

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

Quee, P.J., Van der Meer, L., Bruggeman, R., De Haan, L., Krabbendam, L., Cahn, W., Mulder, N.C.L., Wiersma, D. & Aleman, A. (2011).

Insight in psychosis: Relationship with neurocognition, social cognition and clinical symptoms depends on phase of illness
Schizophrenia Bulletin, **37**(1), 29-37.

Psychotische aandoeningen gaan vaak samen met verminderd ziekte-inzicht. Dit kan zich uiten in het onvermogen om denkstoornissen bij zichzelf te herkennen, het ontkennen van het hebben van een psychische aandoening en het weigeren van (farmacologische) therapie. Het gebrek aan ziekte-inzicht kan nadelige gevolgen hebben voor het klinisch beloop, psychosociaal functioneren en therapietrouw. Om te begrijpen welke mechanismen onderliggend zijn aan gebrekkig inzicht hebben veel onderzoekers zich gericht op neurocognitieve functies zoals (werk)geheugen, inhibitie, mentale flexibiliteit, abstract redeneren, plannen, visuospatieële vaardigheden en globale intelligentie (IQ). Deze functies lijken een kleine tot matige samenhang te hebben met ziekte-inzicht. Quee en collega's veronderstellen dat gebrekkig ziekte-inzicht mogelijk beter te begrijpen is door ook naar sociaal-cognitieve vaardigheden van patiënten te kijken. In een studie met 270 patiënten met een psychotische aandoening onderzochten zij drie factoren in relatie tot ziekte-inzicht: klinische symptomen, neurocognitieve functies en sociaal-cognitieve functies. Samengenomen konden bij chronische patiënten deze drie factoren 20% van de variantie in ziekte-inzicht verklaren, waarbij neurocognitieve functies en sociaal-cognitieve functies beide 6% en klinische symptomen 8% van de variantie verklaarden. Het interessante aan deze studie is dat beperkingen in sociaal-cognitieve vaardigheden zoals het begrijpen van gezichtsexpressies van anderen en het zich kunnen verplaatsen in de gedachten, gevoelens en intenties van anderen (Theory of Mind) een aanvullende en unieke bijdrage leverde aan verminderd ziekte-inzicht, naast de bijdrage van neurocognitieve disfuncties en klinische symptomen. Mogelijk helpt het patiënten om vanuit het perspectief van anderen naar het eigen functioneren te kunnen kijken en de terugkoppeling van anderen te gebruiken om in te schatten hoe de eigen realiteitstoetsing is. De implicatie van deze bevindingen kan zijn dat bij behandeling gericht op het vergroten van ziekte-inzicht bij psychotische aandoeningen, ingezet kan worden op het aanleren van strategieën om signalen uit de sociale omge-

ving beter te gebruiken bij het beoordelen van het eigen functioneren. Hopelijk wordt het onderzoek vervolgd met een behandelstudie van deze aard. Het wetenschappelijk onderzoek naar sociaal-cognitieve disfuncties bij mensen met psychotische aandoeningen heeft het afgelopen decennium een vlucht genomen. Nu is de tijd gekomen om deze kennis om te zetten in klinische toepassingen.

Grilli, M.D. & Glisky, E.L. (2010).

Self-imagining enhances recognition memory in memory-impaired individuals with neurological damage.

Neuropsychology, **24**, 6, 698-710.

Als Tante Hoest Kraakt Onze Vloer: het acroniem ATHKOV wordt als ezelsbruggetje gebruikt bij geheugentrainingen om de verschillende geheugenstrategieën te onthouden: de hoofdletters staan respectievelijk voor Aandacht, Tijd, Herhaling, Knopen, Ordenen en Vooruit- en terugkijken. Als het aan de auteurs van dit artikel ligt kan er een strategie aan toegevoegd worden: zelfverbeelding. Hiermee bedoelen de auteurs het zich voorstellen van een gebeurtenis vanuit een realistisch, persoonlijk perspectief. Bij deze vorm van zelfverbeelding spelen een aantal cognitieve processen een rol die effectief zijn gebleken als geheugenstrategie. Denk dan aan processen als visuele verbeelding, gedetailleerde semantische verwerking en emotionele verwerking. Al deze strategieën zitten – al is het vaak indirect – al verstopt in ATHKOV. Het nieuwe element schuilt in het actief inschakelen van het zelf: opslagstrategieën die een beroep doen op het zelf zijn tamelijk succesvol gebleken. Dit staat bekend als het self-reference-effect. De auteurs veronderstellen dat als informatie voor het zelf relevant is, die informatie niet alleen beter opgeslagen wordt, maar dat die informatie ook beter opgehaald kan worden uit het geheugen, ook bij mensen met geheugendefecten. Om deze stelling te toetsen vergeleken ze prestaties van veertien mensen met hersenletsel en veertien controles op een taak waarbij ze zinnen die ze eerder gelezen hadden, moesten onthouden. Dit werd getoetst met een herkenningstaak. De zinnen werden gepresenteerd in zes verschillende condities. In de eerste conditie werden de zinnen gepresenteerd met de opdracht om aan te geven of de zin uit meer dan twaalf lettergrepen bestond. In de tweede conditie werd de zin gepresenteerd in een verhaal en moesten ze de vraag beantwoorden of de zin al dan niet in het verhaaltje paste. In de derde

conditie kregen ze de instructie om zich voor te stellen met zo veel mogelijk details dat ze zelf op de plek waren die door de zin werd gesuggereerd. Ten slotte werden er in iedere conditie evenveel neutrale als emotionele zinnen gebruikt. Ze vonden het verwachte effect: de zelfverbeeldingsconditie leverde zowel bij de controles als bij de patiënten het beste resultaat op, beter dan het resultaat van semantisch opslaan en het resultaat van het morfologisch opslaan. Of een zin emotioneel geladen was, maakte alleen in de eerste conditie verschil bij de experimentele groep. Bij de controles maakte het niet uit. Een opmerkelijke bevinding was verder dat de strategie van zelfverbeelding meer effect had bij de patiënten met een slechtere geheugenfunctie: bij de semantische strategie zagen ze het omgekeerde effect. Daar profiteerden de patiënten met een betere geheugenfunctie juist meer van. Conclusie van de auteurs: het betrekken van een eigen perspectief (vanuit jezelf als deelnemer) bij de verbeelding van gebeurtenissen maakt gebruik van specifieke opslag- en ophaalmechanismen die mogelijk gelokaliseerd zijn in gebieden (zoals de mediale prefrontale cortex en de precuneus) die niet beschadigd zijn bij veel patiënten met geheugenstoornissen. Er is natuurlijk nog veel meer onderzoek nodig, maar als deze strategie uiteindelijk wordt opgenomen in ons bekende rijtje wordt die zin alleen maar geloofwaardiger: Als Tante Zwaar Hoest, Kraakt Onze Vloer.

Bradford, C., Dickerson, B.C., Wolk, D.A., the Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative (2011). **Dysexecutive versus amnesic phenotypes of very mild Alzheimer's disease are associated with distinct clinical, genetic and cortical thinning characteristics.**

Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, **82**, 45-51.

De ziekte van Alzheimer wordt vooral geassocieerd met geheugenstoornissen. In zowel de NINCDS-ARDA als de DSM-criteria staan deze op de voorgrond; voor de diagnose dient er sprake te zijn van geheugenstoornissen en daarnaast stoornissen in minstens een ander cognitief domein. Het is echter al langer bekend dat het klinische beeld bij patiënten met een beginnende Alzheimer erg kan verschillen en dat bij sommige patiënten disexecutieve stoornissen zich sterker manifesteren dan geheugenstoornissen. De auteurs vroegen zich af of het mogelijk was verschillende klinische subgroepen te onderscheiden die behalve wat betreft cognitief functioneren ook

pathofysiologisch en genetisch van elkaar zouden verschillen. Wat het laatste betreft wordt dan gekeken naar het APOE-genotype; het hebben van het APOE-ε4-allel gaat gepaard met een hoger risico op het krijgen van de ziekte.

De onderzoekers namen in eerste instantie bij een groep van honderd patiënten met beginnende Alzheimer een uitgebreide testbatterij af. Twee tests werden gebruikt om de groepen te onderscheiden; de Trailmakingtest B, gecorrigeerd voor A, als executieve maat, en een woordrecognitietask (uit de Alzheimer Disease Assessment Scale) als geheugemaat. Z-scores werden bepaald op grond van data van gezonde controles, en vervolgens werden patiënten die een executieve score behaalden die twee standaarddeviaties of meer onder de geheugenscore zat als 'executief predominant' gekwalificeerd, en patiënten waarbij het omgekeerde het geval was als 'geheugen predominant'. Omdat dit kleine groepjes van respectievelijk 27 en 12 patiënten opleverde, werd vervolgens in een groep van 395 MCI-patiënten verder gezocht naar patiënten met dit profiel; dit leverde nog 61 executief dominante en 44 geheugenpredominante patiënten op. In beide groepen (AD en MCI) werden geen verschillen gevonden tussen de subgroepen wat betreft leeftijd, opleiding, geslacht en score op de MMSE. Omdat het cognitieve profiel van de AD- en MCI-groepen nauwelijks verschilden werden beide samengevoegd tot respectievelijk 88 executief dominante en 56 geheugenpredominante patiënten. De profielen werden 'geijkt' door middel van andere taken voor executief functioneren (*problem solving*), waarop de executief dominante groep inderdaad slechter presteerde, en geheugentests, waarop de geheugenpredominante groep zoals verwacht slechter presteerde. Er werden vervolgens duidelijke verschillen op andere maten gevonden; in de geheugenpredominante groep kwam het APOE-ε4-allel significant meer voor dan in de executief dominante groep. Daarentegen was er sprake van een significant dunner frontopariëtale cortex bij de executief dominante groep. De auteurs concluderen dat een disexecutief klinisch fenotype van AD niet bepaald zeldzaam is, gekenmerkt wordt door slechte executieve en probleemoplossende vaardigheden en mogelijk gepaard gaat met een snellere ziekteprogressie dan het amnestische fenotype. Bovendien zou deze executief dominante groep een kwalitatief ander pathofysiologisch substraat hebben, mogelijk gerelateerd aan hun genetische status. Hoewel het om een oudere patiëntengroep ging (gemiddeld 75 jaar oud) rijst