

# Geen cognitieve stoornissen, wel klachten - wat nu?

## Functionele Cognitieve Stoornis - wat is het en behandeling

Hersenletselcongres - Reehorst, Ede, 3-2-2025

Prof. dr. Rudolf Ponds, klinisch neuropsycholoog en en hoofd afd. Medische Psychologie Amsterdam-UMC







## Take home message

Cognitieve klachten, zonder stoornissen:

- 'booming' ..... (FCS)
- belastend voor die het treft
- zorgwekkend voor die het treft
- kunnen zichzelf versterken
- serieus te nemen, ook zonder 'verklaring' / stoornis
- hardnekkig en betrekkelijk ongevoelig voor eenvoudige geruststelling
- actief behandelen/interveniëren
- Functionele Cognitieve Stoornis (FCS): niet de oplossing, maar wel een duidelijk denkkader voor kliniek en onderzoek





MEDISCH CONTACT

## Een nieuw psychogeriatrisch syndroom

De vergeetfobie

Een fobie wordt gekenmerkt door een irrationele vrees voor een bepaald object, een activiteit of een situatie.<sup>1</sup> De

F. R. J. Verhey c.s.

lis waren er in het gesprek geen duidelijke cognitieve beperkingen. De patiënt deed zijn verhaal in adequate



1992

- GP MUMC, 70, man, lichte vorm ZvP, geheugenzorgen, vlg.. eega geen probleem in ADL
- Paniek(aanvallen) bij geheugenaarzeling of niet-weten → na cue en herinnering zwakte dit af
- Angst dementie - 'je leest er steeds meer over'
- Toenemend vermijden van informatie die potentieel kan worden vergeten (krant, radio, gesprekken, buitenshuis zijn bv. vrachtwagens ....
- NPO ga (wel gespannen, aarzelend), MMSE 29/30, geen depressie
- 15% op GP, buitenlandse literatuur (Alzheimer Anxiety Syndrome)

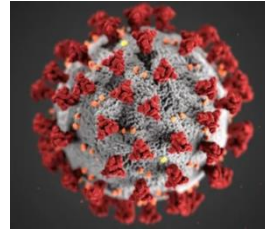


1998

- GP MUMC, vrouw, 60, huishouding, verkoop slagerij echtgenoot, 2 dagen oppas kleinkinderen
- 5-6 jaar steeds bezorgder over geheugen, toename klachten laatste 2 jaar
- Zeer onzeker geworden, veel spanning (verkoop, praktische zaken kleinkinderen)
- Vermijdt gesprekken (te veel afgeleid), geen smalltalk meer, bang voor fouten (afrekenen)
- 'ga door de mand vallen' - boekenclub opgezegd
- Altijd weinig vertrouwen door lage opleiding ('ben dom')
- Moeder vermoedelijk al jong dement (rondom 63<sup>e</sup> jaar), nooit formeel vastgesteld, zeer angstig ook dementie te hebben
- Pas recent man over geïnformeerd, was verbaasd, merkte niets (wat onzekerder misschien)
- VG: temporele epilepsie, onder controle, verder gezond
- NPO: falen door angst en onrust op geheugen, rest vlot en goed.
- Uitslag stelt amper gerust ('wel goed onderzocht', testen leken niet op mijn dagelijkse problemen), wel blij met bovengemiddeld IQ
- Uitleg en behandeling: veel 'ja maar, maar gisteren .....', hoge lijdensdruk



McWhriter & Carson (2023)



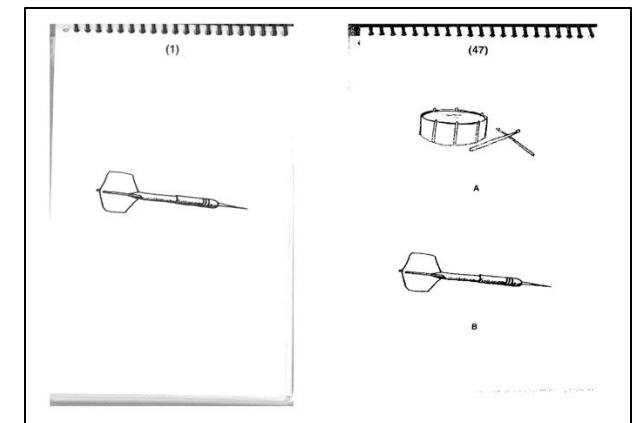
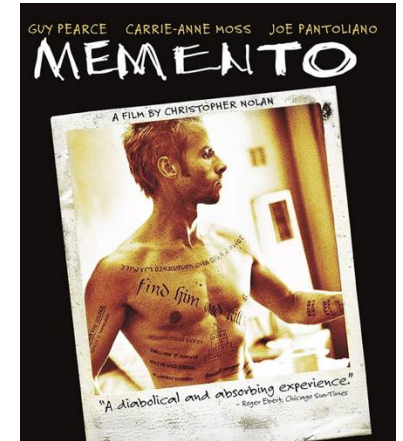
- vrouw, 60, secret., 15 jr pijn/fybromyalgie, migraine
- 9 maanden na COVID 'start' vermoeidheid, meer migraine en geh. En conc. Problemen die toenemen! haar zeer bezorgd maken (is dit hersenschade door COVID) en hebben geleid tot ziekmelding
- Zeer volledig in haar presentatie klachten, zeer ontevreden over med. hulp tot nu toe
- Cogn. onderzoek: emotioneert, stressvol, alleen fluency en aanleren matig, rest goed
- Diagnose FCS met uitleg en adviezen
- Na 6 weken nog wel cogn. klachten maar minder bezorgd, opbouw werk en gestart met aanpak van een aantal stressvolle zaken thuis en in het persoonlijke vlak

- student, 24, hoofdtrauma bij rugby
- 2 min 'weg, 2 dagen wat duizeling, blijft week weg bij onderwijs, thuis rust nemen, geen PTA
- 'schrikt' bij hervatten onderwijs: druk en onrustig, pikt weinig op, 'paniekerig'
- Blijft thuis (enkele maanden), geen onderwijs, geen trainingen, sociale contacten minder
- Vaker hoofdpijn, toenemend bezorgd over concentratie en geheugenproblemen ivm studie.
- Cognitief onderzoek: g.a., zeer vlot verlopend
- Diagnose FCS met uitleg en adviezen
- Pakt studie weer op, geleidelijke opbouw



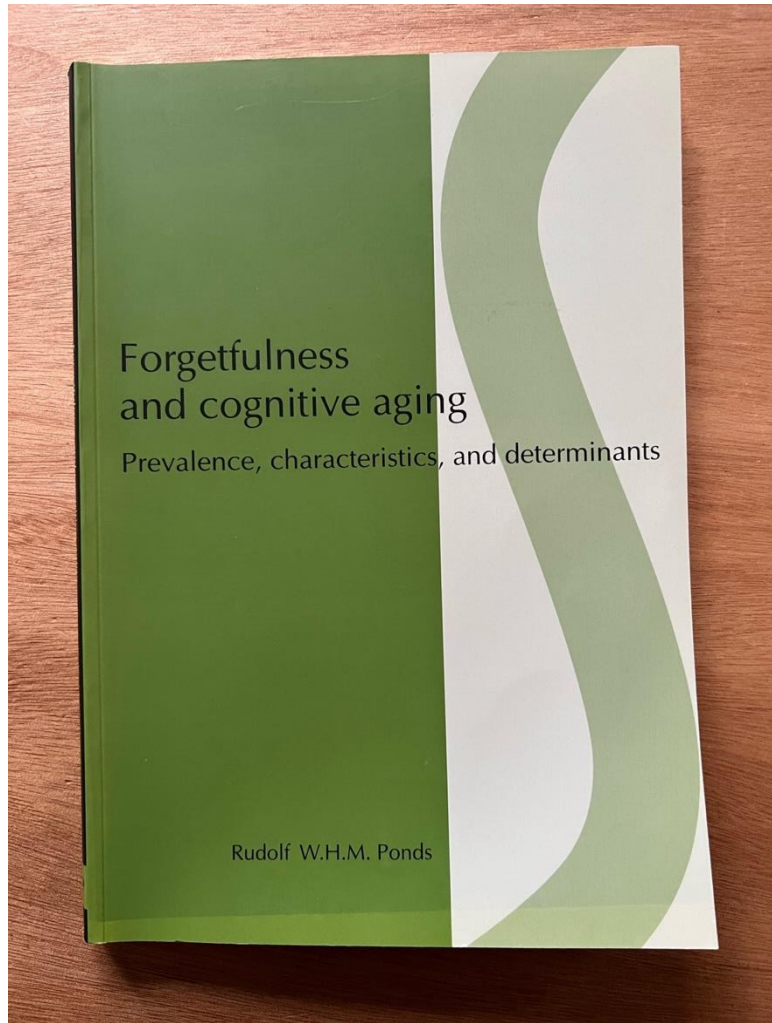
2007

- GP MUMC, man 58 jaar, gehuwd, twee uitwonende dochters, WAO 8 jaar (rug)
- Sinds 1992 bekend met ernstige hoofdpijnaanvallen, verlies spierkracht links of rechts, tunnelvisie, bewustzijnsdaling (a-typische migraine, epilepsie, suggestie relatie psychopathologie)
- Ernstige aanval 2006, draaien met ogen, niet aanspreekbaar, verlies spierkracht links en rechts (!), SEH beoordeeld als 'geen spoed', traumatisch voor familie
- na ontwaken 3 dagen opname, klein infarct rechter lentiforme nucleus
- in de loop van de week ernstige geheugenproblemen:
  - verlies autobiografisch geheugen
  - verlies procedureel geheugen (ook seks!)
  - verlies rekenen, schrijven, lezen
  - geheugen van 2 dagen (daarbuiten is alles weg - ook vrouw, dochters)
- Veel medisch onderzoek: 'a-typisch' (hoort familie niet), veel doorsturen
- GP na 6 maanden waarbij NPO (ik weet het niet, zou kunnen, mijn vrouw ...)
  - Overrapportage bij klachten amnesie en cognitie (bizarre klachten)
  - Onderpresteren TOMM: 21/50, 7/50, 3/50 (kans: 25/50)





1998

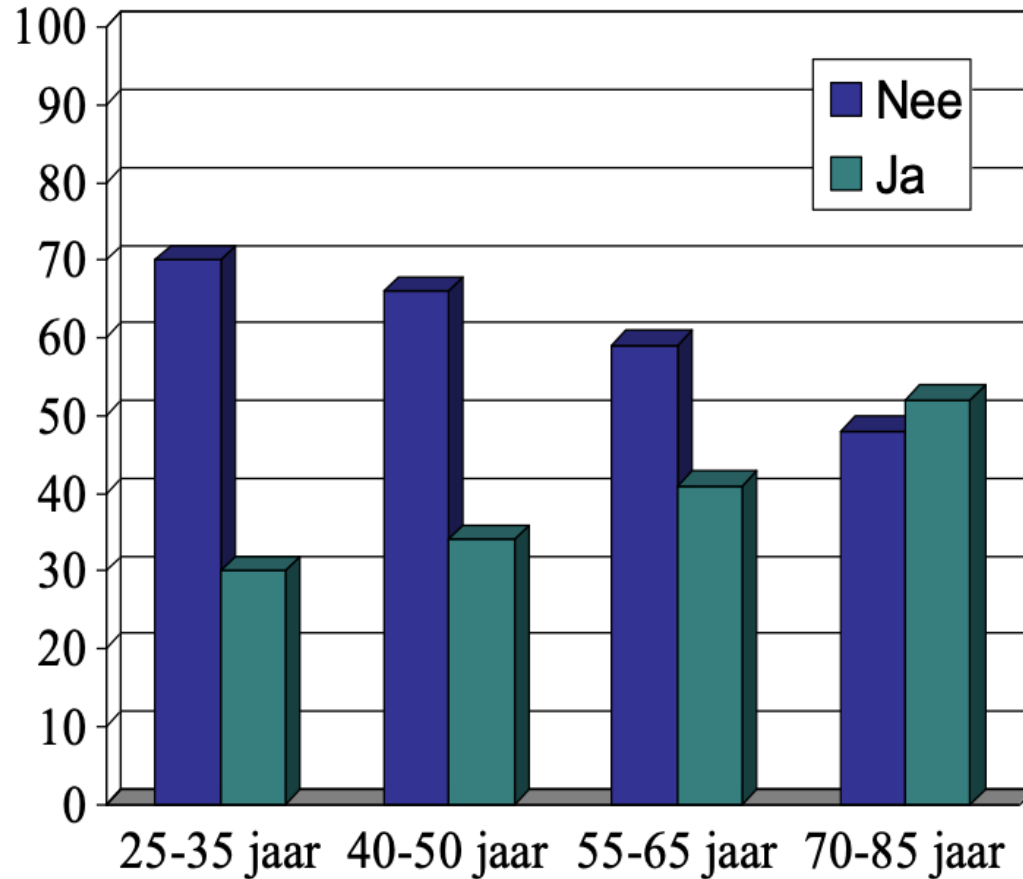


... er zit veel 'psychologie' in het geheugen ...

... en ook veel meer dat we gewend zijn te denken ....



## Vindt u zichzelf vergeetachtig?



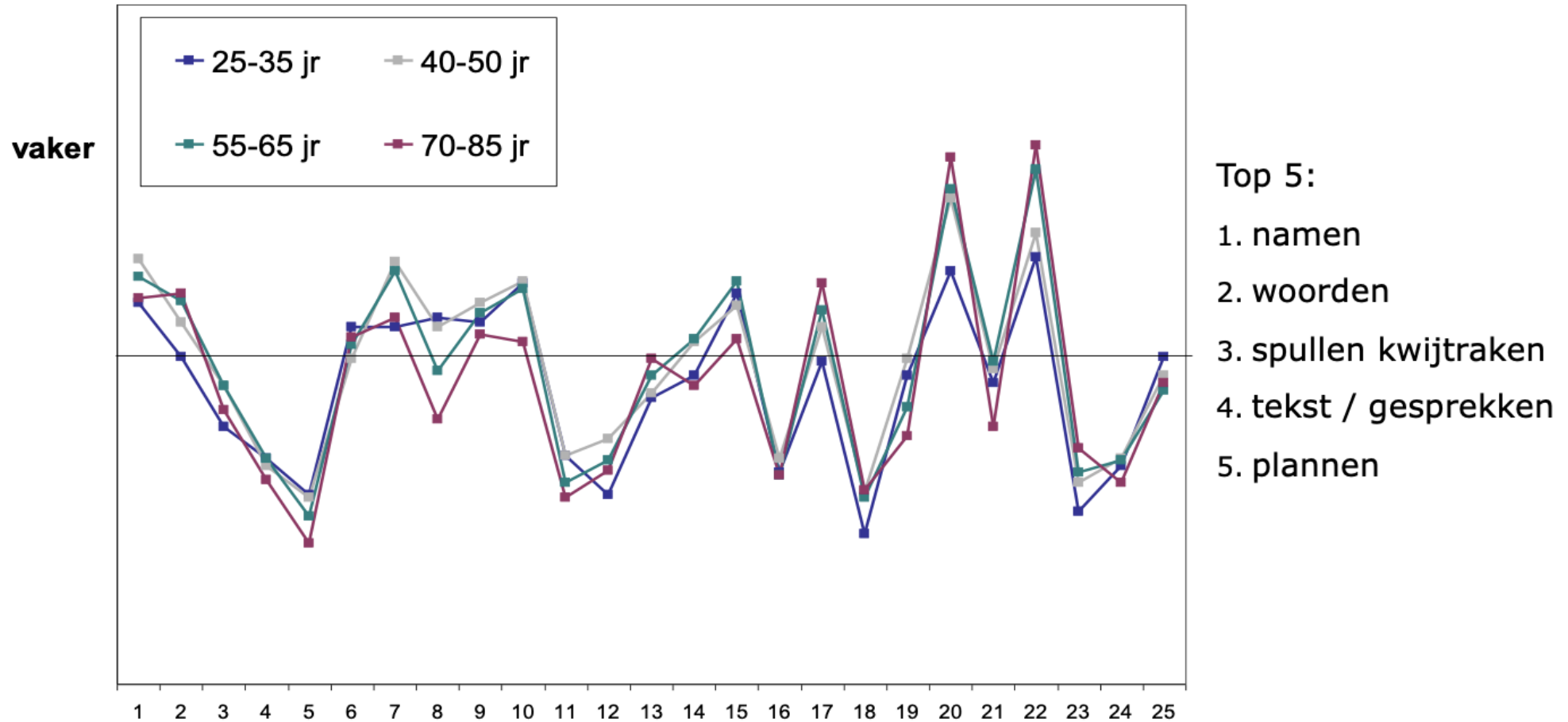
- 1971 personen
- 39%: vergeetachtig
- Toename met leeftijd
- Leeftijd < 50 jaar: 30%!
- Mate van hinder en bezorgdheid: weinig leeftijdsverschillen
- Jong: moe, druk, spanning, etc (omkeerbaar)  
Oud: leeftijd (niet omkeerbaar)





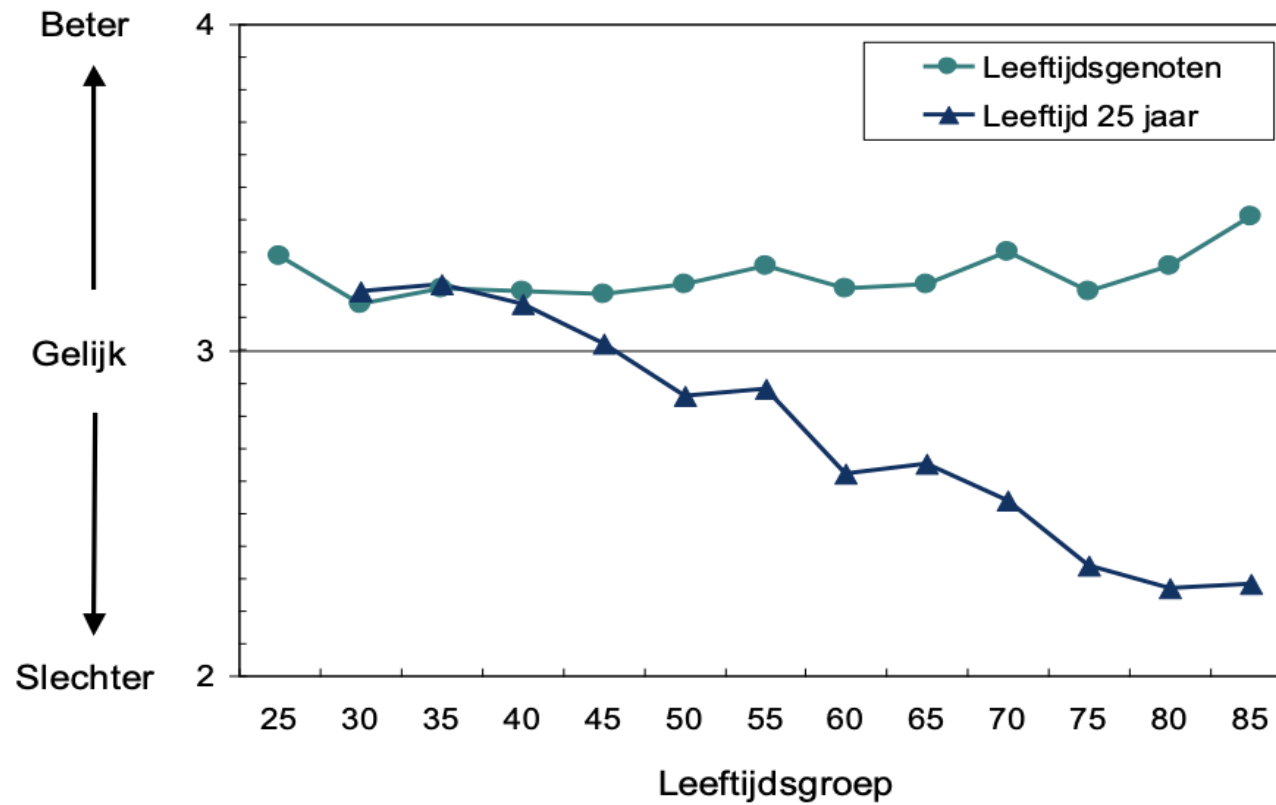
- Geen relatie np-tests
- Vaak ook bij licht hersenletsel

## Vergeten ouderen anders dan jongeren?





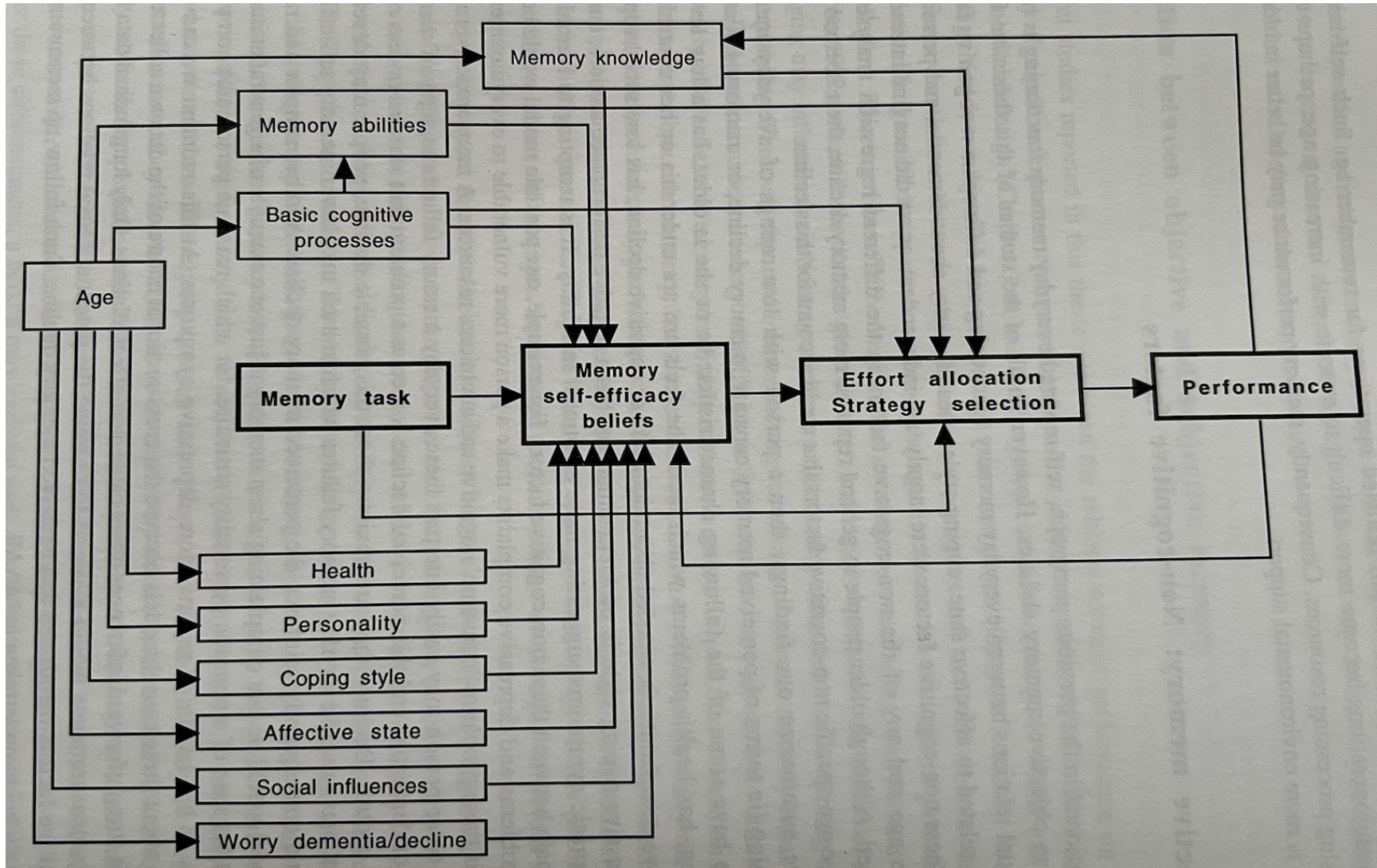
*Verandering (beter, gelijk, slechter) qua geheugen, gerichte concentratie, duurconcentratie, snelheid van denken, plannen ..... in vergelijking tot (1) uzelf op 25 jarige leeftijd en (2) leeftijdsgenoten*

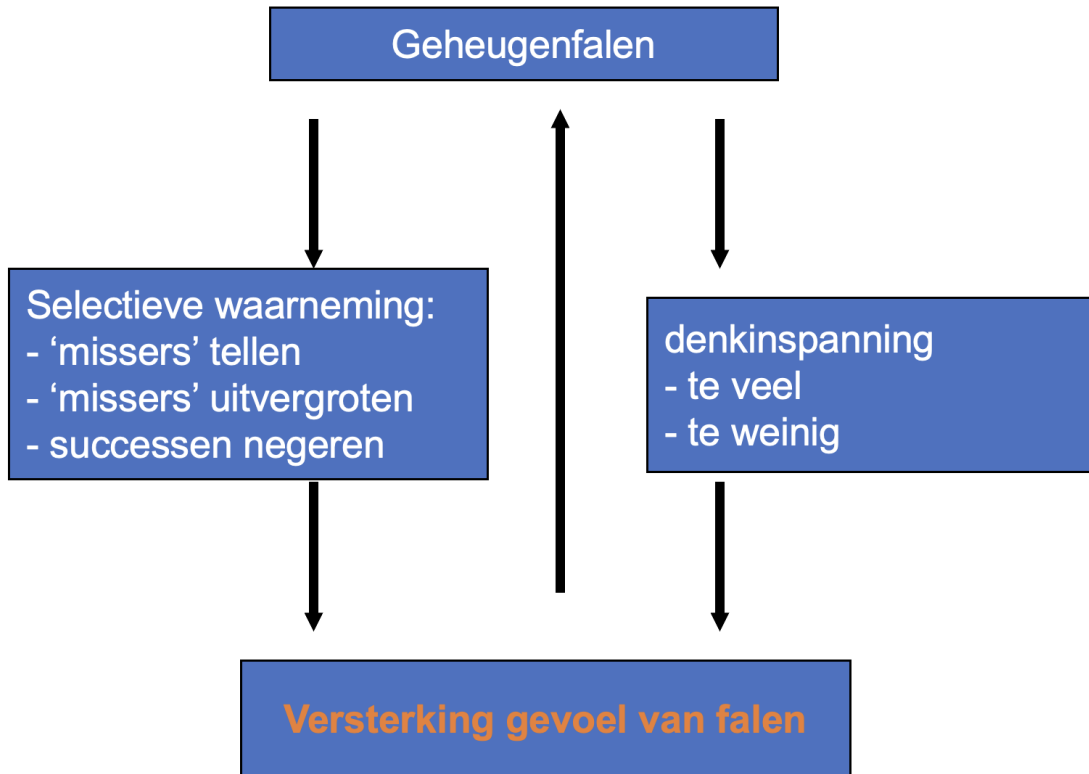


(1) Veranderingen voor alle cognitieve functies gelijk

(2) Referentiekader

(3) Illusoire superioriteit





gedachten

*... ze denken ... dement ...*

*... ben dement ...*

*... tel niet mee ...*

*... om te schamen ...*

*... ben nu lastig ...*

*... die ouderdom ....*

*... zien me als dom ....*

*... ik takel maar af ....*

*... zeg maar niets meer ....*

*...*

Praktisch en simpel model

Ook bij niet-veroudering  
(hersensletsel, depressie, etc)

Hardnekkigheid .....

**AANDACHT!**





## OORSPRONKELIJK ARTIKEL

# De angst om te vergeten: behandeling van functionele geheugenklachten

R.H.W.M. Ponds, A.J.M. Schmidt, M. de Lugt, R. Lulhofs, F.R.J. Verhey, J. Jolles

In dit artikel worden de eerste ervaringen beschreven van een nieuwe behandeling voor angst-gerelateerde functionele geheugenklachten. Uitgangspunt bij de behandeling is dat de geheugenklachten oorspronkelijk secundair zijn ten opzichte van stressvolle individuele omstandigheden of depressieve episodes, maar later in stand gehouden en versterkt worden door bezorgdheid voor dementie, selectieve aandacht voor geheugenfalen en negatieve verwachtingen over het eigen geheugen.

## Conclusie

Onze eerste bevindingen bij deze nieuwe behandeling zijn bemoedigend. Het oordeel van de patiënten is positief en men rapporteert er veel baat bij te hebben. Uit de vragenlijsten blijkt eveneens een positief effect van de behandeling. Op de belangrijkste effectvariabelen, te weten geheugenklachten en bezorgdheid over het geheugen, is vooral bij de follow-up een duidelijke afname zichtbaar. Overigens moeten deze gegevens met enige terughoudendheid worden gezien door het ontbreken van een controlegroep of -conditie. **We kunnen niet uitsluiten dat de positieve resultaten het effect zijn van louter de aandacht die is gegeven aan de geheugenproblemen. Veel patiënten waren immers alleen al zeer positief over het feit dat hun geheugenprobleem serieus werd genomen.** Tegelijkertijd moet dit echter ook als een belangrijk en wezenlijk onderdeel van de behandeling worden beschouwd.



*... even actief worden ....*

Uw eigen 'cognitieve falen' (en kwetsbaarheid)

2/3 tallen

- Valt het op met het ouder worden?
- Was het toe te schrijven aan iets (ziekte, ongeval etc)?
- Was u bezorgd? (of was het uitlegbaar, bv te druk)
- Maakt(e) het kwetsbaar/onzeker?
- Ging het 'in uw hoofd zitten' en zo ja, waarom?

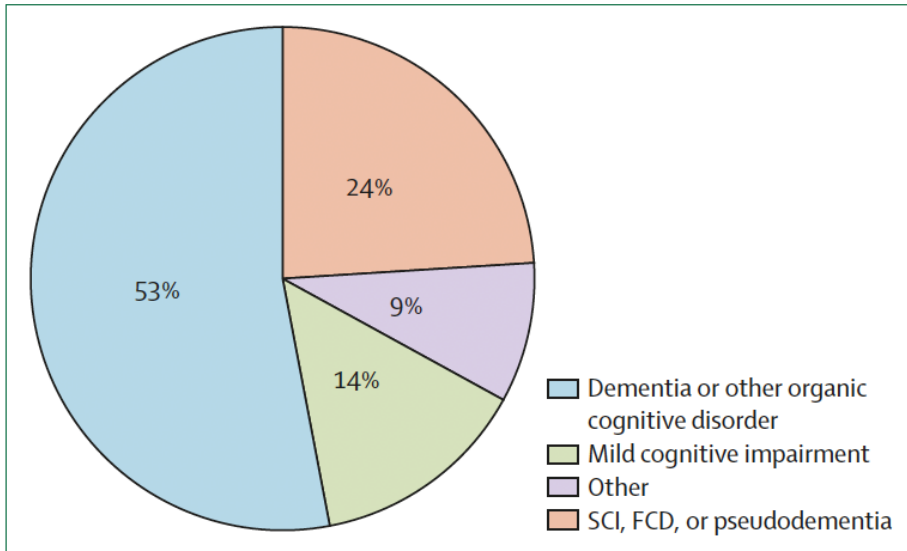




## Cognitie steeds meer in beeld/belangrijker ....



- informatiemaatschappij, snel en veel, steeds meer via internet
- kennis (of weten te vinden van kennis) steeds belangrijker
- sturing op cognitieve gezondheid
- een gesignaleerd probleem bij steeds meer ziektes/aandoeningen (beter vragen/meten, bewustzijn, beperkingen werk, ...), zowel fysiek als mentaal
- veroudering en dementie (voorkomen en vroegsignalering): geheugenpoli's



**Figure 2: Diagnoses in people attending memory clinics**

This chart shows the pooled distribution of diagnoses in the 30 included studies (n=11 807) of memory clinics (and similar services) that include adequate description of dementia and non-dementia diagnoses. Studies reporting not dementia without alternative description are not represented in this chart. SCI=subjective cognitive impairment. FCD=functional cognitive disorder.

- Prevalentie cogn. symptomen: 30% alg. bev. (ca. 250.000)
- 1/4 patienten GP: subjective cogn. impairment
- Groot deel van deze groep FCS: functionele cognitieve stoornis
- FCS: ernstig ervaren cognitieve klachten, o.a. associaties met stemmingsproblemen, negatief zelfbeeld, negatieve ziekte-perceptie, niet progressief beloop, overschatting cognitief falen, neurocisme, ‘autonome’ presentatie en gedetailleerd beschreven klachten.
- Niet herkennen FCS (risico GP groot) - iatrogene schade door misdiagnoses (aanhoudende klachten, lijdensdruk)





## FCS: functionele cognitieve stoornis

\*

- Pseudo-dementie
- Neurocognitieve hypochondrie
- SMI
- Alzheimer Anxiety Syndrome
- Cogniforme stoornis
- .....

‘geen stoornissen, wel klachten’ is er altijd geweest\* - wel forse toename en (h)erkende lijdensdruk

Negeren, ‘tussen de oren’, histerie en andere uitleg is diskwalificerend en contraproductief

Noodzaak klinische criteria, bij voorkeur positief (en niet bij uitsluiting, restcategorie)

Subcategorie van **Functionele Neurologische Stoornis (FNS)**:

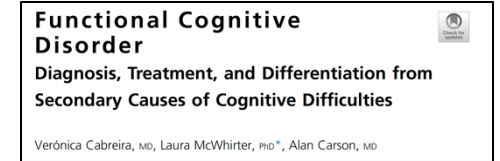
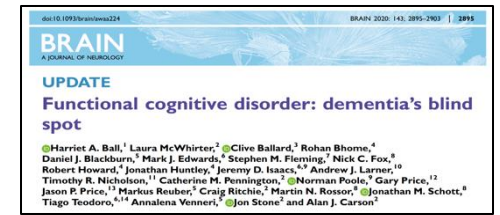
- neurologische uitval (motorisch, sensorisch) zonder organisch/pathofysiologisch substraat
- hardware intact, software (overdracht signalen) niet
- ! onbewust: goed functioneren; bewust niet goed functioneren (aandacht ‘blokkeert’ functioneren)



# FCS: afbakening, definitie

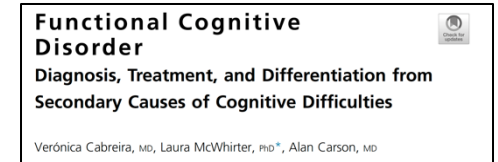
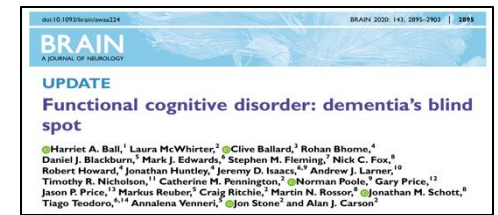
Criteria (o.a. Ball cs 2020, Cabreira cs 2023)

1. Één of meer cognitieve symptomen/klachten
2. Aantoonbare '*interne inconsistentie*' (tussen klacht/symptoom en functioneren)
3. Niet te verklaren uit een medisch of psychiatrisch beeld (comorbiditeit kan wel)
4. Symptomen/klachten geven klinisch significant lijden of beperkingen dagelijks functioneren (arbeid, sociaal, etc)





# FCS: afbakening, definitie



## Ad 2. Aantoonbare ‘interne inconsistentie’ (tussen klacht/symptoom en functioneren)

- Binnen cognitief domein wisselende prestaties: lager als expliciete aandacht (expliciet versus impliciete informatieverwerking (vgl FNS 'bal' gooien versus bal onverwacht moeten vangen))
- Klachten/symptomen contrasteren met vlotte en gedetailleerde gesprek, dagelijkse cognitieve belasting (bv beroepsmatig) en het niet bezorgd zijn naaste

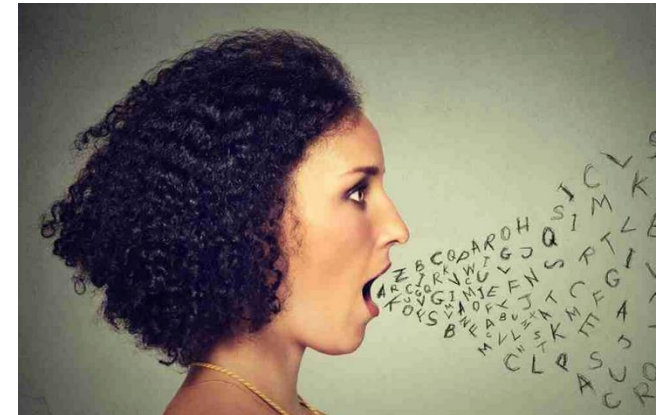


Cabreira cs. 2023  
McWhriter, Carson, 2023  
Cabreira cs. 2023 JPR

## FCS: afbakening, definitie

Klinisch positieve signalen/kenmerken ... itt pat. met cogn. stoornissen, neurodegeneratie

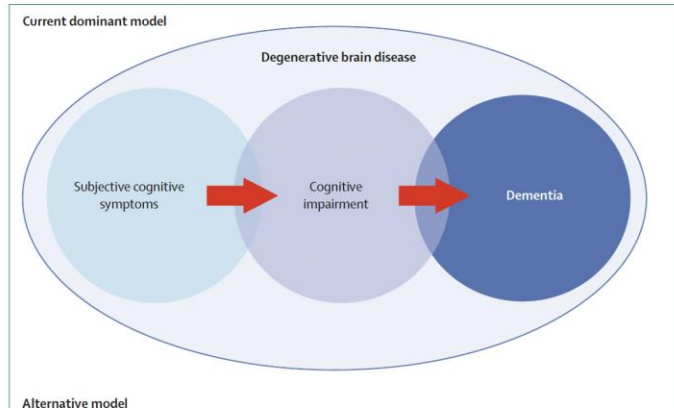
- Veel klachten, zeer gedetailleerd en met 'start' momenten, vaak inattentie-fouten
- Onthouden (en beantwoorden) complexe vragen, lange antwoorden, snel antwoorden
- Geheugenblokkades voor overgeleerde informatie (namen, PIN, etc) die gedetailleerd worden herinnerd
- Vaak klacht 'actief onthouden'
- Vallen niet in herhaling (zelfde vertellen in een gesprek)
- Persoonlijke- en ziektegeschiedenis wordt gedetailleerd herinnerd
- Ervaren verlies van recente en oude autobiografische herinneringen
- Naaste niet op de hoogte, niet bezorgd en merkt niet veel
- Vaak alleen, zelfverwijzing, indien met partner geen HTS
- Variabiliteit in ernst (toename, afname), perioden zonder problemen
- Angstig bij testen, weigering, algemeen negatieve evaluatie, verlies prestatie na fout, emotioneel reageren, inconsistenties binnen een domein



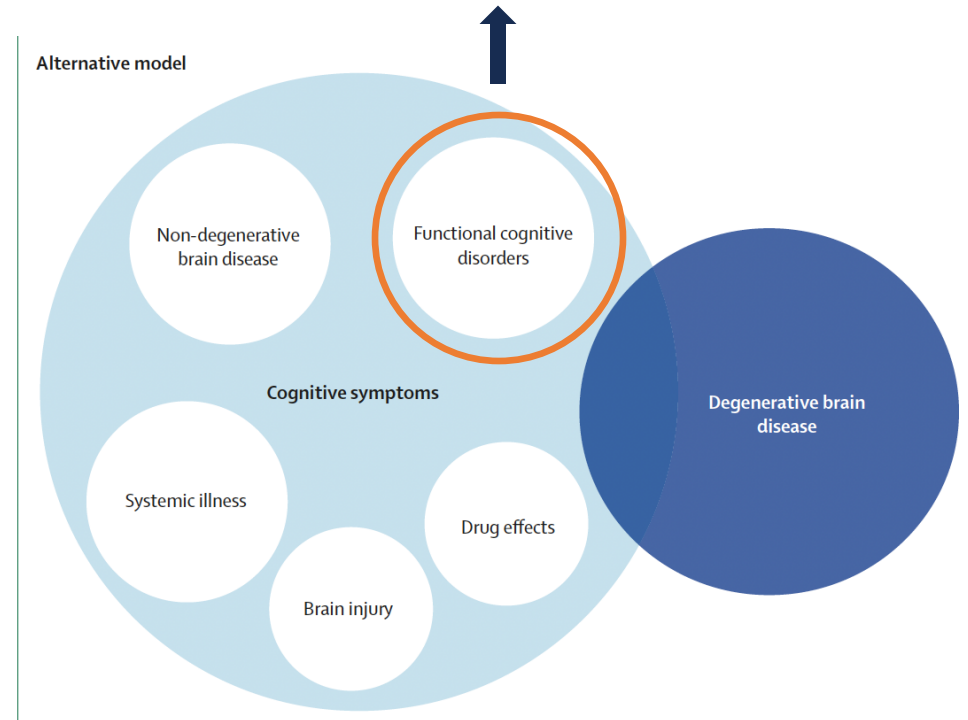




# FCS: afbakening, definitie



Veroudering  
Hersenletsel niet aangetoond, bv PCS, TIA, ..  
Disproportionaliteit klacht en hersenletsel, bv mTH  
**‘trans-diagnostisch’ beeld bij diverse aandoeningen**



**‘trans-diagnostisch’ beeld bij diverse aandoeningen**

McWhirter & Carson 2023, Cabreira et al 2023

- CVS, chronische pijn, fibromyalgie, long COVID, whiplash, post-infectiebeelden, depressie, angst, ....
- ‘symptomenlast’ beïnvloedt aandacht en daarmee cognitie



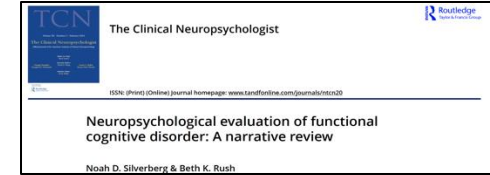
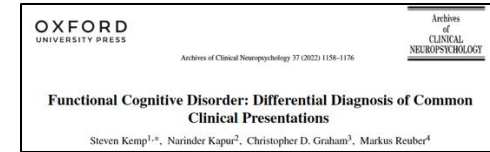
# FCS en neuropsychologie

## NPO

- normale prestaties tot 'noisy patterns' (inconsistent in domein, matige scores)
- 'testangst' is kenmerkend, ernst uiteenlopend (sterk reageren op fouten, inadequate controlestrategieën zoals extra langzaam werken of subvocalisatie, aanhoudende onzekerheid tot totale blokkade)

## Onderpresteren/prestatievaliditeit ('malingeren', veinzen)

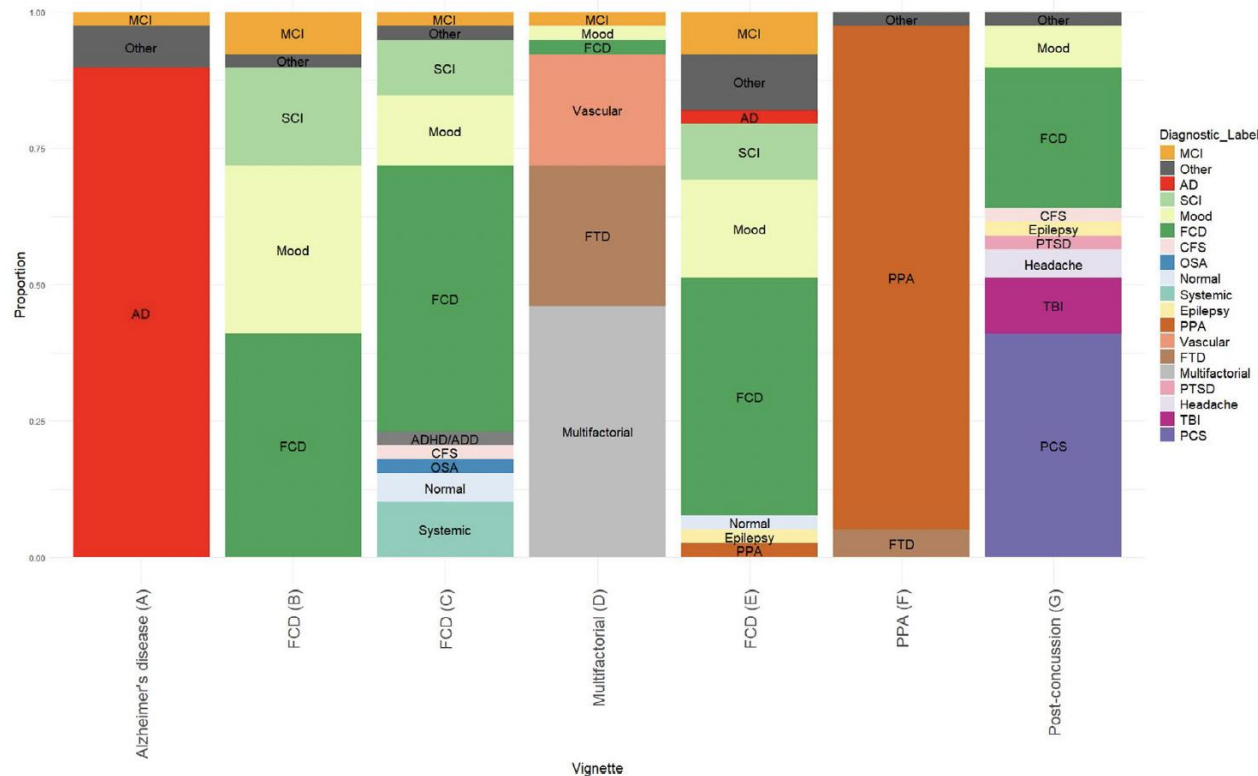
- Voorkomen type 1 fout (cognitieve stoornissen incorrect toewijzen aan 'hersenschade')
- Base-rate onbekend in FNS/FCS, maar lijkt laag frequent ('geruststellend' gemakkelijk taken?)
- Meer extreme en bizarre inconsistenties klachten en dagelijks functioneren
- Motief (extern, intern)





# FCS en neuropsychologie

- NPO in strikte zin niet nodig voor diagnose: interne inconsistentie, ‘positieve kenmerken’ kan alleen op basis van het klinisch interview
- Diagnostische inter-rater accuraatheid nog beperkt onderzocht ....

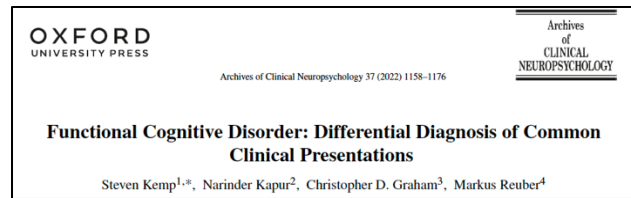


## Case-vignetten:

klachten, beloop, basis neurologisch onderzoek, inclusief cognitieve screeners

- Goed neurodegeneratie / niet neurodegeneratie (AD, PPA)
- Matig herkenning FCD (40-50%)

# FCS en neuropsychologie



Silverberg et al (2024): ... There is arguably no health condition (FCS) that falls more squarely within the scope of clinical neuropsychology .... (p. 318)

1. Brede scope en 'tijd' voor inventarisatie klachten, levensgeschiedenis, persoonlijkheid, etc (BPS 'model')
2. Betrouwbaar vaststellen dat er geen cognitieve stoornissen zijn (cognitieve screeners zoals MMSE onbetrouwbaar bij m.n. hoog uitgangsniveau)
3. Cognitief profiel, sterkte/zwaktes (bv primair aandachtsproblemen als oorzaak ervaren geheugenproblemen)
4. Inconsistenties bij tests die diagnose FCS ondersteunen (zwak aanleren bij perfecte herkenning)
5. Kwantificeren discrepantie (bv. z-scores) subjectieve klachten en cognitief functioneren
6. Detecteren meer 'focale' uitval (bv. taal) suspect voor niet-FCS
7. Inzet PVT en SVT voor onderpresteren en overrapporteren
8. Integratie in biopsychosociaal model





## FCS: 'patho-psychologie' en verklaring modellen ('aandacht')

- Excessieve zelf-monitoring
- Attentie-bias en hypervigilantie (focus fouten, etc)
- ziekte-angst (bv dementie)
- Vermijding cognitieve belastende taken
- Verstoorde ziektepercepties
- Persevererende cognities (ruminaties, obsessies, zorgen)
- Disproportionele emotionele reacties (tot dissociaties)
- Metacognitieve afwijkingen (niet juist waarnemen en beoordelen eigen cognitie)
- Geheugenperfectionisme
- 'expliciete en gecontroleerde informatieverwerking' waar dat niet nodig is (i.c. routine, itt tot impliciete automatische informatieverwerking)
- Neuroticisme (hoeft niet ....)
- .....



# FCS: verklaring modellen ('aandacht')



2018

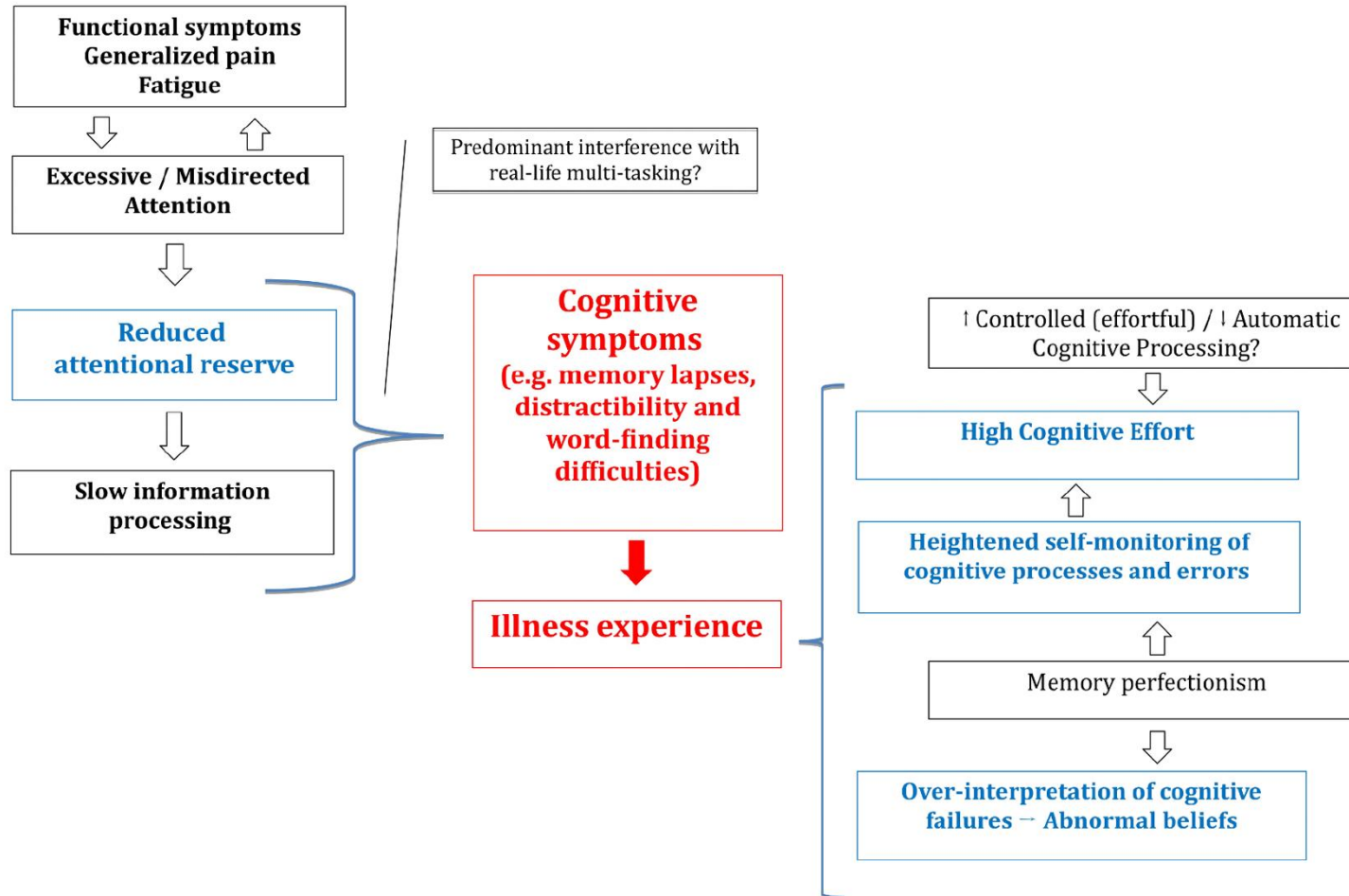
Cognitive neurology

REVIEW

OPEN ACCESS

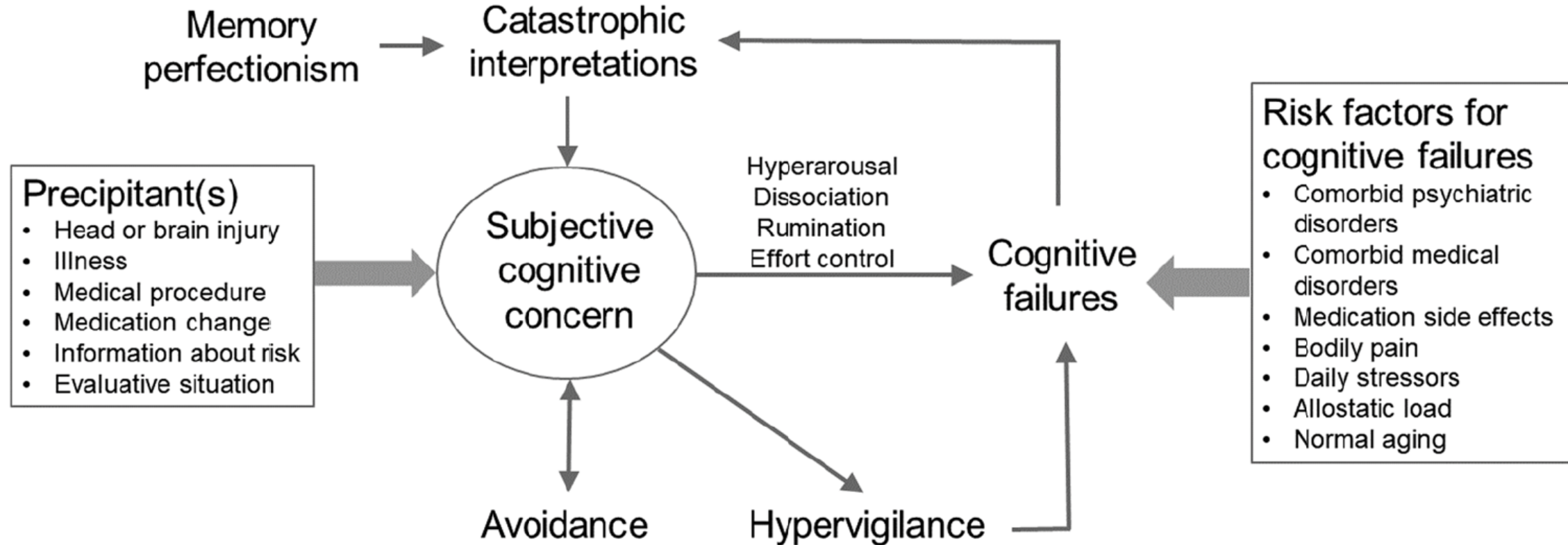
A unifying theory for cognitive abnormalities in functional neurological disorders, fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: systematic review

Tiago Teodoro,<sup>1,2,3</sup> Mark J Edwards,<sup>1,2</sup> Jeremy D Isaacs<sup>1,2</sup>



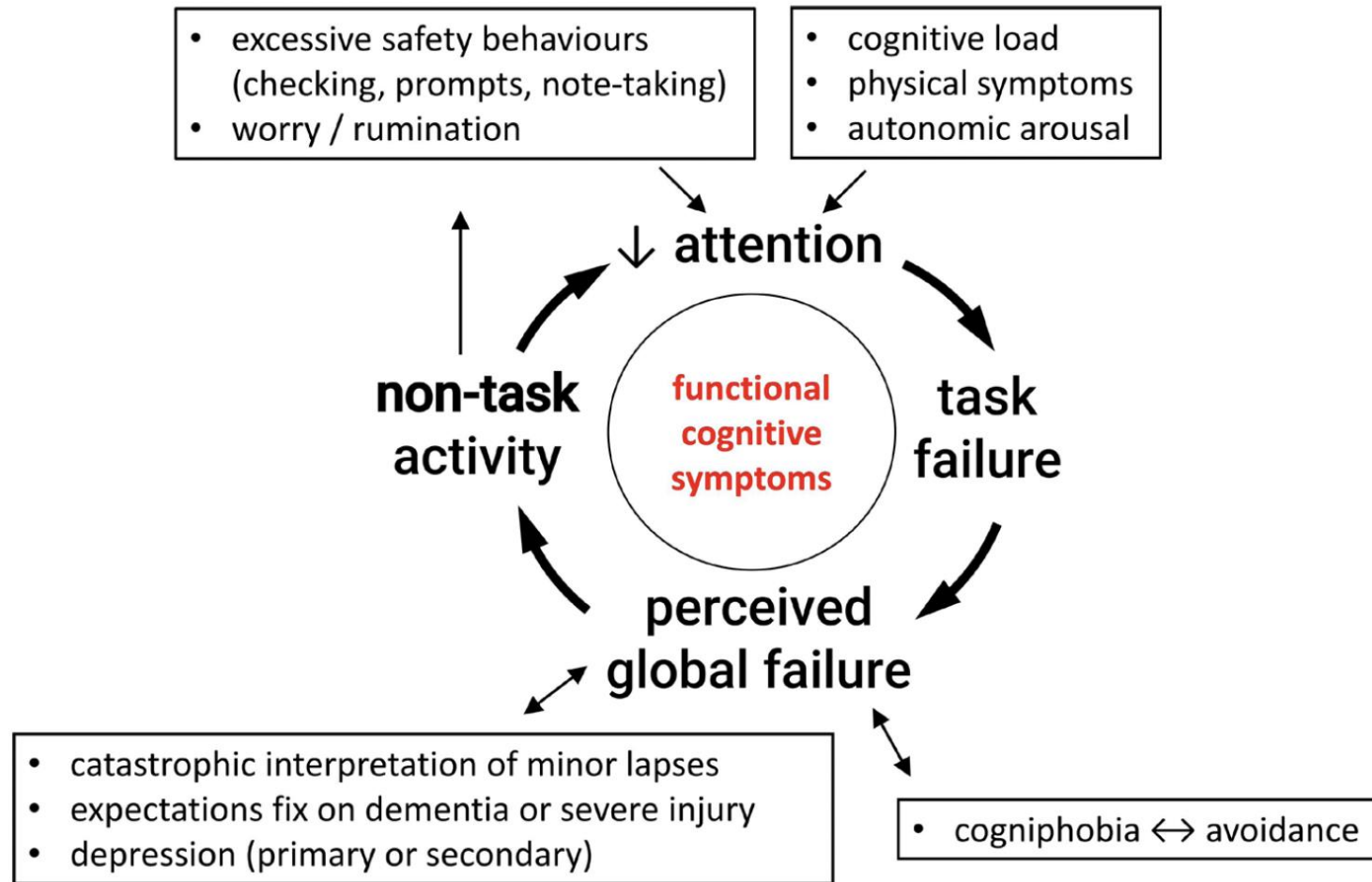


## FCS: verklaring modellen ('aandacht')





## FCS: verklaringen modellen ('aandacht')





## FCS: behandeling

- Weinig systematisch onderzoek nog (training metacognitie, groepsbehandeling SMI ...)
- Aansluiten bij wat al gedaan wordt bij FNS, PNEA, behandeling (transdiagnostisch) van pijn, somberheid, angst, etc.

### Cruciaal, altijd !!!!

- Geef **snel duidelijkheid over de diagnose FC** hoe vastgesteld (o.a.inconsistenties)
- Het is een positieve ('echte') diagnose (niet bij exclusie)
- met goede mogelijkheden op herstel

# FCS: behandeling



- Psychotherapie: CGT, ACT, 'stress-hantering, PMT, ..... (geen studies ...)
- Geheugentraining/technieken (alleen als patiënt zich herkent in FCS)
- Medicatie: niets voor FCS, wel medicatie angst, depressie, etc.
- Nog weinig uitgeschreven behandelingen/protocollen
- Individuele aanpak met elementen uit PT







# FCS: behandeling

- Psychoeducatie en persoonlijk verklaringsmodel ('oorzaken', instandhoudende factoren)

→ hardware/software - 'vastlopen' programma's bij 'overload'

→ 'aandachts-verlies' als kernboodschap: hypervigilantie, bias, etc. en relatie impact

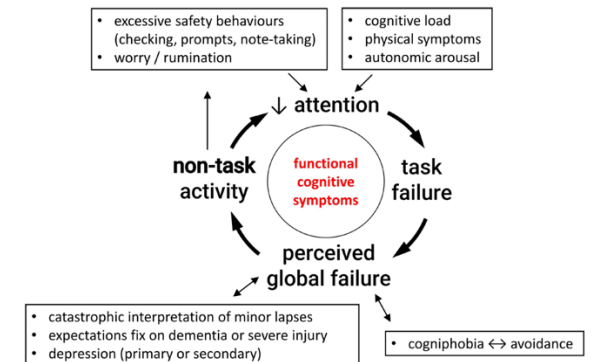
cognitie (automatisch versus gecontroleerd)

- Schriftelijke informatie, zie bv [www.neurosymptoms.org](http://www.neurosymptoms.org)

- Zoeken naar aanknopingspunten interventie (bv gevolgenmodel ALK bv.)

- 'ja-maar' val: er is altijd wel iets 'uitzonderlijks' ("deze week ...."), therapeutische

alliantie staat snel onder druk .....



# FCS: behandeling



## Functional Cognitive Disorder



### What is functional cognitive disorder?

Functional cognitive disorder is a problem with memory or concentration that happens when the brain doesn't work or function as we need it to. Functional cognitive symptoms are not caused by disease or damage to the brain, but they are coming from the brain.

### What sort of problems do people with functional cognitive disorder have?

- Losing track while doing things – for example, walking into a room and forgetting what you went in there for
- Going 'blank' – for example, finding you suddenly can't recall a PIN or phone number
- Mental fuzziness, sluggishness, or mental fatigue
- Losing track during conversations
- Frequently misplacing things like your keys or phone
- Forgetting periods of time even though you have kept going, on 'autopilot'
- Forgetting details from films, books, or past holidays
- Forgetting a word that seems on the tip of the tongue



FACTSHEET

Some people may have relatively mild functional cognitive symptoms, sometimes alongside other health problems. For other people, memory symptoms are the main problem that affects their day-to-day life, and the term functional cognitive disorder is used. Functional cognitive symptoms can be frightening. They can make normal activities like working and socialising much more difficult.

Some people are concerned that their problems might be caused by a type of dementia, like Alzheimer's disease, or might be related to damage after an injury.

Deciding whether someone's memory and thinking problems are the result of brain disease or damage, or whether they are functional cognitive symptoms, requires careful assessment. However, it is possible to make a confident and accurate diagnosis of functional cognitive symptoms. Having a definite diagnosis can help people find ways to improve their symptoms.

This factsheet is designed to help share what we know about this condition and to give you some ideas to help make sense of what is going on.

Information leaflet taken from [www.neurosymbols.org](http://www.neurosymbols.org)

## Functional Cognitive Disorder



Although our capacity to learn and store information is enormous, our attention is limited. We can only focus on a small amount of the world at one time. If you cannot focus attention on new information, you won't be able to learn and remember that information.

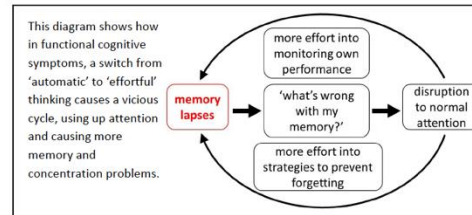
### Examples of things that can interfere with attentional focus:

- Physical symptoms
- Pain
- Sleep problems
- Stress
- 'Software errors', e.g. getting stuck in involuntary thinking loops
- Experience of an injury or stressful event
- Medication

Some people become concerned about memory lapses that are common even in healthy people. Some worry that their memory problems are the first sign of dementia.

Watching out for memory problems causes a shift from using your memory in a normal, automatic way, to an effortful and tiring way. Involuntary activities like worrying about your memory, spending time thinking about or checking how well your memory is working, or using a lot of notes and lists, can all use up attention.

*All this effortful cognitive activity creates a vicious cycle which actually causes more memory problems*



Information leaflet taken from [www.neurosymbols.org](http://www.neurosymbols.org)

## MODEL VAN DE KLACHTEN

### Lichamelijke Klacht

### Ideeën over de klacht

#### Emotionele Gevolgen

#### Gedragmatige Gevolgen

#### Lichamelijke Gevolgen

#### Sociale Gevolgen



# FCS: behandeling

## Functional cognitive disorders: clinical presentations and treatment approaches

2023

Laura McWhirter, Alan Carson

### (1) Context klachten/symptomen

- Rol aandacht uitleggen bij cognitie ('gate-keeper', zonder aandacht kan niets)
- Automatisch versus gecontroleerd ('autopilot')
- Hypervigilantie: permanente 'fight/flight' response waarbij geen ruimte voor gerichte taakconcentratie
- Wat gaat wel goed in dagelijks cognitief functioneren (+ inconsistenties)
- Klachten cognitief functioneren: 'base-rate' normale bevolking en patienten
- Inconsistenties symptomen en klachten met symptomen en beloop hersenletsel, dementie
- Uitleg persoonlijke risicofactoren van patient (leeftijd, eerdere TIA, ...)

Rodolf Ponds p. 37

Martin van Bostel

Jelle Jolles

Psychomedisch Streeklencentrum Vijverdal,  
zorglijn Neuropsychiatrie, Maastricht  
Vakgroep Psychiatrie en Neuropsychologie,  
Universiteit Maastricht

Vakgroep Psychiatrie en Neuropsychologie,  
Universiteit Maastricht

Vakgroep Psychiatrie en Neuropsychologie,  
Universiteit Maastricht

*Correspondentieadres:*  
Dr. R.W.H.M. Ponds  
PMS Vijverdal  
Zorglijn Neuropsychiatrie  
Postbus 88  
6400 AB Maastricht  
r.ponds@np.unimaas.nl

---

*De 'Cognitive Failure Questionnaire'  
als maat voor subjectief cognitief  
functioneren*

Samenvatting

De Cognitive Failure Questionnaire (CFQ) is een vragenlijst voor subjectief cognitief functioneren bestaande uit 25 vragen naar de frequentie van alledaagse cognitieve vergissingen. De CFQ is in het kader van de Maastricht Aging Study (MAAS) afgenomen bij 1358 gezonde personen tussen de 24 en 86 jaar, waarbij ook is gekeken naar de samenhang met maten voor psychisch welbevinden en cognitieve testprestaties. De CFQ is bruikbaar in zowel klinisch als niet-klinisch onderzoek waarbij het cognitief functioneren wordt bestudeerd. De gegevens uit dit onderzoek kunnen gebruikt worden als eenvoudige normgegevens.

Tijdschrift voor neuropsychologie, 2006, nr. 2, artikelnummer 37



# FCS: behandeling

## (2) Aandacht - afleiders

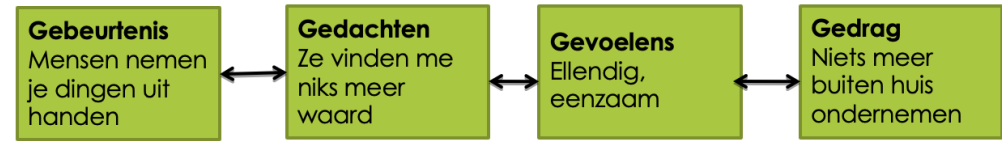
- Pijn, vermoeidheid of andere somatisch klachten
- Afleiding vanuit omgeving: prikkels, smartphones, multitasking, ....
- Overbelasting werk, privé, sociale rollen

## (3) Aandacht - medicatie en andere aandoeningen (aanpassen als mogelijk)

- Medicatie met psychoactieve bijwerking
- Depressie, angst, paniekaanvallen, slaap etc.
- Medische aandoeningen met impact op aandacht/cognitie (bv. DM1)



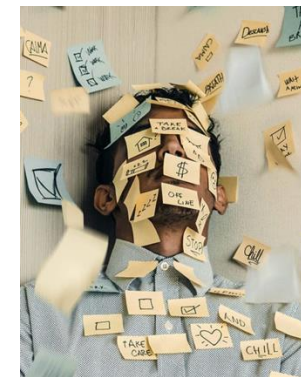
# FCS: behandeling



## (4) Probleemcognities en - gedrag

- Excessieve cognitieve copingstrategieën die veel tijd en aandacht vragen maar niet effectief zijn (teveel opschrijven, alarmering, agenda obsessief controleren ...) en idee falen en afhankelijkheid versterken
- Alternatieven voor catastroferen bij cognitieve missers
- ‘goed genoeg’ ipv perfectionisme (bv O-ja geheugen is ook geheugen ...), valideren bij familie, kennissen (hoe doen jullie dat, hoe zien jullie dat ...)
- Vermijdingsgedrag (cognitieve taken) stoppen, juist opzoeken om bewijs op te halen dat het wel kan (gedragsexperimenten, wat als ...)

... ze denken ... dement ...  
... word dement ...  
... tel niet mee ...  
... om je te schamen ...  
... ben nu lastig ...  
... die ouderdom ....  
... zien me als dom ....  
... ik takel maar af ....  
... zeg maar niets meer ....  
... beter niet meer gaan ....







## Het was een hele zit .... Vragen?




# FCS: afbakening, definitie



**Functional Cognitive Disorder**  
 Diagnosis, Treatment, and Differentiation from Secondary Causes of Cognitive Difficulties

Verónica Cabreira, MD, Laura McWhirter, PhD\*, Alan Carson, MD



2023

**Table 1**  
 Red flags that should prompt investigation for an alternative diagnosis

Red Flag	Alternative Diagnosis
Accompanying person being more concerned than the patient. Evidence of focal atrophy/metabolic changes on structural and functional (nuclear medicine) neuroimaging. Cognitive assessment suggesting impairment in a single domain such as single word comprehension or language production. Praxis, prosopagnosia, or visuospatial deficits. Greater difficulty to recall recent vs older events (temporal gradient).	Consider an alternative neurodegenerative disorder.
Prominent anhedonia, psychomotor retardation, apathy, and low mood.	Depression or frontal lobe lesions.
Gait impairment, cerebellar or movement disorder features (eg, chorea, extrapyramidal features).	Normal pressure hydrocephalus Other hereditary or sporadic conditions presenting with cognitive impairment including Huntington’s disease, Lewy body dementia, or atypical parkinsonism
Preservation of implicit memory with episodic memory impairment.	Korsakoff’s syndrome





# FCS: afbakening, definitie

**Functional Cognitive Disorder**  
Diagnosis, Treatment, and Differentiation from  
Secondary Causes of Cognitive Difficulties



Verónica Cabreira, MD, Laura McWhirter, PhD\*, Alan Carson, MD

Amnestic gap for a certain period with anterograde memory impairment	Transient global amnesia
Absence of decline or fluctuation over time.	Some patients with neurodegeneration and a high premorbid function may still have a cognitive performance under the normative range and have normal imaging for a certain period. Equally, patients with medical conditions, delirium/encephalopathy, or Lewy body dementia may present with cognitive symptoms with day-to-day variation.
Sudden onset of symptoms, often along with other neurologic symptoms, and especially in a patient with vascular risk factors.	Consider the possibility of a vascular etiology (eg, stroke).
Systemic symptoms (fatigue, daytime somnolence, weight, sweating, or skin abnormalities).	Consider investigation for other medical conditions (eg, metabolic, sleep, or cardiology disorders).

