden risico en protectieve factoren beoordeeld. Op acht specifieke risicogebieden, namelijk risico voor anderen, zelfbeschadigend gedrag, suïcide, ongeoorloofde afwezigheid, middelenmisbruik, zelfverwaarlozing, victimisatie en casusspecifieke risico's, werd het risico gemiddeld als matig ingeschat. Het doel van de vsio was contactopbouw en aansluiten bij de belevingswereld van Jos om zo mogelijkheden en beperkingen in kaart te brengen om tot een passende behandeling te komen. Hiervoor werd de presentiebenadering gebruikt (Baart & Grypdonck, 2008). Gekeken werd wat Jos nodig had om zijn leven zo passend mogelijk vorm

te geven en welke ondersteuning hierbij paste. De vsio bood in het begin veelal praktische ondersteuning. Het contact was laagdrempelig en vond ook buiten de geplande behandelaafspraken plaats. Informatie werd door de vsio gestructureerd aangeboden, concreet en langzaam, zodat Jos tijd had deze te verwerken. Er werden niet te veel onderwerpen tegelijk besproken. Dit past bij de beschrijving van Judd (1999) over gepaste communicatie bij NAH. Gemaakte afspraken en volgende stappen in de behandeling werden puntsgewijs opgeschreven, zodat Jos het overzicht kon behouden. Hij leek het prettig te vinden dingen van zich af te schrijven. Dit vormde het uitgangspunt om rouwverwerking middels internetbehandeling te starten. Aangezien de verliezen, zijn verdriet en boosheid aan meerdere gebeurtenissen in het verleden waren gekoppeld, bleek het echter moeilijk voor Jos om dit aan te pakken en vorm te geven. De behandeling leek vast te lopen. In een behandelgesprek werd de levenslijn van Jos getekend, waarop hij alle belangrijke gebeurtenissen kon aangeven en overzicht ontstond. Daarna werd zijn leven aan de hand van deze gebeurtenissen opgedeeld in fases. Jos bepaalde deze fases zelf. De oefeningen uit de internetbehandeling werden vervolgens voor iedere fase opnieuw doorlopen, terugwerkend in de tijd en beginnend bij het meest recente verleden.

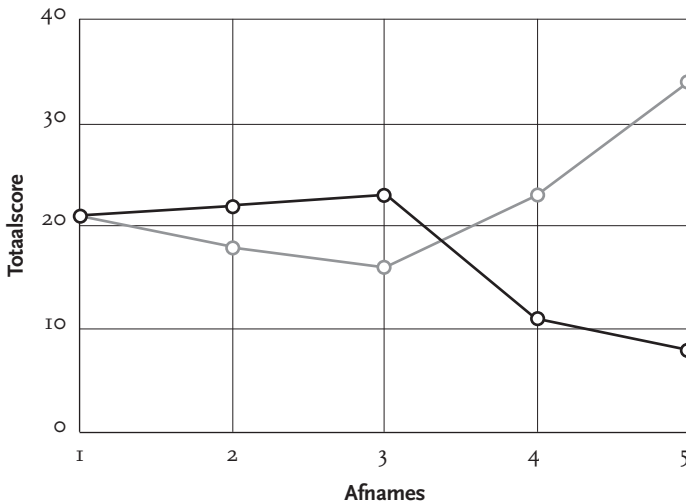
Over mogelijke behandelingen van zijn chronische pijnen overlegde de vsio met de huisarts. Jos kreeg een verwijzing naar een pijncentrum.

Resultaten

Het verbeteren van de probleemhantering bleek vanwege een gebrek aan inzicht in Jos' beperkingen lastig. Dit gebrek aan ziekte-inzicht (anosognosie) is een gevolg van het hersenletsel en veel voorkomend bij NAH (Stapert, 2012). Er werd gekozen voor een oplossingsgerichte benadering, gericht op krachten en competenties. Anosognosie en beperkingen in de cognitieve functies hoeven geen belemmering te zijn bij oplossingsgerichte therapie (Klaver & Bannink, 2010). Stilstaan bij de dingen die goed verliepen gaven Jos hoop en hadden een positieve uitwerking op het opbouwen van een therapeutische werkrelatie. In de gesprekken sprak hij vertrouwen uit naar de VSio en zei steun te ervaren. Door het markeren van belangrijke gebeurtenissen op zijn levenslijn, werd voor Jos visueel inzichtelijk wanneer hersenletsel was opgetreden en welk effect dit had gehad op zijn leven. Voorzichtig begon hij hier vragen over te stellen en ontstond er ruimte voor het bespreken van de gevolgen en de door hem ervaren beperkingen van NAH.

Behandeling van zijn pijnklachten door het pijncentrum bleek vrijwel direct succesvol. De pijnprikkels werden door middel van injecties geblokkeerd. Jos gaf aan dat de pijnen voor het eerst sinds 1986 afna-

Figuur 1
START scorelijst



- Risico's
- Sterke punten

Overzicht START-scores, afgenomen op:

1 – december 2013; opname forensische kliniek

2 – juni 2014

3 – december 2014; afsluitende taxatie voor overplaatsing naar forensisch wonen

4 – maart 2015

5 – september 2015

men. Hij sliep beter, de pijnmedicatie kon worden afgebouwd en hij voelde zich meer belastbaar.

Drie en zeven maanden na zijn plaatsing op forensisch wonen werden opnieuw risicotaxaties gedaan. De uitkomst van de START toonde een afname van de risico's en een toename van de ondersteunende factoren (figuur 1). Op de specifieke risicogebieden werd het risico nu zes keer als laag en twee keer als matig beoordeeld.

Tijdens de behandelplanevaluatie werden de behaalde doelen en deze resultaten met het multidisciplinaire team en de reclassering besproken. Gezamenlijk werd besloten dat Jos klaar was voor de volgende stap, namelijk zelfstandig wonen met ambulante begeleiding door het FORACT.

Discussie

Tijdens systematische screening van intakes in ggz-instellingen bleek dat circa 20 procent van de aangemelde personen kampt met de gevolgen van opgelopen hersenletsel (Van der Weijden & Lendemeijer, 2007). De behandeling was veelal gericht op de psychiatrische stoornis, geen rekening houdend met de complexe beperkingen van NAH. Zo is er bij Jos tijdens de opname in de kliniek veel aandacht besteed aan het inzichtelijk proberen te maken van zijn beperkingen, met de overtuiging dat beter ziekte-inzicht zou leiden tot minder gevaarlijk of storend gedrag. Dit werkte echter averechts en is, zo blijkt uit onderzoek, ook niet noodzakelijk voor een goede behandeling (Van Bost, Lorent & Crombez, 2005). Beschadigd inzicht is een onderdeel van de problematiek bij NAH, anosognosie en gedragsproblemen kunnen al snel leiden tot labels als 'lastig' en 'onbehandelbaar'. Een op NAH aangepaste bejegening en communicatie vormden de basis voor de behandeling. In combinatie met een oplossingsgerichte benadering zorgde dit in de behandeling van Jos voor een positieve instelling en hoop. Investeren in een samenwerkingsrelatie blijkt essentieel bij cliënten met NAH (Schönberger, Humle & Teasdale, 2006).

De richtlijn Behandeling van neuropsychiatrische gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel (Hoenderdaal, Ponds, Wiersma, Klokman & Van Zelm, 2007) noemt scholing in de gevolgen van hersenletsel op gedrag en cognitie wenselijk, maar doet geen aanbevelingen over bejegening of communicatiemogelijkheden.

In deze gevalsbeschrijving is niet dieper ingegaan op de cognitieve achteruitgang tot het niveau licht verstandelijk beperkt en de gevolgen hiervan. De aangepaste communicatiestijl is hier wel op afgestemd. De integratieve benadering bij volwassenen met een verstandelijke beperking (Došen, 2010) zou een andere invalshoek voor behandeling kunnen geven.

Conclusie

De behandeling van cliënten met NAH is complex en lijkt in de forensische psychiatrie onderbelicht. Na aanvullende verpleegkundige diagnostiek worden de beperkingen en gevolgen van een enkelvoudige DSM-IV classificatie Cognitieve stoornis NAO duidelijk.

Deze gevalsbeschrijving laat zien dat present zijn en een op NAH aangepaste bejegening en communicatiestijl essentieel zijn om tot een goede samenwerkingsrelatie te komen. De behandeling van een cliënt met meervoudig hersenletsel kon zo worden aangepast op zijn niveau van functioneren en het recidiverisico daalde.

Het coördineren van hoogcomplexere zorg is het expertisegebied van

de verpleegkundig specialist ggz. Naast brede kennis van psychiatrische stoornissen is ook oog voor somatische problematiek in deze casus onmisbaar gebleken. Meer aandacht is nodig voor de behandeling en begeleiding van cliënten met НАН. De verpleegkundig specialist kan hier een belangrijke bijdrage in leveren door onder andere deskundigheidsbevordering en coaching van verpleegkundige teams. Dit levert een positieve bijdrage aan de zorg voor deze complexe doelgroep.

Summary

This case study concerns a client with traumatic brain injury in treatment with a forensic АСТ-team. There are complex problems; his cognitive functioning has diminished to the level of intellectual disability due to the multiple brain injury. In the past he discontinued prolonged treatments. One widespread phenomenon of brain damage is the lack of insight. Treatment not geared to the multiple neuro-psychiatric disorders can lead to labels such as untreatable and troublesome. It is possible to construct a relationship based-on cooperation by adapting the approach and communication to the perception of the client. Solution-focused interviewing emphasized his strengths and capacities instead of confronting him with his limitations. This resulted in improved confidence and hope for the client. The risk of recidivism of his offence (arson) was reduced considerably.

There is insufficient regard for clients with traumatic brain injury in forensic psychiatry and their treatment deserves more professional attention and expertise.

Keywords: brain injury, approach, forensic psychiatry

Literatuur

- American Psychiatric Association (2007). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM IV-TR*. Amersfoort: Drukkerij Wilco.
- Baart, A. & Grypdonck, M. (2008). *Verpleegkunde en presentie. Een zoektocht in dialoog naar de betekenis van presentie voor verpleegkundige zorg*. Den Haag: Uitgeverij Lemma.
- Baguley, I. J., Cooper, J. & Felmingham, K. (2006). Aggressive Behavior Following Traumatic Brain Injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 21(1), 45–56.
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2007). Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation. *Rehabilitation*, 6, 1-22.
- Bost, G. van, Lorent, G., & Crombez, G. (2005). Aanvaarding na niet-aangeboren hersenletsel. *Gedragstherapie*, 38(4), 245.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K. & McCloskey Dochterman, J. (2010). *Verpleegkundige interventies*. Amsterdam: Reed Business.
- Colantonio, A., Stamenova, V., Abramowitz, C., Clarke, D. & Christensen, B. (2007). Brain injury in a forensic psychiatry population. *Brain Injury*, 21(13-14), 1353-1360.
- Cranenburgh, B. van (2003). *Neuropsychologie. Over de gevolgen van hersenbeschadiging*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Došen, A. (2008). *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap* (herziene druk). Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Hengeveld, M. W. & Balkom, A. J. L. M. van (2009). *Leerboek Psychiatrie* (herziene druk). Utrecht: De Tijdstroom uitgeverij.
- Heugten, C. M. van, Janssen, E. P., Visscher, A. J., Wolters Gregório, G., Smeets, S., Berkers, R. M. & Ponds, R. W. (2013). Klinische patiënten met niet-aangeboren hersenletsel in de ggz; inventarisatie van zorgbehoefes en ontvangen zorg. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 55(9), 665–675.
- Hibbard, M. R., Bogdany, J., Uysal, S., Kepler, K., Silver, J. M., Gordon, W. A. & Haddad, L. (2000). Axis II psychopathology in individuals with traumatic brain injury. *Brain Injury*, 14(1), 45–61.
- Hoenderdaal, P, Ponds, R. W. H. M., Wiersma, J., Klokman, E. & Zelm, R. T. van (2007). *Richlijn Behandeling van neuropsychiatrische gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel*. Verkregen op 4 oktober, 2015, van www.diliguide.nl/document/2741/hersenletsel-neuropsychiatrische-gevolgen-van-niet-aangeboren.html
- Judd, T. (1999). *Neuropsychotherapy and community integration: Brain illness, emotions, and behaviour*. New York: Springer Science & Business Media.
- Klaver, M. & Bannink, F. (2010). Oplossingsgerichte therapie bij patiënten met niet-aangeboren hersenletsel. *Tijdschrift voor Neuropsychologie*, 5(2), 11–19.
- Luukkainen, S., Riala, K., Laukkanen, M., Hakko, H. & Räsänen, P. (2012). Association of traumatic brain injury with criminality in adolescent psychiatric inpatients from Northern Finland. *Psychiatry research*, 200(2), 767-772.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L. & Swanson, E. (2011). *Verpleegkundige zorgresultaten*. Amsterdam: Reed Business.
- NANDA International (2011). *Verpleegkundige diagnoses en classificaties 2009-2011*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Nederlandse WHO-FIC Collaborating Centre (2007). *ICF: Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Reekum, R. van, Cohen, T. & Wong, J. (2000). Can Traumatic Brain Injury Cause Psychiatric Disorders? *The Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences*, 12(3), 316–327.
- Schönberger, M., Humle, F., & Teasdale, T. W. (2006). Subjective outcome of brain injury rehabilitation in relation to the therapeutic working alliance, client compliance and awareness. *Brain Injury*, 20(12), 1271-1282.
- Stapert, S. (2012). *Traumatisch hersenletsel*. Amsterdam: Hogrefe.
- Vinke, H. & Kollaard, S. (2008). *Zorgboek Niet-aangeboren hersenletsel*. Amsterdam: Stichting September. Webster, C. D. Martin, M. Brink, J., Nicholls, T. L. & Middleton, C. (2004). *Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): An Evaluation and Planning Guide* (Version 1.0 Consultation Edition). Hamilton, Canada: St. Joseph's Health Care and Forensic Psychiatric Services Commission.

Weijden, F. van der & Lendemeijer, B. (2007). Hersenletsels over het hoofd gezien: diagnostische verwarring over mensen met niet-aangeboren hersenletsel in de GGZ. *Psychopraxis*, 9(1), 17 – 23.

Samenvatting

De cliënt in deze gevalsbeschrijving heeft niet-aangeboren hersenletsel en is in behandeling bij een forensisch ACR-team. De problematiek is complex en het cognitief functioneren van deze cliënt is door het hersenletsel gedaald tot een zogenoemd licht verstandelijk beperkt niveau. Een veel voorkomend verschijnsel bij hersenletsel is gebrek aan ziekte-inzicht. In behandelingen kan het niet aansluiten bij de meervoudige neuropsychiatrische stoornissen van mensen met niet-aangeboren hersenletsel leiden tot labels als 'onhandelbaar' en 'lastig'. Behandelcontacten werden in het verleden door de cliënt afgebroken. Door bejegening en communicatiestijl aan te passen aan zijn belevingswereld werd het mogelijk een samenwerkingsrelatie op te bouwen. Oplossingsgerichte gespreksvoering benadrukte zijn krachten en competenties in plaats van hem te confronteren met zijn beperkingen. Dit leidde bij de cliënt tot een positieve instelling en hoop. Het risico op herhaling van zijn delict (brandstichting) daalde aanzienlijk. De behandeling van cliënten met niet-aangeboren hersenletsel lijkt in de forensische ggz onderbelicht en behoeft meer aandacht en expertise.

Trefwoorden: hersenletsel, bejegening, forensische psychiatrie