

HET PERRON

België-Belgique
P.B. - P.P.
8000 BRUGGE 1 - 2
3/5298

Afgiftekantoor 8000 Brugge 1 - 2e afdeling
Tweemaandelijks tijdschrift
23e jaargang nr.6, november-december 2007
Koning Albert I-laan 8, 8200 Brugge (Afzendadres)
Erkenningsnummer: P509268



tijdschrift van het
PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS
ONZE-LIEVE-VROUW BRUGGE
en het
PSYCHOTHERAPEUTISCH CENTRUM
RUSTENBURG BRUGGE



Colofon

HET PERRON is het tweemaandelijks tijdschrift van het Psychiatrisch Ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouw en het Psychotherapeutisch Centrum Rustenburg. Het is bestemd voor de West-Vlaamse huisartsen en de psychiaters en GGZ-voorzieningen in Vlaanderen.

Oplage

Het Perron wordt verspreid op 2200 exemplaren

Redactieraad

Dr. Marc Franchoo, psychiater (hoofdredacteur)
Dr. Chris Bervoets, psychiater
Jacques Dutrie, psycholoog-psychotherapeut
Ludo Goderis, stafmedewerker patiëntenzorg
Marc Simoens, stafmedewerker patiëntenzorg
Ingrid Vandaele, stafmedewerker patiëntenzorg

Verantwoordelijk uitgever

Zr. Mieke Kerckhof, Koning Albert I-laan 8, 8200 Brugge

Vormgeving en druk

Geert Daelman

Gedrukt in PZ Onze-Lieve-Vrouw

Ontwerp omslag

Ludo Goderis

Technische afwerking

Creatief Werkcentrum PZ Onze-Lieve-Vrouw

Correspondentie



PZ Onze-Lieve-Vrouw

Koning Albert I-laan 8
8200 Brugge
info@olv.gzbj.be
www.pzolv.be
tel. 050-30 18 00
fax 050-30 18 01



PTC Rustenburg

Oude Oostendesteenweg 43
8000 Brugge
rustenburg@rb.gzbj.be
www.ptcrustenburg.be
tel. 050-31 81 65
fax 050-31 08 99

50 JAAR METABLETICA

Marc Simoens

Stafmedewerker Patiëntenzorg

PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS ONZE-LIEVE-VROUW

—Eind vorig jaar, november 2006, was het 50 jaar geleden dat de eerste druk verscheen van “Metabletica”. Het boek kende de daaropvolgende decennia ongeveer zesentwintig herdrukken, waarvan de laatste - zo schat ik - begin de jaren '90 van de vorige eeuw. De auteur Jan Hendrik van den Berg, psychiater en emeritus professor, is intussen 93 jaar oud. Hij volgde zijn opleiding tot psychiater bij H.C. Rümke, bij wie hij later ook promoveerde met een dissertatie die de invloed van de fenomenologie op de psychiatrie tot voorwerp had.

De ondertitel van het boek, *Leerder veranderingen*, is ook de letterlijke vertaling van “metabletica”. Andere omschrijvingen of zelfs synoniemen zijn *historische psychologie* of *historische fenomenologie*. Volgens van den Berg gaat zijn metabletica uit van het postulaat van de veranderlijkheid. De veranderlijkheid van mens en wereld. Dit impliceert ook onverkort het belang van veranderde werkelijkheid zoals ze ons verschijnt of zoals ze zich aan ons openbaart (= fenomenologie). Bovendien vraagt de metabletica naar de zin, de betekenis der veranderingen, verduidelijkt van den Berg in het woord vooraf (1). Daartoe probeert hij niet de opeenvolging (diachronie), maar in de eerste plaats de gelijktijdigheid (synchronie) van historische gebeurtenissen in een zinvol verband te brengen. De metabletica focust aldus op de veranderingen in

de cultuurgeschiedenis, maar dan specifiek op die veranderingen die zich binnen een bepaald tijdvak gelijktijdig voordoen op uiteenlopende domeinen in het menselijk leven. Dit is het principe van de synchroniciteit. “Hij (de metableticus) speurt derhalve naar belangrijke vernieuwingen die zich gelijktijdig rond bepaalde tijdsgewrichten - historische scharnieren - manifesteren in diverse domeinen van cultuur, wetenschap en samenleving. Hierdoor krijgen feiten en gebeurtenissen plots nieuwe betekenissen, (...)” (2).

Van den Berg heeft sinds de verschijning van Metabletica in 1956 een oeuvre bijeengeschreven waarin hij zijn metabletica verder verdiept en uitwerkt. Zo bespreekt hij o.a. het verband tussen de barok, William Harvey - ontdekker van de bloedsomloop - en de devotie van het Heilig Hart. Het is

overigens een van zijn favoriete thema's "dat de architectuur bij uitstek demonstreert hoe het menselijk bestaan geard is dat een bouwstijl bewondert of duldt" (3): wat is het verband tussen architectuur en terrorisme en hoe zijn het Centre Pompidou in Parijs en de opkomst van het hooliganisme aan elkaar te linken? In andere publicaties betoogt van den Berg dan weer dat het geen verbazing wekt dat de opeenvolgende jaartallen van de moderne vervoermiddelen - trein, fiets en auto - nagenoeg samenvallen met de jaartallen van Europese revoluties (1830, 1848 en 1871) en van mijlpalen in de geschiedenis van de reflexleer (1902-1903),... enz. (4) (5).

Maar ook andere onderwerpen uit de meest uiteenlopende periodes worden op die manier behandeld. In *Wat is psychotherapie* (1970) verkent hij de wending van het taboe op de seksualiteit (ten tijde van Freud) naar het taboe op de spiritualiteit (sinds de tweede helft van de 20^{ste} eeuw), waarbij het volgens van den Berg de opdracht van de therapeut is *te staan op de plaats van het maatschappelijk tekort*.

"Met een vaak ongelooflijk rijke verbeelding en scherpzinnigheid weet hij de meest verscheidene historische feiten in één samenhangend beeld samen te brengen. Een prachtig voorbeeld hiervan is zijn afscheidscollege *Het onderste kakebeen. Een*

metabolese les" (6). Van den Berg werkt daarin een thema van zijn boek *Het menselijk lichaam (deel 1)* verder uit: de wijziging die zich ten tijde van Andreas Vesalius voltrekt in de blik van de westerse mens op het menselijke lichaam, waardoor men pas vanaf dan - en niet daarvoor! - kón zien (dit is letterlijk: "in staat was" te zien) dat het onderste kakebeen van een mens uit één stuk bestaat. En niet uit twee stukken, zoals men voorheen algemeen aannam. Het is niet meer dan een uitermate meeslepende aanloop tot een indringende en pregnante diagnose van mens en samenleving op het einde van de 20^{ste} eeuw.

Het werk van Jan Hendrik van den Berg is in wezen maatschappijkritisch. "Hij wandelt op het pad van het verleden om te zoeken waar de 20^{ste} eeuwse mens verdwaald is geraakt", zoals Gielis en Vandereycken dit zo treffend verwoorden. Centraal in zijn oeuvre staat de separatie tussen mens en wereld, het verdwijnen van de eenheid in de westerse cultuur, het verval van de spiritualiteit en de ontregeling van de menselijke relaties. Hij uit een onstuitbare kritiek op de dwingende gelijkheidsideologie waarmee de Franse Revolutie ons opzadelde: waar mensen gelijk worden geacht, vervaagt de onderlinge plaatsbepaling en worden relaties verward en meervoudig. Van den Berg pikt hiervoor de term "anomie" op van

Emile Durkheim (*Le suicide*, 1897), wat voor maatschappelijke ontregeling en grensvervaging staat. Dit geeft aanleiding tot het ontstaan van neurosen en vervreemding in de existentiële relaties die ons kenmerken. Maar evenzeer tot het verdwijnen van het pedagogische gezag en finaal tot geweld, waaronder o.a. oudermishandeling - waarover voor het eerst een wetenschappelijke publicatie verschijnt in het *American Journal of Psychiatry* in 1979!

Terugkijkend op 50 jaar *metabletica* is het toch een niet geringe verdienste dat van den Berg zeer vroeg begonnen is met het *lezen* en beschrijven van belangrijke (indringende en cumulatieve) *tekenen des tijds*. We schrijven "zeer vroeg" omdat Nederland en Vlaanderen - op het ogenblik dat *Metabletica* voor het eerst verschijnt midden de jaren '50 - nog grotendeels rurale, agrarische samenlevingen zijn. De verschijnselen die van den Berg - weliswaar vanuit zijn specifieke metabletische invalshoek - in kaart brengt, hangen daarentegen vooral samen met het fenomeen van een proces van almaar toenemende *verstedelijking*. Ze worden tegenwoordig meestal aangeduid met de termen *individualisering* en *secularisering*. Het zijn dé kenmerken van een immer voorthollende moderniteit waarbij het individu uit zijn regulerende sociale verbanden wordt gehaald en waarbij de kansen die deze

toegenomen *vrijheid* biedt, niet zelden ook de valkuilen zijn. (7)

"Er wringt in deze moderniteit een tweeslachtigheid die zij maar niet tot verzoening weet te brengen. Enerzijds heeft zij een grotere greep op haar wereld dan ze ooit in de geschiedenis heeft gehad. De mens is in staat niet alleen zijn omgeving en zijn toekomst maar ook *zichzelf* naar zijn hand te zetten. Maar anderzijds wordt zij geplaagd door het besef van een hardnekkige vergeefsheid (...). Iedere vergroting van de menselijke reikwijdte wordt onbetekenend wanneer ze geen greep blijkt te kunnen krijgen op het persoonlijke levensgeluk, waar het haar uiteindelijk om te doen moet zijn." (8)

In hun voorwoord bij de feestbundel naar aanleiding van de 80^{ste} verjaardag van J.H. van den Berg in 1994, belichten Walter Vandereycken en Jacques De Visscher nog enkele aspecten van zijn oeuvre. (9)

Metabletica of Leer der veranderingen is het vertrekpunt geweest van een stroom publicaties, met ongekend hoge oplages die hem in enkele jaren tijd een unieke maar ook zeer uiteenlopend gewaardeerde positie bezorgt. Van den Berg zou ook vandaag nog steeds de meest vertaalde Nederlandstalige auteur zijn: zijn boeken werden vertaald in een resem talen waaronder het Zuid-Afrikaans, het Portugees (Brazilië!) en het Japans.

Hoe goed zijn werk ook wordt onthaald in heel uiteenlopende milieus en hoezeer het ook verkocht en vertaald werd, het bleef in een wetenschappelijk isolement dat nooit echt is doorbroken. Een van de redenen daarvoor is de ondefinieerbaarheid van de metabletische methode. Daarnaast werd het voorzien van predicaten als amateuristisch, speculatief en vergezocht.

Ook de bekende Nederlandse filosoof Hans Achterhuis maakte als student kennis met het werk van van den Berg in informele leesgroepjes: "Onze leermeesters hielden zich verre van het denken van van den Berg dat ze veel te wild en gewaagd vonden. Vanwege die laatste karakteristieken trok het ons juist aan." En verder: "Want zelfs de meest welwillende lezer moet erkennen dat van den Berg met zijn synchroniciteitsprincipe af en toe wel erg de feiten en vooral feitjes naar zijn hand zet." (10)

Even was hij ook lid van een psychoanalytische vereniging, maar lang duurt dit niet. In publicaties neemt hij afstand van Freud en het verhaal gaat dat van den Berg op de eigenste avond dat hij voor zijn psychoanalytische vereniging een lezing houdt, er als lid geroyeerd wordt naar aanleiding van zijn uitspraken over het *onbewuste*.

Zijn marginale positie wordt nog

verder in de hand gewerkt wanneer hij ook vanuit politiek-maatschappelijk oogpunt onder vuur genomen wordt. Men verwijt hem elitarisme en politiek foute uitspraken over de ongelijkheid van mensen, die o.a. neigen naar het vergoelijken van de Zuid-Afrikaanse apartheidspolitiek. Ten slotte uit hij in zijn boek *Pest syphilis aids (1991)* scherpe kritiek op de ontwikkelingshulp. Zijn fervente verdedigers - onder wie nogal wat gerespecteerde Vlaamse academici - verduidelijken echter "dat niet een bepaalde politieke opinie het criterium is van zijn maatschappijkritiek, maar wel een psychologische visie."

Vandereycken en De Visscher stellen terecht dat van den Bergs oeuvre indrukwekkend is in alle dimensies: omvangrijk, diepgaand, grensoverschrijdend. "Op het toppunt van zijn productiviteit en bekendheid, toch ongeveer drie decennia lang, weet hij het meest uiteenlopende publiek te boeien, ja zelfs te passioneren."

Achterhuis is, na herlezing van zijn werk, van oordeel dat van den Berg toch niet de excentrieke eenling blijkt te zijn waarvoor hij vaak gehouden werd. Het werk van Jan Hendrik van den Berg dient volgens hem voornamelijk geplaatst te worden in de context van de fenomenologie, een van de grote wijsgerige stromingen uit de vorige eeuw. Bovendien onderkent

hij dat het denken van Husserl, Heidegger en ook van de structuralist Michel Foucault op veel punten rond dezelfde vragen en ervaringen draait als dat van de Nederlandse denker. Wat hem tot de spitse opmerking brengt dat ook de recente grote veranderingen in het Europese denken redelijk *synchroon* blijken te verlopen.



Bibliografie

- (1) van den Berg, J.H. (1974) (1^{ste} druk: 1956). *Metabletica of Leer der Veranderingen*. Callenbach, Nijkerk.
- (2) Gielis, A. en Vandereycken, W. *Metabletica of psychologie van het historische bestaan. Enkele krachtlijnen en beginselen*. In: Vandereycken, W. en De Visscher, J. (red.) (1995). *Metabletische perspectieven. Beschouwingen rond het werk van J.H. van den Berg*. Acco, Leuven.
- (3) Gielis, A. *Kleine dienaren tussen gelijkheid en geloof*. In: Vandereycken, W. en De Visscher, J. (1995).
- (4) van den Berg, J.H. (1989). *Hooligans. Metabletisch onderzoek naar de betekenis van Centre Pompidou en Crystal Palace*. Callenbach, Nijkerk.
- (5) van den Berg, J.H. (1996). *Geen toeval. Metabletica en geschiedschrijving*. Pelckmans, Kapellen.
- (6) Bauer, R. *Bij Kleio op de sofa. Metabletica en cultuurgeschiedenis*. In: Vandereycken, W. en De Visscher, J. (1995).
- (7) Zie in dit verband ook: Verbrugge, A. (2004). *Tijd van onbehagen. Filosofische essays over een cultuur op drift*. Sun, Amsterdam.
- (8) Groot, G. (2007). *Mateloos melancholiek. Neerslachtingheid als een plaag van de moderniteit*. In: *Tijdschrift voor Geestelijk Leven*. Jaargang 63 nummer 2: maart-april 2007.
- (9) Vandereycken, W. en De Visscher, J. (red.) (1995). *Metabletische perspectieven. Beschouwingen rond het werk van J.H. van den Berg*. Woord vooraf.
- (10) Achterhuis, H. (2003). *Historische fenomenologie*. In: *De uil van Minerva*. Volume 19, nummer 2. Zomer 2003.

GEHEUGENPROBLEMEN BIJ ALCOHOLPATIËNTEN: KRIJTLIJNEN VAN EEN SYSTEMATISCHE AANPAK

Kim DUTHOO,
verpleegkundige

*Resocialisatie- en behandelafdeling van de Kliniek voor Verslaafdenzorg,
PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS ONZE-LIEVE-VROUW*

*“Ik geloof echt in al die wonderpillen die mijn
geheugen verbeteren, mij slank maken,
mijn depressie verdrijven, mijn geheugen verbeteren,
me honderd jaar laten worden
en... euh... o ja, mijn geheugen verbeteren.”*

Anonieme uitspraak

Cognitieve stoornissen als gevolg van alcoholmisbruik

—Alcoholgebruik kan heel wat gevolgen hebben. Vaak denkt men enkel aan “positieve” gevolgen. Mensen denken door de alcohol vlotter in contact te zijn, meer te durven... Te vaak ziet men over het hoofd dat alcohol ook heel wat negatieve gevolgen heeft.

Zo is alcohol heel toxisch voor het zenuwstelsel. Langdurig alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid leiden tot aantasting van de hersenen. Wanneer de hersenen aangetast zijn, kan dit leiden tot cognitieve stoornissen. Die stoornissen kunnen op hun beurt leiden tot gedragsstoornissen.

De cognitieve stoornissen kunnen betrekking hebben op aandacht en

concentratie en op de zogenaamde “executieve functies” (plannen, organiseren, toekomstgericht en lange-termijn denken, doelstellingen formuleren, middelen bedenken om deze gestelde doelen te bereiken, gevolgen van zijn handelen kunnen voorzien en op basis daarvan kiezen wat te doen en niet te doen).

Ook kan dit invloed hebben op oriëntatie in tijd, ruimte en zelfs persoon (notie hebben van het tijdstip en de plaats waar men zich bevindt en zelfs van de eigen identiteit).

“Last but not least” kunnen de stoornissen ook betrekking hebben op het geheugen. Alcohol kan zowel pro-

blemen met het korte termijn- als met het lange termijn-geheugen veroorzaken. Bij stoornissen in het korte termijn-geheugen kan iemand informatie ook gedurende enkele minuten niet onthouden (een opgezocht telefoonnummer, of de naam van iemand aan wie men pas is voorgesteld, wordt meteen vergeten). Stoornissen in het lange termijn-geheugen kunnen als gevolg hebben dat iemand zich de informatie die hij in het verre verleden geleerd heeft niet meer herinnert (iemand is vergeten wat zijn eigen vorige adres was). Zoals uit dit laatste voorbeeld blijkt, gaat dit soms zelfs op voor autobiografische informatie, en zijn herinneringen aan het eigen verleden soms niet meer oproepbaar – de eigen identiteit wordt dan uitgehold en de “oriëntatie in de persoon” (zie hoger) kan dan problematisch worden.

Doorgaans denkt men bij geheugen aan het verleden, maar er bestaat ook zoiets als het “prospectief geheugen”, als het ware een geheugen voor de toekomst: het onthouden van beloften, voornemens en afspraken die men in de toekomst moet opvolgen. En dat zijn geheugen tekortschiet blijkt voor de alcoholverslaafde patiënt juist daar heel pijnlijk en gênant.

Op een studiedag te Tienen in april 2007 werden schattingen over de prevalentie van cognitieve problemen bij alcoholpatiënten uit de literatuur samengevat. De conclusie daarvan luidde dat meer dan de helft van de

alcoholpatiënten cognitieve stoornissen vertoont. Meestal zijn deze cognitieve stoornissen niet zo sterk en betrekkelijk goedaardig, d.w.z. voorbijgaand (mits voldoende tijd en abstinentie). In dit verband duikt het begrip “mild cognitive impairment” (“lichte cognitieve aantasting”) steevast op in de recente neurologische literatuur. Deze conditie is van toepassing als aan vijf criteria voldaan is:

- subjectieve geheugenklachten, bij voorkeur bevestigd door heteroanamnese,
- een gegeven de leeftijd en opleiding objectief ondermaatse geheugenfunctie,
- intact zijn van de overige cognitieve functies,
- intact functioneren met betrekking tot ADL (activiteiten dagelijks leven),
- als laatste moet dementie uitgesloten zijn.

“Mild cognitive impairment” vormt op een schaal van intensiteit het lage uiterste. De andere pool wordt gevormd door extreme geheugenstoornissen, waarbij zowel bij het grote publiek als in medische kringen het Korsakoff-syndroom (persisterende amnestische stoornis) meest bekend is, klassiek geassocieerd aan een voorgeschiedenis van langdurig excessief alcoholgebruik.

Typische symptomen hiervan zijn: extreme geheugendisfunctie (amnesie), “confabulaties” (opvullen

van hiaten in het geheugen met verzonnen en vaak inconsistente verhalen), “anosognosie” (gebrek aan besef of erkenning van een ziekte of handicap, in dit geval niet beseffen dat men geheugenproblemen heeft). Ook stoornissen in de plannende en executieve functies, verlies van controle over impulsen, “decorumverlies” (een onverschilligheid voor fatsoensnormen en zelfpresentatie) en apathie (een totaal gebrek aan interesse in heden, verleden en toekomst, en daarmee gepaard gaand een algeheel tekort aan initiatiefname) behoren vaak tot de kenmerken van een Korsakoff-syndroom. Het bewustzijn is daarbij wel intact en de intelligentie kan behouden zijn op het premorbide niveau en eventueel zelfs hoog zijn, wat dan in sterk contrast staat met de geheugenstoornissen.

Alles bij elkaar vormt dit een dramatisch en dus berucht ziektebeeld. Nochtans bestaan over dit “bekende” syndroom veel “onbekendheden”. Zo weet men vaak niet dat het syndroom te wijten is aan een tekort aan vitamine B1 (thiamine). Dit tekort wordt veroorzaakt door een onevenwichtige en verwaarloosde voeding, en niet door het langdurig excessief gebruik van alcohol als zodanig. Het bewijs daarvan is dat in een vroeg stadium (soms aangeduid als het syndroom van Wernicke) toediening van thiamine het proces van geheugenaftakeling nog ten goede kan keren.

Ook over de prognose van het syndroom bestaan verrassende misvattingen. De gangbare opvatting is dat het syndroom niet of nauwelijks voor herstel vatbaar zou zijn. Toch wijst recent onderzoek uit dat slechts 25% van deze mensen in het geheel geen tekens van verbetering over lange termijn vertoont (de andere driekwart verbeteren enigszins tot zelfs vrijwel volledig, althans op de lange termijn en mits totale alcoholabstinentie en een evenwichtige voeding).

Het Korsakoff-syndroom is misschien dramatisch, maar komt minder voor dan men zou denken. Zo zou slechts ongeveer 3% van de excessieve drinkers op lange termijn een volledig Korsakoff-syndroom ontwikkelen. Bij deze kleine groep is er praktisch geen perspectief op therapie noch resocialisatie. Daarom kan een programma voor verslaafdenzorg in een psychiatrische voorziening hen weinig bieden. Ook cognitieve rehabilitatie zou aan hen niet besteed zijn. Een bijdrage vanuit het Psychiatrisch Centrum Sint-Kamillus te Bierbeek (Leuven) aan de reeds vermelde studiedag te Tienen had dan ook als titel kortweg: “Geheugentraining werkt niet bij Korsakoffs”.

Ook binnen onze Kliniek voor Verslaafdenzorg stellen we duidelijk vast dat we voor deze mensen geen therapeutisch aanbod kunnen bieden. We merken ook dat het samen behan-

delen van Korsakoff-patiënten met andere alcoholpatiënten zeer problematisch kan zijn (zie verder).

Maar zoals gezegd vertegenwoordigen Korsakoff-patiënten slechts een kleine, extreme en weinig representatieve subgroep binnen de ruimere groep van de alcoholpatiënten met geheugenstoornissen. Voor de overgrote meerderheid van deze patiënten, bij wie de symptomen lichter zijn (cf. “mild cognitive impairment”), kan bij de behandeling wel gestreefd worden naar een verbetering van hun geheugen of althans naar een verbetering van hun dagelijks functioneren dank zij het gebruik van geheugen-hulpmiddelen (en -technieken).

Een mooie metafoor in dit verband ontlenen we aan dr. Dirk Liesens (psychiater te Bierbeek): “van iemand met één been wordt niet verwacht dat hij de marathon moet kunnen lopen; van iemand met hersenbeschadiging (als gevolg van chronisch alcoholmisbruik) wordt daarentegen wel verwacht dat hij met wat training weer volop cognitief moet kunnen presteren”. Nochtans zijn beide condities vergelijkbaar, en is de verschillende beoordeling dus discriminerend.

In de beide gevallen is een prothese of een extern hulpmiddel aangewezen. Voor de patiënt met een geamputeerd been kan een rolstoel uitkomst bieden, voor de patiënt met “gemarineerde hersenen” kan een “ex-

tern geheugen” hulp bieden in het dagelijks leven. Zulke externe geheugen-hulpmiddelen zijn bekend en eenvoudig; een boodschappenlijstje, een dagboek, notities op de hand, een keukenwekker, een agenda, een adresboekje, de (letterlijke) knoop in de zakdoek, een prikbord, de gekende gele “post it”-klevertjes, noem maar op.

Deze voorbeelden grenzen aan of behoren tot het normale functioneren: wij allemaal doen er al wel eens beroep op ter ondersteuning van ons geheugen. Het gebruik hiervan impliceert dan ook geen gezichtsverlies voor de patiënt of buitengewone inspanningen – het is “maar gewoon” en kan vlot geïntegreerd worden in het dagelijks leven. Het positief effect kan echter groot zijn, en iemand in staat stellen zich in de praktijk van alledaagse situaties uitstekend te behelpen.

Aanpak van geheugenproblemen bij alcoholpatiënten: de principes

Licht tot matig ernstige geheugenproblemen bij alcoholpatiënten (dus niet de zeer ernstige problemen van het “type Korsakoff”) kunnen tot op zekere hoogte baat vinden bij de hieronder beschreven aanpak. Toch wordt die aanpak, omwille van de duidelijkheid, hier beschreven voor patiënten met een **relatief ernstig** geheugen-deficit. Voor patiënten met **relatief lichtere** geheugenstoornissen kan deze

strategie “op maat gesneden” en dus “verdund” worden, maar de basisprincipes die we zullen aangeven, zijn ook voor hen geldig.

De hier beschreven benadering kan zowel door verpleegkundigen, ergotherapeuten als andere hulpverleners gevolgd worden. Bij voorkeur wordt hierin door alle leden van een behandelteam een grote consistentie nagestreefd.

Het is en blijft een hele uitdaging elementen van deze aanpak passend te integreren binnen een resocialisatieafdeling, die van oudsher – en terecht – de nadruk legt op zelfstandigheid en verantwoordelijkheid van de patiënt, wat inderdaad de gangbare resocialisatiefilosofie is voor patiënten met weinig of geen ernstige geheugenproblemen.

Drie sleutelwoorden bij de aanpak van de geheugengestoorde patiënt zijn: “structuur”, “duidelijkheid” en “herkenbaarheid”. Op elk daarvan wordt hier ingegaan.

Structuur

Het belangrijkste hulpmiddel om structuur in de dag aan te brengen is de agenda. Zoals reeds gezegd, fungeert deze als een extern geheugen, een geheugenprothese.

In de agenda komen de volgende punten aan bod:

- persoonlijke gegevens: een autobiografisch geheugensteuntje;
- een overzichtelijke weekindeling

waarin alle vast geplande activiteiten per dagdeel vermeld zijn;

- een duidelijke opsomming van de afspraken per dag, met name van de eenmalige geplande gebeurtenissen die afwijken van de voornoemde vast geplande activiteiten.

De agenda heeft echter ook een inhoudsopgave nodig. Zonder deze kan de patiënt zich soms niet meer herinneren wat hij waar moet opzoeken of kan terugvinden, en verliest de agenda als hulpmiddel zijn effect volkomen. De “index” biedt daarom een overzicht van wat allemaal waar precies in de agenda staat (“afspraken met de sociale dienst, zie pagina zoveel”).

Duidelijkheid

Het tegendeel hiervan is vrijblijvendheid, en dat schept onzekerheid en verwarring. Vandaar dat de patiënten verplicht aan hun activiteitenprogramma moeten deelnemen. Vermeden wordt dat zij daarbij zelf keuzes moeten maken, die hen in verwarring zouden kunnen brengen.

Het aanbrengen van duidelijkheid vergt van de hulpverlener een goed evenwicht tussen een empathische en een directieve benadering. Dat is moeilijk koorddans. De empathische benadering enerzijds impliceert een “kijken door de ogen van de persoon” (een houding die in de cognitieve revalidatie door Prigatano is geïntroduceerd), maar het is uiterst moeilijk,

zo niet onmogelijk, voor een gezonde persoon zich de handicap van een geheugengestoorde patiënt voor te stellen, laat staan deze “in te voelen”. De directieve benadering anderzijds is nodig om de duidelijkheid tot zijn recht te laten komen, maar dit betekent geenszins dat de patiënt daardoor met minder respect behandeld zou worden.

Herkenbaarheid

Dit is vooral aan de orde voor patiënten met relatief ernstiger geheugendeficits. Een steeds terugkerend patroon van handelingen en activiteiten voelt vertrouwd aan en geeft de geheugengestoorde patiënt meer (zelf)zekerheid. Deze activiteiten stellen het geheugen minder op proef en zijn daarom veiliger (en meer rustgevend) voor de patiënt. Een goed gestructureerde, veilige en herkenbare omgeving (vaste plaats, vertrouwd lokaal) kan daar eveneens toe bijdragen.

Hoe worden deze sleutelprincipes in de praktijk vertaald?

Structurele ingrepen in de leefomgeving

De dagelijkse leefomgeving moet goed gestructureerd zijn en overzichtelijk gehouden worden. Grote en abrupte veranderingen worden zoveel mogelijk vermeden. De oriëntatie in de ruimte kan bevorderd worden door

middel van routetraining (steeds dezelfde weg tussen punt van vertrek en punt van bestemming volgen). Voldoende herkenningspunten dienen in de leefomgeving en langs de trajecten binnen het ziekenhuis te worden aangebracht.

Overprikkeling dient men te vermijden: een “overload” van prikkels vanuit de omgeving kan immers leiden tot decompensatie, met toename van de cognitieve symptomen (acute verwardheid) en van de daaruit volgende gedragsstoornissen (bijvoorbeeld angstsymptomen).

Werken met een stappenplan

Waar mogelijk dienen aan te leren activiteiten vereenvoudigd te worden, zodat met de meest eenvoudige vorm begonnen kan worden. De bedoeling is de kans op een succesvolle uitvoering van de taken te verhogen. Dit leidt tot minder risico op frustratie en gezichtsverlies bij de patiënt. Men stelt dus haalbare doelstellingen in plaats van het risico te lopen te hoog te grijpen.

Door herhaald laten uitvoeren worden bij de patiënt handelingen “ingeslepen”: langdurig en zeer veelvuldig herhalen geeft aan de handelingen een vertrouwd en routinematig karakter.

Het is van belang geen foute handelingen aan te leren. Hier is het gedragstherapeutisch principe van “errorless learning” van toepassing:

wat eenmaal foutief geleerd is, is bij patiënten met een geheugendeficit nadien slechts moeizaam weer te “ontleren”, en bovendien zou dit opnieuw het risico van frustratie meebrengen.

Inschatten van wat de patiënt (nog) kan en weet

Door het gebrek aan ziekte-inzicht en zelfkritiek bij de geheugengestoorde patiënt kan zelfoverschatting een reëel risico zijn. De pijnlijke confrontatie met de realiteit kan dan erg vernederend zijn.

Daarom moet bij het aanleren van nieuwe vaardigheden of informatie de feitelijke moeilijkheidsgraad aansluiten bij het niveau van functioneren van de patiënt, dat dus vooraf goed ingeschat moet zijn.

Concreet betekent dit: men begint met het bijbrengen van eenvoudige handelingen en legt pas bij succes daarin stapsgewijs de lat hoger (het stappenplan, zoals hierboven vermeld).

Tevens is dit ook van belang voor het eerder genoemde “errorless learning”: door de lat niet te hoog te leggen, wordt het maken van (pijnlijke) fouten voorkomen.

Voordoelen, samen doelen, opnieuw doelen

De hulpverlener heeft een voorbeeldfunctie: het helpt de patiënt iets duidelijk en traag voor te doen om het hem aan te leren.

Iemand iets zien doen als voor-

beeld is zowel een stimulans als een geheugensteuntje voor de patiënt met geheugenstoornissen.

Tijdens het samendoen kan het nodig zijn in te grijpen en bij te sturen (denk alweer aan het foutloos leren). Ook hier is dan weer de balans tussen directief en empathisch begeleiden aan de orde.

Soms is eindeloos geduld nodig om instructies of voorbeelden zo vaak als nodig te herhalen.

Passend bekrachtigen

Een elementair gedrags-therapeutisch principe is dat iets herhaald wordt (en zal beklijven) als het gevolgd wordt door een gewenst resultaat, een aangenaam gevolg. Aandacht in al zijn vormen is zo’n aangenaam gevolg, waar mensen heel gevoelig voor zijn. De patiënt uitdrukkelijk complimenteren om wat hij goed gedaan heeft, is daar een voorbeeld van.

Bekrachtiging moet “op maat” zijn, dat wil zeggen: ze moet in proportie tot de geleverde inspanning en het bereikte resultaat staan, en mag niet overdreven zijn (want dat komt betuttelend over).

Vormen van bekrachtiging, zoals aandacht en complimenten, moeten net als alle aspecten van de omgeving best voorspelbaar gehouden worden (een goed resultaat nu eens wel en dan weer niet bekrachtigen – wat bij “gewone mensen” juist een extra sterk

effect heeft – is bij patiënten met geheugenproblemen verwarrend en dient bij hen dus vermeden te worden).

Opmerkingen tot besluit

Al deze aspecten van de benadering van de geheugengestoorde patiënt vereisen geduld, flexibiliteit en creativiteit van de hulpverlener. Met name dat “geduld” is in de behandeling van verslaafden niet altijd zo evident. We zeiden immers al dat de hier beschreven aanpak van de patiënt met geheugenproblemen soms haaks staat op de algemene behandelfilosofie voor alcoholpatiënten, die veeleer de zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid van de patiënt benadrukt.

De behandelnoten van de geheugengestoorde patiënt verschillen van deze van de cognitief intacte,

meestal mondige en (zelf)kritische alcoholist, en het is niet gemakkelijk beide soorten patiënten binnen één afdeling, laat staan binnen één leefgroep adequaat te begeleiden.

Naast het leren werken met externe geheugenhulpmiddelen kan men ook geheugentraining aanbieden. De effectiviteit daarvan lijkt volgens de onderzoeksliteratuur nog onvoldoende overtuigend aangetoond. In onze Kliniek voor Verslaafdenzorg bestaat sinds enkele jaren een “behandelingsmodule” geheugentraining. Dergelijke geheugentraining is een aanvullende benadering, die vooral aanslaat bij patiënten met lichte geheugenstoornissen (die echter door henzelf vaak als des te hinderlijker ervaren worden).

