

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Lombardi, F. (2008).

Pharmacological treatment of neurobehavioural sequelae of traumatic brain injury.

European Journal of Anaesthesiology, **42**: 131-136.

Momenteel wordt in ons land de discussie gevoerd of psychologen voorschrijfrecht voor psychofarmaca behoren te krijgen. Er zijn psychologen die daarop ja zeggen, terwijl de meeste psychiaters daarop liever nee zeggen. Uit onderzoek komt naar voren dat een gecombineerde aanpak van farmacologische en psychologische interventies wel eens de meest effectieve methode van behandeling zou kunnen zijn bij gedragsproblemen na hersenletsel. Vanuit dat perspectief zou het vanzelfsprekend zijn dat eenzelfde behandelaar beide onderdelen van de interventie zelf kan regisseren.

In het licht van deze discussie kan het wellicht interessant zijn om het artikel van Lombardi te lezen. Lombardi geeft aan dat de context van neuropsychologische revalidatie dusdanig complex is, dat medicamenteuze behandeling van een enkel symptoom in sommige situaties juist negatief kan werken op het totale effect dat men wil bereiken met de behandeling. Zo kan epilepsie medicatie mogelijk de epilepsie als gevolg van het hersenletsel positief beïnvloeden, maar een negatieve uitwerking hebben op het herstel van cognitieve functies. Er zijn ook combinaties van effecten denkbaar die elkaar juist versterken. Lombardi pleit in zijn artikel voor studies waarbij niet alleen gekeken wordt naar de reductie van specifieke symptomen waarop de medicatie is gericht, maar ook naar de positieve en negatieve effecten op het totale revalidatieproces en op het neurologische herstelproces van de patiënt in kwestie.

Marshall, S, Molnar, F, Man-Son-Hing, M, Blair, R. e.a. (2007).

Predictors of driving ability following stroke: A systematic review.

Top Stroke Rehabilitation, **14**, 98-114.

In deze uitstekende literatuurreview is nagegaan wat de belangrijkste voorspellers zijn voor rijgeschiktheid na een beroerte. Als uitkomstmaat werd gekeken naar vrijwillig afzien van autorijden en evaluatie van werkelijk rijgedrag. Er werden zeventien geschikte studies gevonden. De meest geschikte screeningtests om rijgedrag te voorspellen waren neuropsychologische tests. De TMT A en B, de complexe figuur van Rey en de Useful Field Of View test

(UFOV) bleken het best te voorspellen en worden aangeraden bij evaluaties na een beroerte.

Marchetta, N.D.J., Hurks, P.P.M., De Sonnevill, L.M.J., Krabbendam, L., & Jolles, J. (2008).

Sustained and focused attention deficits in adult ADHD.

Journal of attention disorders, **6**, 664-676.

Toenemend wordt aangetoond dat kinderen met ADHD niet zomaar over hun problemen in functioneren heen groeien als ze ouder worden: minimaal 30 tot 60% van de kinderen blijkt tenminste kenmerken van ADHD te behouden in de volwassenheid. Hoewel toenemend cognitieve tekorten gesignaleerd worden bij volwassenen met ADHD, is er nog maar weinig onderzoek gedaan naar eventuele aandachtsstoornissen in deze groep patiënten. Dit is op z'n minst opmerkelijk te noemen, daar de DSM-IV het cluster 'aandachtsstoornissen' definieert als zijnde het kernsymptoom van ADHD. In de studie van Marchetta e.a. wordt onderzoek gedaan naar de gerichte en volgehouden aandacht van volwassenen met ADHD enerzijds en de specificiteit van eventueel gevonden tekorten anderzijds. Vier groepen zijn hierbij geïnccludeerd:

- 1) volwassenen met ADHD zonder comorbiditeit (ADHD-; n = 28);
- 2) volwassenen met ADHD met comorbiditeit (ADHD+; n = 28);
- 3) volwassenen met psychiatrische stoornissen anders dan ADHD (non-ADHD; n = 68);
- 4) gezonde controles (n = 28).

Om aandacht te meten zijn de subtests 'baseline speed', 'focused attention' en 'sustained attention' van de Amsterdamse Neuropsychologische Testbatterij (ANT) bij alle groepen afgenomen. De ANT is een computergestuurde testbatterij en bevat reactietijdtaken waarmee op systematische wijze informatieverwerking gemeten kan worden. Voor alle subtests geldt dat de belangrijkste uitkomstmaten zijn: gemiddelde snelheid, variabiliteit en accuraatheid. Verder is bij de volgehouden aandachtsmaat ook gekeken naar de prestatie als een functie van tijd. Resultaten laten zien dat ADHD'ers (onafhankelijk van comorbiditeit) trager en meer variabel reageren tijdens een volgehouden aandachtstest ten opzichte van de andere groepen. Dit duidt op een minder optimale aandachtsallocatie die specifiek is voor ADHD. Daarnaast wordt er enkel bij volwassenen met ADHD+ (en dus niet bij de relatief pure

ADHD'ers) een tekort in gerichte aandacht gevonden (in termen van accuraatheid); dit duidt op een minder efficiënte inhibitie van irrelevante informatie specifiek voor volwassen ADHD+. Deze resultaten zijn strijdig met de wereldwijd veelvuldig overgenomen, echter onvoldoende met empirische data ondersteunde hypothese van Barkley, die stelt dat inhibitie het kernprobleem van ADHD zou zijn.

Bornhofen, C. & McDonald, S. (2008).

Treating deficits in emotion perception following traumatic brain injury.

Neuropsychological Rehabilitation, **18**, 22-44.

Meer aandacht voor emotionele en gedragsmatige gevolgen van hersenletsel heeft ook - zij het nog op bescheiden schaal - geleid tot meer aandacht voor de behandeling daarvan. Met enig regelmaat verschijnen er tegenwoordig dan ook publicaties waarin de effectiviteit van trainingen van bijvoorbeeld sociale vaardigheden bij mensen met hersenletsel wordt onderzocht. De achilleshiel van dit soort interventies wordt gevormd door het feit dat de geleerde vaardigheden niet op het juiste moment worden toegepast. Het niet goed kunnen inschatten van sociale situaties is daar - zeker bij mensen met hersenletsel - vaak debet aan. Bij reguliere sociale vaardigheidstrainingen ligt de nadruk echter vooral op de actieve handelingsvaardigheden en veel minder op de passieve, perceptuele vaardigheden.

In de training die Bornhofen en McDonald onderzoeken, staat daarentegen het adequaat leren herkennen van emoties centraal. Het is een pilotstudie met slechts twaalf hersenletselpatiënten met een experimentele en een wachtlijstcontrolegroep. Het meest interessant voor klinici is de wijze waarop ze hun training vormgaven. Ze werkten in groepen van twee tot drie patiënten met een therapeut die twee keer per week anderhalf uur gedurende acht weken bij elkaar kwam. Uitgaande van de zes basisemoties (angst, blijdschap, boosheid, verdriet, walging en verrassing) werd als eerste stap stilgestaan bij de conventionele context van emoties: een vaardigheid die het minst aangetast wordt door hersenletsel. Vervolgens werd geleerd om statische visuele aanwijzingen van emoties te herkennen. De volgende stap bestond uit het herkennen van dynamische uitingen van emoties in één modaliteit en vervolgens in meerdere modaliteiten tegelijk. Ten slotte werd stilgestaan bij het trekken van de juiste sociale conclusies uit de totale situatie. Er werd frequent gebruikgemaakt van zelfinstructietraining en van leerprincipes zoals bekrachtiging, herhaling, *distributed* en *massed practice* en foutloos leren.

De resultaten zijn veelbelovend, zeker als je weet dat vier van de twaalf patiënten problemen hadden met gezichtsherkenning.