

# Handboek neuropsychotherapie

Peter Smits  
Rudolf Ponds  
Niels Farenhorst  
Marion Klaver  
Renée Verbeek (redactie)

**Boom**

© Peter Smits, Rudolf Ponds, Niels Farenhorst, Marion Klaver, Renée Verbeek & Boom uitgevers Amsterdam, 2016

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912. Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting pro (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.stichting-pro.nl](http://www.stichting-pro.nl)).

*No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.*

De uitgever heeft ernaar gestreefd de rechten van de illustraties en de artikelen volgens wettelijke bepalingen te regelen. Degenen die desondanks menen zekere rechten te kunnen doen gelden, kunnen zich alsnog tot de uitgever wenden.

Verzorging omslag: René van der Vooren

Verzorging binnenwerk: Steven Boland

ISBN 978 9089 535634

NUR 770

[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

[www.boompsychologie.nl](http://www.boompsychologie.nl)

# Inhoud

Foreword <i>Rudi Coetzer</i>	II
<b>I Inleiding</b>	<b>15</b>
<i>Peter Smits, Rudolf Ponds, Niels Farenhorst, Marion Klaver en Renée Verbeek</i>	
1.1 Aanleiding voor dit boek	15
1.2 Inhoudelijke verantwoording	16
1.3 Indeling van het boek	17
1.4 De rol van de neuropsycholoog	18
1.5 Relatie met het boek <i>Neuropsychologische behandeling</i>	18
1.6 Behandelprotocollen en website	19
1.7 Toekomstige ontwikkelingen	19
<b>Deel 1 Algemene aspecten van neuropsychotherapie</b>	<b>21</b>
<b>2 Neuropsychotherapie: een plaatsbepaling</b>	<b>23</b>
<i>Rudolf Ponds en Peter Smits</i>	
2.1 Wat is neuropsychotherapie?	25
2.2 Primaire en secundaire symptomen	31
2.3 Een nieuwe identiteit	34
2.4 Acceptatie	35
2.5 Ziekte-inzicht en motivatie voor verandering	37

2.6	Systeem	39
2.7	Cognitieve stoornissen	40
2.8	Psycho-educatie	42
2.9	Praktische alledaagse problemen	43
2.10	Neuropsychotherapie – wanneer niet?	43
2.11	Tot besluit	43
<b>3</b>	<b>Neuropsychologische probleemanalyse en casusconceptualisatie</b>	<b>45</b>
	<i>Peter Smits en Rudolf Ponds</i>	
3.1	Neuropsychologische probleeminventarisatie en -analyse	45
3.2	De invloed en gevolgen van de hersenaandoening	47
3.3	Premorbide invloeden	55
3.4	Actuele invloeden in de problemen: kenmerken van actuele aanpassing	57
3.5	Samenvoegen van alle relevante informatie; van taxatie naar interventie	62
3.6	Doelen stellen en behandelplan opstellen	67
3.7	Keuze voor behandelmethodiek: indicatiestelling	69
3.8	Tot besluit	70
<b>4</b>	<b>De therapeutische relatie</b>	<b>75</b>
	<i>Renée Verbeek</i>	
4.1	Belang van de therapeutische relatie	75
4.2	Ontwikkelingen in de therapeutische relatie	76
4.3	De therapeutische relatie en de alliantie	77
4.4	De therapeutische relatie met de patiënt met een hersenaandoening	81
4.5	Tot besluit	87
	<b>Deel 2 Psychotherapeutische behandelmethodieken</b>	<b>91</b>
<b>5</b>	<b>Mediatieve therapie</b>	<b>93</b>
	<i>Marion Klaver</i>	
5.1	Historie en ontwikkeling van mediatieve therapie	94
5.2	Toepassing en onderzoek	95
5.3	Vorbereiding op mediatieve therapie	96
5.4	De toepassing van mediatieve therapie met een zorgteam	97
5.5	Oplossingsgerichte mediatieve therapie	107
5.6	Tot besluit	108

<b>6</b>	<b>Cognitieve gedragstherapie</b>	<b>113</b>
	<i>Niels Farenhorst en Marion Klaver</i>	
6.1	Historie	114
6.2	Theorie en behandelrationale	115
6.3	Bevindingen wetenschappelijk onderzoek	115
6.4	Indicatie	117
6.5	Het cognitief-gedragstherapeutische proces	118
6.6	Behandelprotocollen voor patiënten met een hersenaandoening	130
6.7	Tot besluit	130
<b>7</b>	<b>Acceptance and Commitment Therapy</b>	<b>133</b>
	<i>Niels Farenhorst en Yvonne Bol</i>	
7.1	Geschiedenis, ontwikkeling en plaatsbepaling	134
7.2	Theorie	135
7.3	Therapeutische relatie	138
7.4	Bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek	139
7.5	Indicaties	140
7.6	Therapiegerichte diagnostiek	141
7.7	Toepassing bij mensen met een hersenaandoening	143
7.8	Meetinstrumenten voor monitoring en evaluatie van behandeling	150
7.9	Tot besluit	150
<b>8</b>	<b>Mindfulness</b>	<b>155</b>
	<i>Annelies Spek, Yvonne Bol en Sandra Smits-Lemmens</i>	
8.1	Geschiedenis, ontwikkeling, ontstaan	156
8.2	Theorie: uitleg en behandelrationale	157
8.3	Bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek	159
8.4	Contra-indicaties	163
8.5	Toepassing bij hersenaandoeningen	164
8.6	Meetinstrumenten voor monitoring en evaluatie van behandeling	166
8.7	Tot besluit	167
<b>9</b>	<b>Oplossingsgerichte therapie</b>	<b>171</b>
	<i>Marion Klaver</i>	
9.1	Ontstaan van oplossingsgerichte therapie	172
9.2	Theoretische basis en uitgangspunten	172
9.3	Bevindingen onderzoek	174
9.4	Indicaties en contra-indicaties	175
9.5	Toepassing	176

9.6	Toepassing van oplossingsgerichte therapie bij patiënten met een hersenaandoening	180
9.7	Tot besluit	186
<b>10</b>	<b>Eye Movement Desensitization and Reprocessing</b>	<b>189</b>
	<i>Marja Vink, Ellen Janssen en Akkie Zaal</i>	
10.1	Ontwikkeling en behandelrationale	190
10.2	Bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek	192
10.3	Therapiegerichte diagnostiek	195
10.4	Indicaties en contra-indicaties	199
10.5	Toepassing bij hersenaandoeningen	202
10.6	Monitoring en evaluatie	205
10.7	Tot besluit	207
<b>11</b>	<b>Systeemtherapeutische behandeling</b>	<b>213</b>
	<i>Vera Brandsma, Yvonne Bosgraaf, Fridus van der Weijden en Peter Smits</i>	
11.1	Geschiedenis en theoretische uitgangspunten van systeemtherapie	214
11.2	Bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek	217
11.3	Indicaties en contra-indicaties voor systeemtherapie bij hersenaandoeningen	218
11.4	Systeemtherapeutische diagnostiek	218
11.5	Toepassing van systeemtherapie bij hersenaandoeningen	227
11.6	Meetinstrumenten voor monitoring en/of evaluatie van behandeling	232
11.7	Tot besluit	233
<b>12</b>	<b>Groepsbehandeling in een therapeutisch milieu</b>	<b>235</b>
	<i>Martie Vink</i>	
12.1	Aandacht voor langetermijngevolgen	237
12.2	Behandelrationale	237
12.3	Bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek	240
12.4	Het INR-programma	241
12.5	Ervaringen met werken in een holistisch programma	249
12.6	Tot besluit	253

<b>Deel 3</b>	<b>Behandeling van specifieke problemen</b>	<b>257</b>
<b>13</b>	<b>Behandeling van angstproblematiek</b>	<b>259</b>
	<i>Peter Smits</i>	
13.1	Onderzoeksbevindingen	260
13.2	Assessment	261
13.3	Behandeling	263
13.4	Behandeladviezen en casuïstiek	266
13.5	Tot besluit	279
<b>14</b>	<b>Behandeling van stemmingsproblematiek</b>	<b>293</b>
	<i>Sascha Rasquin en Joyce Kootker</i>	
14.1	Onderzoeksbevindingen	284
14.2	Assessment	286
14.3	Behandeling depressie na een hersenaandoening: een voorbeeld	287
14.4	Tot besluit	295
<b>15</b>	<b>Behandeling van agitatie en agressie</b>	<b>299</b>
	<i>Niels Farenhorst en Rudolf Ponds</i>	
15.1	Oorzaken van geagiteerd en agressief gedrag na een hersenaandoening	300
15.2	Onderzoeksbevindingen	302
15.3	Interventies bij geagiteerd en agressief gedrag	302
15.4	Assessment	305
15.5	Protocol <i>Meer grip op prikkelbaarheid en prikkelbaar gedrag</i>	307
15.6	Tot besluit	315
<b>16</b>	<b>Behandeling van dwanghuilen</b>	<b>319</b>
	<i>Eric van Balen en Tim Vaessen</i>	
16.1	Dwanghuilen	319
16.2	Onderzoeksbevindingen en richtlijnen	322
16.3	Assessment	323
16.4	Behandelprotocol	325
16.5	Toepassingen	332
<b>17</b>	<b>Behandeling van seksuele problemen</b>	<b>325</b>
	<i>Dymphie In de Braek en Niels Farenhorst</i>	
17.1	Het biopsychosociale model van seksualiteit (BPS)	336
17.2	Onderzoeksbevindingen	339

17.3	Diagnostiek	341
17.4	Behandeling	344
17.5	Tot besluit	351
<b>18</b>	<b>Sociale vaardigheden</b>	<b>355</b>
	<i>Joris van Neijenhof en Thomas Jansen</i>	
18.1	Onderzoeksbevindingen	357
18.2	Assessment	358
18.3	Socialevaardigheidstraining bij hersenaandoeningen	359
18.4	Casuïstiek en behandeladviezen	365
18.5	Tot besluit	371
	Over de auteurs	375
	Register	379



## Foreword

What does it feel like to have suffered a brain injury? How do persons make sense of an injury that has affected the very organ responsible for our thoughts, feelings, behaviour and self-reflection? These are questions most colleagues who work with brain-injured individuals are likely to reflect upon at some point in their careers. And perhaps logically from these questions, the issue arises of how we may be able to help our patients in their attempts to emotionally adjust and live meaningful lives after what is mostly a catastrophic life event. Many excellent brain injury rehabilitation models have been developed over the past few decades. Some of these models have historically reflected a primarily cognitive, physical or behavioural approach, and sometimes a combined approach. But helping patients with their long-term emotional adjustment has often been missing from many rehabilitation programmes. A relatively more recent development in brain injury rehabilitation has been the application of psychotherapeutic approaches, mostly in holistic rehabilitation programmes (for example Barbara Wilson and colleagues at the Oliver Zangwill Centre in the UK, and in the USA the work of colleagues at the Barrow Neurological Institute, the Center for Transitional NeuroRehabilitation), to manage these considerable emotional and psychological adjustment problems faced by many of our patients. Over the past two to three decades several doyens in the field have contributed to the development of psychotherapeutic models for brain injury rehabilitation. To mention only a few, the work of Ted Judd, George Prigatano, Pamela Klonoff, Tamara Ownsworth, Yehuda

Ben-Yishay, Anne-Lise Christensen, Laurence Miller, Ronald Ruff, Ritva Laaksonen and colleagues, Mark Solms and colleagues, and many others have informed our understanding of a wide range of psychotherapeutic approaches intended to improve brain injury rehabilitation.

With this new book Smits et al. make a timely contribution to the field. Their interesting book is divided into three sections: A general background on psychotherapy in neurological populations, or *neuropsychotherapy*; specific psychotherapeutic approaches in neuropsychotherapy, and the neuropsychotherapeutic approaches to specific problems associated with brain injury. The general background section covers specific brain injury-related issues such as the history of neuropsychotherapy, the role of the neuropsychologist, insights, diagnostics and indications for neuropsychotherapy, as well as treatment plans and goal setting. Of particular interest to most practitioners will be the chapter covering the therapeutic relationship and related aspects. The second section covers therapeutic models including Cognitive Behaviour Therapy, Solution Focused Therapy, Behaviour Modification and Group Therapy. The more recent 'Third Wave' development in psychotherapy is also covered – Acceptance & Commitment Therapy, which will be of interest to those unfamiliar with the use of this relatively new approach to psychological therapy in brain injury rehabilitation. The last section deals with the neuropsychotherapeutic approach to treating the well-known issues associated with brain injury, such as emotional lability, anxiety, depression, anger and irritability. I particularly liked the inclusion of treatment approaches in relation to impaired social skills, a neglected area in psychotherapy practice as applied to neurorehabilitation. A major strength of this book is its logical and systematic coverage of what is a complex sub-speciality within the field of neuropsychological rehabilitation.

Fate can change a person's life in an instant. Which brings us back to the question at the beginning of this foreword: what it might feel like to have suffered a brain injury. As practitioners we can never presume to really know the devastating personal psychological effects of brain injury. However, psychotherapists working in brain injury rehabilitation are continually presented with their patients' (and their relatives') intense feelings of loss, anger, sorrow, mourning, uncertainty, depression and anxiety. And to make matters more complex, these phenomenological experiences are often reported in the context of cognitive impairment, and behavioural or personality changes. Hence, it should not come as any surprise that offering psychotherapy in the brain injury rehabilitation setting is not always easy. But it is an incredibly rewarding job, and a privilege, to have

an opportunity to contribute something, however modest, to our patients' complex emotional journey after having sustained a brain injury. Neuropsychotherapy requires certain personal attributes from a clinician: humility, empathy, calmness, compassion, self-awareness, resilience and the ability to forgive and be forgiven. It also requires a remarkable level of knowledge, clinical wisdom, and technical competence to be an efficient practitioner. And this is where this book makes such an excellent contribution. I would like to highly recommend this important book by our Dutch colleagues. Their book makes a significant additional contribution to the field, and should be of great interest to those providing psychotherapeutic support to brain-injured individuals.

Rudi Coetzer, North Wales, United Kingdom, 2015

## Inleiding

Peter Smits, Rudolf Ponds, Niels Farenhorst, Marion Klaver en Renée Verbeek

Een hersenaandoening heeft in de regel een grote impact op het leven van de patiënt en zijn naasten. Als gevolg van blijvende cognitieve beperkingen kan de patiënt bijvoorbeeld zijn werk of opleiding niet hervatten. Ook de rol en positie in het gezin kunnen veranderen, en het oude zelfbeeld moet vaak plaatsmaken voor een nieuw zelfbeeld. Dit verloopt niet altijd vanzelf en kan gepaard gaan met emotionele en zelfs gedragsmatige ontregeling, zoals depressie of geagiteerd gedrag, waarvoor psychotherapeutische behandeling noodzakelijk is. Tot voor kort was psychotherapie bij patiënten met een hersenaandoening niet gebruikelijk, omdat de aanwezigheid van cognitieve stoornissen als contra-indicatie voor psychotherapeutisch handelen werd gezien. Dit laatste is inmiddels duidelijk aan het veranderen.

### 1.1 Aanleiding voor dit boek

Er verschijnt inmiddels gelukkig steeds meer literatuur over de toepassing van psychotherapie bij mensen met een hersenaandoening, niet alleen in Nederland maar ook mondiaal. In omvang blijft het echter nog bescheiden.

In de algemene inleiding van het eerste Nederlandstalige handboek *Neuropsychologische behandeling* (Ponds, Van Heugten, Fasotti & Wekking, 2010) benadrukken de redacteuren al de noodzaak voor meer onderzoek naar de behandeling van de niet-cognitieve stoornissen en problemen na een hersenaandoening. Bij de introductie van dit handboek in 2010

werd er mede om deze reden een werkgroep Neuropsychotherapie samengesteld, met vertegenwoordigers uit de secties Neuropsychologie en Revalidatie van het NIP. De opdracht aan de werkgroep Neuropsychotherapie was om de ontwikkeling van de neuropsychotherapie in Nederland te bevorderen. Deze werkgroep is uiteindelijk begin 2012 gestart en was al snel van mening dat neuropsychotherapie meer is dan alleen het toepassen van psychotherapie waarbij je rekening houdt met de praktische beperkingen door een hersenaandoening (bijvoorbeeld vergeetachtigheid). Neuropsychotherapie kenmerkt zich ook door specifieke thema's, zoals het zoeken naar een nieuwe identiteit of het doorlopen van een aanpassingsproces.

Echter, hoe kan de toepassing van neuropsychotherapie bevorderd worden in Nederland? Deze vraag was voor de leden van de werkgroep reden om een eerste Nederlandstalig handboek over dit onderwerp te schrijven. De ambitie werd om een praktijkgericht en gebruiksvriendelijk handboek te schrijven waarin de toepassing van neuropsychotherapie vooropstaat. We wilden daarmee pogen verder te komen dan de diverse introducties op dit onderwerp die al bestaan. Tevens wilden we een aanvullende verdieping geven op hoofdstukken uit het derde deel van het handboek *Neuropsychologische behandeling* (Ponds et al., 2010). Als laatste hoopten we dat dit boek zou gaan dienen als leerboek voor diverse opleidingen.

## 1.2 Inhoudelijke verantwoording

De redactie heeft getracht in dit handboek een zo compleet mogelijk overzicht te geven van de toepassing van neuropsychotherapie. Desondanks moesten er bij de samenstelling van dit boek onvermijdelijk keuzen worden gemaakt.

Om de toepasbaarheid van neuropsychotherapie te vergroten is getracht eenduidige terminologie te hanteren. Er is daarom bijvoorbeeld gekozen voor het gebruik van de brede term 'hersenaandoeningen'. De redactie is namelijk van mening dat de indicatie voor neuropsychotherapie geldt voor alle patiënten met een vorm van niet-aangeboren hersenletsel, zowel wanneer dit acuut ontstaan is (bijvoorbeeld door een herseninfarct of hersentrauma) als wanneer dit het gevolg is van een (progressieve) neurodegeneratieve aandoening, zoals de ziekte van Parkinson, multiple sclerose of (beginnende) dementie. In sommige hoofdstukken zal echter vooral gesproken worden over patiënten met acuut ontstaan hersenletsel, omdat het onderwerp specifiek betrekking heeft op deze groep patiënten. De toepassing van (neuro)psychotherapeutische interventies bij neuropsychiatrische aandoeningen zoals autisme, psychotische stoornissen of kinderen en jeugdigen met een hersenaandoening is een apart, omvangrijk werk- en

onderzoeksterrein met bijbehorende literatuur. Voor ons reden het niet op te nemen in dit boek.

Er is verder gekozen voor de term ‘patiënt’ en niet voor ‘cliënt’, hetgeen doorgaans gebruikelijk is in de psychotherapieliteratuur. Verder kan overal waar ‘hij’ of ‘hem’ staat ook ‘zij’ of ‘haar’ worden gelezen. Ook wordt vaak de brede term ‘psycholoog’ of ‘therapeut’ gebruikt. De reden hiervoor is dat sommige beroepstitels, zoals psychotherapeut of klinisch neuropsycholoog, in Nederland beschermd zijn en het gebruik ervan ten onrechte zou suggereren dat bepaalde psychotherapeutische interventies voorbehouden zijn aan deze beroepsgroepen, waar dat niet zo bedoeld of het geval is.

Dit behandelboek zal nooit volledig of ‘af’ kunnen zijn, aangezien de neuropsychotherapie zich naar verwachting verder zal ontwikkelen. De omissies zullen worden opgevuld bij volgende edities van dit boek. Hopelijk is deze uitgave, naast een praktisch handboek, bovenal een belangrijke aanzet en inspiratiebron voor de verdere ontwikkeling van de neuropsychotherapie.

### 1.3 Indeling van het boek

Dit boek bestaat uit drie delen. In deel 1 wordt stilgestaan bij algemene aspecten die een rol spelen binnen neuropsychotherapie. In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de plaatsbepaling van neuropsychotherapie. Een definitie van neuropsychotherapie wordt gegeven, maar bovenal worden onderwerpen behandeld die onlosmakelijk met neuropsychotherapie verbonden zijn, zoals het hervinden van de eigen identiteit of het belang van het betrekken van de omgeving van de patiënt bij de behandeling. In hoofdstuk 3 wordt een model voor probleemtaxatie, casusconceptualisatie en indicatiestelling voor neuropsychotherapie beschreven, gebaseerd op drie vaste elementen (directe gevolgen van het hersenletsel, premorbide invloeden en actuele problemen en betekenisgeving). In hoofdstuk 4 komt uitvoerig het belang van de therapeutische relatie binnen neuropsychotherapie aan bod. Ingegaan wordt op de wijze waarop deze kan worden opgebouwd en onderhouden. Ook worden aanbevelingen gegeven voor hoe breuken in de werkrelatie kunnen worden hersteld en op welke wijze binnen de werkrelatie rekening kan worden gehouden met veelvoorkomende (rest)verschijnselen van een hersenaandoening.

De hoofdstukken in deel 2 zijn vooral gericht op de wijze waarop verschillende, gangbare psychotherapeutische behandelmethodieken kunnen worden toegepast bij patiënten met een hersenaandoening. Achtereenvolgens komen mediatieve therapie, cognitieve gedragstherapie, Acceptance and Commitment Therapy, mindfulness, oplossingsgerichte therapie, EMDR, systeemtherapie en groepsbehandeling in een therapeutisch milieu

aan bod. Er wordt tevens ingegaan op de aanpassingen ten opzichte van de ‘normale’ werkwijze die nodig zijn voor de toepassing van deze methoden en methodieken bij patiënten met een hersenaandoening.

De hoofdstukken in deel 3 beschrijven de manier waarop bij patiënten met een hersenaandoening specifieke problemen (kunnen) worden behandeld, zoals depressie of geagiteerd gedrag. Besproken wordt welke behandelinterventies kunnen worden ingezet, waarmee een behandelaar rekening moet houden in de toepassing van deze interventies, welke valkuilen of belemmeringen er kunnen optreden in de behandeling en hoe de behandelaar deze kan wegnemen of oplossen.

#### 1.4 De rol van de neuropsycholoog

Het toepassen van psychotherapeutische interventies bij patiënten met een hersenaandoening en hun naasten vraagt niet alleen om grondige kennis van de gevolgen van de aandoening of het letsel voor cognitief, gedragsmatig en emotioneel functioneren. Het vraagt ook om kennis en kunde op het gebied van diagnostiek en indicatiestelling, van verschillende klinischpsychologische en neuropsychologische behandelmethoden, van het opbouwen van de therapeutische relatie en van het hanteren van problemen hierin. Het vraagt ten slotte een aanzienlijke inventiviteit en creativiteit om al deze aspecten met elkaar te combineren en om te zetten in (betekenisvolle) persoonlijke behandeldoelen waaraan de patiënt samen met de behandelaar kan werken. Dit vraagt om een brede scholing van de neuropsycholoog, niet alleen op het gebied van kennis, maar ook op het gebied van behandelervaring met meerdere hersenaandoeningen. Een dergelijk omvattende opleiding bestaat (nog) niet. De huidige (postdoctorale) psychologieopleidingen in Nederland bieden voldoende scholing op het gebied van de klinische psychologie. Het is echter nodig deze kennis te combineren met het vakgebied van de klinische neuropsychologie. Voor een goede toepassing van psychotherapeutische interventies bij hersenaandoeningen is dit onontbeerlijk. De klinisch neuropsycholoog is bij uitstek toegerust om hierin het voortouw te nemen. Hij kan dit echter niet alleen. Net als bij de totstandkoming van dit boek zal samenwerking met klinisch psychologen, psychotherapeuten en onderzoekers moeten worden gezocht.

#### 1.5 Relatie met het boek *Neuropsychologische behandeling*

De relatie van dit boek met het handboek *Neuropsychologische behandeling* (Ponds et al., 2010) is evident, zoals al eerder in deze inleiding naar

voren kwam. In feite borduurt dit boek voort op de onderwerpen die reeds werden uitgewerkt in het derde deel van dat boek. Het is een verdere inhoudelijke uitwerking of verdieping hiervan. Hoewel in dit boek expliciet aandacht geschonken wordt aan de toepassing van psychotherapie bij patiënten met een hersenaandoening, is het niet de bedoeling van de redactie dit in de praktijk los te zien van de behandeling van veelvoorkomende cognitieve stoornissen als gevolg van een hersenaandoening. In de dagelijkse praktijk van neuropsychologische behandelingen zullen deze behandelvormen namelijk vaak gecombineerd (moeten) worden. Een behandeling voor het leren compenseren van geheugenstoornissen zal bijvoorbeeld ook een belangrijke impuls kunnen geven aan acceptatie en verwerking van de gevolgen van een hersenaandoening. Omgekeerd kan het psychotherapeutisch werken aan belemmerende gedachten over het plannen van een dag of week nuttig zijn. Vaak hoort men van patiënten: ‘Als ik alles plan, wordt mijn leven eentonig’, of: ‘Juist spontaniteit maakt mijn leven de moeite waard.’ Bespreking van dergelijke opvattingen kan de weg vrijmaken voor het accepteren van een (noodzakelijke) compensatiestrategie in het kader van belastbaarheidsregulatie. Afhankelijk van het doel van de behandeling zal het accent mogelijk meer op het een of op het ander liggen. Soms zal dit meer op het terrein van psychotherapeutische interventies liggen, soms meer op het terrein van de neuropsychologie. Neuropsychotherapie is en blijft echter onderdeel van het brede arsenaal aan neuropsychologische interventies dat een neuropsycholoog te bieden heeft aan patiënten met een hersenaandoening en hun naasten.

## 1.6 Behandelprotocollen en website

Een andere relatie met het handboek *Neuropsychologische behandeling* (Ponds et al., 2010) is die met de website waarop reeds diverse neuropsychologische behandelprotocollen staan ([www.neuropsychologische-behandeling.nl](http://www.neuropsychologische-behandeling.nl)). Ter bevordering van de toepassing van psychotherapie bij mensen met een hersenaandoeningen vinden wij het wenselijk om deze website te gaan aanvullen met psychotherapeutische behandelprotocollen.

## 1.7 Toekomstige ontwikkelingen

Vooralsnog leunt de inhoud van dit boek vooral op *best clinical practice* en praktijkervaringen van de diverse auteurs. De redactie hoopt echter met dit boek een belangrijke impuls te geven aan de verdere ontwikkeling van neuropsychotherapie in Nederland in *evidence-based practice*. We hopen



dat zowel clinici als onderzoekers deze uitdaging oppakken. Een belangrijk voorbeeld hiervan valt al te lezen in het hoofdstuk over de behandeling van stemmingsproblematiek. Een ontwikkeling die in dit boek nog niet aan bod kon komen, maar heel relevant is voor de toekomst, is de toepassing van neuropsychotherapie middels *e-health*. Er wordt in den lande reeds ervaring mee opgedaan. De redactie hoopt deze en andere nieuwe ontwikkelingen en kennis op het gebied van de neuropsychotherapie in de volgende edities van dit boek te kunnen weergeven.

### *Literatuur*

Ponds, R., Heugten, C. van, Fasotti, L. & Wekking, E. (red.). (2010). *Neuropsychologische behandelingen*. Amsterdam: Boom.