



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Over de behandeling van functionele geheugenklachten bij psychische problemen

Colin van der Heiden *

Samenvatting

Functionele geheugenklachten komen veel voor bij cliënten met psychische problematiek. Doorgaans behoeven deze klachten geen uitgebreide aandacht en nemen ze in het verloop van de behandeling af naarmate de verschijnselen, behorend tot het betreffende klachtenbeeld, verminderen. In sommige gevallen echter kan vergeetachtigheid leiden tot angst voor dementie en de gevolgen daarvan, die een welhaast obsessieel karakter kan krijgen en interfereert met de ingezette behandeling. In dergelijke gevallen is het zinvol de focus van de behandeling tijdelijk te verleggen naar de geheugenklachten. In dit artikel wordt een kortdurend behandelmodel beschreven, bestaande uit een uitgebreide anamnese van de klachten, neuropsychologisch onderzoek en uitleg over het ontstaan en de instandhouding van geheugenklachten.

Inleiding

Het geheugen omvat verschillende functies waarmee informatie over eerdere gebeurtenissen en ervaringen wordt geregistreerd en kan worden herinnerd. Vergeetachtigheid wijst op het minder goed in staat zijn informatie uit het (langetermijn)geheugen op te halen. Verminderde geheugenprestaties kunnen het gevolg zijn van hersenbeschadigingen en ouder worden, maar ook van emotionele stoornissen als depressie, obsessieve-compulsieve stoornis, gegeneraliseerde angststoornis, middelenmisbruik en werkgerelateerde problematiek. Als vergeetachtigheid een symptoom of gevolg is van een psychische stoornis, kan in veel gevallen worden volstaan met geruststelling. Naast uitleg over vergeetachtigheid, kan aan de cliënt worden meegedeeld dat vergeetachtigheid bij het betreffende klachtenbeeld behoort en zal verdwijnen als de klachten in hun totaliteit afnemen. Soms dient echter meer aandacht besteed te worden aan de vergeetachtigheid voordat de behandeling wordt voortgezet. Hierbij kan worden gebruikgemaakt van een kortdurend (drie tot vijf sessies) psycho-educatief behandelmodel voor angstgerelateerde functionele geheugenklachten (Ponds et al., 1995). In een pilotstudie bleek deze aanpak goede effecten te hebben op de vergeetachtigheid zelf, op de lading die hieraan gegeven wordt en op de fixatie op geheugenprestaties. Aan de hand van een gevalsbeschrijving wordt dit behandelmodel gedemonstreerd.

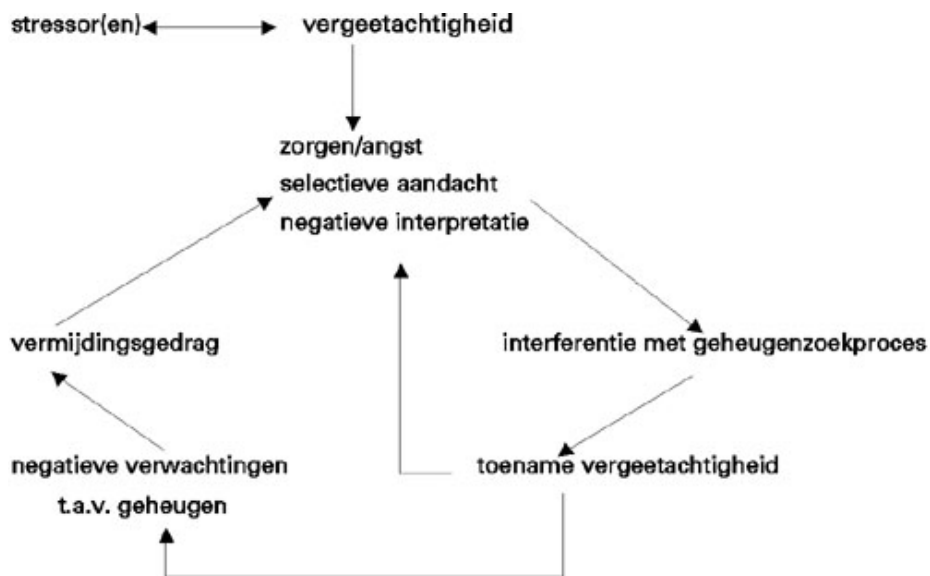
Achtergrond van de behandeling

Vergeetachtigheid kan leiden tot zorgen over dementie of over de mogelijkheid ooit weer normaal te kunnen functioneren binnen werk en gezin. Deze zorgen krijgen soms

* Drs. C. van der Heiden, gezondheidszorgpsycholoog, is als vestigingsmanager verbonden aan de HSK-groep. Correspondentieadres: Westersingel 108, 3015 LD Rotterdam.

een obsessieel karakter, waardoor de behandeling stagneert. In dergelijke gevallen is het zinvol het behandelplan dusdanig te wijzigen dat (de angst naar aanleiding van) de vergeetachtigheid de eerste focus van de behandeling wordt. Zijn de zorgen over de vergeetachtigheid afgenomen, dan kan de behandeling doorgaan.

Het behandelmodel gaat ervan uit dat geheugenklachten secundair zijn aan de aanhoudende stressvolle gebeurtenissen die hebben geleid tot de psychische stoornis. Ze zijn niet het gevolg van hersenbeschadigingen of van een normale achteruitgang van mentale efficiëntie als gevolg van ouderdom. Doordat men vergeetachtig is en zich daarover bezorgd maakt, ontstaat een selectieve aandacht voor falen van het geheugen. Gevallen van vergeetachtigheid die men anders als normaal interpreteert, worden nu abnormaal of zorgwekkend gevonden. Bovendien interfereren de zorgelijke gedachten met het normale geheugenzoekproces, waardoor de vergeetachtigheid toeneemt. Dergelijke processen versterken het idee van een falend geheugen, wat weer leidt tot negatieve verwachtingen over het eigen geheugen en onzekerheid over de eigen geheugencapaciteiten. Dit heeft tot gevolg dat men minder geneigd is cognitieve inspanning te leveren als het geheugen wordt aangesproken (Bandura, 1989). Zo versterkt de bezorgdheid om de geheugenproblemen zich circulair, met als mogelijk gevolg dat de cliënt vermijdingsgedrag gaat vertonen ten aanzien van situaties waarin een beroep wordt gedaan op het geheugen (figuur 1).



Figuur 1 Toename van geheugenproblemen.

Behandeling

Het doel van de behandeling is te komen tot cognitieve herstructurering van geheugenklachten. Dit doel kan worden bereikt door de cliënt inzicht te geven in de

stressgerelateerde oorsprong van geheugenklachten en door de vicieuze cirkel van vergeetachtigheid te doorbreken.

De eerste stap is een uitgebreide anamnese van de geheugenklachten. Hierin worden de individuele stressoren die samenhangen met het ontstaan van de geheugenklachten (werkdruk, overmatig piekeren, privé-problemen), de cognities die de cliënt heeft over zijn vergeetachtigheid en de manier waarop hij hiermee omgaat (controlegedrag, vermijdingsgedrag) geïnventariseerd. Een deel van dit werk is uiteraard al in de intakefase verricht.

In neuropsychologisch onderzoek, stap twee, wordt het cognitief functioneren bekeken. De resultaten geven een indicatie van wat de cliënt nog wel en niet meer kan. Vergelijking van deze resultaten met de gemiddelden van de leeftijdsgroep waartoe de cliënt behoort, levert aanwijzingen op over de vraag of verminderde geheugenprestaties een gevolg zijn van het ouder worden. Tevens kan het onderzoek organische oorzaken van de geheugenproblematiek uitwijzen (De Zeeuw, 1986; Lezak, 1983). In dat geval wordt de cliënt doorverwezen naar een neuroloog voor nader onderzoek en zonodig behandeling.

Uitleg over geheugenklachten is het derde behandelonderdeel. Benadrukt dient te worden dat vergeetachtigheid een vervelend maar normaal verschijnsel is, dat veel voorkomt in perioden van stress. Het is een bijverschijnsel van verminderde concentratie en aandacht, piekeren en vermoeidheid. Het kan zinvol zijn een metafoor te gebruiken. Een voorbeeld hiervan is de vergelijking van het kortetermijngeheugen met een computer die slechts vijf tot zeven items kan bevatten. Doordat de cliënt vaak piekert (over stressoren of over zijn vergeetachtigheid) is de capaciteit nagenoeg volledig benut. Dat betekent dat er nauwelijks nieuwe informatie kan worden opgeslagen en dat vrijwel geen informatie uit het langetermijngeheugen kan worden opgehaald. Na deze uitleg wordt de vicieuze cirkel die de klachten instandhoudt dan wel versterkt besproken (bij voorkeur met behulp van het bovenstaande figuur). Eigen voorbeelden van de cliënt kunnen met behulp van dit schema doorgenomen worden.

Gevalsbeschrijving

De heer Bunte wordt door de bedrijfsarts verwezen in verband met burn-outproblematiek en mogelijk een depressieve stoornis. Hij is 46 jaar oud, getrouwd en heeft twee uitwonende kinderen. Meneer Bunte is ruim twintig jaar werkzaam in de verzekeringswereld, sinds acht jaar bij zijn huidige werkgever in de functie van accountmanager. Ongeveer vijf jaar geleden zijn de problemen begonnen met de komst van een nieuwe leidinggevende, met wie meneer Bunte het niet kon vinden. Ook de steeds gecompliceerdere wetgeving vormde voor de cliënt in toenemende mate een stressfactor. Hij ontwikkelde vermoeidheidsklachten, met als gevolg dat hij naar zijn eigen idee minder goed ging functioneren. Dit idee werd door de aanhoudende kritiek van zijn chef bevestigd, wat hem onzeker maakte. Meneer Bunte kreeg geen steun bij zijn klachten en problemen. Het plezier in zijn werk nam af. Uiteindelijk ging hij met tegenzin en angst voor kritiek naar zijn werk. Ziekmelden wilde meneer Bunte niet, vooral uit eergevoel. Twee maanden voor aanmelding heeft hij zich op dringend advies van de bedrijfsarts ziek gemeld, wat hij als een nederlaag beschouwt. Hij gaat wel akkoord met verwijzing voor psychotherapie.

Bij de intake presenteert meneer Bunte klachten die horen bij burn-out. Centraal staan aanhoudende vermoeidheid en gevoelens van uitputting, concentratie- en geheugenproblemen, piekeren en inslaapproblemen. Hij onderneemt nauwelijks nog activiteiten en heeft geen interesse meer in zaken die hem voorheen wel boeiden. Zijn lichamelijke conditie omschrijft hij als matig. Hij heeft het idee al jaren onder zijn niveau te functioneren en is bang in de toekomst zijn oude niveau niet meer te kunnen bereiken. Denken aan zijn werk tracht hij te vermijden; het beangstigt hem en leidt tot spanningsklachten. In de afgelopen periode is meneer Bunte meer alcohol (5 à 6 eenheden per dag) en voedsel gaan consumeren om zijn spanning te reduceren. Opvallend zijn de frequente gewelddadige intrusies over zijn voormalige leidinggevende. Meneer Bunte is perfectionistisch ingesteld en stelt hoge eisen aan zichzelf. Hij hecht sterk aan normen en waarden en het volgen van regels.

Differentieel-diagnostisch dienen met name stemmingsstoornissen en een obsessieve-compulsieve stoornis uitgesloten te worden. Meneer Bunte rapporteert geen dagschommelingen, suïcidale gedachten of duidelijk gewichtsverlies of -toename. De klachtenpresentatie is eerder krachtig dan vlak en hij heeft geen schuldgevoelens. De nare gedachten over zijn baas dringen zich aan hem op en zijn onbeheersbaar. Er is echter geen sprake van spanningsreducerende handelingen of cognitieve rituelen. Ook de gegeneraliseerde angststoornis kan worden uitgesloten, doordat de inhoud van het piekeren vooral één specifiek gebied (werk) betreft en de stemming niet zozeer angstig is, als wel boos en somber.

Met meneer Bunte wordt het volgende behandelplan overeengekomen: cognitieve gedragstherapie conform het burn-outprotocol van Keijsers et al. (1997). Dit protocol bestaat uit het herstellen van het dag- en nachtritme, geleidelijk opbouwen van dagstructuur en conditie, relaxatietraining, zelfcontroleprocedures voor het omgaan met spanningsklachten en het reduceren van alcoholgebruik, training in conflicthantering, een gestructureerd piekerprogramma en cognitieve interventies ten aanzien van de gewelddadige intrusies, het perfectionisme, de negatieve zelfevaluatie en het hoge eisenpatroon zullen worden behandeld met cognitieve therapie. Geleidelijke werkhervatting zal onderdeel van de behandeling uitmaken en de therapie zal worden afgesloten met het opstellen van een terugvalpreventieprogramma.

Ondanks de hoge motivatie van meneer Bunte verloopt de behandeling vanaf het begin moeizaam. Meneer Bunte heeft moeite de mondeling overgebrachte informatie en de uitgereikte folders over de verschillende behandelonderdelen te begrijpen en te onthouden. Hij is bang dement te worden. Uitgelegd wordt dat dit meer voorkomt en dat dergelijke problemen bij het burn-outbeeld horen. Afgesproken wordt de sessie te onderbreken of te beëindigen als hij zich niet meer kan concentreren. Dit leidt tot enige verbetering. Meneer Bunte voelt zich serieus genomen en opgelucht over het feit dat meerdere mensen een dergelijk probleem hebben. Het idee dat hij faalt vermindert. De concentratie- en geheugenklachten nemen echter niet af, waardoor zijn angst voor dementie na verloop van tijd weer toeneemt. Deze angst neemt een steeds centralere plaats in het piekeren in en lijkt daardoor de geheugenproblemen in stand te houden.

In overleg met meneer Bunte wordt besloten het behandelplan aan te passen en de geheugenproblemen tot focus van behandeling te maken. Eén sessie wordt besteed

aan de (verdere) anamnese van de geheugenklachten. Aan de hand van registraties van de momenten waarop en de thema's waarover hij piekert, is inmiddels duidelijk geworden dat meneer Bunte grote delen van de dag (en nacht) besteedt aan piekeren over zijn vergeetachtigheid. Ook piekert hij over zijn baas en over gewelddadige acties jegens zijn baas. Hij is bang dement te worden, met als gevolg afkeuring voor zijn werk, opname in een verzorgingshuis en verlies van zijn partner. Hij tracht verplichtingen te ontlopen uit angst ze te vergeten en vermijdt activiteiten die een beroep doen op zijn geheugen (zoals lezen). Zaken die hij niet kan ontlopen noteert hij in zijn agenda, wat slechts ten dele een succesvolle strategie is gebleken.

Uit het daaropvolgende neuropsychologisch onderzoek komen geen aanwijzingen naar voren voor stoornissen in selectieve aandacht, geheugenfuncties of afleidbaarheid. Het intelligentieniveau van meneer Bunte blijkt bovengemiddeld. Herinnering (*recall*) en herkenning (*recognition*) van informatie, belangrijke indicatoren voor vergeetachtigheid (Lezak, 1983), zijn voldoende, evenals het leervermogen. De testresultaten worden met cliënt doorgesproken, hetgeen leidt tot geruststelling.

De testresultaten lijken tegenstrijdig aan de gerapporteerde (ernstige) geheugenproblemen. Een verklaring hiervoor kan zijn dat cliënt gedurende de tests in staat was zich te richten op de taken (dat wil zeggen opslag en herinnering van informatie). De testresultaten ondersteunen dan de hypothese dat er met de geheugenfuncties zelf niets mis is, maar dat de verminderde prestaties secundair zijn aan de psychische problematiek. Daarnaast kunnen de onderzoeksresultaten worden opgevat als een bevestiging van de veronderstelling dat meneer Bunte dusdanig gericht is op het falen van zijn geheugen, dat hij meer gevallen van vergeetachtigheid opmerkt en deze bovendien overmatig interpreteert als abnormaal.

In de volgende sessie wordt met behulp van het schema uitleg over geheugenklachten gegeven. Met meneer Bunte wordt besproken hoe de aanhoudende werkstress heeft geleid tot een toestand van burn-out, waarvan vergeetachtigheid deel uitmaakt. Door het piekeren over de werkproblemen en de gewelddadige intrusies over zijn chef, is de vergeetachtigheid dusdanig toegenomen dat hij zich er zorgen over ging maken. De bezorgdheid heeft geleid tot verstoringen van normale geheugenzoekprocessen, waardoor de vergeetachtigheid toenam, wat weer een bevestiging vormde voor de angst dement te worden.

Als gevolg van de testresultaten en de uitleg over geheugenklachten rapporteert meneer Bunte dat hij minder angst heeft voor dementie en minder aandacht besteedt aan vergeetachtigheid. Ook interpreteert hij vergeetachtigheid eerder als behorend bij burn-out dan als aanwijzing voor dementie. De burn-outbehandeling kan vervolgens worden voortgezet.

Tot slot

In veel gevallen zijn bovenstaande interventies afdoende om de angst en de verhoogde aandacht voor geheugenprestaties te reduceren. In die gevallen kan de ingezette behandeling vervolgd worden, zoals ook bij de gepresenteerde casus het geval was.

Is de angst onvoldoende afgenomen en blijven disfunctionele cognities over het geheugen centraal staan in de beleving van de cliënt, dan kunnen deze cognities met behulp van cognitieve interventies worden gewijzigd (zie voor een uitgebreide beschrijving Beck, 1998; en Van der Heiden, 1999). Met behulp van de socratische dialoog, een 'naïeve' manier van vragen waarmee de therapeut probeert de aandacht van de cliënt te richten op relevante informatie, kunnen bewijzen die de gedachten ondersteunen of tegenspreken, worden opgespoord. Op basis van deze bewijsvoering kan de cliënt komen tot een evenwichtiger gedachte die tot minder angst leidt. Bibliotherapie kan hierbij van dienst zijn.

De taartpunttechniek kan worden toegepast om alternatieve verklaringen voor de vergeetachtigheid onder de aandacht te brengen bij cliënten die dementie als enig mogelijke verklaring voor hun klachten zien. De cliënt wordt hierbij uitgenodigd zo veel mogelijk alternatieve interpretaties te bedenken voor zijn vergeetachtigheid, waarbij dementie als laatste wordt genoteerd. Aan elk van de alternatieven wordt een procentuele kans de oorzaak van de klachten te zijn toegekend, waarbij de som van de scores niet hoger dan 100% mag zijn. Door de percentages in de vorm van een taartpuntdiagram op een bord weer te geven, kan gevisualiseerd worden dat er ook andere verklaringen dan dementie zijn en dat de kans dat dementie de oorzaak is (aanzienlijk) kleiner is dan de aanvankelijke inschatting van 100%.

Gedragsexperimenten kunnen worden uitgevoerd om cognities die tot vermijdingsgedrag leiden, te toetsen en zo mogelijk te ontkrachten. Hiertoe worden eerst de vermeden situaties of gedragingen en de gedachten die hieraan ten grondslag liggen, geïnventariseerd. Vervolgens worden experimenten bedacht om de gedachten, die als hypothesen worden opgevat, in de praktijk te toetsen. Een cliënt die bijvoorbeeld geen boodschappen meer doet als gevolg van de gedachte 'Ik kan toch niet onthouden wat ik moet halen zonder lijstje', kan worden gevraagd elke dag een beperkt aantal boodschappen te doen zonder boodschappenlijstje. Het aantal boodschappen dat hij moet halen kan geleidelijk verhoogd worden. Door in een mini-onderzoek belangrijke anderen te ondervragen over vergeetachtigheid, kunnen cognities over (de abnormaliteit van) de eigen vergeetachtigheid worden gewijzigd. Een andere interventiemogelijkheid is het aanleren van adequate planningsmethoden om de kans op het vergeten van belangrijke zaken te verkleinen.

Abstract

Functional memory complaints are frequently reported by patients suffering from psychopathological disorders. Usually these complaints do not need special attention. They decrease in the course of the therapy along with the other symptoms. In some cases the forgetfulness leads to an almost obsessional fear for dementia, that interferes with the regular treatment. In such cases it is useful to temporarily shift the focus of therapy to the memory complaints. In this article a short-term treatment model is described, existing of an extensive

anamnesis, a neuropsychological assessment and an explanation of the origin and the maintenance of memory complaints.

Referenties

- Bandura, A. (1989). Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. *Developmental Psychology*, 25, 729-735.
- Beck, J.S. (1998). *Basisboek cognitieve therapie*. Baarn: Uitgeverij Intro.
- Heiden, C. van der (1999). De cognitieve therapie van Beck. *Gedragstherapie*, 32, 3-32.
- Keijsers, G.P.J., Schaap, C.P.D.R., Vossen, C.J.C., Boelaars, V., & Minnen, A. van (1997). Protocollaire behandeling van patiënten met burnout. In G.P.J. Keijsers, A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin, *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg*, 211-272. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Lezak, M.D. (1983). *Neuropsychological assessment (second edition)*. New York/Oxford: Oxford University Press.
- Ponds, R.W.H.M., Schmidt, A.J.M., Lugt, M. de, Lulofs, R., Verhey, F.R.J., & Jolles, J. (1995). De angst om te vergeten: behandeling van functionele geheugenklachten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 37, 62-67.
- Zeeuw, J. de (1986) *Algemene psychodiagnostiek 1. Testmethoden (6^e druk)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.