

# Sociale cognitie; meer erkenning door betere herkenning

**B.A.A. Bus**

Midden in mijn spreekuur wordt op de deur van de spreekkamer geklopt. Nog voor ik antwoord kan geven, vliegt de deur open. Het betreft dhr. C., zelf afkomstig uit Gelderland, die komt informeren of er recent nog Gelderlanders zijn opgenomen. Bij zijn dagelijkse rondgang door het gebouw klopt hij regelmatig op alle deuren waarna hij zonder het antwoord af te wachten binnenstormt en een gesprek aanknoopt. Als het niet schikt, is een ferme en eenduidige boodschap doorgaans voldoende om hem zijn pad door het gebouw weer te doen vervolgen, maar zonder deze verbale instructie blijft hij doorpraten, ook al spreek ik op dat moment met een andere patiënt.

Deze scène is voor veel collega's wellicht een min of meer herkenbaar tafereel. Werkend in de psychiatrie kom je veel sociaal onaangepast gedrag tegen. Waarschijnlijk is dat ook één van de redenen waarom de psychiatrie zo'n boeiend vak is. Helaas vormt dit sociaal onaangepaste gedrag voor patiënten een belangrijke handicap om te kunnen functioneren in de maatschappij. Hoewel het sociaal cognitief functioneren dus direct in het eerste contact opvalt, wordt dit zelden benoemd in het psychiatrisch onderzoek en de beschrijvende diagnose.

### **Wat is sociale cognitie?**

De sociale cognitie is het vermogen van personen om zich een beeld te vormen van de overtuigingen, gevoelens, ervaringen en bedoelingen van anderen (McDonald 2013) en daar op gepaste wijze naar te handelen. Naar analogie van de piramide van Maslow wordt het construct van sociale cognitie vaak ontleed in drie niveaus.

Meest basaal, onderaan de piramide, staan de perceptie van (sociale) informatie en de automatische attributies. Hieronder valt bijvoorbeeld het kunnen herkennen van gelaatsuitdrukkingen.

Het volgende niveau bestaat uit het begrijpen en interpreteren van deze informatie. Dit bestaat onder andere

uit het vermogen om te spiegelen en empathie te ervaren. In bredere zin is dit bekend als *theory of mind*. Ook het begrijpen van humor, wat belangrijk is voor sociale interacties, valt binnen dit niveau.

In de top van de piramide staan het reguleren en redeneren, waaronder het moreel redeneren en reguleren van (sociaal) gedrag valt.

### **Diagnosticeren van stoornissen in de sociale cognitie**

Stoornissen in de sociale cognitie komen veel voor en worden gezien bij een groot aantal aandoeningen, waaronder schizofrenie, autisme, bipolaire stoornissen, hersenletsel en neurodegeneratieve ziektes (waarvan het prominentst bij de fronto-temporale dementie).

Deze stoornissen in de sociale cognitie kunnen zich op meerdere manieren uiten, zoals nors gedrag, egocentrisme of sociaal onaangepast gedrag. Hierdoor is het voor patiënten moeilijk om zich te handhaven in sociale situaties, wat desastreuze gevolgen kan hebben voor allerlei belangrijke aspecten van het leven zoals persoonlijke relaties (Bracy & Douglas 2005; Moreno e.a. 2013) en carrière (Struchen e.a. 2008). Het gedrag van patiënten met deze problematiek zorgt vaak voor onbegrip en misverstanden en draagt bij aan sociale isolatie en uitsluiting.

Het blijkt in de praktijk vaak lastig om de diagnose socialecognitiestoornis te stellen. Strikt genomen geldt dat van een cognitieve *stoornis* wordt gesproken als het cognitief functioneren bij neuropsychologisch testonderzoek meer dan 2 standaarddeviaties afwijkt ten opzichte van een normpopulatie. Vanwege de complexiteit van sociaal gedrag blijkt in de praktijk dat cognitief testonderzoek onvoldoende sensitief is.

Testonderzoek alleen is daarom vaak niet voldoende om een diagnose te kunnen stellen. Gegevens uit het neuropsychologisch onderzoek kunnen wel gebruikt worden in aanvulling op het psychiatrisch onderzoek, (hetero) anamnese en observaties uit de praktijk. De diagnose

# Mijn ervaring in de zorg voor patiënten met hersenletsel is dat het erkennen van het sociaal afwijkende gedrag als onderdeel van de verstoorde cognitieve functies ontschuldigend werkt en een significante impact heeft op de levenskwaliteit van de patiënt en diens sociale omgeving.

socialcognitiestoornis is in mijn ogen vooral een klinische diagnose, waarbij de clinicus zelf de referentie vormt voor sociale interacties om te beoordelen wat afwijkend sociaal gedrag is. Tijdens het psychiatrisch onderzoek of klinische observatie valt sociaal afwijkend gedrag vaak snel op. Desondanks zijn clinici vaak terughoudend om de diagnose te stellen.

Aangezien de psychiater binnen het medisch domein expert is in het onderhouden van moeilijke arts-patiëntrelaties, is kennis over stoornissen die juist de sociale interacties belemmeren essentieel. Bovendien komt het voor dat vanwege de overlap in symptomen en presentatie soms een foutieve diagnose wordt gesteld, zoals een borderlinepersoonlijkheidsstoornis of een ontwikkelingsstoornis (ter Mors e.a. 2018).

In de wetenschap dat een socialcognitiestoornis bij veel verschillende (psychiatrische) problemen kan worden gezien, is het dus belangrijk om deze stoornissen te herkennen en erkennen.

## Behandeling van socialcognitiestoornissen

In de afgelopen decennia is veel onderzoek gedaan naar interventies om de sociale cognitie te verbeteren. Naast farmacologische en psychotherapeutische interventies zijn ook cognitieve (revalidatie)training en psycho-educatie onderzocht. Er is voor al deze interventies in enige mate evidentie gevonden voor de effectiviteit, maar er is ook kritiek.

Deze richt zich met name op de generaliseerbaarheid van de bevindingen. Hoewel socialcognitiestoornissen bij verschillende problemen vóórkomen, richten interventiestudies bij deze cognitiestoornissen zich veelal op een populatie met één onderliggende stoornis. Hierdoor resteert de vraag of we effectieve interventies ook kunnen generaliseren naar andere populaties.

Voorts is een andere belangrijke kritiek op de genoemde interventies dat ze mogelijk weinig effect hebben op het algemene sociale functioneren in de dagelijkse praktijk (Vallat-Azouvi e.a. 2019). Veel therapeutische interventies richten zich op het verbeteren van één onderdeel van het construct sociale cognitie. Zo is er inmiddels veel bewijs dat patiënten met schizofrenie beter worden in het aflezen van emoties na een gerichte training

(Horan & Green 2019), maar het is niet bekend of zij dan ook daadwerkelijk beter functioneren in het sociale contact met anderen.

## Wat kan beter?

Door de eerder genoemde belemmeringen in de diagnostiek en behandeling van de socialcognitiestoornis, krijgt de enorme sociale handicap die patiënten ervaren vaak te weinig erkenning. Hierdoor kunnen patiënten door zowel hulpverleners als hun sociale systeem soms ten onrechte verantwoordelijk worden gehouden voor hun sociaal afwijkend gedrag, met als gevolg respectievelijk een slechtere toegang tot zorg en sociale uitsluiting.

Mijn ervaring in de zorg voor patiënten met hersenletsel is dat het erkennen van het sociaal afwijkende gedrag als onderdeel van de verstoorde cognitieve functies ontschuldigend werkt en een significante impact heeft op de levenskwaliteit van de patiënt en diens sociale omgeving. Alleen al door psycho-educatie te geven aan patiënt en omgeving nemen gevoelens van schaamte bij het systeem af. Ook verminderen de verwijten van het systeem aan het adres van de patiënt en verschuift de focus van het willen veranderen van de patiënt naar aanpassingen in de (sociale) omgeving.

Kortom, door het sociaal afwijkende gedrag expliciet te benoemen als onderdeel van de (psychiatrische) stoornis, kan de levenskwaliteit van patiënten en hun systeem worden verhoogd.

Voor dhr. C. zijn specifieke interventies om het sociaal cognitief functioneren te verbeteren niet haalbaar gebleken. Ook was zijn sociale netwerk al sterk gemarginaliseerd voor hij in zorg kwam. In zijn geval bleek de beste oplossing om langdurig te verblijven in een omgeving waarin tolerantie bestaat voor sociaal onaangepast gedrag.

## AUTEUR

**Boudewijn Bus**, psychiater, epidemioloog B, Revalidatieafdeling voor niet-aangeboren hersenletsel, hoogspecialistisch centrum voor hersenletsel en neuropsychiatrie Huize Padua, GGZ Oost-Brabant.

### Correspondentieadres

Boudewijn Bus, GGZ Oost Brabant, afd. NAH, Huize Padua, Postbus 3, 5427 ZG Boekel.

E-mail: [baa.bus@ggzooostbrabant.nl](mailto:baa.bus@ggzooostbrabant.nl)

Geen strijdige belangen meegedeeld.

## LITERATUUR

Bracy CA, Douglas JM. Marital dyad perceptions of injured partners' communication following severe traumatic brain injury. *Brain Impair* 2005; 6: 1-12.

Horan W, Green F. Treatment of social cognition in schizophrenia: Current status and future directions. *Schizophr Res* 2019; 203: 3-11.

McDonald S. Impairments in social cognition following severe traumatic brain injury. *J Int Neuropsychol Soc* 2013; 19: 231-4.

Moreno JA, Lasprilla JCA, Gan C, McKerral M. Sexuality after traumatic brain injury: A critical review. *Neurorehabilitation* 2013; 32: 69-85.

Struchen MA, Clark AN, Sander AM, Mills MR, Evans G, Kurtz D. Relation of executive functioning and social communication measures to functional outcomes following brain injury. *NeuroRehabilitation* 2008; 23: 185-98.

Ter Mors A, Bus B, Reijbroek M. Cognitieve communicatiestoornissen ten gevolge van niet aangeboren hersenletsel in de rechter hemisfeer. *Tijdschr Psychiatr* 2018; 60: 838-42.

Vallat-Azouvi C, Azouvi P, Le-Bornec G, Brunet-Gouet E. Treatment of social cognition impairments in patients with traumatic brain injury: a critical review. *Brain Injury* 2019; 33: 67-93.