

Signaal Digitaal – recensie – 1 september 2026

Neuropsychologische behandeling van cognitieve stoornissen

R. Ponds, D. Bertens, C. van Heugten & J. Spikman
9789024470808 | 2026 | Boom

Je hebt tegenwoordig geen enkel excuus om niet up-to-date te zijn op het vlak van revalidatie van neurologische stoornissen. Nadat vorig jaar het Vlaamse overzichtswerk onder redactie van Lambrecht & Hermans (2025) is verschenen, is het nu de beurt aan de Nederlandse collega's om een stand van zaken te presenteren. Een vergelijking dringt zich dan ook op, al hebben we in functie van deze recensie ervoor gekozen om het boek louter op zijn eigen waarde te bekijken. Er is bovendien een belangrijk verschil: het Vlaamse werk besprak het bredere domein van de klinische neuropsychologie, dus inclusief diagnostiek, psychosociale en maatschappelijke aspecten. Dit werk focust op de cognitieve revalidatie en sinds de voorstelling van Fasotti (2005) met de concentrische cirkels, die trouwens nog eens opgenomen is in dit boek, weten we dat dit slechts een deelverzameling is van de klinische neuropsychologie. Zelf zeggen de auteurs de ambitie te hebben om de wetenschappelijk gevalideerde behandelingen van cognitieve stoornissen te presenteren met aandacht voor nieuwe behandelvormen. Ze willen zich hierbij richten op de behandeling van volwassenen en laten de taalstoornissen over aan de collega's in de logopedie. Van bij aanvang wordt aangekondigd dat het ICF een belangrijke rol speelt als kader voor de revalidatie.

Een goed begrip van de herstelmechanismen is noodzakelijk om te begrijpen wat nodig is voor de revalidatie. Het tweede hoofdstuk staat stil bij de biologische veranderingen in de herstelfase, diaschisis en wat functieherstel precies inhoudt. Ook bij neurodegeneratieve aandoeningen blijkt trouwens nog enig herstel mogelijk in de vroege fase. Herstel is in essentie een leerervaring, zowel spontaan als onder invloed van gerichte revalidatie. Men waarschuwt hier voor een al te vroege overstap naar compensatietraining, zodat stimulatie van de aangedane functies behouden blijft. Conditionering van elementaire gedragingen blijft ook bij ernstige cognitieve problemen mogelijk en verder lijkt het vooral zinvol om in te zetten op vaardigheidstraining, met foutloos leren, en strategietraining bij minder ernstige problemen. De boodschap zal nog meerdere keren in het boek terugkeren: ook de nieuwe vormen van functietraining met grafisch mooie computertaken hebben weinig tot geen meerwaarde.

Het derde hoofdstuk beschrijft hoe je een behandeling kan opzetten en evalueren. De neuropsycholoog speelt een belangrijke rol in het ordenen van de veelheid van informatie in een biopsychosociaal kader. Dit omvat het neuropsychologisch onderzoek met inbegrip van ecologisch valide tests, maar ook het vroegere, actuele en gewenste niveau van activiteiten en participatie. Andere factoren, zoals de algemeen fysieke toestand, energie, ziekte-inzicht en het premorbide leven bepalen mee het verloop. Dit alles wijzigt doorheen de fasen na het

oplopen van het letsel. Men stelt dat het multidisciplinair team dan doelen kan formuleren, waarbij het aandeel van de hulpvraag wel benoemd wordt, maar volgens ons toch niet de plaats krijgt die het verdient. Doelen worden dan zo SMART mogelijk geformuleerd en eventueel via Goal Attainment Scaling geëvalueerd. Over het algemeen illustreert dit hoofdstuk wel de complexiteit van de revalidatieplanning door te verwijzen naar de veelheid aan relevante factoren. Het biedt volgens ons echter onvoldoende een oplossing om hiermee aan de slag te gaan.

Na deze inleidende hoofdstukken worden specifieke probleemgebieden hoofdstuk per hoofdstuk besproken, te beginnen met vermoeidheid en belastbaarheid. Ook hier is een grondige analyse aangewezen om inzicht te verwerven in het onderscheid tussen fysieke en mentale vermoeidheid, en in het aandeel van externe en emotionele factoren. Hoe dan ook is een optimaal evenwicht tussen rust en activatie belangrijk, wat doorgaans via cognitief-gedragstherapeutische benaderingen nagestreefd wordt. Specifieke apps kunnen hierbij helpen. Voor het eerst wordt hier verwezen naar 'Niet rennen maar plannen', een programma dat ook in andere hoofdstukken nog aan bod zal komen.

Het volgende hoofdstuk bespreekt het ziekte-inzicht, of metacognitie bij gezonde mensen. Problemen hierin hebben grote gevolgen voor de motivatie en leerbaarheid van compensatiestrategieën voor andere problemen. De theoretische achtergrond, zoals de neurale basis en Theory of mind worden besproken, evenals het onderscheid met ontkenning en de rol van de sociaal-culturele omgeving. De auteurs benoemen hier wel enkele protocollen die gebruikt kunnen worden bij de interventie, maar het is niet duidelijk of er steeds een Nederlandstalige versie voorhanden is. Echt krachtige interventie bestaan nog altijd niet. In essentie blijft een goede vertrouwensband tussen persoon en hulpverlener en een geleidelijke zelfontdekking de belangrijkste manier om het inzicht te laten groeien. Maar ook zonder inzicht is het mogelijk om kortetermijndoelen op te stellen en zo de levenskwaliteit te bevorderen.

Aandacht is een complex construct met veel componenten die grofweg in een cluster selectiviteit (gerichte en verdeelde aandacht) en cluster intensiteit (alertheid, volgehouden aandacht/vigilantie). Een bijzonder grote groep mensen met een traumatisch hersenletsel of een CVA wordt hiermee geconfronteerd. Naast het klassieke neuropsychologische onderzoek is het ook belangrijk om de subjectieve beleving te bevragen. Ook hier is men niet zo optimistisch qua functietraining: hoewel je beter wordt op die taak, treedt weinig generalisatie op. Metacognitieve trainingen zoals Time Pressure Management, waarbij het individu leert om op operationeel, tactisch en strategisch niveau taken te benaderen, helpen wel om persoonlijke doelen te bereiken. Serious games en virtual reality kunnen misschien helpen bij specifieke vaardigheidstraining, maar ook hier ziet men nauwelijks enige generalisatie. Non-invasieve hersenstimulatie (tDCS en tTMS) geeft wisselende resultaten die dan ook nog snel wegebben. Farmacologische benaderingen, bijvoorbeeld met methylfenidaat, heeft wel duidelijk positieve effecten bij mensen met een traumatisch hersenletsel.

Het hoofdstuk over het geheugen start met de klassieke geheugenmodellen en neuropsychologische tests. Er wordt wel gewezen op de noodzaak om ook andere domeinen en ziekte-inzicht altijd mee te nemen. Ook hier maken de auteurs bij de behandeling een onderscheid tussen herstelgerichte en compensatiegerichte benaderingen en ook hier blijken vooral die laatste effectief. En ook hier staat men sceptisch tegenover nieuwe technieken als VR en niet-invasieve hersenstimulatie. Het is jammer dat er niet gewezen wordt op de positieve elementen van functietraining, zoals een toegenomen inzicht in de eigen mogelijkheden. Compensatorische benaderingen vallen dan weer uiteen in externe en interne technieken. Externe technieken kennen een belangrijke evolutie die samengaat met de evolutie in domotica en portable devices. De interne compensatietechnieken veronderstellen goede

executieve vaardigheden. Het 'Niet rennen maar plannen'-programma wordt hier opnieuw benoemd.

Als ik de auteurs van het hoofdstuk over visuele waarneming mag geloven worden visuele problemen in Nederland vaak gemist, ook door ergotherapeuten trouwens. Ik mag hopen dat dit in Vlaanderen een stuk beter is. Na een overzicht van de diverse stoornissen van lagere en hogere orde (al wordt dit onderscheid onmiddellijk gerelativeerd) beschrijft men weer de diagnostiek en behandeling. In Nederland wordt blijkbaar bijna nooit een prismabril gebruikt. Andere benaderingen van hemianopsie, zoals gezichtsveldtrainingen en scantraining zijn wel bekend. Mogelijk zou augmented reality brillen ondersteund door AI hier een belangrijke rol kunnen spelen door de gebruiker te helpen bij de analyse van de visuele informatie. Het probleem hierbij is dan eerder van ethische aard, aangezien op die manier steeds een AI de omgeving en dus ook de mensen hierin in kaart brengt.

Ook het hoofdstuk over stoornissen in de executieve functies start met een kort stukje over de belangrijkste theoretische inzichten en diagnostiek. Naast de klassieke testdiagnostiek is het ook belangrijk om een individueel profiel verder op te bouwen aan de hand van vragenlijsten en real life taken. De behandeling valt in drie groepen uiteen: bij ernstig stoornissen in de executieve functies is alleen een omgevingsaanpassing zinvol, matige vormen kunnen met vaardigheidstraining voor specifieke taken worden aangepakt. Bij lichtere vormen is ook strategietraining mogelijk. De literatuur spreekt echter vooral over dit laatste type behandeling. Hieronder rekenen we dan de eerder vermelde Problem Solving Training, maar ook Goal Management Training, waarbij men leert de focus op het doel te houden, en Multifaceted strategietraining. Deze laatste vorm onderscheidt een eerste fase waarbij het vergroten van het ziekte-inzicht centraal staat, fase 2 met het formuleren van realistische doelen en het opstellen van een haalbare planning, en fase 3 met initiatiefname en gedragsregulatie. Moet het nog gezegd dat nieuwe technieken zoals VR hooguit veelbelovend zijn, maar nog onvoldoende bewezen?

Voor wie al een tijd meegaat in de cognitieve wereld blijft sociale cognitie een nieuwkomer in het lijstje cognitieve functies. We hebben het dan over het waarnemen van sociaal relevante info (basisemoties), het interpreteren ervan (Theory of Mind) rekening houdend met sociale regels, en het gepast reageren rekening houdend met de context. De relatief recente interesse voor het thema in de context van neurologische problematieken heeft ook als gevolg dat er nog maar minder gevalideerde meetinstrumenten ontwikkeld zijn. We zijn vooral aangewezen op (hetero-)anamnese met observatie. Het onderscheid met premorbide aanwezige sociaal-cognitieve moeilijkheden moet onderzocht worden, ook rekening houdend met de meer basaal cognitieve functies. De behandeling bestond oorspronkelijk vooral uit sociale vaardigheidstraining zoals we die ook kennen bij andere problematieken. Pas later worden hier ook psycho-educatie, visuele en auditieve emotiewaarneming, en mentaliseren aan toegevoegd. De auteurs van dit hoofdstuk zijn tevens auteur van T-ScEmo, een trainingsprotocol dat uitgebreid besproken wordt en waar ook enige evidentie voor bestaat. Dit kan jammer genoeg niet gezegd worden van apps en VR-toepassing voor sociale cognitie.

Naast al deze meer afzonderlijke problematieken besteden de auteurs in dit boek ook een afzonderlijk hoofdstuk aan de meervoudige problematieken. Een hersenletsel leidt meestal tot meerdere en onderling verweven problemen. Die complexiteit wordt als een evidentie beschouwd in de klinische praktijk, maar krijgt inderdaad weinig aandacht in de literatuur. Er wordt dan ook gepleit voor een multimodale cognitieve revalidatie, met naast functietraining ook aandacht voor activiteiten en participatie. Dit bevat programma's als 'Niet rennen, maar plannen' en sluit nauw aan bij wat in de Vlaamse CAR gebeurt. Het is deels een terugkeer naar een holistische revalidatie à la Goldstein, maar het is ook stukken duurder dan de monodisciplinaire behandeling en het is goed dat hiervoor criteria opgesteld zijn in dit hoofdstuk.

Een degelijke multidisciplinaire casusconceptualisatie in functie van het formuleren van doelen is dan ook nodig, maar er wordt slechts beperkt stilgestaan bij hoe dit dan best gebeurt. Dergelijke programma's bevatten de gekende componenten als psycho-educatie, diverse vormen van cognitieve revalidatie, aandacht voor de belastbaarheid het psychologisch functioneren, opbouw van fysieke fitheid, werk- en arbeidsreïntegratie en zorg voor de omgeving. Het voelt vertrouwd, maar het is een extra motivatie om deze manier van werken te blijven bewaken.

Een enigszins verrassend maar waardevol hoofdstuk is dat rond preventie van cognitieve achteruitgang. Dit wordt steeds minder gezien als onvermijdelijk, maar beïnvloedbaar door levensstijlaanpassingen. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen hersenreserve (individuele verschillen in neuroanatomie) en cognitieve reserve (mee het gevolg van opleiding of eerdere ervaringen in het leven). Aandacht voor cardiometabole factoren, gehoor en visuele input, lifestyle, de psychosociale situatie zou volgens een aantal studies een verschil maken. Al is er alweer de ethische bedenking in welke mate je tijdens het leven zo sterk moet inzetten op de preventie van problemen die er misschien toch nooit zullen komen.

Het laatste hoofdstuk behandelt functioneel cognitieve stoornissen, een subgroep van de functioneel neurologische stoornissen. Het heeft volgens mij zeker een plaats in een boek over cognitieve revalidatie, aangezien we hier geregeld voor benaderd worden. We zien soms ook mensen met een recent hersenletsel met cognitieve klachten die disproportioneel zijn met de ernst van het letsel. Vaak gaat het over diffuse klachten als brain fog of mentale vermoeidheid. Het afschuiven als 'niet echt' is zelden helpend. Doorverwijzen naar psychiaters evenmin, aangezien het cognitieve domein nu net de expertise van de neuropsycholoog is. Het hoofdstuk geeft duidelijk diagnostische criteria weer, waardoor je tot een positieve diagnose komt en onderzoek mogelijk is. Wat volgt is een cognitief-gedragstherapeutische behandeling waarbij een transitie nagestreefd wordt van een oorzakenmodel naar een gevolgenmodel.

Het boek wordt gekenmerkt door een grote degelijkheid. Dit is ook een weerspiegeling van de evolutie van het veld van het laatste decennium: cognitieve revalidatie is volwassen geworden. We weten beter wat werkt en wat niet. Er zijn revalidatieprogramma's ontwikkeld. Er is toegenomen aandacht voor problemen die vroeger misschien onderbelicht bleven. Maar er zijn geen wereldschokkende revoluties. Vooralsnog hebben nieuwe technologieën zoals non-invasieve hersenstimulatie of virtual reality nog niet de verwachtingen ingelost, hoewel onderzoek hiermee zeker de moeite waard blijft. Doorheen de verschillende hoofdstukken blijkt compensatietraining nog altijd het grootste verschil te maken in het leven van een individu met een hersenletsel. Het is dus nog steeds een betere keuze om te investeren in extra tijd voor hulpverleners om samen met de mensen met hersenletsel oplossingen voor reële problemen in te oefenen dan om flashy toestellen aan te kopen die vaardigheden oefenen die ver van de realiteit staan.

Gunther Van Bost

Signaal Digitaal is het digitale tijdschrift van Sig vzw.
Meer info op www.sig-net.be > Signaal Digitaal

Redactie

Geert Andries
Dieter Baeyens
Greetje Desnerck
Hilde Roeyers
Herman Van Hove
Petra Warreyn
Inge Zink



INCLUSIE IN-ZICHT

De werking van Sig wordt ondersteund door het Wetenschappelijk Netwerk, bestaande uit meer dan 40 leden verbonden aan universiteiten en hogescholen. De volledige namenlijst vindt u op www.sig-net.be > Wetenschap

Redactiesecretariaat

Tijdschrift Signaal Digitaal > signaaldigitaal@sig-net.be
p/a Sig vzw, Pachthofstraat 1, 9308 Gijzegem (Aalst) (B)