**Casus 5: Manische ontregeling bij neurotrauma**

**Context van de situatie (deze informatie geven aan de student die anamnese afneemt):**   
Polikliniek neuropsychiatrie. Patiënte is verwezen door de huisarts met het verzoek patiënte te beoordelen en te behandelen voor de stemmingsproblemen. Patiënte zou niet open staan voor gesprekstherapie en zou enkel medicatie willen om de stemming te stabiliseren. Patiënte uitte de klacht 'hyper' te zijn en daardoor vrienden te verliezen.

**Personalia:**Naam: Mw R.  
geboortedatum: 1-1-1965  
Burgerlijke staat: Weduwe  
Beroep: Geen (was ergotherapeute voor ongeval)

**Spelinstructie:**Je bent kordaat, stelt je gelijkwaardig op, maak leuk contact, wees positief, vertel veel en geef extra informatie die niet altijd relevant hoeft te zijn (dan verzin je iets wat doorgaat op onderstaande tekst). Je bent heel open. Je bent sceptisch tegenover de psychiatrie maar je wilt duidelijk hulp. Het is belangrijk voor je dat het klikt met de interviewer. Je weet niet goed welke dag, tijd het is, je weet ook niet waar je bent (en ben je blij dat je zoon is meegekomen). Je bent gemakkelijk af te leiden en de concentratie kun je niet goed vasthouden tijdens het gesprek. Geheugenproblemen op de KT zijn heel duidelijk aanwezig. Daarom mag je soms iets dubbel vertellen want onderscheid in hoofd en bijzaken is moeilijk te maken.

Je weet duidelijk wel wat er met je aan de hand is: uitgebreide neurologische schade en met name cognitief. Je bent wel heel bezorgd over het idee dat er allemaal ontstekinkjes in je lichaam kunnen zitten.   
Geef ook de informatie van de zoon als daar om wordt gevraagd.

**Anamnese (geschreven in derde persoon):**De huidige klachten betreffen het slapen, overgevoeligheid voor zonlicht, haar pols is volgens haar ‘ontwricht’ en die blijft maar 'doorzieken'. Ze denkt dat ergens in het lichaam een ontsteking zit. De huisarts doet niet veel; wel voor de slapeloosheid (Temazepam 10mg en later 30mg). Dit heeft zij zelf teruggebracht naar 10 mg, omdat zij wil kunnen blijven autorijden wat voor haar erg belangrijk is. Zij wil het gevoel hebben zelfredzaam te zijn en onafhankelijk van haar kinderen. Ze geeft aan dat sinds augustus 2013 ook de 'remmen los zijn' en dat daardoor vrienden afhaken. Zij ziet een verband met de start van Temazepam. Ze merkte dat zij Bijbelteksten ging gebruiken om iemand iets duidelijk te maken. Dit is te verklaren doordat haar ouders zeer religieus waren, maar het paste niet bij haar.   
Met haar zus had zij ook ruzie, omdat die het niet aandurfde om met haar in de auto naar Frankrijk te rijden ondanks dat zij zich heeft laten herkeuren door het CBR en na het ongeluk opnieuw rijles heeft genomen. Deze weigering heeft haar erg pijn gedaan en zij wilde niet meer dat die zus mee zou rijden.

Patiënte voelt zich 'hyper'; zij gaat alsmaar door, komt ergens in terecht, selecteert niet en maakt datgene wat zij begonnen is niet af. Ook het slapen gaat minder al kan zij daaraan wennen. Lichamelijke klachten betreffen hoofdpijn, waarvoor zij 4 x 1000mg paracetamol gebruikt met redelijk resultaat. Zij vermijdt om Ibuprofen te gebruiken. De huisarts heeft haar Tramadol erbij gegeven met goed resultaat voor de nacht, maar vermijdt dit ook om te kunnen autorijden. De hoofdpijn is een 'scherpe hoofdpijn vanuit links frontaal uitstralend naar het gehele hoofd (trauma is rechts-frontaal). Ook ervaart zij krachtsverlies in haar linkerbeen. De fysiotherapeut stelt ook dit krachtsverlies vast.

Daarbij heeft zij klachten van haar linkeroog. Er is geen lopende controle bij de neuroloog. De huisarts wil eerst de psychiatrische diagnostiek helder hebben. Patiënte zelf wil naar de KNO arts, omdat zij denkt dat er een neurologisch KNO-probleem is in de vorm van een ontsteking. Zij denkt regelmatig verhoging te hebben, maar meet dit niet op.

**Tractusanamnese; Geef deze informatie alleen als daar om gevraagd wordt:**Cognitief functioneren: Patiënte kan zich minder concentreren; zij houdt van lezen maar dit lukt niet meer sinds lange tijd. Zij begint er ook niet meer aan en 'geeft zichzelf op'. Haar kortetermijngeheugen is slecht en moet alles opschrijven (toont haar volgeschreven rommelige agenda). Zij is gedesoriënteerd in plaats sinds het ongeval en na de verhuizing valt dit extra op; weet alleen de supermarkt en de bakker (woont sinds een jaar in Doetinchem). Ook overschat zij zichzelf; zij kan minder dan zij denkt te kunnen, denkt de activiteiten nog wel aan te kunnen en gaat nog even haardhout wegbrengen terwijl ze bezoek krijgt. Het combineren van taken is voor haar erg lastig. Er is geen sprake van initiatiefverlies.

Psychotische stoornissen:

Geen stemmen, hallucinaties, voelt zich soms wel verward maar heeft dat meer betrekking op de vergeetachtigheid; kan dit moeilijk beschrijven.

Stemmingsstoornissen:

De stemming wisselt; kan heel blij zijn en heel diepbedroefd. Deze wisselingen komen vaak voor. Kan wel genieten en heeft altijd wel een aanleiding. Wel uitbundig, niet storend voor de omgeving. In discussies kan zij erg volhardend zijn en als bijvoorbeeld dit contact niet zou bevallen, zou ze al weggelopen zijn. Er zijn geen dwanghandelingen of dwanggedachten.

Somatoforme en dissociatieve stoornissen:

Maakt zich zorgen om lichamelijke problemen, vermoedt een ontsteking.

Drangstoornissen:

Geen drang, wel verminderde impulscontrole. Heeft twee jaar geleden een zogenaamde 'rode periode' gehad; zij heeft toen haar haren roodgeverfd en was erg hyper. Dit dreigde twee maanden geleden ook weer te gebeuren, maar heeft dat net onder controle weten te houden.

Motivatie en gedrag: Impulsief gedrag en sociaal disfunctioneren.

**Heteroanamnese met zoon (bij gesprek aanwezig) Geef deze informatie als daarnaar gevraagd wordt:**  
Het gaat al een tijd niet goed en het gaat langzaamaan slechter sinds eind augustus. Haar gedrag lijkt veel op de situatie in 2011. Zij was toen in de 'rode periode'; had toen haar haren roodgeverfd om een ‘statement' te maken naar haar omgeving. Zij kon haar situatie niet goed overzien, haalde extra boodschappen, was soms heel negatief of positief. Zij was rebels overal tegen en dat heeft een paar maanden geduurd. Zij zijn bang dat het nu opnieuw gebeurt, maar zij lijkt het onder controle te kunnen houden. Deze situatie is gestopt nadat zij verplicht rust moest houden na een knieoperatie.

Patiënte is volgens de zoon overactief. Ze is soms heel blij en kan even later zeer bedroefd zijn. Zij overziet een aantal zaken onvoldoende; gaat met fiets boodschappen halen maar koopt zoveel in (terwijl de koelkast vol is) dat zij met de boodschappen kar naar huis moet lopen. Dit kan zij niet overzien. Het is voor de kinderen 'elke dag weer spannend'. Hiermee bedoelen zij dat moeder ineens weg kan zijn, niet bereikbaar omdat ze de telefoon vergeten is, kan vreemde aankopen doen, plant impulsief, lokt ruzie uit. Zij wil daarbij goed doen, omdat zij sociale situaties niet goed kan inschatten. Ook desoriëntatie speelt hierin een rol.

**Sociale anamnese:**  
2012 Patiënte is verhuisd van Middelburg naar Doetinchem waar zij nu een jaar woont. Haar kinderen zijn nu het huis uit en zijn intensief betrokken bij moeder. Patiënte heeft een vriendin in de buurt en enkele buren van wie zij steun krijgt. Haar zussen zijn tevens bij haar betrokken, maar zij heeft ook wel ruzie met hen.

Wonen: eengezinswoning  
Dagbesteding: Veel bezig met opruimen in huis en kan moeilijk het overzicht krijgen.  
Huidige relatie: Geen partner, woont alleen. Kinderen zijn vaak bij haar maar wonen elders (nu 25 en 28 jaar)

**Biografische anamnese:**Patiënte is opgegroeid in een religieus gezin en heeft zich daarvan gedistantieerd, maar heeft wel contact met haar familie. Patiënte is opgeleid tot ergotherapeute en werkte tot het ongeval bij het CIS waar zij indicaties stelde.   
2003: Haar echtgenoot is overleden aan kanker en zij leefde met twee kinderen in puberleeftijd alleen. Vier jaar daarna viel patiënte uit het raam bij het knippen van de klimop met ernstig hersentrauma als gevolg. Zij kwam bij in het revalidatiecentrum waar zij een slechte periode heeft gehad. Zij beschrijft de rolverandering van hulpverlener naar patiënt als traumatisch. Hierdoor heeft zij steeds weinig vertrouwen gehad in de 'periferie'.

**Familieanamnese:**  
Blanco familieanamnese.

**Medicatie:**Temazepam 10mg 1dd AN

Paracetamol met Cafeïne 1000mg 4dd

Tramadol 50mg 3dd

Movicolon

**Intoxicaties:**

Alcohol 1 EH/ dag, soms 3 bij gelegenheid.

Rookt sinds drie maanden 1 á 2 sigaretten per dag. Koffie 3 á 4 dd, gebruikt paracetamol met cafeïne.

**Allergieën:**heeft geen allergieën in het systeem.

**Psychiatrisch onderzoek:** **Omschrijving staat in de instructies voor de student die de rol speelt. De groep moet zelf tot een beschrijving komen van het Psych onderzoek. Hier onder staat het origineel.**  
Algemene indruk:   
Ik zie een goed verzorgde, kordate vrouw van 56 jaar, uiterlijk conform kalenderleeftijd. Zij maakt gelijkwaardig contact en geeft een stevige hand. Er is in de loop van het gesprek duidelijke contactgroei. Patiënte draagt even een zonnebril die zij tijdens het gesprek afzet. Patiënte is licht opgemaakt. Zij maakt goed oogcontact en is sociaal adequaat. Zij is kritisch en vriendelijk. De klachtenpresentatie is uitgebreid, neigend naar breedsprakig. Zij is sceptisch ten opzichte van psychiatrie en heeft een duidelijk hulpvraag. Daarnaast heeft zij zich op papier voorbereid. Zij stimuleert haar zoon die bij het gesprek aanwezig is, zijn verhaal te doen.

Cognitieve functies: Het bewustzijn is helder, de aandacht is goed vast te houden. Er is desoriëntatie in tijd (een dag), in plaats sinds ongeval (hersenletsel). Geen desoriëntatie in persoon. Lichte concentratiestoornissen tijdens het gesprek en verhoogd afleidbaar. Stoornissen in het korte en lange termijngeheugen. Er zijn uitgebreid stoornissen in het plannen, organiseren, structureren, en het initiëren, opeenvolgen, controleren en stoppen van handelingen. Er zijn problemen in het verkrijgen van overzicht, kunnen onderscheiden van hoofd- en bij zaken. Doet te veel tegelijkertijd, waardoor het overzicht verminderd en niets wordt afgemaakt.

Inhoud van het denken is normaal, geen wanen, verhoogd associatief.

Ziekte-inzicht en besef: geen afwijkingen. Wel besef van psychiatrische symptomen en noodzaak voor behandeling.

Stemming en affect: De stemming is neutraal.

Somatische equivalenten: Gevoel allemaal ontstekinkjes te hebben en vele lichamelijke ‘akkefietjes’.   
Conatief: De psychomotoriek is normaal/ ongestoord, levendige spraak, iets versneld.

**Psychiatrische en somatische voorgeschiedenis:**

2007: Neurotrauma door val uit het raam met ernstig hersenletsel: fractuur links temporaal, subduraal hematoom rechts temporaal/frontaal, contusiehaarden beiderzijds temporaal, subarachnoïdaal bloed. Frontaalkwab beschadigd en deels verwijderd.

Behandeling in Erasmus neurochirurgie.

CT-abdomen; miltruptuur graad 3 met fors bloedverlies intraperitonaal, ribfracturen links, spondylolysis LS rechts.

2007-2008? Revalidatiecentrum in Middelburg: Gegevens opgevraagd doch zijn niet beschikbaar.

2010 Liquorlekkage

**Herbeoordeling CT 2007 en MRI 2010 door Radioloog RadboudUMC:**

Conclusie; Uitgebreide posttraumatische schade rechts meer dan links temporaal met fors weefselverlies en omgevende gliose. Status na schedel- en schedelbasisfractuur links, dwars door het mastoïd, met een fors tegmen defect en vermoedelijk meningocèle of meningo-encefalocele. Gezien de persisterende sluiering van het mastoïd en middenoor drie jaar na trauma zou dit goed te verklaren zijn door een liquorlek vanuit de fossa media.

Hierbij uiteraard ook mogelijkheid voor bijvoorbeeld een chronische (low-grade) meningitis.

**Aanvullend onderzoek**

MOCA (geef dit door aan de studenten als zij daarom vragen:

|  |  |
| --- | --- |
| Visuo-spatieel | 5/5 |
| Benoemen | 3/3 |
| Geheugen | 0/5 |
| Aandacht | 4/6 |
| Taal | 2/3 |
| Abstractie | 1/2 |
| Oriëntatie | 6/6 |
| Totaal | 21/30 |

Geen extra punt voor opleidingjaren

**Zie bijlage voor resultaat NPO. Geef deze als de studenten erom vragen:**

**Differentiaaldiagnostiek:**Neurocognitieve stoornis door NAH  
Stemmingsstoornis door neurotrauma met manische kenmerken  
Bipolaire stemmingsstoornis door een somatische aandoening  
Persoonlijkheidsverandering door somatische aandoening

**Diagnostische classificatie:**  
Stemmingsstoornis door neurotrauma met manische kenmerken   
Persoonlijkheidsverandering door somatische aandoening (neurotrauma)  
Status na frontaalsyndroom  
Problemen gebonden aan de sociale omgeving

**Verpleegkundige diagnose:**

• Verminderd huishoudvermogen door beperkingen in het overzien van haar situatie, geheugen en oriëntatiestoornissen, neiging zich te verzetten tegen anderen (inadequate sociale interactie), beperkt steunsysteem. Dit uit zich in chaotische huishouding.

• Inadequate sociale interactie gerelateerd aan beperkingen in de impulscontrole, verminderd vermogen de eigen situatie goed te overzien, het niet goed kunnen scheiden van hoofd- en bijzaken. Dit uit zich in conflicten met kinderen, vrienden en familie doordat zij de neiging heeft zich te verzetten.

• Overbelasting mantelzorgverleners gerelateerd aan beperkt leervermogen bij patiënte, geheugenstoornissen, regelmatige woordenwisselingen met patiënte, het veel moeten onderhandelen en corrigeren.

**Behandeling:***Medicatie:*  
Patiënt is ingesteld op Valproïnezuur (Depakine Chrono). Momenteel gebruikt patiënte 2 maal 1000mg per dag. Bloedspiegel is op 22-5: 42.

*Gesprekken:*Gesprekken hebben zich gericht op verdere diagnostiek (waarvan resultaten hierboven zijn beschreven), begeleiding door het maken van afspraken en het geven van psycho-educatie over NAH bij patiënte en mantelzorgverleners. Daarbij is via maatschappelijk werk stichting Humanitas ingezet om patiënte te ondersteunen bij de financiële zaken. Deze werden door de zoon verzorgd echter kwam hij regelmatig in een rolconflict.

**Achtergrondinformatie:**Richtlijn NAH

**Opdracht:**

Bespreek de casus in de subgroep Vraag aan de docent ontbrekende informatie en stel een differentiaaldiagnose op.

Geef een samenvatting van de casus en beschrijf het psychiatrisch onderzoek. Presenteer de patiënt in een MDO.

**Casus 5: Conclusie Neuropsychologisch onderzoek**

Patiënte is een goed verzorgde 56-jarige vrouw met neurotrauma na een val uit een raam in 2007. Patiënte bemerkt problemen ten aanzien van de executieve vaardigheden zoals plannen, overzicht houden en impulsiviteit. Haar zoon vult aan dat er weinig stabiliteit is in het dag- en nachtritme, waarbij zij 's nachts meerdere malen opstaat. Hij vindt dat zij is veranderd in het contact; ze kan soms moeilijk loskomen van een bepaalde gebeurtenis en kan hierop doorgaan op een in haar zoons ogen ongepaste manier. Patiënte herkent dit niet. Ze heeft een sterke behoefte aan autonomie, tegelijkertijd merkt ze dat ze niet meer functioneert op het niveau van voor het ongeval en ze heeft hier regelmatig verdriet om.

Patiënte heeft heel hard geknokt om te herstellen en kan soms moeilijk accepteren dat ze bepaalde dingen niet afkrijgt. Uit het testonderzoek komt naar voren dat er sprake is van een vertraagd mentaal tempo en executieve functiestoornissen, waaronder een verhoogde afleidbaarheid, problemen met plannen en het overzien van meer complexe situaties.

Sinds 2008 is wel sprake geweest van een verbetering van zowel het tempo als de executieve problemen. Daarnaast is er sprake van een verminderd vermogen om informatie uit het geheugen op te diepen en er zijn woordvindstoornissen. Wanneer zij de tijd neemt komt ze toch tot een adequate communicatie, waarbij de algemene verbale vaardigheden op een bovengemiddeld niveau ontwikkeld zijn (conform het premorbide niveau). Haar coping met problemen is adequaat, toch kan zij zichzelf moeilijk geruststellen.

Ten aanzien van het functioneren, dient er rekening gehouden te worden met een verminderde belastbaarheid. Het van buitenaf aanbrengen van meer dagstructuur met voldoende rustpauzes en het maken van een realistische planning is hier geïndiceerd.

In de toekomst is een regelmatig dag- en nachtritme met voldoende rust en slaap van groot belang. Het functioneren wordt eveneens negatief beïnvloed door de executieve problemen, waardoor het plannen en organiseren problematisch verlopen en er sprake is van een verhoogde afleidbaarheid en impulsiviteit. Wanneer de hoeveelheid informatie of de complexiteit van de informatie toeneemt, kan patiënte zaken niet meer overzien. Ook hierbij is het van belang om vaste routines en patronen te ontwikkelen en externe hulpmiddelen effectiever in te zetten. Zo is er bijvoorbeeld mogelijk winst te behalen met een agendatraining.

Er is eveneens sprake van acceptatieproblematiek. Hierbij speelt haar sterke behoefte aan autonomie, maar ook dat patiënte zaken die haar raken moeilijk kan loslaten en kan relativeren, mogelijk vanuit executieve tekorten. Het persevereren ten aanzien van onderwerpen die haar raken gaat momenteel ten koste van haar sociale netwerk en er bestaat risico op sociale isolatie. De acceptatieproblemen kunnen eveneens problemen opleveren bij het vormgeven van een meer gebalanceerde dagstructuur.

Tenslotte is het voor de omgeving en behandelaren van belang om rekening te houden met het vertraagde mentale tempo, bijvoorbeeld door te communiceren in een rustige ruimte en niet te veel informatie tegelijkertijd te geven. Omdat de taalvaardigheden relatief sterk zijn, kan zij snel worden overvraagd. Sterke eigenschappen van patiënte zijn haar taalbegrip, abstractievermogen en vermogen tot inzicht. Zij is gericht op anderen en beschikt over sociale vaardigheden en doorzettingsvermogen. Hiervan kan gebruik gemaakt worden in de behandeling.

*Conclusie:*

Op cognitief niveau is er sprake van een vertraagd mentaal tempo, executieve problemen en problemen met het ophalen van informatie uit het (semantisch) geheugen. Daarnaast zijn er aanwijzingen voor een verminderde belastbaarheid, acceptatieproblematiek en problemen in het contact met anderen waarbij een sterke behoefte aan autonomie evenals executieve problemen een rol spelen. Er is sprake geweest van herstel, maar niet tot op het premorbide niveau.