

Waarom is het verschil zo belangrijk voor de ergotherapeut?

# Cognitieve stoornissen versus cognitieve klachten

Tekst: Caroline van Heugten, Annette Baars-Elsinga, Tjamke Strikwerda, Suzan Jonkers en Anne Visser-Meily

## Cognitieve klachten en cognitieve stoornissen zijn niet hetzelfde. Wat is precies het verschil tussen die twee en wat betekent dat voor de behandeling door de ergotherapeut?

De ergotherapeut komt in de praktijk vaak mensen tegen die verwezen zijn met cognitieve klachten, zoals concentratieproblemen en vergeetachtigheid. Cognitieve klachten komen voor bij mensen met, maar ook vaak zonder hersenschade. Het is belangrijk dit onderscheid te maken. Cognitieve stoornissen zijn afwijkingen in functies die objectief kunnen worden vastgesteld met een test als onderdeel van het neuropsychologisch onderzoek (NPO). Daarmee wordt de capaciteit (wat iemand kan) gemeten. Cognitieve klachten zijn subjectieve ervaringen (wat iemand voelt). Cognitieve klachten zijn lang niet altijd het gevolg van onderliggende hersenschade of cognitieve stoornissen. Een geheugenstoornis kan leiden tot vergeetachtigheid, maar vergeetachtigheid kan ook door andere factoren ontstaan, zoals vermoeidheid of stress. Gezien de impact van cognitieve klachten op het dagelijks leven is het belangrijk deze serieus te nemen en de cliënt te helpen om te herstellen of ermee om te (leren) gaan.

### 1. Cognitieve stoornissen door hersenschade

Diverse soorten hersenschade kunnen leiden tot afwijkingen in het cognitief functioneren, zoals geheugen- of aandachtstoornissen. Na een herseninfarct of -bloeding komen in de acute fase bij 75% van de patiënten cognitieve stoornissen voor die grote impact kunnen hebben op het functioneren.<sup>1,2</sup> Bij patiënten die na het ziekenhuis worden doorverwezen voor revalidatie wordt veelal een NPO uitgevoerd om vast te stellen of er cognitieve stoornissen aanwezig zijn. Dit is niet vanzelfsprekend bij de grote groep patiënten die direct ontslagen wordt. Vaak is er geen

aanleiding om een uitgebreid NPO te doen. Toch komen afwijkingen in cognitief functioneren ook bij de meerderheid van deze groep voor.<sup>3</sup>

Cognitieve stoornissen na hersenschade kunnen leiden tot cognitieve klachten. Zelfs bij de groep die direct naar huis ontslagen wordt, heeft meer dan 70% na een lichte beroerte tenminste één cognitieve klacht tot zo'n vier jaar later, waarbij het aantal klachten over de tijd zelfs toeneemt.<sup>4</sup> De eisen van het dagelijks leven spelen daarbij vaak een grote rol (zie *Casus 1*).

#### CASUS 1

Meneer A. (38) had een dronken gevoel toen hij na een dag werken uit de auto stapte. Hij moest zich vasthouden om niet om te vallen. Zijn partner belde 112 en A. werd met de ambulance naar het ziekenhuis gebracht. Daar werd een cerebellair infarct vastgesteld. Na behandeling met intra-arteriële trombolysen knapt het lopen goed op. Hij rapporteert geen andere klachten en wil graag snel naar huis. Na twee dagen wordt hij ontslagen uit het ziekenhuis. Thuis blijkt A. snel moe, heeft hij moeite met de drukte van het gezin en vergeet hij regelmatig wat er is gezegd. A. werkt als zelfstandig accountmanager en werkt voor verschillende opdrachtgevers. Hij wil graag werken, maar is angstig te starten omdat hij niet weet of dit wel lukt. De angst belemmert hem dusdanig dat hij zelfs geen koffie durft te drinken bij zijn opdrachtgever.

A. komt op de CVA-nazorgpoli bij de revalidatiearts. Er wordt een cognitief screeningsinstrument afgenomen om eventuele afwijkingen in het globaal cognitief functioneren te bepalen. De score blijkt 22 van de 30 punten. Een score van 26 of minder duidt op afwijkend cognitief functioneren. Daarnaast blijkt A. op een vragenlijst naar cognitieve en emotionele klachten (Check Lijst Cognitie Emotie, CLCE-24) diverse cognitieve klachten te rapporteren met betrekking tot aandacht (twee dingen tegelijk doen), geheugen (recente informatie onthouden), snelheid (alles bij kunnen houden) en vermoeidheid (sneller en vaker moe). Er wordt poliklinische revalidatie opgestart met onder andere neuropsychologische diagnostiek en ergotherapie.

Uit cognitieve screening met de Montreal Cognitive Assessment (MoCA) blijkt dat er mogelijk afwijkingen in het cognitief functioneren zijn, waarvoor nadere diagnostiek middels een NPO nodig is. **Cognitieve revalidatie** kan worden ingezet om de patiënt (beter) te leren omgaan met de veelal blijvende cognitieve stoornissen door het geven van **educatie en voorlichting** en **het aanleren van strategieën**. Er zijn veel behandelprotocollen beschikbaar die effectief zijn bij mensen met hersenschade (beroerte of traumatisch hersenletsel).<sup>5</sup> Een behandelprotocol dat veel gebruikt wordt door ergotherapeuten is **Niet Rennen Maar Plannen** (NRMP) ([www.kcrutrecht.nl/producten/niet-rennen-maar-plannen](http://www.kcrutrecht.nl/producten/niet-rennen-maar-plannen); [www.hersenletsellimburg.nl/nl/producten](http://www.hersenletsellimburg.nl/nl/producten)).

Bij educatie wordt door de ergotherapeut vaak gebruik gemaakt van het model van de **cognitieve hiërarchie** waarmee het inzicht in het verband tussen de cognitieve domeinen kan worden vergroot. Of het kan als ‘praatpapier’ dienen om de praktische gevolgen van de cognitieve stoornissen inzichtelijk te maken. Uit *Casus 1* blijkt dat er naast cognitieve klachten ook sprake is van angst. Angst komt veel voor en kan het gevolg zijn van de hersenschade, maar ook van individuele verschillen: de één ziet nu eenmaal meer beren op de weg dan een ander. Zo kan somberheid het gevolg zijn van hersenschade, maar het is veel vaker een individuele reactie op verlies (van mogelijkheden). Hetzelfde geldt voor persoonskenmerken, die een belangrijke bijdrage leveren aan de rapportage van cognitieve klachten na hersenschade.<sup>6</sup> Vooral coping stijlen - de wijze waarop mensen omgaan met probleemsituaties, bijvoorbeeld probleemoplossend

of vermijding - spelen daarbij een rol. Hoe minder actieve coping stijlen iemand heeft, hoe meer cognitieve klachten er worden gerapporteerd. Houd hiermee rekening tijdens de behandeling. **Gericht huiswerk** geven en **een naaste bij de behandeling betrekken**, kan een duwtje in de rug zijn bij iemand die niet uit zichzelf een probleemoplossende aanpak inzet.

Bij patiënten bij wie naast de cognitieve stoornissen ook problemen op emotioneel (somberheid, angst) en/of gedragsmatig (impulsief, agressief, apathisch) vlak aanwezig zijn, wordt de cognitieve revalidatie ingebed in een **neuropsychologische behandeling** in nauwe samenwerking met de (neuro)psycholoog.

## 2. Cognitieve klachten zonder (blijvende) hersenschade en/of cognitieve stoornissen

In Nederland bezoeken jaarlijks zo'n 85.000 mensen de spoedeisende hulp met hoofd- en of hersenletsel na een ongeval.<sup>7</sup> Zo'n 85% heeft een hersenschudding (ofwel Licht Traumatisch Hersenletsel) en verwacht binnen enkele weken volledig te herstellen. Zo'n 25% ervaart echter aanhoudende klachten die het dagelijks leven negatief beïnvloeden.<sup>8</sup> Bij deze groep mensen worden op een hersenscan vaak geen afwijkingen gevonden. Ook worden er geen cognitieve stoornissen op het NPO vastgesteld. Als een MRI-scan wel microbloedinkjes aantoon, blijken deze niet gerelateerd aan de klachten.<sup>9</sup> Op basis van beeldvorming en onderzoek is het dan ook lastig om de oorzaak van de cognitieve klachten aan te tonen (*zie Casus 2*).

### CASUS 2

Mevrouw B. (26) is vierdejaars student grafische vormgeving. Zij is van haar fiets gevallen. Ze was niet buiten bewustzijn, wel misselijk en duizelig. Na een uur verminderden haar klachten sterk en leek behandeling niet nodig. De volgende dag gaat B. naar school en pakt ze al haar taken weer op. Na twee weken merkt B. dat ze erg moe is en meer moeite heeft met denken. Ze is overgevoelig voor geluid en licht, heeft dagelijks hoofdpijn, vergeet steeds meer en raakt regelmatig spullen kwijt. Deze klachten verergeren de maanden daarna. B. onderneemt steeds minder omdat ze bang is voor het krijgen van de klachten. Haar studie willen afronden geeft steeds meer stress. De deadline voor het inleveren van haar scriptie haalt ze niet. De huisarts

verwijst haar naar de neuroloog. Op een scan is geen schade te zien. De neuroloog verwijst door naar de revalidatiearts. Op basis hiervan wordt B. doorverwezen naar de eerstelijns ergotherapeut.

Steeds vaker wordt er uitgegaan van een biopsychosociaal model om aanhoudende klachten na een hersenschudding te verklaren.<sup>10</sup> Direct na de klap op het hoofd treden allerlei biologische mechanismen in werking, zoals schade aan hersencellen, ontstekingsreacties en acute stressreacties. Deze mechanismen zijn slechts tijdelijk (enkele dagen tot weken) van invloed op het functioneren. Daarom herstellen de meeste mensen. Aanhoudende klachten zonder blijvende hersenschade worden vaak door andere factoren bepaald, zoals persoons- en omgevingsfactoren. Denk aan stress, vermoeidheid en ook aan angst dat de klachten blijvend zijn. Dit is het geval bij *Casus 2*: de klachten nemen zelfs toe in de loop der tijd. Zonder nieuwe klap op het hoofd kan dat niet vanuit hersenschade verklaard worden. Persoonskenmerken en hoe mensen hun emoties reguleren kunnen ertoe bijdragen dat klachten kunnen aanhouden. Daarnaast kunnen omgevings- of sociale factoren de ervaren stress en daarmee de klachten verder doen toenemen, zoals het willen afronden van de scriptie.

De behandeling van aanhoudende cognitieve klachten zonder aangetoonde hersenschade of vastgestelde cognitieve stoornissen door middel van een NPO heeft een ander uitgangspunt dan de behandeling die hiervoor is beschreven. Als er geen blijvende stoornissen te verwachten zijn, is compenseren niet of slechts tijdelijk nodig. Cognitieve revalidatie door strategietraining, zoals NRMP, wordt daarom afgeraden. De behandeling kan gericht worden op herstel van activiteiten in plaats van op aanpassen of compenseren. Een analyse van psychologische en sociale factoren is de eerste stap om gerichte **educatie en voorlichting** te geven. Daarbij kan het **ICF-model** behulpzaam zijn. Een belangrijk onderdeel van de educatie is de gunstige prognose met volledig herstel over tijd. **Geruststelling** is aangetoond effectief om emotionele stress te verminderen.<sup>11</sup> Als psychologische factoren op de voorgrond staan, kan de behandeling worden voortgezet in samenwerking met de POH GGZ of door de (neuro)psycholoog. In een multidisciplinair team kan ook worden samengewerkt met maatschappelijk werk.

Een bekende valkuil is het advies om 'het een tijdje rustig aan doen'. Hoe lang is een tijdje? En wat is rustig aan?

Dat verschilt van mens tot mens. Daardoor kan de balans tussen belasting en belastbaarheid verstoord raken. De **Activiteitenweger** kan worden gebruikt om vast te stellen welke en hoeveel activiteiten iemand kan doen zonder zich over- of onder te belasten. Let hierbij goed op de invloed van persoonskenmerken. Mensen met een wat meer neurotische persoonlijkheid kunnen door het geven van punten aan activiteiten juist van de regen in de drup terecht komen. Zij gaan door de puntentelling steeds opnieuw stilstaan bij de klachten, terwijl het juist van belang kan zijn om die focus weg te nemen. Deze mensen kun je beter niet op geleide van de klachten, maar met een vast opbouwschema laten werken (**graded activity**) en met **positieve bekrachtiging** hun activiteiten laten opbouwen.

### 3. Infectieziekten zonder hersenschade en cognitieve stoornissen

Cognitieve klachten worden ook gerapporteerd door mensen bij wie geen duidelijke relatie kan worden gelegd met de hersenen, zoals bij de ziekte van Lyme<sup>12</sup> of Q-koorts.<sup>13</sup> Bij hen kan geen relatie worden aangetoond tussen cognitieve klachten en mogelijk onderliggende cognitieve stoornissen. Opvallend is dat een deel van deze mensen niet optimaal presteert tijdens het NPO. Dit kan diverse oorzaken hebben, zoals angst om mentale inspanning te leveren. Recent is hier een grote groep patiënten bijgekomen: mensen met aanhoudende (cognitieve) klachten na een COVID-19-infectie (zie *Casus 3*).

#### CASUS 3

De heer C. (58) kreeg een COVID-19-besmetting in de eerste golf. Hij lag toen acht dagen op bed met hoge koorts, maar werd niet opgenomen. C. knapte traag op, ondanks de ingezette fysiotherapie. Na drie maanden voelt hij bij alle inspanningen druk op de borst en ervaart hij een benauwd gevoel. Hij is moe en kan zich slecht concentreren. De huisarts verwijst C. door voor extra onderzoeken van onder andere longen en hart. Deze onderzoeken leveren geen verklaring voor zijn klachten. C. start op advies van de bedrijfsarts met 3 x 1 uur per week werken op het kinderdagverblijf waar hij fulltime werkt als pedagogisch medewerker. Het werk gaat hem slecht af. De drukte van de kinderen kan hij niet verdragen. Hij heeft dagelijks hoofdpijn en wordt 's nachts zwetend wakker. C. stopt met werken en komt

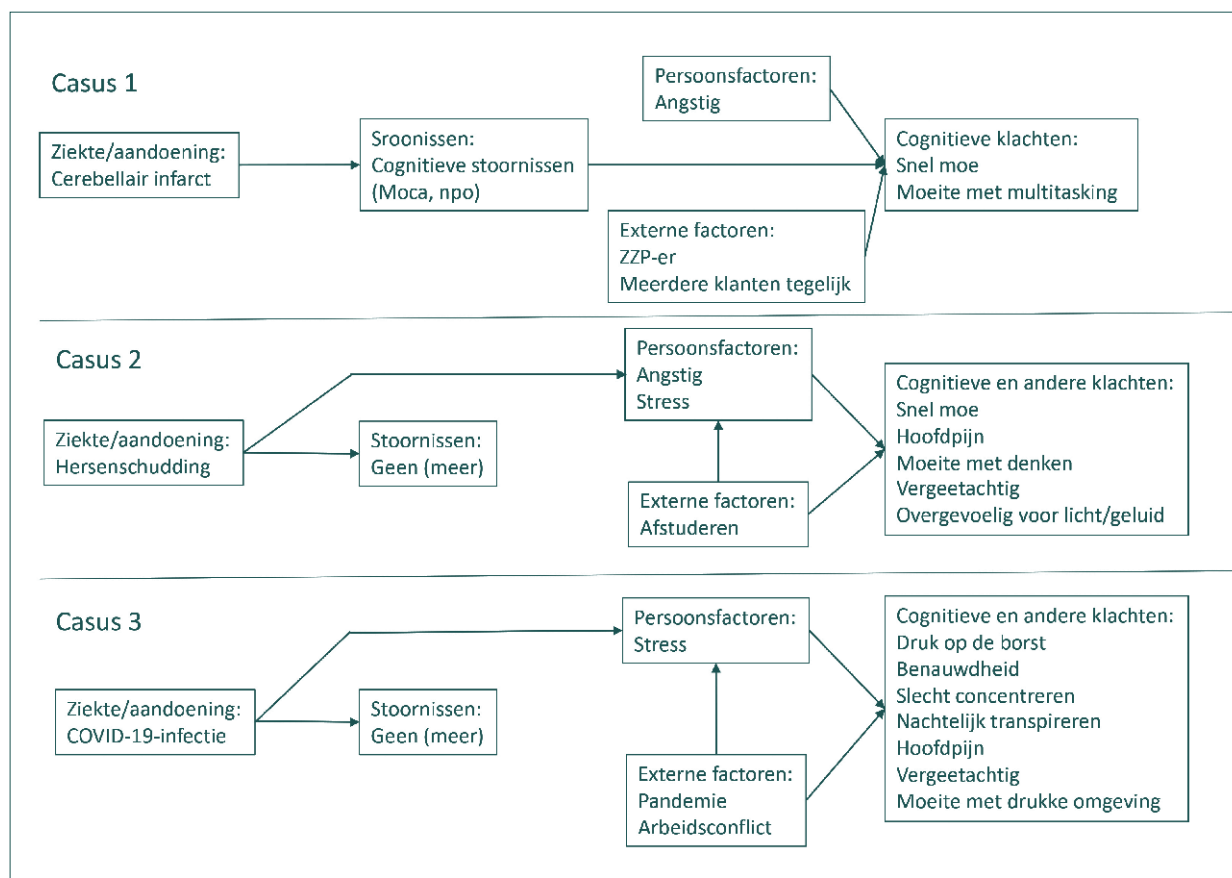
in een arbeidsconflict over zijn re-integratieplan met de werkgever. Dit levert extra spanning en stress op. De cognitieve klachten nemen toe. De huisarts verwijst hem door naar eerstelijns ergotherapie.

Veel onderzoek is nog nodig om de oorzaak van het post-COVID-syndroom te achterhalen, maar de kans is klein dat onderliggende hersenschade de cognitieve klachten veroorzaakt.<sup>14</sup> De huidige onderzoeken geven daar geen verklaring voor. Neurologen stelden richtlijnen op om niet standaard een hersenscan te maken bij deze groep patiënten. De behandeling lijkt veel op die voor hersenschudding (zie Casus 2). De cognitieve klachten kunnen bij deze mensen grotendeels verklaard worden door psychologische en sociale factoren die herstel beïnvloeden en soms zelfs verergeren. Veelal is de balans tussen belasting en belastbaarheid verstoord. Gebruik bij de behandeling van long-COVID-klachten de *Handreiking ergotherapie bij long-COVID-cliënten*<sup>15</sup> en niet

NRMP. Specifieke energiemangementstrategieën worden aanbevolen die ook zonder onderliggende hersenschade gebruikt kunnen worden, zoals opbouwen van activiteiten en voldoende rust nemen.

### In standhoudende factoren zijn niemand's schuld

Het is van belang cognitieve klachten serieus te nemen, ongeacht of er onderliggende hersenschade of cognitieve stoornissen zijn aangetoond. Leg het verschil uit tussen de **oorzaak** en de **aanleiding** van klachten. Cognitieve klachten bij *Casus 1* worden deels verklaard door cognitieve stoornissen die het gevolg zijn van de beroerte (*Figuur 1*). In dat geval is de hersenschade de oorzaak van de cognitieve klachten. Bij de overige twee casussen is er geen hersenschade aangetoond. De oorzaak van de klachten kan grotendeels verklaard worden door persoons- en omgevingsfactoren. De klachten zijn wel **sinds (aanleiding)** het ongeval of COVID-19-infectie ontstaan, maar zijn niet **door (oorzaak)** onderliggende hersenschade te verklaren.




Figuur 1. Uitwerking van de casuïstiek vanuit een biopsychosociaal model

Vaak zijn mensen zich **niet bewust** van de invloed van persoons- en omgevingsfactoren en is uitleg noodzakelijk. Bovendien is het heel lastig om persoonlijkheid of coping stijl aan te passen. Het is daarom van belang om de schuldvraag weg te nemen. Niemand kiest er immers bewust voor om klachten in stand te houden. Uitleg geven met herkenbare voorbeelden kan helpen.

Tot slot is bang zijn heel normaal. Als je een ernstige ziekte of ongeval hebt doorgemaakt, kun je angstig zijn: kan dit nog eens gebeuren, kunnen de klachten verergeren, word ik ooit weer de oude? **Informatie en educatie**, maar vooral **geruststelling** kunnen veel zorgen wegnemen. Mocht dat niet voldoende zijn, overweeg en overleg dan over de inzet van andere disciplines, zoals de psycholoog.

## Conclusie

Cognitieve klachten en cognitieve stoornissen zijn niet hetzelfde. Voor de behandeling is het van groot belang om dat onderscheid te maken. Worden de cognitieve klachten vooral veroorzaakt door blijvende hersenschade, dan kun je de patiënt het beste helpen te leren omgaan en compenseren voor blijvende cognitieve problemen. Worden de cognitieve klachten vooral veroorzaakt door andere factoren, dan is volledig herstel mogelijk. En dat is dus goed nieuws. Educatie, voorlichting, geruststelling en positieve bekrachtiging kunnen helpen om de negatieve spiraal van stress en/of angst te doorbreken. Neem de cognitieve klachten serieus en help de weg naar herstel te vinden. 

### Over de auteurs

*Caroline van Heugten* is hoogleraar neuropsychologie en hoofd van het Expertisecentrum Hersenletsel Limburg, Faculty of Psychology and Neuroscience, Maastricht University.

*Annette Baars-Elsinga* is ergotherapeut bij Plan4 Ergotherapiepraktijk.

*Tjamke Strikwerda* is ergotherapeut bij de afdeling Revalidatie, Fysiotherapiewetenschap & Sport (RF&S), UMC Utrecht.

*Suzan Jonkers* is ergotherapeut bij de afdeling ergotherapie, Reade, locatie OLVG-Oost.

*Anne Visser-Meily* is revalidatiearts, hoogleraar en afdelingshoofd bij de afdeling Revalidatie, Fysiotherapiewetenschap & Sport (RF&S), UMC Utrecht.

### Referenties

1. Nys GM, van Zandvoort MJ, van der Worp HB, de Haan EH, de Kort PL, Jansen BP, Kappelle LJ. Early cognitive impairment predicts long-term depressive symptoms and quality of life after stroke. *J Neurol Sci.* 2006 Sep 25;247(2):149-56.
2. Barker-Collo S, Feigin VL, Parag V, Lawes CM, Senior H. Auckland Stroke Outcomes Study. Part 2: Cognition and functional outcomes 5 years poststroke. *Neurology.* 2010 Nov 2;75(18):1608-16.
3. Slenders JPL, Verberne DPJ, Visser-Meily JMA, Van den Berg-Vos RM, Kwa VIH, van Heugten CM. Early cognitive and emotional outcome after stroke is independent of discharge destination. *J Neurol.* 2020 Nov;267(11):3354-3361.
4. Nijse B, Verberne DPJ, Visser-Meily JMA, Post MWM, de Kort PLM, van Heugten CM. Temporal evolution and predictors of subjective cognitive complaints up to 4 years after stroke. *J Rehabil Med.* 2021 Jun 8;53(6):jrm00205.
5. Van Heugten CM, Bertens D, Spikman JM. Richtlijnen neuropsychologische revalidatie, 2017.
6. Nijse B, van Heugten CM, van Mierlo ML, Post MW, de Kort PL, Visser-Meily JM. Psychological factors are associated with subjective cognitive complaints 2 months post-stroke. *Neuropsychol Rehabil.* 2017 Jan;27(1):99-115.
7. Factsheet Traumatisch hersenletsel, ongevals cijfers. Veiligheid.nl, 2013.
8. De Koning ME, Scheenen ME, van der Horn HJ, Hageman G, Roks G, Spikman JM, van der Naalt J. Non-Hospitalized Patients with Mild Traumatic Brain Injury: The Forgotten Minority. *J Neurotrauma.* 2017 Jan 1;34(1):257-261.
9. Van der Horn HJ, de Haan S, Spikman JM, de Groot JC, van der Naalt J. Clinical relevance of microhemorrhagic lesions in subacute mild traumatic brain injury. *Brain Imaging Behav.* 2018 Jun;12(3):912-916.
10. Van der Horn HJ, Out ML, de Koning ME, Mayer AR, Spikman JM, Sommer IE, van der Naalt J. An integrated perspective linking physiological and psychological consequences of mild traumatic brain injury. *J Neurol.* 2020 Sep;267(9):2497-2506.
11. Scheenen ME, Visser-Keizer AC, de Koning ME, van der Horn HJ, van de Sande P, van Kessel M, van der Naalt J, Spikman JM. Cognitive Behavioral Intervention Compared to Telephone Counseling Early after Mild Traumatic Brain Injury: A Randomized Trial. *J Neurotrauma.* 2017 Oct 1;34(19):2713-2720.
12. Berende A, Agelink van Rentergem J, Evers AWM, Ter Hofstede HJM, Vos FJ, Kullberg BJ, Kessels RPC. Cognitive impairments in patients with persistent symptoms attributed to Lyme disease. *BMC Infect Dis.* 2019 Oct 7;19(1):833.
13. Reukers DFM, Aaronson J, van Loenhout JAF, Meyering B, van der Velden K, Hautvast JLA, van Jaarsveld CHM, Kessels RPC. Objective cognitive performance and subjective complaints in patients with chronic Q fever or Q fever fatigue syndrome. *BMC Infect Dis.* 2020 Jun 5;20(1):397.
14. Klinkhammer S, Horn J, Duits AA, Visser-Meily JMA, Verwijk E, Slooter AJC, Postma AA, van Heugten CM; NeNeSCo Study Group. Neurological and (neuro) psychological sequelae in intensive care and general ward COVID-19 survivors. *Eur J Neurol.* 2023 Apr 3. Online ahead of print .
15. Handreiking ergotherapie bij long-COVID-cliënten. Ergotherapie Nederland, 2022