

Ontregeling
van leven
na LTH

Als compenseren niet meer gaat

Ybe Meesters,
Maaïke Ferwerda,
Tsjikke Zijlstra,
Bas Sorgdrager

‘Vermoeidheid is een vrij specifieke klacht, die op vele oorzaken kan berusten. Voor bedrijfsarts en verzekeringsarts het startpunt van een zoektocht.’ Deze zin stond in november 2021 op de achterzijde van dit tijdschrift in een wervingstekst voor een congres. Moeheid is een belangrijke belemmerende factor voor duurzaam werkfunctioneren.¹

In dit artikel beperken we ons tot mensen getroffen door een licht traumatisch hoofd- of hersenletsel (LTH) bij wie vermoeidheid het belangrijkste restverschijnsel is. Veel over de oorzaak, frequentie, duur en beloop is echter nog onduidelijk.² Moeheid en stemmingsdaling die na LTH langere tijd blijft bestaan, blijkt een zeer negatief effect te hebben voor de kwaliteit van leven van betrokkene.³ Bij licht traumatisch hersenletsel is er sprake van een hersenschudding door een ongeval. Karakteristieke klinische symptomen zijn aanwezig op zowel fysiek, sensorisch, cognitief als emotioneel vlak. Op fysiek vlak gaat het om pijnklachten zoals hoofdpijn en (fysieke) vermoeidheid. Op sensorisch vlak een overgevoeligheid voor licht en geluid, duizeligheid, wazig zien en lichamelijke sensaties die voor het ongeval niet aanwezig waren zoals bijvoorbeeld oorsuizen en gehoorverlies. Op cognitief vlak worden moeite met concentreren, het verwerken van informatie en geheugenklachten genoemd. Op gebied van emotioneel functioneren komen emotionele labiliteit en stemmingsveranderingen voor (zowel somberheid

als toegenomen angstklachten). Mentale moeheid (weinig of geen energie voor het verrichten van mentale prestaties) komt vaak voor na traumatisch hersenletsel,⁴ evenals slaapproblemen. Bij het ontstaan van het letsel kan er sprake geweest zijn van bewustzijnsverlies, veranderd bewustzijn en posttraumatische amnesie. Deze symptomen zijn van voorbijgaande aard. De ernst van deze symptomen hangt in de eerste herstelfase samen met het herstelproces, waarbij zowel 1-2 weken genoemd wordt, als een iets langere periode van 1-3 maanden.^{5,6} Bij zo’n 10-20 procent verdwijnen de overige klachten echter niet⁷ en bepalen ze in negatieve zin de kwaliteit van leven voor een langere periode. Bij het voortschrijden van de tijd gaan persoonlijkheidskenmerken, copingstijlen en vaardigheden een belangrijke rol spelen. Deze kunnen zowel helpend als invaliderend werken bij het herstelproces.⁸

Diagnostiek

Omdat objectieve testen niet beschikbaar zijn is de beste manier om moeheid nu te meten het gebruikmaken van zelfbeoordelvragenlijsten.⁶ Beeldvormend onderzoek levert vaak de conclusie: ‘geen afwijkingen.’ Neuropsychologisch onderzoek leidt doorgaans tot lagere testuitslagen, gebaseerd

► Ybe Meesters is klinisch psycholoog

y.meesters@umcg.nl

► Maaïke Ferwerda is GZ- en neuropsycholoog

► Tsjikke Zijlstra is coach en leefstijladviseur

► Bas Sorgdrager is klinisch arbeids- geneeskundige

Allen zijn werkzaam voor BV Beatrixoord, team Arbeid, UMCG Centrum voor Revalidatie, Haren

op het niet kunnen volhouden van de testen. Multifactoriële verklaringen en herstelbelemmerende factoren moeten vervolgens in kaart worden gebracht. De uitkomst is dat de moeheid past bij de diagnose LTH of post-commotioneel syndroom.

Behandelingen

Meerdere behandelvormen worden met meer of minder succes toegepast in de behandeling van mentale moeheid na LTH. Er is er niet een die eruit springt als behandeling van eerste keus. Alle hieronder genoemde onderzoeken laten met name zien dat meer methodologisch sterk onderzoek vereist is; een uitdaging vanwege bijvoorbeeld heterogene populaties. Meditatie, yoga en op mindfulness gebaseerde interventies worden toegepast. Een review van een 20-tal studies laat zien dat er hoopvolle resultaten worden verkregen, significant beter dan controlegroepen waarmee vergeleken werd, met name op het gebied van moeheid en depressie, maar dat deze resultaten nog niet krachtig zijn.⁹ Psychotherapeutische behandelingen zijn evenmin uitbundig en methodologisch goed onderzocht. In een systematisch review vonden Bergersen et al.⁷ slechts vijf studies die aan de criteria voldeden, waarvan twee een RCT (*randomized controlled trial*) waren. Eén ervan vergeleek cognitieve gedragstherapie (CGT) met een controlegroep met een negatief resultaat. Ook Sullivan et al.¹⁰ beschreven enige resultaten van psychologische interventies op moeheid en slaapklachten na LTH en benoemen eveneens het geringe aantal goede studies op dat gebied. In een meer recente studie werd wel een positief resultaat van CGT in de bestrijding van moeheid na LTH beschreven.¹¹ In een andere studie bleek het effect van CGT superieur boven dat van psycho-educatie.¹² Moeheid en slaapklachten bij LTH kunnen positief worden behandeld met lichttherapie^{13,14}, waarbij vooral energie, alertheid en dag-nachtritme en slaapklachten positief wordt beïnvloed. Medicatie of het toedienen van supplementen dragen niet bij aan het verbeteren van onder meer moeheidsklachten na LTH, maar kunnen wel worden toegepast om hinderlijke symptomen (bijvoorbeeld hoofdpijn) die andere ingezette behandelingen frustreren te bestrijden.¹⁵ Van methylfenidaat en melatonine zijn positieve resultaten in de bestrijding van moeheid na LTH beschreven.¹⁶

Casus 50-jarige vrouw

Ongeveer een jaar na een val op het ijs is een 50-jarige hoogopgeleide vrouw met een beleidsfunctie (32 uur per week) door de behandelend neuroloog voor arbeidsrevalidatie verwezen. De terugkeer in werk stagneerde. De neuroloog stelde als diagnose licht traumatisch hersenletsel met atypisch verloop. Na de val is zij niet buiten bewustzijn geweest en er was geen amnesie. Tien jaar terug had zij ook een hersenschudding waarvan zij in 2-3 maanden was hersteld. Neuropsychologisch onderzoek gaf een lagere maar niet afwijkende uitslag op gebied van complexe planning en onthouden van verbale informatie met name verklaard uit een lagere belastbaarheid na het hoofdletsel bij een zeer actieve copingstijl. De neuroloog concludeerde tenslotte op basis van een MRI-hersenscan dat er geen sprake was van posttraumatisch hersenletsel. De reden voor stagnerende re-integratie was optredende vermoeidheid en hoofdpijn ondanks het terugschroeven van mentale belasting en zoeken van ontspanning. Bij fysiotherapeutisch onderzoek werden geen fysieke beperkingen waargenomen, maar viel wel de grote inzet op waarmee zij haar taken uitvoerde. Bij psychologisch onderzoek viel haar gedrevenheid en het aan zichzelf stellen van hoge eisen op. Mevrouw had veel hoofdpijnklachten, die in de loop van de dag/week en bij vermoeidheid toenamen. Met name gesprekken met mensen en overmatige prikkels gaven een toename van de klachten en vermindering van concentratie. In eerste instantie sliep mevrouw 's middags na werk/inspanning, echter dit was bij de start van het traject niet meer noodzakelijk. Mevrouw vond het, met name in haar werk, moeilijk om de balans te vinden in belasting en belastbaarheid en haar grenzen aan te voelen. Als persoon was zij iemand die nogal perfectionistisch van aard was, ambitieus en die hoge eisen aan zichzelf stelde. Zij trachtte met extra veel inzet haar beperktere mogelijkheden te compenseren, echter zonder het gewenste resultaat. Doordat zij op het werk niet goed naar eigen wensen en verwachtingen kon functioneren en vanwege de klachten maar beperkt inzetbaar was, voelde zij zich toenemend onzeker en schuldig wat weer herstelbelemmerend werkte. Ze was op zoek naar handvatten en adviezen om hier actief mee aan de slag te gaan.

Arbeidsrevalidatie

Als specifieke behandelingen niet direct tot volledig of tevredenstellend herstel leiden en de problematiek en/of klachten verhinderen dat iemand weer volledig en duurzaam kan gaan werken is arbeidsrevalidatie te overwegen. Mensen die langere tijd na een doorgemaakt LTH nog erg gevoelig zijn voor prikkels en (mentaal) onvoldoende kunnen worden belast kunnen deelnemen aan een multidisciplinair programma, waar meerdere disciplines een inbreng hebben, zoals een klinisch arbeidsgeneeskundige, arbeidsdeskundige, beweeg- en leefstijlcoach, fysiotherapeut en GZ-psycholoog. Bij arbeidsrevalidatie wordt aandacht besteed aan zowel generieke herstelbevorderende factoren zoals fitheid en (mentale en fysieke) weerbaarheid, als aan specifieke factoren zoals cognitieve problematiek en prikkelbaarheid. Door middel van geleidelijke blootstelling aan prikkels wordt de weerbaarheid daarvoor verhoogd. Gelijktijdig wordt door middel van oefeningen gewerkt aan het verbeteren van de fysieke conditie en plezier van bewegen, het leren hanteren van stress en aanwezige klachten.

Vervolg casus

Tijdens het traject werd mevrouw al snel bewust van het effect van het maken van keuzes. Ze ging ervaren dat zij met minder stress minimaal dezelfde resultaten kon bereiken. Psycho-educatie, fysieke oefeningen waarbij het kunnen en leren van ontspannende activiteiten, alsmede een psychologische benadering met cognitief gedragstherapeutische en positief psychologische kenmerken leidden ertoe dat zij meer grip op haar omstandigheden kreeg, zichzelf minder onder druk zette en kon accepteren. Ze had meer grip op haar energetische klachten en kon beter keuzes maken voor zichzelf in werk en privé. Hierdoor werden haar klachten minder, nam haar herstelvermogen toe en verbeterde haar inzetbaarheid voor werk. Haar groot verantwoordelijkheidsgevoel, grote inzet en moeite met het aangeven van eigen grenzen en het niet tijdig delegeren van taken (eigenschappen die ook vaak worden gezien bij mensen met een burn-out), waren mede debet aan haar vermoeidheidsverschijnselen.

Door met succes haar taken beter te plannen en assertiever te zijn in het aangeven van grenzen ervoer zij minder stress. Daarbij merkte ze dat er ontspannende, niet-werkgerelateerde momenten tijdens haar werk kunnen bestaan die het werkproces kunnen veraangenamen. De behoefte om met extra inzet te compenseren verdween. Haar herstel was aan het einde van het traject nog niet volledig, en was langzamer dan zij zelf wenste, maar zij bespeurde vooruitgang en kreeg daardoor een beter perspectief voor de toekomst. Om dit positieve proces te bestendigen werd haar de hulp van een coach ter ondersteuning geadviseerd.

Discussie

Juist bij LTH worden psychische gevolgen zoals mentale moeheid vaak onderschat, maar kunnen onbehandeld tot langdurige ontwrichting van iemands leven leiden.¹⁷ Hoewel veel studies meerdere revalidatieprogramma's hebben onderzocht is er nog geen multidisciplinair programma waarvan de effecten wetenschappelijk voldoende onderbouwd zijn.¹⁸ De door ons gekozen aanpak komt overeen met suggesties in gepubliceerde praktische richtlijnen.¹⁹ De multidisciplinaire aanpak maakt duidelijk dat het zinvol is oog te hebben voor zowel de klachten, als voor persoonlijkheidseigenschappen en de daarmee samenhangende copingstijlen van betrokkene, temeer doordat die belemmerend kunnen werken bij herstel. ■

Literatuur

Zie tbv-online.nl/tbv-3_praktijk_Meesters voor de lijst met referenties.

Aandachtspunten

- ▶ Blijvende klachten na licht traumatisch hersenletsel kunnen verbeteren als in de behandeling ook rekening wordt gehouden met persoonskenmerken en copingstijl.
- ▶ Multidisciplinaire aanpak van klachten is aangewezen bij stagnerend herstel.