

*Dementie, verhalen & goede raad*

Ronald Geelen (2009)

Houten: Bohn Stafleu van Loghum

204 pagina's

ISBN 9789031362523

Het is vanzelfsprekend dat dementie een enorme impact heeft op het dagelijks leven, zowel op dat van de patiënt zelf als van diens omgeving. De acceptatie van dementie en de omgang met een persoon met dementie is niet eenvoudig. Zo dient in de omgang met een demente persoon rekening gehouden te worden met facetten zoals een verminderde realiteitsoriëntatie en een verminderd ziekte-inzicht. *Dementie, verhalen & goede raad* biedt een uitgebreid arsenaal aan tips en omgangsadviezen, toegespitst op verscheidene situaties die bij dementie van belang zijn. Een sterk punt van dit boek is het vertalen van wetenschappelijke feiten over dementie naar gedrag in de praktijk. Dit biedt verzorgenden handvatten om het gedrag in de context van de ziekte te plaatsen, waardoor dat gedrag begrijpelijker en aanvaardbaarder wordt en de omgang met de demente oudere makkelijker wordt. Ook wordt in elk hoofdstuk minimaal één verhaal verteld, bekeken vanuit iemand met dementie, een personeelslid, een familielid of een andere betrokkene. Deze verhalen illustreren goed de knelpunten bij dementie en verschaffen goede tips om hiermee om te gaan.

Dit boek is in eerste instantie gericht op mensen die beroepsmatig direct contact hebben met een persoon met dementie, zoals een verzorgende of een verpleegkundige. Dit is duidelijk terug te zien in de onderwerpen die aan bod komen, bijvoorbeeld het werken in een team of omgaan met (ongewenste) intimiteit. Echter, een substantieel deel wordt besteed aan tips voor familieleden voor de omgang met en benadering van een persoon met dementie. Voor de neuropsycholoog zal dit boek niet veel nieuwe feitelijke informatie bevatten. De gegeven adviezen voor de omgang met een demente oudere zullen velen niet onbekend in de oren klinken. Daarnaast betreft het praktische tips die voornamelijk bruikbaar zijn voor mensen met een intensief contact met een demente oudere. Denk hierbij aan suggesties hoe met schuldgevoel na institutionalisering om te gaan, of aan suggesties hoe met achterdocht om te gaan. Er komen diverse onderwerpen aan bod. Allereerst wordt er een korte introductie gegeven van

wat dementie inhoudt en worden de meest voorkomende vormen van dementie (alzheimerdementie, vasculaire dementie, subcorticale dementie en frontotemporale dementie) kort toegelicht. Daarna volgen hoofdstukken over onderwerpen als dementie in de thuissituatie, waaronder visite, troosten en mantelzorg, de dagbehandeling, opname in het verpleegtehuis, en hoe om te gaan met de demente oudere bij en na opname in het verpleegtehuis. De tips en adviezen die gegeven worden hebben betrekking op uiteenlopende onderwerpen. Zo wordt er advies gegeven over op bezoek gaan in het verpleeghuis en het nemen van afscheid na dit bezoek, maar ook over de omgang met intimiteit en seksualiteit, en achterdocht. Tevens wordt er aandacht besteed aan het afscheid nemen en de rouwverwerking. Dit brede arsenaal aan

**Praktische tips  
voor de omgang met  
dementerenden**

adviezen maakt het boek bruikbaar voor een breed publiek. Hierbij is het wel raadzaam om je, vanwege de grote hoeveelheid tips en adviezen, te beperken tot dat onderwerp

dat direct relevant is. Daarnaast kan dit boek zeker door de neuropsycholoog gebruikt worden als leidraad om familieleden tips te geven over hoe om te gaan met de dementiepatiënt.

Joukje Oosterman

## *Mijn leven in fragmenten: Met dementerenden in gesprek over hun leven*

M.E. van den Brandt-van Heek & W. Huizing (2009)  
Houten: Bohn Stafleu van Loghum  
107 pagina's  
ISBN 9789031364565

Voor ouderen is het heel belangrijk om over hun leven te kunnen vertellen. In het geval van demencie echter kan de communicatie bemoeilijkt worden door het beperkte vermogen om informatie uit het geheugen op te diepen. Dit leidt snel tot een vraagantwoordsituatie. Het gesprek zal hierbij voornamelijk bestaan uit ogenschijnlijk losse fragmenten. Om deze knelpunten te ondervangen hebben de auteurs van *Mijn leven in fragmenten* een aantal themakaarten ontwikkeld waarmee een gesprek gevoerd kan worden met een persoon met demencie. Een uiteindelijk resultaat kan het opstellen van een levensverhaal, bijvoorbeeld in de vorm van een levensboek, zijn. Tezamen met een handleiding vormt dit boek een praktische leidraad om met de demente oudere in gesprek te komen. De auteurs benadrukken dat het belangrijk is dat de persoon met demencie zelf aan het woord komt. De reden hiervoor is dat wanneer (fragmenten van) het levensverhaal voornamelijk door familieleden opgesteld wordt, er heel andere verhalen en interpretaties kunnen ontstaan. Hierbij is het vooral van belang hoe en wat de oudere met demencie vertelt; minder belangrijk is in hoeverre deze verhalen nog volledig stroken met de daadwerkelijke gebeurtenissen. Dat reminiscentie van groot belang is voor de gemoedstoestand van de oudere is bekend. Daarbij komt nog eens dat dit proces zeer gevoelig is voor de cognitieve achteruitgang die bij een demencie optreedt. *Mijn leven in fragmenten* biedt een zeer handige oplossing met bruikbare tips om met dit probleem om te gaan. Dit boek is specifiek gericht op familieleden, zorgverleners, en vrijwilligers. Het boek biedt aan de hand van een aantal themakaarten een leidraad om uiteindelijk tot een compleet levensboek te komen. De themakaarten hebben betrekking op de onderwerpen 'opleiding, opvoeding, werk en hobby's', 'wonen en bezit', 'kijk op het leven', en 'oud worden, gunst of kunst?'. De volgende onderwerpen komen aan de orde in dit boek: hoofdstuk 1 richt zich op het belang van het

geven van aandacht aan levensverhalen. In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de emoties die bij demencie een grote rol spelen en dus van invloed zijn op hetgeen verteld wordt. Hoofdstuk 3 richt zich op het toepassen van de themakaarten, waarna in hoofdstuk 4 tips worden gegeven over de structuur en aandachtspunten van het gesprek. Hoe deze tips toe te passen bij een demencie wordt besproken in hoofdstuk 5. Het uitwerken van de gesprekken wordt behandeld in hoofdstuk 6; het ordenen van deze gesprekken in de vorm van een levensboek is het onderwerp van hoofdstuk 7. In hoofdstuk 8, het laatste hoofdstuk, worden andere middelen besproken waarmee (fragmenten van) een levensverhaal zichtbaar gemaakt kan worden.

### Leidraad voor demente ouderen om hun levensverhaal in kaart te brengen

Naast deze themakaarten wordt advies gegeven over de verschillende opvattingen die betrokkenen kunnen hebben over de specifieke gebeurtenissen. Zo zal de persoonlijke ervaring van de oudere met demencie, los van mogelijke afwijkingen als gevolg van de geheugenproblematiek, er heel anders uit kunnen zien dan hoe een familielid zich deze gebeurtenis herinnert. Dit verschil kan zelfs wijzingen of onenigheid tot gevolg hebben.

Joukje Oosterman

## *Onverklaarbaar bewoond: Het wonderlijke domein van de hersenen*

Bert Keizer (2010)

Amsterdam: Uitgeverij Balans

269 pagina's

ISBN 978094 600 3222 6

In zijn nieuwe boek *Onverklaarbaar bewoond* beschrijft Keizer de dagelijkse praktijk van de neurochirurg, uiteraard weer geschetst door de bril van arts/filosof, met zijn wat cynische en sceptische blik op de geneeskunde. Hem werd gevraagd deel te nemen aan het project 'Schrijver op de Afdeling' van het VU Medisch Centrum te Amsterdam. Hij wist meteen precies waar hij schrijvend heen wilde: de afdeling neurochirurgie. Een logische keuze. Niet alleen filosofen zouden daar voor de rest van hun leven inspiratie kunnen vinden voor hun gedachten over lichaam en geest. Ook voor neuropsychologen en neurowetenschappers kan de neurochirurgische kliniek als een soort snoepwinkel worden gezien.

Hoewel hij meeloopt met een schrijversopdracht ('Ik loop mee met de neurochirurgen, een soort co, maar dan erger, het is geen stage, snap je, ik bedoel ik leer nergens voor, ik wil er iets over schrijven', p. 32), is Keizer ook arts en weet hij sommige medische termen, onderzoeken of ingrepen goed uit te leggen. Verder geeft hij als filosoof achtergronden over

het onoplosbare lichaam-geestprobleem. Overigens gebruikt Keizer, opgegroeid in een katholiek milieu, steevast het woord ziel voor geest. Beide termen zijn natuurlijk even verwarrend. In de geest van Keizers boek zal ik verder het woord 'ziel' gebruiken.

In mijn werk als neurochirurg in opleiding neem ik ook neuropsychologie in mijn bagage mee. Ik deel de verbazing en de fascinatie over de relatie tussen de hersenen en de ziel die je ook bij Bert Keizer aantreft. En ik kan zijn beschrijvingen over de dagelijkse, soms cynische, geneeskundige praktijk maar al te zeer bevestigen. Keizer slaat de spijker al op de achterzijde van het boek op zijn kop: 'Neurochirurgie snijdt dieper dan enige andere vorm van chirurgie: het mes reikt tot in de ziel.' 'You ain't never the same when the air hits your brain' (FT Vertosick Jr. 1996) is dan ook een bekende uitspraak onder neurochirurgen. Is neurochirurgie werkelijk zoveel anders? Neurochirurgie is inderdaad niet te vergelijken met andere snijdende specialismen. Maar ik houd mijn collega's, supervisors, co-assistenten en stagiaires dagelijks voor: 'Neurologie, psychiatrie en

neurochirurgie is eigenlijk één vak!' Het doelorgaan hebben we gemeenschappelijk met de neurologie en psychiatrie. Wat te denken van de ontwikkelingen in de psychoneurofarmacologie? Haloperidol, L-dopa, antidepressiva, anti-epileptica en SSRI's kunnen even effectieve middelen zijn om de ziel te veranderen als het mes (of dit een verbetering of verslechtering betekent valt altijd te bezien).

De relatie tussen neurochirurg en de hersenen (en dus de ziel?) met het mes als doorgeefmiddel is echter directer dan de relatie van de neurologen en psychiaters met de hersenen. Bij het snijden in hersenweefsel veroorzaakt je in principe een irreversibele laesie. De kans op ernstige postoperatieve complicaties die niet alleen het lichaam maar ook direct de ziel kunnen aantasten, veroorzaakt een zekere spanning en impliceert een bijzondere verantwoordelijkheid bij de neurochirurg.

Het verslag van het filosofische practicum is weer gegeven in het boek *Onverklaarbaar bewoond*. Voor de meeste artsen een feest van herkenning. Keizer geeft naast de rauwe realiteit van de moderne geneeskunde, ook de dilemma's en de aard van de zorgen weer die het neurochirurgische metier kenmerkt. Hij doet dit in 31 korte hoofdstukken. In het voorwoord staan in feite de premissen van het filosofische practicum tegen de achtergrond van een

beknopte geschiedenis van de geneeskunde verwoord. Het laatste hoofdstuk is een epiloog waarin

de filosoof/arts zijn conclusies probeert te trekken. In de dertig tussenliggende hoofdstukken staan in chronologische volgorde de belevenissen van Keizer in de ik-vorm beschreven. Je volgt hem op zijn 'meekijk'-stage, voelt de pijn van het vroege opstaan, en de verbazing over zowel de patiënten als over de arts-assistenten neurochirurgie en neurochirurgen is goed te volgen. Keizer stelt als filosoof constant vragen en poneert zijn overwegingen. Er zijn kleine uitstapjes naar neurowetenschappelijke of psychologische bevindingen van Milgram, Gazzaniga, Hubel en Wiesel, maar ook de favorieten van Keizer zelf (zoals Wittgenstein, Alva Noë, Dennet en Emily Dickinson) passeren de revue. En passant laat Keizer het niet na om Pim van Lommels ideeën over bijnadoodervaringen op logische wijze te ontleden. En filosofisch onbruikbaar te verklaren.

'Neurochirurgen lezen geen Wittgenstein.' De werken maken dat er voor neurochirurgen weinig tijd is om te lezen. Als er gelezen moet worden is dat wel vakliteratuur. Bovendien kun je met een beetje huis-tuin-en-keukenpsychologie ook bedenken dat

de aard van de problematiek die op het bord van de neurochirurg komt niet gecompenseerd moet worden met zware filosofische werken. Tot nu toe heeft Keizer gelijk: ikzelf inclusief ken nog geen vakbroeders die Wittgenstein gelezen hebben. En dus denken we 'Wovon man nicht sprechen kann, darüber muß man schweigen.' Overigens is er wel weer een emeritus hoogleraar neurochirurgie die ik zonder meer als groot Spinozakenner bestempel. Maar Spinoza is geen Wittgenstein. De aard van het vak is somber, net zoals de filosofie somber is (en zonder dat ik de complete werken van Wittgenstein heb gelezen weet ik: dat had Wittgenstein al goed door). De scepsis over de geneeskunde die je in Keizers eerdere boeken aantreft is ook in dit boek aanwezig. Met zijn stage aan de VU en de indrukken die Keizer heeft opgedaan, heeft hij helaas een belangrijk deel van de neurochirurgie gemist: 'we kennen geen *verbeterende* chirurgie in de hersenen' (Keizer in *NRC Handelsblad* 04-02-2010, cursief van mij). Wat is verbeterend? De patiënten met een tumor of na hersentrauma, de patiënten met een bloeding, waarbij er een snelle vermindering van neurologische functies (taal, motoriek, bewustzijn in engere zin) optreedt, daar kunnen effecten op korte termijn zeker verbeterend zijn, maar daarvan kun je je met Keizer op de lange termijn inderdaad soms afvragen of het verbeterend is.

De tak van sport die functionele neurochirurgie wordt genoemd, heeft Keizer gedeeltelijk kunnen bekijken. Dat betreft de epilepsiechirurgie, in Nederland ondergebracht in het UMC Utrecht en het VU Medisch Centrum. Een deel van de epilepsiepatiënten kunnen wel degelijk een grote vooruitgang boeken na een hersenoperatie. Aanvalsvrijheid en een onafhankelijk leven zijn de doelen hiervan. Ikzelf twijfel er echter ook niet aan dat er 'in de ziel' van patiënten wordt gesneden - weegt dit op tegen de objectief en subjectief ervaren voordelen? Helaas beschrijft Keizer in het boek dan weer een epilepsiepatiënt bij wie je je kunt afvragen of er een verbetering is.

Andere functionele neurochirurgische ingrepen betreffen bijvoorbeeld het plaatsen van elektroden in of op het brein voor de behandeling van bewegingsstoornissen (Parkinson, essentiële tremor, dystonie, spasticiteit) of chronische pijn (motorcortexstimulatie of ruggemergstimulatie). Deep Brain Stimulation wordt tegenwoordig zelfs ingezet bij psychiatrische aandoeningen zoals obsessief-compulsieve stoornis, depressie en anorexia. Neuromodulatie is de samenvattende term. Ook hier zijn de patiënten in

het algemeen zeer tevreden met behandelingen, die de kwaliteit van leven flink kunnen verhogen. Neurochirurgisch en filosofisch gezien zijn deze ingrepen nog ingrijpender omdat het brein/CZS waarop wordt geopereerd geen evidente laesies vertonen. Zelfs bij chronische pijnpatiënten kan neuromodulatie de pijnsymptomatologie zo aanzienlijk verbeteren dat patiënten echt een verbetering van hun levenskwaliteit melden.

De hersentumorpatiënten en de traumapatiënten maar ook de epilepsiepatiënt die in het boek worden beschreven, geven aanleiding tot somberheid. Maar zo nu en dan denk ik toch: sommigen komen er heel goed door.

Kuan H. Kho

*Rehabilitation of neuropsychological disorders: A practical guide for rehabilitation professionals, second edition*

Brick Johnstone & Henry H. Stonnington (red.),  
(2009)  
New York/Londen: Psychology Press, Taylor and  
Francis Group  
280 pagina's  
ISBN 9871848728011

Recent is de tweede editie uitgekomen van een praktische handleiding voor professionals voor de revalidatie van neuropsychologische stoornissen. Het voorwoord belooft veel: allereerst zou het boek een hoognodige universele taxonomie van veelvoorkomende stoornissen bieden voor alle hulpverleners en mantelzorgers. Ook zouden de achterliggende theorieën kort en duidelijk worden aangegeven, en zouden de testonderzoeken en belangrijkste basisstrategieën voor behandeling worden beschreven. De redacteurs stellen dat door het ontwikkelen van een universeel taalgebruik de communicatie rondom en de zorg voor de patiënt aanzienlijk duidelijker en beter worden. Daarvoor worden in het eerste deel de volgende cognitieve domeinen in aparte hoofdstukken behandeld: aandacht, geheugen, executieve functies, visuo-spatieële functies en taal. In deze tweede editie zouden bovendien in extra hoofdstukken, de door lezers gevraagde praktische hulpmiddelen worden aangeboden, zoals verwijzingsinformatie voor arbeidsongeschiktheid, arbeidsintegratie en andere hulporganisaties. Deze nobele doelen zorgden ervoor dat ik enthousiast begon te lezen. Helaas kwamen er al snel veel vragen in me op.

Allereerst vroeg ik me af voor wie het boek geschreven is. De titel doet vermoeden dat dit voor professionals in de hulpverlening is, maar in de inleiding wordt dit uitgewerkt in: neuropsychologen, spraaktaalpathologen en werkintegratietherapeuten. Deze beperkte keuze zorgt voor verdere verwarring in de leesbaarheid van het boek. Inhoudelijk ligt het op het vlak van de neuropsychologen, maar juist voor deze doelgroep heeft het weinig nieuws te bieden. Overigens richt het boek zich specifiek op stoornissen na niet-aangeboren hersenletsel en worden andere neurologische aandoeningen slechts sporadisch aangestipt.

**Een tweede, uitgebreide editie die nauwelijks iets toevoegt**

Daarmee kom ik direct op mijn tweede vraag: waaruit bestaan de verbeteringen in de tweede editie van het boek? De ouderdom van de referenties in de inleiding doet namelijk vermoeden dat het in de jaren negentig is blijven steken. De auteurs van de cognitieve hoofdstukken ontkrachten dit vermoeden niet. Integendeel, een vergelijking met de eerste editie uit 2002 laat zien dat er per hoofdstuk hooguit twee updates over testgegevens zijn toegevoegd. De bespreking van de theoretische achtergronden van de domeinen en testgebruiken zijn hierdoor sterk achterhaald. Daarnaast wordt in geen van de hoofdstukken aandacht besteed aan de methoden en eigenschappen van de testinstrumenten om veranderingen of therapie-effecten te meten.

Ook de keuze voor bepaalde theorieën en problemen is niet altijd logisch en daardoor schiet de zo gewenste universele taxonomie mijns inziens tekort. Zo miste ik in het hoofdstuk over geheugen het

declaratieve en procedurele geheugen, en worden affectieve problemen alleen in het kader van vervlakt affect (in executieve functies) en frustratie (bij taalstoornissen) genoemd.

De auteurs van de afzonderlijke hoofdstukken zijn van wisselend niveau. De hoofdstukken over aandacht en executieve functies bevatten onnodig ingewikkelde zinsconstructies en formuleringen, en vereisen daarmee zeer veel 'gecontroleerde aandacht'. Vervolgens wordt in het hoofdstuk over visuo-spatieële functies een belangrijke figuur niet verhelderd. Zeer prettig leesbaar is daarentegen het hoofdstuk over geheugen. In het begrijpelijk geschreven hoofdstuk over taal wordt een uitstap naar de literaire wereld niet geschuwd door een intermezzo van Aldous Huxley (de schrijver van het door mij stukgelezen boek *Brave new world*) om duidelijk te maken dat een taalstoornis in onze huidige westerse wereld bijzonder frustrerend is. Ook was het prettig om te lezen hoe de auteurs van dit hoofdstuk een lans breken voor een juiste diagnostiek en overkoepelende zorg voor patiënten met communicatieproblemen. Ook dit hoofdstuk is echter gedateerd.

Dus wat is er nieuw aan deze tweede editie? Dat zou het tweede gedeelte moeten zijn waarin de bronnen worden besproken die professionals in de revalidatie kunnen gebruiken om mensen op een juiste manier te informeren over wet, verzekering, arbeid, ongeschiktheid en patiëntenverenigingen. Opnieuw een

kritische kanttekening: alles is uitsluitend gericht op de Verenigde Staten. Het biedt daardoor hulpverleners buiten de vs wellicht wel een interessante kijk in de keuken, maar geen enkel praktisch handvat.

Wat heeft dit boek nu te bieden aan hulpverleners in Nederland? Dat zijn voornamelijk de besproken behandelstrategieën. Deze waren tijdens het lezen van het eerste gedeelte van het boek steeds een verademing. Want hoewel ook hier een update van de huidige kennis op zijn plaats is, is een groot aantal principes gelukkig nog steeds van toepassing en worden de strategieën over het algemeen helder en praktisch toepasbaar weergegeven.

Kortom, in het eerste gedeelte van het boek *Rehabilitation of neuropsychological disorders: A practical guide for rehabilitation professionals* wordt een aantal belangrijke maar verouderde aspecten uit de cognitieve revalidatie behandeld. In het tweede gedeelte komt de Amerikaanse gezondheidszorg aan bod. Hoewel er zeker bruikbare behandelstrategieën besproken worden, lijkt het me voor diegenen die wel het eerste maar niet het tweede gedeelte willen lezen, een goede optie om bij De Slegte of op internet naar de eerste en wellicht goedkopere versie op zoek te gaan.

Aglaiia Zedlitz

### ***The development of autobiographical memory.***

Hans J. Markowitsch en Harald Welzer

Hove: Psychology Press, 2010

279 pagina's

Dit boek is een Engelse vertaling van de originele Duitse versie *Das autobiographische Gedächtnis*, dat het resultaat was van een groot onderzoeksproject waarbij de meer cognitief georiënteerde Markowitsch en de meer sociaal-psychologische Welzer de handen ineen hadden geslagen. Maar het boek gaat niet zozeer over specifieke onderzoeksresultaten maar over de visie van de auteurs op het autobiografisch geheugen. Het autobiografisch geheugen is geen ander geheugen dan het episodisch geheugen, maar het scheelt wel of je het hebt over een woordlijst of over gebeurtenissen die je hebt meegemaakt, inclusief de emoties die erbij optraden. De term 'development' suggereert misschien dat het hier om kinderen gaat, maar hij heeft betrekking op de groei van een individu tot persoon. Om een persoon te begrijpen helpt het als je weet wat iemand allemaal heeft meegemaakt. Die grondgedachte wordt toegelicht in dertien hoofdstukken, verdeeld over drie delen. In het eerste deel wordt de basisgedachte uitgelegd, de interdisciplinaire benadering. Deel II handelt over de ontwikkeling van het brein en van het geheugen, waarbij emotie en taal een belangrijke rol krijgen. Deel III richt zich op de levensloop. Het culmineert in hoofdstuk 13: 'Autobiographical memory: a biocultural relay between the individual and the environment'. Alles hangt met alles samen en dat is goed om je te realiseren, vooral voor neuropsychologen die het geheugen graag opdelen in deelsystemen en voor elk deelsysteem een test hebben. Een aanrader voor elke klinisch werkende neuropsycholoog.

### ***The right hand and the left hand of history.***

Chris McManus, Michael Nicholls & Giogio Vallortigara (red.)

Hove: Psychology Press, 2010

294 pagina's

Lateraliteit staat niet meer zo centraal in het neuropsychologisch onderzoek als zo'n twintig, dertig jaar geleden, maar er lijkt een (kleine) opleving te zijn. In dit boek gaat het niet om nieuw laboratoriumonderzoek, maar om historische analyses van oude verschijnselen en gebeurtenissen. Lauren Harris is daar al tientallen jaren mee bezig. Hij weet de meest onwaarschijnlijke bronnen op te sporen en in uiterst

boeiende betogen in een wetenschappelijk perspectief te plaatsen. Zo analyseert hij al lang hoe baby's worden vastgehouden door vaders en moeders, in het echt en op oude schilderijen. Een wat nieuw topic is linkshandigheid in de sport, en met name bij het schermen. In zeer oude schermhandboeken uit de zestiende eeuw worden de voor- en nadelen van linkshandigheid al besproken. Harris analyseert ook de opvoedingspraktijken: leren we linkshandigheid af of staan we het toe? Snowman en Christman analyseren twee linkshandige muzikale genieën: Crotch (achttiende eeuw) en Jimi Hendrix. Tot slot volgen twee hoofdstukken van de hand van een van de belangrijkste hedendaagse lateraliteitsonderzoekers, Chris McManus, samen met collega's. Het eerste gaat over een onderzoek naar handvoorkeur onder zesduizend mensen die reageerden op een oproep in een BBC-programma. Het tweede over een negentiende-eeuwse prent met een jongetje dat met zijn linkerhand zijn oma tekent. Bij elkaar laten deze verhalen zien dat handvoorkeur door de jaren heen altijd een onderwerp is geweest waar mensen heel veel bijgedachten bij hebben gehad. En die bijgedachten kun je vaak ook terugvinden in wetenschappelijke verklaringen.

---

**Handbook of clinical child neuropsychology.**

Cecil R. Reynolds & Elaine Fletcher-Janzen (red.)  
New York: Springer Science, 2009  
814 pagina's

Het betreft hier de derde editie van een boek dat al meer dan twintig jaar op de markt is. Met meer dan achthonderd pagina's een kloek boek waarin de lezer toch nog niet alle topics zal terugvinden. Het bevat 32 hoofdstukken, verdeeld over vier secties, geschreven door zeer bekende (zoals Kinsbourne, Hartlage, Kolb en Hynd) en minder bekende auteurs. In sectie 1 worden meer algemene en hedendaagse discussiepunten aan de orde gesteld, zoals de ontwikkeling van hersenen, gedrag, hogere orde cognitieve functies, maar ook statistische problemen bij de diagnose en de mechanismen bij hersenletsel op kinderleeftijd. Sectie 2 gaat over de diagnostiek. Daarin komen vooral diverse testbatterijen aan de orde, persoonlijkheidsproblematiek en de diagnostiek van Spaanstalige kinderen. De hoofdstukken in sectie 3 gaan in op de behandeling, zowel neurocognitieve behandeling als de effecten van medicijnen bij leerproblemen en de behandeling van kinderen met epilepsie. Tot slot is er een reeks van negen hoofdstukken over allerlei speciale aspecten, zoals

forensische neuropsychologie voor kinderen, hiv, coma, ADHD en pervasieve stoornissen. Geen kookboek met kant-en-klare oplossingen voor de praktijk, maar wel veel relevante achtergrondinformatie op tal van aspecten in één band.

---

**The neuroscience of religious experience.**

Patrick McNamara  
Cambridge: Cambridge University Press, 2009  
301 pagina's

Geloof lijkt misschien geen onderwerp voor wetenschap, maar dat is het wel. Niet alleen in sociologische zin (wie gelooft wat) maar ook in psychologische zin en in neurowetenschappelijk zin. McNamara richt zich vooral op westerse vormen van religie. Hij probeert om op basis van literatuur greep te krijgen op de neurobiologische basis van religieuze ervaringen. Daaruit rijst het beeld op dat een omschreven, complex netwerk van hersenstructuren geassocieerd is met religie. De amygdala, de rechter anteriore temporaalschors, de rechterprefrontaalschors spelen een centrale rol, maar ook de hippocampus. Er lijkt een relatie te zijn tussen de gebieden die met religie te maken hebben en de delen die bij het gevoel van 'zelf' betrokken zijn, misschien moeten we het dan meer hebben over 'het ideale zelf'. McNamara stelt dat religie het proces van de vorming van een goed geïntegreerd executief Zelf faciliteert. Hierbij speelt een proces dat McNamara 'decentering' noemt: er wordt even pas op de plaats gemaakt en het 'oude Zelf' (wie ben ik, wat doe ik nu?) wordt vergeleken met het ideale zelf. Deze confrontatie leidt tot een verdere integratie van de persoon. Het boek stijgt ver uit boven imaging-studies, die alleen maar activatie registreren bij mensen die in de scanner over God nadenken, en biedt een serieus godsdienstpsychologisch kader om te proberen gedrag en hersenactiviteit bij religieuze ervaringen te begrijpen.

---

**Neurovascular neuropsychology.**

Joanne R. Festa & Ronald M. Lazar (red.)  
New York: Springer Science, 2009  
315 pagina's

CVA's behoren tot de core-business van de neuropsychologie en een overzicht van de neuropsychologische aspecten van de vele vasculaire aandoeningen zal voor iedere klinisch neuropsycholoog welkom zijn. Bloeding en ischemie, intracerebraal en subarachnoïdaal, vasculaire dementie en arteriove-

neuze malformatie, het komt allemaal aan de orde. Daarnaast zijn er hoofdstukken over verstoppingen van de carotis, hartstilstand, aangeboren hartproblemen en de gevolgen van hartchirurgie. Zowel cognitieve als emotionele aspecten worden besproken, de stoornissen en de behandeling. Het is een compact boek, maar het voegt een grote hoeveelheid informatie samen tot een eenheid. Een nuttig naslagwerk.

---

***The Routledge Companion to dyslexia.***

Gavin Reid (red.)

Londen: Routledge, 2009

362 pagina's

Het boek bevat 26 hoofdstukken, ingedeeld in vijf thema's: onderzoek, dimensies van dyslexie, het identificeren van een kind met dyslexie, identificeren van problemen in de latere carrière, variatie en taalverschillen. Een zeer breed scala aan onderwerpen wordt besproken door auteurs die deels actief zijn in het onderzoek, maar ook deels in de praktijk van kinderen met leer- en leesstoornissen. Er is een expliciete poging gedaan om vooruit te denken en de onderwerpen 'brein' en 'genetica' even te laten rusten: belangrijke onderwerpen, maar niet voor iemand in de praktijk. En voor zo iemand lijkt me dit boek ook vooral bedoeld: bruikbare informatie over veel aspecten overzichtelijk bij elkaar.

---

***Cognitive and neural processes of auditory-verbal hallucinations in schizophrenia: Evidence from behavioural and neuroimaging experiments.***

Ans Vercammen

Proefschrift Universiteit van Groningen, 2009

250 pagina's

Vercammen heeft geprobeerd met verschillende technieken iets meer te begrijpen van mechanismes die betrokken zouden kunnen zijn bij het horen van 'stemmen', auditief-verbale hallucinaties (AVH). Er wordt tegenwoordig verondersteld dat hallucinaties niet alleen een symptoom van een ziekte is, maar dat ook in de normale bevolking sommige mensen wel hallucinaties hebben. Een mogelijke verklaring ligt dan in de balans bij de waarneming tussen binnenkomende informatie en opgeslagen informatie. Studenten die hoog scoren op een hallucinatievragenlijst blijken ook verwachte woorden te horen op plekken waar ruis werd aangeboden. Schizofreniepatiënten blijken een hogere efficiëntie en tevens een positieve bias te hebben bij het waarnemen van

dit soort stimuli. Uit structurele imaging-analyses en TMS-studies bleek dat er structurele en functionele afwijkingen optreden bij patiënten in gebieden die betrokken zijn bij productie, perceptie en monitoren van de interne spraak en die gerelateerd zijn aan de ernst van de AVH.

---

***Thinking of ecstasy: Neuropsychological aspects of ecstasy use.***

Thelma Schilt

Proefschrift Universiteit van Amsterdam, 2009

125 pagina's

Dit proefschrift is voortgekomen uit het NEXT-project: Netherlands XTC Toxicity-project. Schilt heeft neuropsychologisch onderzoek verricht bij jongeren die nog geen XTC hebben gebruikt, en deze groep is later nog eens onderzocht: een deel van deze jongeren was toen XTC gaan gebruiken en zo heeft ze een mooie, zeldzame prospectieve studie kunnen uitvoeren. Ook heeft ze mensen kunnen bestuderen die weinig of geen andere psychoactieve stoffen tot zich namen, meestal een lastige complicatie bij dit type onderzoek. Er kwam een duidelijk resultaat uit dit project naar voren: XTC heeft al snel een negatief effect op het verbaal geheugen, niet dramatisch maar wel significant. Dit effect is niet voor iedereen even groot en Schilt heeft kunnen laten zien in de prospectieve studie dat de individuele gevoeligheid voor deze schadelijke bijwerking te maken heeft met het COMT-gen. Tot slot heeft Schilt nog gekeken of het mogelijk is om op basis van scores op neuropsychologische tests, met name de IOWA-gambling taak, te voorspellen wie XTC zal gaan gebruiken. Daar zijn wel enige aanwijzingen gevonden, maar er is meer onderzoek nodig. De resultaten zijn in een zestal internationale publicaties neergelegd.

---

***Type 2 diabetes and cognition: Neuropsychological sequelae of vascular risk factors in the aging brain.***

Esther van den Berg

Proefschrift Universiteit Utrecht, 2009

224 pagina's

Dit is een dik proefschrift met niet minder dan dertien hoofdstukken, op de discussie na allemaal gepubliceerd. Uit eerder onderzoek, onder meer van een eerder Utrechts promotieproject van Brands, was bekend dat Diabetes Mellitus Type 2 (T2DM) kan leiden tot slechter cognitief presteren. In dit proefschrift worden studies gerapporteerd die proberen verder te achterhalen welke factoren van belang

zijn bij het ontwikkelen van die cognitieve problemen, waarbij ook gekeken is naar een verhoogd risico op dementie. Er zijn aanwijzingen gevonden dat de cognitieve achteruitgang al in een vroeg stadium geassocieerd kan worden met een verhoogd risico op (pre)klinische atherosclerose: bloeddruk, lichaamsgewicht, cholesterol en glycemiespiegel. Cognitie werd hierbij wel gemeten in de vorm van een z-score, gesommeerd over zes domeinen. Ook is bij T2DM-patiënten psychologisch welbevinden onderzocht en dat bleek niet gerelateerd aan ziekteparameters en cognitieve parameters. Kijkend naar veroudering lijkt het erop dat er wel meer cognitieve problemen optreden, maar dan niet zozeer op het gebied van geheugen, maar eerder op het gebied van snelheid van informatieverwerking. Het onderzoek heeft echter zoveel resultaten opgeleverd dat het niet doenlijk is om alle specifieke gegevens hier in beknopte vorm weer te geven.

***Recovery after Mild Traumatic Brain Injury: An integrative approach on understanding complaints, performance and functional outcome.***

Maja Stulemeijer

Proefschrift Radboud Universiteit Nijmegen, 2009  
156 pagina's

Wie heeft niet de spotjes gehoord in de periode oktober-november 2009 over de 25% van de mensen die een jaar na een licht hersenletsel nog klachten hebben? Het leek wel een promotiecampagne voor het 'boek' van Stulemeijer. Stulemeijer heeft geprobeerd om een integraal overzicht te krijgen van neurale, cognitieve en psychosociale factoren; dat betekent dat direct na het ontstaan van het hersenletsel mensen werden opgevangen en onderzocht, dat ze gedurende een halfjaar zijn gevolgd, en dat zowel naar biologische, cognitieve, psychosociale als gevolgen voor leef- en werkomstandigheden is gekeken. Tot slot is geanalyseerd of er predictoren zijn in de eerste fase na het ontstaan die de arts een handreiking kunnen bieden om een prognose te stellen over het verloop na een halfjaar. Dat heeft geresulteerd in een klein, handig kaartje. Deze verschillende aspecten zijn in zeven empirische hoofdstukken (en net zo veel artikelen) uitgewerkt. Cognitieve prestaties en klachten zijn in het begin wel geassocieerd met de ernst van het hersenletsel. Maar na een halfjaar is er geen relatie tussen klachten en ernst van het letsel. Psychologische, met name emotionele aspecten zijn van belang voor het blijven bestaan van klachten. Een meer verras-

sende bevinding kwam voort uit de fMRI-studie: bij een subgroep werd het geheugen onderzocht terwijl met fMRI naar het functioneren van de temporaalkwab en de frontaalkwab werd gekeken. Daaruit bleek dat er wel een associatie was tussen geheugen en structurele kenmerken van de mediale temporale kwab, maar dat er geen sprake bleek te zijn van verhoogde activatie in de frontaalkwab als teken van compensatie, een veel aangevoerde factor om de verhoogde vermoeidheid bij deze patiënten te verklaren. Stulemeijers studie laat zien dat mensen niet zomaar 'hersenen en gedrag' zijn en dat we met meer individuele kenmerken rekening moeten houden voor de opvang van patiënten met een hersenletsel.

***Epidemiology of post-stroke behavioural consequences.***

Liselore Snaphaan

Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen, 2010  
158 pagina's

Snaphaan rapporteert bevindingen van de in 2005 gestarte Nijmeegse Stroke Studie. Zij heeft vooral gekeken naar depressie, cognitieve effecten (met name geheugen) en vermoeidheid, met in het achterhoofd de vraag: is de laesie (plaats en omvang) belangrijk of gaat het vooral om een secundaire reactie op het CVA. Ook werd rekening gehouden met mogelijke stoorfactoren die al aanwezig waren voor het CVA. Bij de studie naar depressie werd ook gekeken naar de effecten van een TIA, en de prevalentie was bij die groep vergelijkbaar aan die van de CVA-groep. Een literatuurstudie over 65 studies naar het effect van een CVA op cognitieve klachten maakte duidelijk dat er veel variatie is in includering van patiënten, maar vooral ook in de wijze van meten van cognitieve functies en de momenten waarop dit gebeurt. Het beloop wordt zelden in kaart gebracht. Snaphaan heeft met fMRI onderzocht of geheugenklachten te relateren zijn aan afwijkingen in de mediale temporaalkwab en concludeerde dat het eerder gaat om functionele verbandingen met de temporaalkwab dan om laesies in de kwab. Ongeveer een derde van de patiënten ontwikkelt vermoeidheidsklachten na twee maanden en ook na anderhalf jaar heeft een derde vermoeidheidsklachten. Jongere leeftijd en depressieve symptomen waren de belangrijkste risicofactoren.

***Fish fatty acids and mental health in older people.***

Ondine van de Rest

Wageningen: Wageningen Universiteit, 2009

200 pagina's

Er is altijd wel iets niet goed aan ons eetpatroon, maar daarnaast wordt ons geadviseerd om bepaalde stoffen te eten of te drinken om langer en meer gezond te blijven. Een bekende op dit gebied is omega-3: een onverzadigd vetzuur. Van de Rest heeft in haar onderzoek gekeken of een combinatie van vis met de visvetzuren eicosapentaeenzuur (EPA) en docosahexaeenzuur (DHA) een gunstig effect zou hebben op de gezondheid en het welbevinden van de ouder wordende mens. Bij een dubbelblinde, gerandomiseerde, placebogecontroleerde interventiestudie bleek geen effect op een batterij met cognitieve tests. In een studie bij zo'n duizend Amerikaanse mannen kon geen effect van het eten van vette vis op cognitie gevonden worden in een periode van zes jaar. In een volgende interventiestudie werd geen effect gevonden op niet-klinische depressie en stemming bij ouderen. Ook is gekeken naar kwaliteit van leven, maar ook hier werd geen effect gevonden. Men zou natuurlijk een damesblad kunnen opslaan om te kijken wat men nu wel of niet moet eten of laten staan, maar een proefschrift met degelijk onderzoek kan ook zeer behulpzaam zijn om te bepalen wat de werkelijke waarde is van alerhande dieetadviezen. Mijn advies: alles met mate.

Molenberghs, P., Gillebert, C.R., Schoofs, H., Dupont, P., Peeters, R. & Vandenberghe, R. (2009). **Lesion neuroanatomy of the Sustained Attention to Response Task.**

*Neuropsychologia*, 2009, 47, 2866-2875.

Het vermogen om een geplande of al lopende (motorische) reactie te inhiberen is een belangrijk onderdeel van het menselijk vermogen tot gedragsregulatie. Dit wordt meestal bestudeerd met behulp van zogenaamde Go/NoGo-taken, waarbij de NoGo-conditie minder frequent voorkomt dan de Go-conditie. Een in experimentele studies veelgebruikt paradigma is dat van de Stoptaken, waarbij de proefpersoon in ongeveer twee derde van de trials een Go-stimulus te zien krijgt (bijvoorbeeld een groengekleurde pijl, die ofwel naar links ofwel naar rechts wijst, waarop de bijbehorende knop ingedrukt moet worden) en in een derde van de trials een NoGo-stimulus (de pijl wordt rood; een expliciet 'stop'-teken). Ook de SART, de Sustained Attention to Response Task van Robertson e.a. (1997) berust op dit principe. In de SART worden willekeurig cijfers van 1 tot 9 gepresenteerd waarbij de proefpersoon op alle cijfers dient te reageren met uitzondering van het cijfer 3. Echter, de SART verschilt van de typische Go/NoGo-taken vanwege de relatief korte duur van de taak en de afwijkende respons/stop-verhouding. Om deze redenen zou de SART geschikt zijn voor klinisch gebruik, hoewel er nog geen neuropsychologische testversie (met normen) beschikbaar is. De test is echter al wel gevoelig gebleken voor inhibitieproblemen na andere traumatisch hersenletsel. Molenberghs en collega's onderzochten de neuroanatomische basis van vier SART-parameters, namelijk commissie- (een reactie op 3) en omissie- (een gemiste respons op de cijfers anders dan 3) fouten, RT-variabiliteit en 'post-error slowing'. Zij hanteerden een originele aanpak. Met behulp van 'voxel-based lesion-symptom mapping' (VLSM) brachten zij van een groep van 44 patiënten met een ischemisch unifocaal niet-lacunair CVA de laesies precies in kaart en correleerden deze met de vier SART-parameters. Het bleek dat commissiefouten, als indicatie van inhibitieproblemen, met name gerelateerd waren aan schade in de rechts inferieure frontale gyrus. Bij laesies in de rechts inferieure frontale sulcus werd een verminderde 'post-error slowing' gevonden. Deze 'post-error slowing' betreft een vertraagde verwerking van de stimulus direct volgend op een foute respons, en is een indicatie van het vermogen om fouten op te merken en te evalueren, een belangrijke voorwaarde voor

het kunnen corrigeren en bijstellen van gedrag. De auteurs vonden voor de beide andere maten geen duidelijke relatie met letsellocatie en constateerden dat de rechter inferieure frontale cortex een belangrijke rol speelt bij het kunnen inhiberen en reguleren van gedrag.

---

Péron, J., Biseul, I., Leray, E., Jeune, F. Le, Drapier, D., Vicente, S., Drapier, S., Sauleau, P., Haegelen, C. & Vérin, M. (2010).

**Subthalamic nucleus stimulation affects fear and sadness recognition in Parkinson's disease.**

*Neuropsychology*, 24, 1, 1-8.

Deep Brain Stimulation (DBS) is hot. Het wordt al geruime tijd toegepast in de nucleus subthalamicus om de bewegingsstoornissen bij de ziekte van Parkinson te behandelen. Het effect ervan is indrukwekkend: als je een patiënt in je spreekkamer gezien hebt voor en na de ingreep, geloof je je eigen ogen niet. Maar er is ook een schaduwzijde: wat is het effect van DBS in een gebiedje dat zo dicht bij het limbisch systeem ligt? Wat betekent dat voor emoties? Inmiddels wordt er – ook in Nederland – onderzoek gedaan naar het effect van implantatie op verschillende locaties in het brein en naar het effect van DBS op neuropsychiatrische aandoeningen, zoals obsessief-compulsieve stoornis en depressie. Dit onderzoek is niet alleen relevant voor de patiëntenzorg, maar ook uit theoretisch oogpunt: het leert ons meer over de neurale netwerken die een rol spelen bij verwerking van emoties.

Het onderzoek van Péron c.s. is gericht op één aspect van emotieverwerking, namelijk het herkennen van negatieve emoties op gezichten. Er is al eerder gevonden dat patiënten daar na DBS moeite mee hebben. De vraag was of dit effect het directe gevolg was van DBS of het gevolg was van medicatie (minder dopamine) of van progressie van de aandoening. Zij vergeleken daarom drie gematchte groepen met elkaar: een groep Parkinsonpatiënten voor en na DBS, een groep Parkinsonpatiënten die op de wachtlijst stonden voor DBS en die behandeld werden met subcutane injecties met apomorfine, en een gezonde controlegroep. Er werd drie maanden voor en na behandeling een korte neuropsychologische testbatterij (met daarin onder andere de Benton Gezichtsherkennings-test) en een emotieherkenningsstaak afgenomen. Bij deze laatste taak moest uit zeven emoties (blijdschap, verdriet, verrassing, walging, boosheid, neutraal) gekozen worden bij een gezichtsuitdrukking. De met DBS behandelde groep deed het na de behandeling duidelijk slechter op de

emotieherkenningsstaak: en dat kwam doordat ze de emoties verdriet en angst slechter herkenden. Voor de andere emoties gold dat niet. Bij de twee andere groepen werd geen verandering gezien. Conclusie van de auteurs: blijkbaar speelt de nucleus subthalamicus een rol in het netwerk dat emotieherkenning van gezichten reguleert. Een conclusie die zij niet trekken, maar die de clinicus minstens zo belangrijk zal vinden: het is goed om patiënten en hun partners voor en na de operatie daarop te attenderen.

---

Daffner, KR.

**Promoting successful cognitive aging: A comprehensive review.**

*Journal of Alzheimer's Disease*, 2010, 19, 1101-1122.

Hoe word ik zo gezond mogelijk oud? Is dementie uit te stellen of zelfs te voorkomen? Het zijn vragen die met de toenemende vergrijzing steeds meer belangstelling krijgen. Het antwoord hierop is helaas niet zo eenduidig te geven. Moet iedereen boven de veertig cholesterolverlagende statines gaan slikken? Is het zinvol om visoliecapsules te nemen? Moet ik een Nintendo DS aanschaffen om cognitief fit te blijven? In zijn review schetst Daffner (neuroloog) een overzicht van feit en fictie over succesvol oud worden. Bekende theorieën over mentale snelheid en 'reservecapaciteit' die vaak worden aangehaald bij veroudering, passeren de revue. Hij beschrijft op gestructureerde wijze de resultaten van grote populatiestudies, fundamenteel basaal onderzoek en interventiestudies. Daffner stelt dat uit de veelheid aan factoren die van invloed kunnen zijn op cognitieve veroudering, fysieke activiteit momenteel een van de sterkste voorspellers lijkt te zijn. In de Honolulu-Asia Aging Study bijvoorbeeld, hadden mannen die per dag minder dan vierhonderd meter lopen een tweemaal zo hoog risico op het ontwikkelen van dementie vergeleken met mannen die drie kilometer of meer aflegden. Hetzelfde geldt voor ouderen die deelnemen aan 'cognitief uitdagende' activiteiten zoals het lezen van de krant of schaken. Hoewel een groot deel van de informatie in deze review niet nieuw is, biedt deze voor de geïnteresseerde lezer een mooi overzicht van de stand van zaken. Wat denkt u bijvoorbeeld dat het effect van jongleren is op de structuur van de temporale en pariëtale cortex? En het effect van resveratrol in rode wijn op de levensduur van fruitvliegjes? Daffner eindigt zijn verhaal met enkele aanbevelingen voor de klinische praktijk en, nog belangrijker, met de waarschuwing om niet alles te geloven wat op dit gebied wordt beweerd.

Miotto, E.C., Evans, J.J., Souza de Lucia, M.C. & Scaff, M. (2009).

**Rehabilitation of executive dysfunction: A controlled trial of an attention and problem solving treatment group.**

*Neuropsychological Rehabilitation*, 19, 4, 517-540.

Cognitieve revalidatie bij patiënten met het disexecutief syndroom is bijzonder lastig om uit te voeren en zo mogelijk nog lastiger om wetenschappelijk te onderzoeken. Dus bovenstaande titel maakt nieuwsgierig. Miotto c.s. behandelde dertig patiënten met frontaal letsel in drie groepen in een cross-over design: na de eerste meting kreeg groep 1 de experimentele behandeling en kregen de andere groepen een behandeling die bestond uit psycho-educatie aan de hand van een boek of traditionele revalidatie (fysiotherapie); na de tweede meting ontvingen de twee andere groepen de experimentele behandeling; vervolgens was er nog een derde meting en een follow-up na zes maanden. De experimentele behandeling (Attention and Problem Solving) was een mix van psycho-educatie, strategietraining op het gebied van aandacht, goal-managementtraining en training van probleemoplossende vaardigheden, met als belangrijk element om patiënten te leren niet impulsief te handelen, maar eerst te denken en dan pas te doen. De behandeling wordt tamelijk uitgebreid beschreven en alleen hierom is het artikel al de moeite van het lezen waard. Op de meeste neuropsychologische tests werden geen verschillen gevonden tussen de groepen, zoals te verwachten was. Wel leverde de DEX-vragenlijst (ingevuld door een familielid) evidentie op voor de werkzaamheid van het programma. Dat gold ook voor een functionele taak, waarbij patiënten een opdracht in de praktijk moesten uitvoeren: ze moesten in een groot winkelcentrum binnen een bepaalde tijd een aantal boodschappen doen. Al met al weer wat voorzichtige ondersteuning voor de werkzaamheid van dit type programma's. Overigens is een soortgelijk programma ook in Nederland onderzocht door het Consortium Cognitieve Revalidatie. Helaas is juist het programma voor de behandeling van het disexecutieve syndroom nog niet te downloaden van de site van het NIP (sectie Revalidatie), terwijl de programma's voor revalidatie van geheugenstoornissen, neglect en aandachtsstoornissen dat wel zijn.

Manly, T., Dove, A., Blows, S., George, M., Noonan, M., Dodds, C., Fish, J., Teasdale, T. & Warburton, E. (2009).

**Assessment of unilateral spatial neglect: Scoring star cancellation performance from video recordings - method, reliability, benefits and normative data.**

*Neuropsychology*, 23, 4, 519-528.

Zorgvuldige observatie van de wijze waarop patiënten een test maken levert ervaren klinici minstens zoveel informatie op als de uiteindelijke score op een neuropsychologische test. De vraag is dan wel waar die ervaren klinici precies op letten en wat die wetenschap toevoegt aan de conclusie op basis van de testscore alleen. Manly en zijn groep dachten dat er meer uit de star cancellation te halen moest zijn dan alleen het totaal gevonden items in de twee helften. Ze maakten video-opnamen van patiënten met neglect en controles, en lieten twee beoordelaars achteraf scoren: dat bood de gelegenheid om meer variabelen zowel op het gebied van snelheid als op het gebied van ruimtelijke positie te onderzoeken. Ze vonden zo dat er een groot aantal andere variabelen zijn die verschil maken: positie van het eerste item dat doorgestreept wordt, een algemeen trager tempo, maar ook een tempo dat gedurende de taak steeds trager wordt, een minder coherente zoekstrategie en de neiging om eerder doorgestreepte items nog een keer door te strepen. Bij patiënten met een ernstig neglect maakt het niet uit: die vallen met de totaalscore meteen door de mand, maar juist voor de groep met een licht neglect zijn dit heel relevante variabelen: die kunnen ook bij de o-zoektest - elders in dit nummer beschreven - in de gaten gehouden worden. Nu is het natuurlijk zo dat een video-opname maken en achteraf analyseren tijd vraagt en dat is iets wat klinici steeds minder hebben. Manly suggereert dat er op termijn bij dit type tests gewerkt kan gaan worden met een touchscreen zodat alle variabelen meteen berekend kunnen worden. Een geweldige suggestie, maar tot die tijd moet u ook heel goed blijven kijken naar patiënten en de verschillende wijzen waarop ze dit type taken verrichten.

# Cogmed Werkgeheugen Training

De **Cogmed Werkgeheugen Training** is ontwikkeld (en onderzocht) door cognitieve neurowetenschappers aan het gerenommeerde *Karolinska Instituut* in Stockholm, Zweden. Training leidt tot veranderingen in de Dopamine D1 binding (*American Journal of Psychiatry*, 166(5): 515-6, 2009 en *Science*, 323: 800-802, 2009) en toegenomen activatie van dorsolaterale prefrontale cortex en de pariëtale cortex (2007, *Physiology & Behavior*).

De resultaten zijn gepubliceerd, in *peer reviewed journals als Developmental Science en Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Significante verbeteringen zijn geconstateerd bij AD(H)D, Leerproblemen, NAH en bij de Cognitieve stoornissen NAO.

## Enkele kenmerken op een rij:

Compliance: > 95%

Succes: 80-84 %

Follow-up > 1 jaar: 79% succes

Oordeel van de cursisten over de opleiding: 4.3 (0-5 schaal)

## Ondersteuning

Per patiënt is er gratis eenmalig supervisie

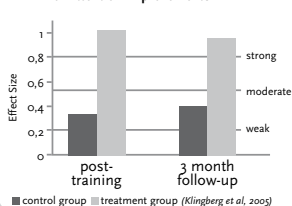
Twee landelijke Intervisie-dagen per jaar

Een Helpdesk

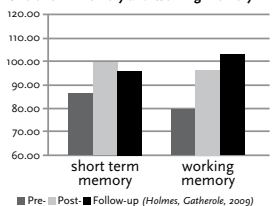
Een Nieuwsgroep

Tallose documenten zijn aanwezig

Parent & Teacher Ratings for Attention Improvements



Improvement of both Verbal and Visio-Spatial Short Term Memory and Working Memory



## De Cogmed Producten

- Cogmed JM (3-7 jaar)
- Cogmed RM (7-17 jaar)
- Cogmed QM (17 jaar en ouder)

## Het Cogmed Protocol

- Intakegesprekken
- Standaard voormeting
- Vijf weken thuis trainen
- Monitoring van de training via centrale beveiligde server
- Wekelijks contact
- Evaluatiegesprek
- Standaard nameting
- Gebruik van Software
- Toegang tot het Cogmed Training Web

## De Cogmed Opleiding

- Dag 1: theorie en uitleg
- Thuisstraining
- Begeleiding door collega
- Dag 2: reflectie en verdieping
- Kosten 800 euro (incl. kosten thuisstraining)

## Onderzoek:

[www.cogmed.com](http://www.cogmed.com) en  
[www.klingberglab.se](http://www.klingberglab.se)

## Opleiding en doorverwijzen naar bestaande coaches:

[www.beterbrein.nl](http://www.beterbrein.nl)

