

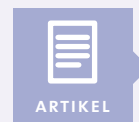
Cognitieve communicatiestoornis ten gevolge van niet-aangeboren hersenletsel in de rechter hemisfeer¹

A.J.W. TER MORS, B.A.A. BUS, M. REIJ BROEK

SAMENVATTING Als gevolg van schade in de rechter hersenhelft, bijvoorbeeld door een CVA, kunnen stoornissen in de communicatie ontstaan. Deze stoornissen bestaan uit problemen in taalbegrip, -productie en -pragmatiek. Indien deze problemen niet onderkend worden, zullen behandelaars meer geneigd zijn zich alleen te richten op het gepresenteerde gedragsprobleem, wat zou kunnen leiden tot achteruitgang en interactionele escalatie. We zagen een 46-jarige vrouw bij wie dit aan de orde was. Door aandacht te besteden aan het onderliggende cognitieve communicatieprobleem bij patiënte verbeterde haar gedrag en was er klinisch relevante verbetering in haar levenskwaliteit.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)12, 838-842

TREFWOORDEN cognitieve stoornissen, communicatiestoornissen, hersenletsel



Hersenletsel, door verschillende oorzaken, komt veel voor en kan grote gevolgen hebben voor het functioneren van de patiënt en diens omgeving. Incidentiecijfers van rond de 800/100.000 per jaar worden gemeld (Meerhof e.a. 1997). Vanwege toenemende veroudering zal dit toenemen. Het aantal patiënten met een beroerte zal in 2020 met 27% gestegen zijn (Struijs e.a. 2005).

Het is bekend dat als gevolg van een beroerte stoornissen in de communicatie kunnen ontstaan. Al vroeg werd in de medische literatuur beschreven dat letsel in de linker hemisfeer fatische problemen kan geven. Mede door deze vroege beschrijvingen van de problematiek genieten fatische stoornissen door letsel in de linker hemisfeer veel bekendheid. Veel minder bekend is dat letsel in de rechter hemisfeer ook communicatiestoornissen kan veroorzaken; dergelijke stoornissen komen nagenoeg even vaak voor na CVA als fatische stoornissen door linker hemisferisch letsel (Hewetson e.a. 2017). Deze communicatieproblemen door rechter hemisferisch letsel (RHL) worden gekenmerkt door stoornissen in taalbegrip, taalproductie en pragmatiek (TABEL 1).

Secundair aan dit RHL kunnen allerlei klachten ontstaan die de psychiater onvoldoende herkent. Vanwege de overlap van symptomen en presentatie kan dit leiden tot foute diagnoses op het gebied van relatieproblemen, persoon-

lijkeidstoornissen, impulscontrole en eventueel ontwikkelingsstoornissen en tot onjuiste behandeling. Als de behandeling bestaat uit 'talige' therapie wordt er een appel gedaan op beperkingen waardoor problemen juist kunnen verergeren.

GEVALSBESCHRIJVING

Patiënte A was een 46-jarige rechtshandige gescheiden vrouw, met een borderlinepersoonlijkeidstoornis. Ze kreeg een ischemisch CVA rechts met als gevolg een linkszijdig spastisch hemibeeld en cognitieve stoornissen. Op de MRI-scan was een gliotisch begrensd corticaal infarct rechts frontaal te zien, waarbij de gliose reikte tot aan het tweede infarct in de basale kernen rechts (FIGUUR 1).

Tevens bleek er sprake van een infarct van oudere datum links frontaal.

Patiënte ging tegen advies met ontslag uit klinische revalidatie naar huis. Haar adl-afhankelijkheid en problemen met de opvoeding van haar kind maakten intensieve zorg thuis noodzakelijk.

Thuis was zij verbaal en fysiek agressief, had emotionele uitbarstingen, maar ontkende problemen te hebben of zorg nodig te hebben. Dit leidde ertoe dat ze alle betrokken hulpverleners en instanties buiten zette en zich isoleerde.

Hierdoor dreigde ze het gezag over haar kind te verliezen. Er werd gepoogd direct tot agressiereductie te komen middels medicatie en gesprekken. Dit bleef echter zonder succes omdat patiënte medicatie weigerde en de therapeut buiten zette. Ondertussen nam het gedrag toe in ernst. In de verschillende dossiers viel te lezen dat men in deze periode het gedrag hoofdzakelijk verklaarde vanuit haar persoonlijkheidsproblemen.

Opname

Uiteindelijk werd patiënte verwezen naar ons circuit voor niet-aangeboren hersenletsel (NAH), omdat de situatie thuis onhoudbaar was geworden, ze accepteerde opname op

TABEL 1 **Overzicht van cognitieve communicatiestoornissen**

Stoornissen in het taalbegrip

- Prosodie niet begrijpen
- Humor niet begrijpen
- Impliciete betekenissen niet begrijpen
- Verborgene betekenissen niet begrijpen
- Betekenis van een verhaal niet begrijpen
- Informatie niet kunnen organiseren
- Interfereren van motieven buiten de context
- Verhaallijn niet kunnen herkennen

Stoornissen in de taalproductie

Discourse:

- Afnemen informatieve inhoud
- Gebrek aan specificiteit
- Bredesprakig
- Niet komen tot de kern
- Herhalen
- Veranderen van onderwerp
- Toevoegen van niet-relevante details
- Gestoorde verhaalstructuur

Prosodieproblemen

Woordselectiestoornis

- Niet gestructureerd formuleren
- Emoties niet kunnen uitdrukken

Slechte spraakverstaanbaarheid

Stoornissen in de pragmatiek

- Beurt nemen gestoord
- Uitvoeren gespreksregels gestoord
- Geen oogcontact maken
- Niet luistergericht zijn
- Geen rekening houden met voorkennis gesprekspartner
- Niet gebruiken van passende aanspreekvorm, toon of lichaamstaal
- Niet kunnen inschatten van sfeer

AUTEURS

BERT TER MORS, psychiater, Revalidatieafdeling voor niet-aangeboren hersenletsel, Huize Padua, GGZ Oost-Brabant.

BOUDEWIJN BUS, psychiater, epidemioloog B, Revalidatieafdeling voor niet-aangeboren hersenletsel, Huize Padua, GGZ Oost-Brabant.

MARIËLLE REIJ BROEK, logopedist, Revalidatieafdeling voor niet-aangeboren hersenletsel, Huize Padua, GGZ Oost-Brabant.

CORRESPONDENTIEADRES

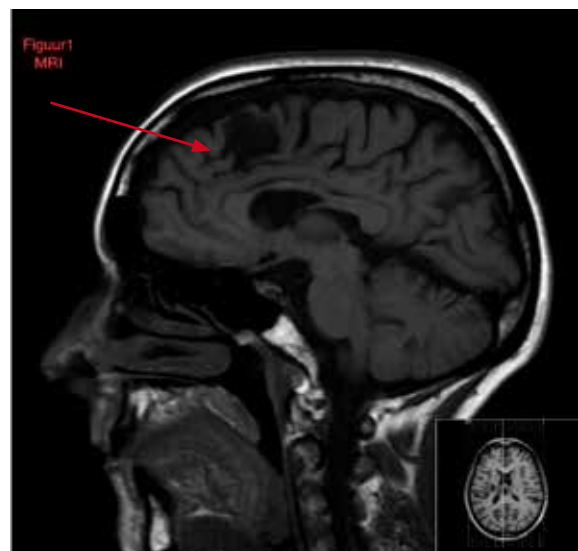
Bert ter Mors, GGZ Oost Brabant, afd. NAH, Huize Padua, Postbus 3, 5427 ZG Boekel.
E-mail: berttermors@planet.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 19-6-2018.

onze revalidatie- en behandelafdeling voor NAH. Ons doel was patiënte te helpen om succesvol op zichzelf te wonen mét haar kind en noodzakelijke zorg te accepteren. Uitgaande van de hypothese dat cognitieve communicatieproblemen als gevolg van haar RHL een grote rol speelden in de problemen werd uitgebreid logopedisch onderzoek gedaan.

FIGUUR 1 **T₁-gewogen laterale MRI-scan van patiënte A toont een gliotisch begrensd corticaal infarct rechts frontaal (pijl), waarbij de gliose reikt tot aan het tweede infarct in de basale kernen rechts**



Om het gedrag van patiënte te begrijpen moesten we eerst haar communicatie in dagelijkse activiteiten en omgang met anderen begrijpen. Observatie door het team van gespecialiseerde verpleegkundigen richtte zich primair op de subtiele communicatieproblemen en niet op agressief gedrag. De logopedist deed haar gestandaardiseerde onderzoek, bestaande uit observatie, ook buiten haar spreekkamer, en middels video-analyse.

Uit het logopedisch onderzoek bleken ernstige stoornissen in taalbegrip, -productie en -pragmatiek (TABEL 2). Patiënte kreeg psycho-educatie, waardoor ziektebesef, inzicht en acceptatie toenamen. Aan het verpleegkundig team, de familie en de ambulante hulpverleners gaven wij specifieke communicatierichtlijnen (TABEL 2). Men communi-

ceerde meer kort en concreet en bood externe structuur. Door het bieden van deze gestructureerde en overzichtelijke vorm van communicatie/begeleiding en het toegenomen besef van communicatieproblemen bij patiënte zelf bleven de interactionele escalaties uit. Hierdoor kon een langdurig begeleidingstraject worden ingezet en bestendig, hetgeen daarvoor niet mogelijk was. Er was niet langer sprake van isolement. Zij ontving nu de noodzakelijke hulp en begeleiding, om in haar adl en instrumentele adl te voorzien. Haar functioneren verbeterde op meerdere levenssterreinen, onder meer doordat er minder sprake was van agressie en emotionaliteit. Mede hierdoor kon patiënte de voogdij over haar kind behouden.

TABEL 2 Bevindingen bij logopedisch onderzoek plus specifieke adviezen ter verbetering communicatie, verstrekt aan betrokkenen

Logopedische bevindingen	Adviezen
<i>Taalbegrip</i>	
Alleen voor patiënte belangrijke items worden opgenomen en onthouden	Onbelangrijke details weglaten Discussie of confrontatie vermijden Zelf oplossingen laten bedenken
Moeite met het begrijpen van de grote lijn	In gesprek structuur geven o.a. door schriftelijke ondersteuning Terugkeren naar onderwerp
Patiënte herkent verborgen en impliciete betekenissen niet	Concreet blijven
Patiënte interpreteert figuurlijke taal niet adequaat en/of verkeerd	Concreet blijven Uitdrukkingen en spreekwoorden vermijden
Patiënte interpreteert intonatie en prosodie verkeerd	Concreet blijven Er niet van uitgaan dat mimiek of intonatie adequaat wordt geïnterpreteerd
<i>Taalproductie</i>	
Stem klinkt vlak en monotoon met weinig intonatie en prosodie	Uitgaan van de inhoud en niet hoe patiënte iets zegt
Patiënte dwaalt af van het gespreksonderwerp	Structuur bieden Terugkeren naar het onderwerp
Breedsprakig	Structuur bieden door het geven van een samenvatting Samen tijdsduur van het gesprek bepalen
Weinig rekening houden met voorkennis gesprekspartner	Vragen om verduidelijking
<i>Lezen</i>	
Technisch lezen is moeilijk	Samen lezen van teksten
Veel woorden en meningen worden toegevoegd	
<i>Schrijven</i>	
Verdubbelingen	Samen nakijken van het geschrevene
<i>Taalpragmatiek</i>	
Patiënte heeft moeite met het toepassen van gespreksregels	Noem haar bij de naam en wacht op oogcontact. Denk hardop mee en neem de gespreksbeurt over
Zij reageert niet adequaat op het gespreksonderwerp	Structuur bieden Terugkeren naar het onderwerp
Zij kan de sfeer van het gesprek niet juist in schatten	Neutraal reageren

Overwegingen bij de casus

Bij patiënte was onder meer sprake van letsel in de rechter hemisfeer, waaronder de superieure longitudinale fasciculus (SLF). Bekend is dat een laesie in dit gebied taalproblemen kan geven.

Onze hypothese is dat cognitieve communicatiestoornissen als gevolg van RHL vaak niet worden herkend. Door cognitieve, communicatieve en fysieke beperkingen is de patiënt met rechter hemisferisch letsel beperkt in het functioneren. Anosognosie (Tompkins 2012), kenmerkend bij RHL, is vaak aanwezig. Hierdoor hebben deze patiënten hulp nodig, ook al vinden ze dat zelf niet. Hulpverleners of familie proberen de zorg vaak te leveren via verbale communicatie.

Vaak leidt de anosognosie tot toename in, verbale, communicatie in de vorm van discussie die snel een welliesneteskarakter krijgt. Dit leidt tot een toename van misverstanden en wederzijds onbegrip, met oplopende emoties wederzijds. Mantelzorgers en professionele hulpverleners ervaren een toenemende machteloosheid en frustratie. Bij de patiënt leidt dit, in combinatie met door het hersenletsel bestaande emotionele labiliteit en disinhibitie, tot agressie. Al met al dreigen verzorgenden af te haken en komen patiënten alleen te staan.

Wanneer we uitgaan van deze hypothese kan het aanbieden van gestructureerde richtlijnen voor de communicatie aan patiënt en mantelzorgers het ontstaan van agressie, met alle gevolgen voor de relaties en het functioneren van patiënt, voorkómen of ongedaan maken.

Literatuurbespreking

Communicatie en cognitie worden in de literatuur als volgt gedefinieerd (Tompkins 2012):

‘Communicatie is de interpersoonlijke uitwisseling van ideeën, informatie, behoeftes, wederzijds begrip en dergelijke. Communicatie kan ook zonder taal. Het kan ook via gezichtsuitdrukking of intonatie’ en cognitie is de ‘verzameling van mentale processen en activiteiten die gebruikt worden bij waarnemen, herinneren en denken en het toepassen van deze processen’.

Communicatiestoornissen komen vaak voor bij patiënten met RHL. Benton en Bryan (1996) beschrijven dat bij 50% van patiënten met RHL minstens één communicatieaspect beperkt is. Ferré e.a. (2009) rapporteren zelfs een prevalentie van 78%. Blake e.a. (2002) vonden aprosodie bij minstens 25% van de gevallen.

Deze communicatieproblemen worden vaak in combinatie gezien met cognitieve stoornissen. Zo werd gevonden dat cognitieve beperkingen (in aandacht en waarneming (bijv. neglect), en in leren en geheugen, redeneren en pro-

bleemoplossend vermogen (executief functioneren)) bij 50% (Nys e.a. 2007) tot 68% (Blake e.a. 2002) van de patiënten met RHL voorkomen.


Tompkins 2012 geeft een overzicht van de literatuur over het effect van interventies gericht op stoornissen in communicatie en cognitie. Er wordt enig effect gezien in de context van de behandelomgeving, maar het effect generaliseert slecht naar het dagelijks leven. Dit wordt grotendeels bevestigd in een recent review (Finch e.a. 2016). Dientengevolge pleit men voor ‘contextsensitieve’ interventies. Dat houdt in een combinatie van skillstraining en training tijdens participatie. Ook wordt positief effect gezien van psycho-educatie voor communicatiepartners (Togher e.a. 2013).

Dit geeft onderbouwing van de door ons beschreven interventies.

CONCLUSIE

Deze gevalsbeschrijving illustreert hoe communicatieproblemen als gevolg van hersenletsel gedragsproblemen kunnen veroorzaken. Deze casus laat zien hoe vooral subtiele communicatieproblemen door RHL, niet herkend door patiënt of mantelzorgers en vaak ook niet door professionele hulpverleners, kunnen leiden tot misverstanden. Deze misverstanden in combinatie met andere neurocognitieve beperkingen kunnen ertoe leiden dat er te veel druk op de patiënt komt.

Door andere beperkingen is patiënt minder goed in staat om deze druk het hoofd te bieden en zo kunnen gedragsproblemen ontstaan. Zich alleen richten op het gepresenteerde gedragsprobleem in plaats van op het onderliggende communicatieprobleem zou kunnen leiden tot achteruitgang en interactionele escalatie. Door aandacht te besteden aan het onderliggende cognitieve communicatieprobleem bij deze patiënte met RHL verbeterde haar gedrag en was er klinisch relevante verbetering in haar levenskwaliteit en die van haar familie en in haar participatie.

 Dr. D.A.J.E. Lambrechts en dr. J.S. Verhoeven, neurologen, en dr. W.M. Palm, neuroradioloog, Academisch Centrum voor Epileptologie, Kempenhaeghe en Maastricht UMC+, beoordeelden mede de scans en dachten mee over de etiologie van de klinische presentatie.

NOOT

1 Dit artikel werd eerder gepubliceerd in *International Neurotrauma Letter* (2014; 3 <http://www.internationalbrain.org/-how-aggressive-behaviour-can-be-managed/>) met als auteurs A.J.W. ter Mors en M. Reijbroek-Delisse en als titel ‘How aggressive behaviour can be managed by attending to the underlying communication problems, in right hemispheric brain injury’.

LITERATUUR

- Benton E, Bryan K. Right cerebral hemisphere damage: incidence of language problems. *Int J Rehabil Res* 1996; 19: 47-54.
- Blake ML, Dubby JR, Myers PS, Tompkins CA. Prevalence and patterns of right hemisphere cognitive/communicative deficits: retrospective data from an inpatient rehabilitation unit. *Aphasiology* 2002; 16: 537-47.
- Ferré P, Clermont MF, Lajoie C, Côté H, Ferreres A, Abusamra V, e.a. Identification de profils communicationnels parmi les individus cérébrólésés droits; profils transculturels. *Revista Neuropsicologia Latinoamericana* 2009; 1: 32-40.
- Finch E, Copley A, Cornwell P, Kelly C. Systematic review of behavioral interventions targeting social communication difficulties after traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2016; 97: 1352-62.
- Hewetson R, Cornwell P, Shum D. Cognitive-communication disorder following right hemisphere stroke: exploring rehabilitation access and outcomes. *Top Stroke Rehabil* 2017; 24: 330-6.
- Meerhof SRHEM, de Kruijk JR, Rutten J, Leffers P, Twijnstra A. De incidentie van traumatisch schedel- of hersenletsel in het adherentiegebied van het Academisch Ziekenhuis Maastricht in 1997. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000; 144: 1915-8.
- Nys GM, van Zandvoort MJ, de Kort PL, Jansen BP, de Haan EH, Kappelle LJ. Cognitive disorders in acute stroke: prevalence and clinical determinants. *Cerebrovasc Dis* 2007; 23: 408-16.
- Struijs JN, van Genugten MLL, Evers SMAA, Ament AJHA, Baan CA, van den Bos GAM. Modelling the future burden of stroke in the Netherlands: Impact of aging, smoking, and hypertension. *Stroke*, 2005; 36: 1648-55.
- Togher L, McDonald S, Tate R, Power E, Rietdijk R. Training communication partners of people with severe traumatic brain injury improves everyday conversations: a multicenter single blind clinical trial. *J Rehabil Med* 2013; 45: 637-45.
- Tompkins CA. Rehabilitation for cognitive-communication disorders in right hemisphere brain damage. *Arch Phys Med Rehabil* 2012; 93: 61-9.

SUMMARY

Cognitive communication disorder due to right hemispheric brain injury

A.J.W. TER MORS, B.A.A. BUS, M. REIJ BROEK

Communication disorders can arise as a consequence of right hemispheric brain injury due to, for example, stroke. These disorders can comprise language comprehension, language production and pragmatic language use. If these problems are not recognised in time, treatment will probably focus on behavioural problems, which would lead to further deterioration of the patient due to an escalation in interaction. We present a patient in whom this situation occurred. However, by addressing her underlying communication problem, we were able to improve her quality of life.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)12, 838-842

KEY WORDS brain injury, cognitive disorders, communication disorders.