

# Effecten van geheugenvoorlichting door middel van functiegerichte begeleiding

## Citation for published version (APA):

Commissaris, K., Jolles, J., Reyersen van Buuren, E., & Verhey, F. (1993). Effecten van geheugenvoorlichting door middel van functiegerichte begeleiding. *Gedrag & Gezondheid*, 21(3), 128-141.

## Document status and date:

Published: 01/01/1993

## Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

## Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

## General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

[www.umlib.nl/taverne-license](http://www.umlib.nl/taverne-license)

## Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

[repository@maastrichtuniversity.nl](mailto:repository@maastrichtuniversity.nl)

providing details and we will investigate your claim.

# Effecten van geheugenvoorlichting door middel van functiegerichte begeleiding

*Kees Commissaris<sup>1</sup>, Jellemer Jolles<sup>2</sup>, Ellen Reyersen van Buuren<sup>3</sup> en Frans Verhey<sup>2</sup> jr*

---

**SUMMARY.** *Effects of psycho-education for memory disturbed patients by means of Function Oriented Guidance. Untill now hardly any health care services exist for the increasing number of people with memory problems due to mild cognitive deficits. A neuropsychological rehabilitation program, Function Oriented Guidance (FGB) was developed for this group of subjects by the Maastricht Memory Clinic. Central premise is an extensive diagnosis. The program is based on psycho-education and individual counseling. Patients also receive a memory brochure with the most important information. In the present study, effects of FGB are compared with a control group which received a function training program (FT). After finishing the program, the FGB-group appeared to have more knowledge about memory and its working than the FT-group. Important finding within the FGB-group was that there was a significant correlation between the decreased level of anxiety and the increased level of knowledge. A combination of both programs did not increase effects. Most important outcomes of the FGB-program were an increased self-confidence and a more adequate way of coping with memory problems in daily life. From this study it appeared that psycho-education for memory disturbed patients can make a contribution to improve the quality of life of this group of patients.*

## Inleiding

Geheugenproblemen bij ouderen staan momenteel sterk in de belangstelling bij zowel wetenschappelijke onderzoekers en hulpverleners, als onder het grote publiek. Deze aandacht hangt samen met het gegeven dat geheugenproblemen bij ouderen een voorbode kunnen zijn van dementie. Diagnostiek wordt van groot belang geacht om pathologische geheugenproblemen van normale vergeetachtigheid te kunnen onderscheiden en om zodoende een interventie te kunnen ontwikkelen die aansluit op de aard van de geheugenproblemen.

Zowel in de pers, als in publieksvoorlichting is tot op heden de aandacht voor geheugenproblemen en normale vergeetachtigheid zeer summier geweest. Dit in tegenstelling tot de aandacht voor dementie (Commissaris, Jolles & Visser, 1991; Commissaris, Jolles & Kok, 1993). Door de eenzijdige aandacht voor dementie bestaat het gevaar van een epidemie van angst voor dementie (Jolles, 1986). Op grond van klinische ervaring op de Maastrichtse Geheugenpolikliniek blijkt dat bij acht van de tien ouderen die bang zijn dementie te hebben, kan worden vastgesteld dat hiervan geen sprake is (Verhey & Jolles, ongepubliceerd). Ondanks de groeiende aandacht voor geheugenproblemen en de wildgroei in geheugentrainingen, bestaan er tot dusver zeer weinig systematische evaluaties

<sup>1</sup> Vakgroep Gezondheidsvoorlichting (GVO), Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht, <sup>2</sup> Vakgroep Neuropsychologie en Psychobiologie, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht, <sup>3</sup> Sociaal Psychogeriatrische Dienst, Riagg Maastricht.

van behandelingen die geheugenklachten pogen te verbeteren. Hoewel sommige resultaten veelbelovend lijken, ontbreekt in de meeste gevallen een systematische voor- en nameting, alsmede een controlegroep (Ponds & Deelman, 1988; Deelman, Koning-Haanstra & Berg, 1990). Een ander probleem is dat een neuropsychiatrisch en neuropsychologisch onderzoek van de cursusdeelnemers ontbreekt (Reyersen van Buuren & Jolles, 1990). Hierdoor kan alleen globaal worden uitgelegd hoe het geheugen werkt, zonder dat een specifieke relatie met de individuele cognitieve en verwerkingsproblematiek van de afzonderlijke cliënten kan worden gelegd.

Rekening houdend met de bestaande lacunes en behoeften is een programma ontwikkeld, functiegerichte begeleiding genaamd (FGB), dat zich richt op oudere patiënten met lichte geheugenstoornissen en milde objectiveerbare cognitieve functiestoornissen. FGB is een neuropsychologisch rehabilitatieprogramma dat zich voornamelijk richt op psycho-educatie in de vorm van individuele voorlichting en counseling. De algemene doelstelling is om patiënten met geheugen- en andere cognitieve stoornissen een zo volwaardig mogelijk leven te geven ondanks hun cognitieve beperkingen. Het programma is met name gericht op een toename van de copingvaardigheden waarbij de patiënt op een gerichte en efficiënte wijze leert omgaan met de cognitieve beperkingen en resterende mogelijkheden in het dagelijkse leven (Miller, 1984).

In dit artikel zal worden ingegaan op de resultaten van experimenteel-klinisch onderzoek naar het effect van functiegerichte begeleiding en met name naar de effecten van gerichte geheugenvoorlichting binnen het FGB-programma. Eén groep patiënten heeft FGB gehad en een andere groep functietraining (FT). Tijdens FT lag de nadruk op het trainen en inslijpen van leer- en geheugenvaardigheden. Er werd geen inzicht gegeven in de eigen functiestoornissen. Het onderzoek was zodanig opgezet dat de effecten van beide programma's onafhankelijk van elkaar gemeten konden worden. De verwachting was dat een adequate wijze van informatieverstrekking over de werking van het geheugen en een beter inzicht in het eigen cognitieve functioneren zou leiden tot een betere coping, minder angstgevoelens, minder klachten van depressieve aard en een positievere inschatting van de eigen geheugencapaciteit. Deze resultaten werden verwacht voor de FGB-groep, maar niet voor de FT-groep. De FT-groep kreeg pas na de functietraining het FGB-programma. De verwachting was dat de groep die eerst FT heeft gehad, beter zou presteren op cognitieve tests dan de groep die alleen het FGB-programma heeft gehad.

## Beschrijving van beide programma's

### *Functiegerichte begeleiding*

FGB is een individueel gericht neuropsychologisch behandelprogramma dat is ontwikkeld op de Maastrichtse geheugenpolikliniek (Reyersen van Buuren & Jolles, 1990). Centraal staat op de patiënt toegesneden voorlichting. Een belangrijk uitgangspunt is dat de behandeling is gebaseerd op uitgebreide neuropsychiatrische en neuropsychologische diagnostiek. Het is namelijk essentieel om vast te stellen met welk ziektebeeld men te maken heeft en welke functies en vaardigheden gestoord dan wel ongestoord zijn, aangezien de doelen en de technieken in het FGB-programma hierop worden afgestemd. FGB bestaat uit vijf sessies van één uur, die volgen op de diagnostische fase. Voorafgaand aan de eerste sessie wordt de opzet van FGB doorgesproken.

*Sessie 1: informatie over de onderzoeksbevindingen.* De resultaten van het neuropsychologisch onderzoek worden met de patiënt besproken en vertaald in termen van dagelijks

functioneren. Door middel van een checklist wordt aanvullende kennis verkregen over de mogelijkheid om de neuropsychologische bevindingen te formuleren in termen van werk, huishoudelijke bezigheden, hobby's en andere dagelijkse activiteiten.

*Sessie 2 en 3: educatie.* Om iemand te leren omgaan met zijn of haar geheugenklachten, is kennis vereist over het geheugen en de werking ervan. Als men weet wat er aan de hand is en kennis bezit over wat normale veroudering is en wat niet, kan dit leiden tot een vermindering van angst en bezorgdheid over het eigen geheugen. Kennis is ook nodig om te weten waar de adviezen die men krijgt voor nodig zijn en welke resultaten dit kan opleveren voor het dagelijks leven. In sessie 2 en 3 krijgt men hierover informatie, die wordt ondersteund met een geheugenbrochure (Reyersen van Buuren, Commissaris & Jolles, 1988). Expliciete opdracht is om thuis alles na te lezen.

*Sessie 4 en 5: praktische adviezen.* Er wordt aandacht besteed aan de manier van omgaan met de functiestoornissen. Er worden zowel algemene als individuele adviezen gegeven. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om het stabiliseren van de omgeving, vaste dagschema's, enz. Deze dienen thuis geoefend te worden. Tot slot wordt een evaluatiegesprek gehouden met de patiënt aan de hand van de vooraf gestelde doelen en tevens vindt de nameting plaats.

De brochure die men krijgt tijdens de tweede sessie van FGB is ontwikkeld door twee neuropsychologen, een zenuwarts en een voorlichtingsdeskundige. Voordat de definitieve versie tot stand kwam, is de brochure op kleine schaal gepretest bij vijf mensen uit de doelgroep. Naar aanleiding hiervan is de brochure aangepast, waar dat nodig bleek. De volgende onderwerpen komen aan de orde: het geheugen en de werking ervan; veranderingen in de werking van het geheugen bij het ouder worden; lichamelijke en psychologische factoren die invloed hebben op het geheugen; het herkennen van geheugenstoornissen en wat men er zelf aan kan doen. Ten slotte worden tips en adviezen gegeven voor het omgaan met geheugenproblemen in het dagelijks leven.

### *Functietraining*

De functietraining (FT) richt zich met name op het oefenen, hertrainen en het inslijpen van leer- en geheugenvaardigheden. Er wordt aandacht besteed aan verschillende aspecten van het geheugen, zoals het werkgeheugen en de onmiddellijke geheugenspanne. Hierbij wordt uitgegaan van de persoonlijke leerstijl die iemand heeft, zonder daarbij inzicht te geven in de werking van het geheugen. Het programma bestaat uit vijf sessies van één uur elk. In de FT wordt, in tegenstelling tot de FGB, geen informatie verschaft over iemands gestoorde en ongestoorde functies. Er wordt geen expliciete hulp gegeven in het gebruik van strategieën en ezelsbruggetjes. De hulpverlener stelt zich passief op en geeft alleen algemene suggesties ten aanzien van het 'inslijpen van vaardigheden' en 'herhalen'.

## **Materiaal en methoden**

### *De doelgroep*

De doelgroep werd gevormd door ambulante patiënten van de Maastrichtse geheugenpolikliniek (Verhey, Jolles, Ponds, Rozendaal, Plugge, De Vet, Vreeling & Van der Lugt,

1993) die waren verwezen door huisartsen, psychiaters of neurologen. Vierentwintig patiënten met geobjectiveerde geheugenklachten participeerden aan de studie. Vooraf vond een uitgebreid neurologisch, psychiatrisch en neuropsychologisch onderzoek plaats, alsmede een laboratoriumonderzoek. Op grond van de richtlijnen van de DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) en de NINCDS/ADRDA-criteria (McKahn, Drachman, Folstein, Katzman, Price & Stadlan, 1984) werden de diagnoses dementie en ziekte van Alzheimer/vasculaire dementie uitgesloten. Uitsluitingscriteria waren verder: delier, verwardheid of andere bewustzijnsstoornissen, actieve intern geneeskundige of neurologische pathologie; actieve psychiatrische stoornissen; een DSM-III-R diagnose voor ernstige psychopathologie; alcoholabusus; het gebruik van psychofarmaca met uitzondering van benzodiazepines in lage en constante dosering.

Bij geen enkele patiënt was sprake van een medische conditie die als directe verklaring kon gelden voor de cognitieve klachten. Dertien personen waren voorts gekenmerkt door gedeprimeerdheid c.q. een dysthyme stoornis; vier personen waren in lichte mate dwangmatig of hadden andere lichte vormen van psychopathologie; bij zeven personen waren restverschijnselen aanwezig van neurologische ziekten, o.a. CVA en Parkinson in stabiele fase. In tabel 1 staan de patiëntkarakteristieken weergegeven. Op geen enkele van deze variabelen was een significant verschil aanwezig tussen de beide groepen.

Tabel 1 *Patiëntenkarakteristieken*

	<i>groep 1 FGB</i>	<i>groep 2 FT + FGB</i>
leeftijd (gemiddeld)	62.2	60.9
leeftijd (range)	51-75	50-75
geslacht (M/V)	6 M/6 V	8 M/4 V
opleiding <sup>1</sup>	4.8	4.4
IQ (WAIS)	116.4	112.3
Global Deterioration Scale	2.7 (2-3)	2.8 (2-3)
Mini Mental State Examination	28.3	28.8
ABV-extraversie	4.3	3.8
ABV-psychisch neurotisme	7.9	6.3
ABV-somatisch neurotisme	7.1	7.1
ABV-testattitude	3.3	4.0

<sup>1</sup> Opleiding volgens Verhage (1964).

### *Onderzoeksdesign*

De patiënten werden paarsgewijs gematched in twee groepen van 12. Dit vond plaats op -achtereenvolgens- de criteria: aard van de diagnose, leeftijd, opleiding en (voor zover mogelijk) geslacht. Vervolgens werden van ieder paar de subjecten aselekt toegewezen aan ofwel het FGB-programma of de functietraining. Er is gebruik gemaakt van een semi-cross-over design, zie figuur 1.

Figuur 1 *Onderzoeksdesign*

	<i>week 0</i>		<i>week 5</i>		<i>week 10</i>
Experimentele groep	T <sup>1</sup>	X <sup>1</sup>	T <sup>2</sup>	-	T <sup>3</sup>
Controle groep	T <sup>1</sup>	X <sup>2</sup>	T <sup>2</sup>	X <sup>1</sup>	T <sup>3</sup>

X<sup>1</sup> = Functiegerichte begeleiding

X<sup>2</sup> = Functietraining

T<sup>x</sup> = Meetmoment

Vóór aanvang van beide programma's heeft een voormeting plaatsgevonden bij zowel de FT-groep (groep I) als de FGB-groep (groep II). Na afloop van beide programma's vond in week 5 de nameting plaats. Vervolgens kreeg de FT-groep functiegerichte begeleiding en de FGB-groep kreeg niets. In week 10 vond opnieuw voor beide groepen een meting plaats. In het eerste gedeelte van het onderzoek worden de resultaten van week 5 en week 0 met elkaar vergeleken om na te gaan of er verschillen in effecten zijn opgetreden tussen de beide groepen. In het tweede gedeelte van het onderzoek is nagegaan of een combinatie van beide programma's effectiever is dan alleen FGB en daarom zijn de resultaten van groep I in week 10 vergeleken met de resultaten van de FGB-groep in week 5. Om de effecten van functiegerichte begeleiding vijf weken na de beëindiging van het programma te bekijken, is bij groep II nagegaan of de eventuele vooruitgang in week 5 behouden is gebleven in week 10.

## Meetinstrumenten

### *Vragenlijst 'kennis over het geheugen'*

Een kennisvragenlijst is samengesteld aan de hand van de meest essentiële onderwerpen uit de brochure. Er waren drie categorieën vragen te onderscheiden, te weten: 1 algemene kennis over het geheugen en de werking ervan; 2 kennis over veranderingen in de werking van het geheugen bij het ouder worden en oorzaken van geheugenproblemen en 3 kennis over wat men zelf kan doen aan geheugenproblemen in het dagelijks leven.

De antwoordopties waren 'juist', 'onjuist' of 'weet niet'. Voorbeelden van vragen zijn 'Een geheugenklacht van mensen duidt altijd op een geheugenstoornis' (onjuist) en 'Het recent geheugen heeft betrekking op gebeurtenissen die de afgelopen 24 uur hebben plaatsgevonden' (onjuist). In totaal zijn 25 kennisvragen gesteld. Acht vragen zijn door meer dan 75% van de patiënten goed beantwoord en vijf zijn door meer dan 75% fout beantwoord. Deze 13 vragen zijn in beide groepen verwijderd en niet gebruikt in de analyse, omdat zij een lage of geen variantie hadden en derhalve geen onderscheidend vermogen. De overgebleven 12 items vormden samen één kennisschaal (Cronbach's alpha is .72). De afzonderlijke onderdelen van de vragenlijst of combinaties van vragen bleken geen aparte schalen te vormen.

*Neuropsychologische testvariabelen*

Op elk meetmoment kregen alle patiënten vijf neuropsychologische tests voorgelegd. Bij de 15-woordentest (Deelman, Brouwer, van Zomeren & Saan, 1980; Brand & Jolles, 1985) kreeg de proefpersoon vijf keer een reeks van 15 woorden aangeboden. Na elke aanbieding werd gevraagd zoveel mogelijk van de woorden op te noemen (immediate recall). Na 20 minuten werd nogmaals gevraagd welke woorden men zich kon herinneren (delayed recall). Aansluitend werd een herkenningstaak afgenomen (ja/nee), dat wil zeggen 30 woorden, waaronder de 15 eerder aangeboden woorden (delayed recognition). In dit onderzoek werden drie scores gebruikt: het totaal aantal genoemde woorden bij de vijf trials als maat voor het leervermogen; het aantal genoemde woorden bij de uitgestelde herinnering als maat voor consolidatie in het lange-termijngeheugen en het aantal genoemde woorden bij de uitgestelde herkenning als maat voor de actieve reproductie uit het lange-termijngeheugen. De 15-woordentest is per sessie in een andere (parallele) vorm aangeboden.

Van de Stroop-kleur-woord-test (Stroop, 1935) werd de tijd benodigd voor kaart I (lezen kleurnamen) en kaart II (kleuren benoemen) gezien als maat voor het mentaal tempo. De tijd benodigd voor kaart III (benoemen van de inktkleuren waarin de kleurnamen gedrukt zijn; inktnaam en kleurnaam zijn niet gelijk) is gebruikt als een maat voor interferentiegevoeligheid.

De Trail Making Test (TMT) (Armitage, 1946) en de Concept Shifting Taak (CST) (Houx, Vreeling & Jolles, 1992) zijn beide gebruikt om de snelheid te meten waarmee men van concept kan wisselen, zoals geoperationaliseerd in het alternerend aanstrepen van respectievelijk cijfers en letters in opklimmende volgorde. De bijdrage van motorische componenten in de uitvoering van de CST is aanzienlijk geringer in vergelijking tot de TMT.

De Symbol Digit Modalities Test (SDMT) (Smith, 1973) is gebruikt om de mate van complexe informatieverwerking onder tijdsdruk te meten. Hierbij is zowel de lees- als de schrijftaak afgenomen.

*Vragenlijst geheugenproblemen*

Voor de meting van de subjectieve geheugenproblematiek is de vragenlijst van de Memory Assessment Clinics gebruikt (Crook & Larrabee, 1990). Hierin wordt nagegaan hoe goed iemand denkt te presteren in alledaagse situaties waarin een beroep wordt gedaan op het geheugen (ability), zoals het onthouden van namen, gezichten of telefoonnummers en hoe vaak iemand bepaalde dingen vergeet in het dagelijks leven, zoals de kern van een gesprek missen of mensen niet herkennen die u wel herkennen (occurrence). Het gaat hierbij om een indruk van zowel de patiënt zelf (MAC-III), als van de eventuele partner (MAC-IV).

De bezorgdheid over het eigen geheugen is gemeten met een onderdeel van de MAC-III. Op een vijfpunts Likertschaal kon men aangeven de mate waarin men zich op dat moment zorgen maakte over het geheugen.

*Overige vragenlijsten*

De ZUNG (Zung, 1964) is gebruikt voor het meten van de ernst van depressieve symptomen; de STAI-momentaan (Van der Ploeg, Defares & Spielberger, 1981) is gebruikt om de mate van angst te meten; tevens is de Utrechtse Coping Lijst (UCL) gebruikt (Schreurs, Van de Willige, Tellegan & Brossekot, 1987). De ZUNG, STAI en

UCL zijn op ieder meetmoment afgenomen. Daarnaast is in de diagnostische fase gebruik gemaakt van de Amsterdamse Biografische Vragenlijst (ABV) (Wilde, 1970).

## Resultaten

### *Voormeting*

Allereerst is nagegaan of het 'matchen' van de patiënten het gewenste resultaat heeft gehad. Daartoe zijn alle variabelen van de nulmeting voor beide groepen met elkaar vergeleken met behulp van een t-test voor afhankelijke metingen. Hieruit bleek dat vooraf de beide groepen op slechts twee variabelen van elkaar verschilden. Het betrof twee onderdelen van de UCL. De FT-groep scoorde namelijk hoger wat betreft palliatieve gebruiken en de FGB-groep was beter in het actief oplossen van problemen. Voorts bleek dat alle variabelen bij benadering normaal verdeeld waren. Voor beide groepen gold dat vóór aanvang van het programma de partner zich significant minder zorgen maakte over het geheugen van de patiënt dan de patiënt zelf ( $t=2.41$ ;  $p<.05$ ).

De gemiddelde score op de kennisvragenlijst bij de nulmeting was voor beide groepen ongeveer 5.0 (range 0-12). De bezorgdheid over het geheugen was groot en bleek niet samen te hangen met de leeftijd van de patiënt of de kennis die men had. Wel bleek dat naarmate men ouder was, men minder kennis had over het geheugen ( $r=-.54$ ;  $p<.01$ ).

Uit analyse met behulp van Pearson correlaties bleek dat de prestatie op verschillende neuropsychologische variabelen negatief correleerde met de mate van bezorgdheid ( $p<.05$ ). Het ging hierbij om de immediate recall van de 15-woordentest ( $r=-.38$ ), alsook de onderdelen delayed recall ( $r=-.47$ ) en delayed recognition ( $r=-.34$ ), de Stroop I ( $r=-.36$ ) en de Stroop III ( $r=-.40$ ). Voor deze vijf variabelen gold dat naarmate men minder bezorgd was, men beter of sneller was op de betreffende neuropsychologische test.

### *Effectmeting*

Om de effecten van het FGB-programma in vergelijking met de functietraining na te kunnen gaan, zijn de scores van week 5 en week 0 van de beide groepen met elkaar vergeleken met behulp van een MANOVA met een tussensubjectvariabele (herhaalde meting). Variabelen waarbij vooraf een significant verschil bestond tussen de beide groepen (palliatieve gebruiken en actief probleem oplossen) zijn getoetst met een MANCOVA, met de nulmeting als covariaat. De resultaten van deze analyse staan vermeld in tabel 2.



Tabel 2 Resultaten van beide programma's in week 5 vergeleken met week 0

	FT		FGB	
	week 0	week 5	week 0	week 5
<i>1 Neuropsychologische variabelen</i>				
15 woordentest				
- immediate recall	35.8	42.5c	34.3	37.8
- delayed recall	6.3	7.9c	5.3	6.1
- delayed recognition	13.2	13.4	12.5	13.8c
Stroop I	56.3	50.8	50.5	50.7
Stroop II	78.4	62.3c	66.4	58.3b
Stroop III	132.3	113.3a	129.1	131.8
Stroop interferentie	53.9	51.0	63.1	73.6
Trail Making Test	97.4	85.9b	77.7	75.2
Concept Shifting Taak	45.2	36.3c	28.0	23.6
SDMT lezen goed	45.3	48.4c	40.6	42.4
SDMT schrijven goed	38.2	39.5	38.0	37.5
<i>2 Kennis (goed-fout score)</i>	5.1	5.3	5.3	7.4a
<i>3 Vragenlijst geheugenproblemen</i>				
- MAC-III occurrence	72.6	76.8	71.4	73.7
- MAC-III ability	63.3	64.8	59.4	59.3
- MAC-IV occurrence	82.5	77.0	76.9	73.2
- MAC-IV ability	67.0	63.2	62.7	60.9
<i>4 Overige variabelen</i>				
Bezorgdheid over eigen geheugen	2.4	1.9c	2.2	1.6c
STAI-momentaan	40.9	40.5	39.8	39.0
ZUNG-depressie	44.3	42.8	39.7	35.8c
Utrechtse Coping Lijst				
- actief problemen oplossen	15.1	15.7	19.7	19.1
- palliatieve gebruiken	18.2	17.8	13.0	13.2
- afwachtende houding aannemen	18.6	17.9	15.3	13.1c
- sociale steun zoeken	12.2	11.2	10.1	12.0a
- depressieve gedachten	12.7	12.6	10.7	10.4
- uiten van emoties	4.8	4.8	5.9	5.9
- jezelf geruststellen	17.2	15.5	18.0	17.4

a: significant verschil tussen groepen;  $p < .05$

b: significant verschil binnen groepen;  $p < .01$

c: significant verschil binnen groepen;  $p < .05$

Een hoofdbevinding is, dat tussen de groepen een significant verschil is ontstaan in kennisniveau ( $F=7.9$ ,  $df=1$ ;  $p < .05$ ). De kennis in de FGB-groep was aanmerkelijk beter

dan in de FT-groep. Ook is men in de FGB-groep meer sociale steun gaan zoeken (onderdeel van de UCL) dan in de FT-groep ( $F=5.8$ ,  $df=1$ ;  $p<.05$ ). Beide bevindingen zijn overeenkomstig de verwachting. Tevens is een significant verschil ontstaan wat betreft de prestatie op de Stroop III ( $F=5.1$ ,  $df=1$ ;  $p<.05$ ). De FT-groep scoorde aanmerkelijk beter. Wat betreft alle overige variabelen zijn géén significante verschillen gevonden tussen de beide groepen. Dit is niet volgens verwachting. De verwachting was dat de FGB-groep minder bezorgd zou zijn geworden en minder depressief dan de FT-groep en ook dat de FT-groep op meer tests dan alleen de Stroop III beter zou scoren dan de FGB-groep.

Om hiervoor een mogelijke verklaring te vinden is per groep een nadere analyse uitgevoerd van de effecten van het programma. Daartoe is binnen de beide groepen een MANOVA met een binnensubjectvariabele (herhaalde meting) verricht, waarbij de scores van week 5 en week 0 met elkaar zijn vergeleken. De resultaten zijn eenzijdig getoetst en eveneens vermeld in tabel 2. Zowel de FGB-groep ( $F=4.1$ ,  $df=1$ ;  $p<.05$ ) als de FT-groep ( $F=3.7$ ,  $df=1$ ;  $p<.05$ ) was na het programma minder bezorgd geworden over het geheugen. Omdat mensen ook door de functietraining gerustgesteld werden, bestond alleen een significante afname van bezorgdheid binnen de beide groepen en niet tussen de groepen. Binnen de FGB-groep bestond een sterk verband tussen de afgenomen bezorgdheid en de toegenomen kennis ( $r=.84$ ;  $p<.01$ ). De FGB-groep scoorde na het programma significant lager op de Zung-depressievragenlijst ( $F=3.9$ ,  $df=1$ ;  $p<.05$ ) en nam minder vaak een afwachtende houding aan ( $F=4.1$ ,  $df=1$ ;  $p<.05$ ). De FGB-groep scoorde na het programma ook significant beter op een tweetal neuropsychologische variabelen, namelijk de delayed recognition van de 15-woordentest en de Stroop II.

Behalve de afname van de bezorgdheid over het eigen geheugen, scoorde de FT-groep op geen enkele van de 'overige variabelen' beter dan voorheen. Wel scoorde deze groep significant beter op een aantal neuropsychologische parameters. Men scoorde meer goede antwoorden op de immediate recall van de 15-woordentest en op het onderdeel delayed recall. Zowel op de Stroop II, de Trail Making Test, de Concept Shifting Taak en de Symbol Digit Modalities Test (lezen) was deze groep sneller of beter geworden. De geleverde prestatie op de neuropsychologische tests hing gedeeltelijk samen met de mate van bezorgdheid over het geheugen, maar was onafhankelijk van de leeftijd of de kennis die men had.

De tweede onderzoeksvraag was nagaan of een combinatie van beide programma's wellicht effectiever is dan alleen functiegerichte begeleiding. De FT-groep heeft daarom na afloop van de functietraining gedurende vijf weken het FGB-programma gevolgd. De FGB-groep heeft geen verder programma gehad. De effecten zijn opnieuw gemeten met MANOVA (herhaalde meting), waarbij de resultaten van de FT-groep in week 10 vergeleken zijn met de resultaten van de FGB-groep in week 5. Uit deze meting bleek dat beide groepen slechts verschilden in die zin dat de groep die alleen FGB had gehad meer sociale steun zocht dan de groep die beide programma's had gevolgd ( $F=9.6$ ,  $df=1$ ;  $p<.01$ ) en dat de groep die FT én FGB had gehad aanmerkelijk beter scoorde op de Stroop III ( $F=6.9$ ,  $df=1$ ;  $p<.05$ ). De verwachting was dat de FT-groep betere testresultaten zou behalen.

Vervolgens is ook hier nagegaan of er verschuivingen zijn opgetreden binnen de beide groepen (zie tabel 3). De toegenomen kennis van de FGB-groep in week 5 is in week 10 behouden gebleven. De kennis van de FT-groep is significant toegenomen nadat ook zij het FGB-programma hebben gehad. Verder gold voor beide groepen dat de afname in bezorgdheid over het eigen geheugen ook na 10 weken behouden is gebleven en zelfs nog verder is verminderd. Voor beide groepen gold dat de mate van bezorgdheid over het eigen geheugen sterk samenhangt met de score op de kennisvragenlijst ( $r=.57$ ;  $p<.01$ ).

Groep II (alleen FGB) bleek wat minder depressief dan bij aanvang, doch dit verschil was statistisch niet significant, zoals in week 5. Op één neuropsychologische variabele is door de FGB-groep vooruitgang geboekt, namelijk op de Stroop II ( $F=6.3$ ,  $df=1$ ;  $p<.05$ ). De aanvankelijk geboekte vooruitgang in week 5 op het onderdeel delayed recognition, is in week 10 verdwenen. In de groep die beide programma's heeft gehad, is op vier onderdelen de geboekte vooruitgang in de eerste vijf weken, na tien weken behouden gebleven. Het ging om de immediate recall, de delayed recall, de Stroop II en de Trail Making Test. Ondanks een verdere verbetering op de Concept Shifting Taak bleek de geboekte vooruitgang, in tegenstelling tot de meting na vijf weken, in week 10 niet significant.

Tabel 3 Resultaten van beide programma's in week 10 vergeleken met week 0

	FT + FGB		alleen FGB	
	week 0	week 10	week 0	week 10
<i>1 Neuropsychologische variabelen</i>				
15 woordentest				
- immediate recall	35.8	40.9b	34.3	36.8
- delayed recall	6.3	7.5b	5.3	5.9
- delayed recognition	13.2	13.9	12.5	13.7
Stroop I	56.3	51.5	50.5	48.4
Stroop II	78.4	59.3a	66.4	60.3b
Stroop III	132.3	107.3	129.1	127.8
Stroop interferentie	53.9	47.9	63.1	69.2
Trail Making Test	97.4	83.4a	77.7	77.5
Concept Shifting Taak	45.2	33.8	28.0	29.6
SDMT lezen goed	45.3	47.1	40.6	42.1
SDMT schrijven goed	38.2	38.7	38.0	37.3
<i>2 Kennis (goed-fout score)</i>	5.1	7.4a	5.3	7.5a
<i>3 'Assessment scales'</i>				
- MAC-III occurrence	72.6	76.8	71.4	74.3
- MAC-III ability	63.3	64.8	59.4	60.8
- MAC-IV occurrence	82.5	77.0	76.9	72.1
- MAC-IV ability	67.0	63.2	62.7	63.1
<i>4 Overige variabeleN</i>				
Bezorgdheid over eigen geheugen	2.4	1.6a	2.2	1.3a
STAI-momentaan	40.9	42.6	39.8	39.7
ZUNG-depressie	44.3	44.0	39.7	37.6
Utrechtse Coping Lijst				
- actief problemen oplossen	15.1	15.5	19.7	19.8
- palliatieve gebruiken	18.2	16.9	13.0	12.8
- afwachtende houding aannemen	18.6	16.9	15.3	13.7
- sociale steun zoeken	12.2	11.0	10.1	11.3b
- depressieve gedachten	12.7	12.0	10.7	10.1
- uiten van emoties	4.8	5.3	5.9	6.7
- jezelf geruststellen	17.2	16.5	18.0	18.1

a: significant verschil binnen groepen;  $p < .01$ b: significant verschil binnen groepen;  $p < .05$ 

## Discussie

In dit onderzoek zijn de resultaten van functiegerichte begeleiding (FGB) vergeleken met een functietraining (FT). Uit het onderzoek bleek dat bij de voormeting de testprestatie

voor beide groepen sterk negatief correleerde met de mate waarin men bezorgd was over het geheugen. Na afloop van het programma bleek dat de FGB-groep significant meer kennis had dan de FT-groep. Een belangrijk gegeven is het feit dat de mensen uit beide groepen na het programma minder bezorgd waren over hun eigen geheugen dan bij de nulmeting. Bij de meting, vijf weken na beëindiging van het programma, bleek dat de toegenomen kennis bij de FGB-groep behouden was gebleven. Nadat de FT-groep vervolgens ook het FGB-programma had gehad, was ook bij deze groep de kennis significant toegenomen. Verder bleek dat een combinatie van beide programma's nauwelijks een meerwaarde had.

Behalve een toename van kennis en een afname van bezorgdheid over het geheugen is de FGB-groep na afloop van het programma ook minder depressief geworden. Wanneer binnen de beide groepen wordt gekeken naar de geboekte vooruitgang in week 5 in vergelijking met week 0, dan blijkt dat de FGB-groep beter scoorde op twee neuropsychologische testonderdelen en de FT-groep op zes. In de FT-groep is de kennis na het programma nauwelijks toegenomen. Ook heeft men in deze groep geen inzicht verkregen in het eigen cognitieve functioneren. Toch is ook hier de bezorgdheid minder geworden. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn het feit dat een (deskundig) persoon tijd en aandacht aan hen besteedt. Nader onderzoek is nodig om verdere uitspraken hierover te kunnen doen.

Bij de bespreking van de resultaten moet rekening worden gehouden met het feit dat in tabel 2 en 3 een relatief groot aantal afhankelijke variabelen is getoetst. De kans op kanskapitalisatie is hierdoor aanwezig. Echter, gezien het kleine aantal patiënten in de beide groepen is besloten niet te toetsen op een alpha niveau van bijvoorbeeld 0.01.

Samenvattend kan worden gesteld dat mensen met geheugenklachten een steeds groter wordende groep vormen. Zij verdienen meer aandacht dan zij tot op heden gekregen hebben. Er zijn goede mogelijkheden om iets te doen voor deze groep mensen, voordat zij de gezondheidszorg veel geld gaan kosten. Functiegerichte begeleiding, in de vorm van psycho-educatie en counseling, lijkt op grond van dit onderzoek een geschikt programma. Hoewel tussen de programma's nauwelijks verschillen in effecten bestaan, heeft FGB wel geleid tot een toename van kennis, een vermindering van bezorgdheid over het geheugen en minder gevoelens van depressie. Een toegenomen zelfvertrouwen en een meer adequate manier van omgaan met de klachten in het dagelijks leven zijn de belangrijkste winstpunten voor de deelnemers. De genoemde vooruitgang wordt niet verkregen met een functietraining. Dit wijst erop dat individuele voorlichting, ondersteund met een geheugenbrochure, voor mensen met lichte geheugenstoornissen en milde cognitieve functiestoornissen mogelijk en zinvol kan zijn.

In vervolgonderzoek zal met name aandacht gegeven worden aan de effecten van functiegerichte begeleiding op de langere termijn. Ook zullen grotere groepen personen worden vergeleken dan in het huidige onderzoek (twee groepen van twaalf personen) mogelijk was. Voorts zal in toekomstig onderzoek worden nagegaan of het FGB-programma, dat nu is uitgevoerd door een klinisch neuropsycholoog/specialist, ook door een (goedkope) generalist gedaan kan worden voor wat betreft het onderdeel psycho-educatie. Het is de verwachting dat de bespreking van de neuropsychologische testgegevens specialistenwerk zal blijven.

Tot slot kan worden gesteld dat het belangrijk is dat op dit moment aandacht wordt besteed aan de groep mensen met geheugenproblemen en milde cognitieve stoornissen. Deze groep dreigde tot voor kort tussen de wal en het schip te vallen. Het strekt tot aanbeveling dat nader onderzoek wordt verricht naar de behandelmogelijkheden om op die manier tegemoet te komen aan de behoeften en onzekerheid van deze groep mensen. Essentieel blijft dat vooraf uitgebreid neuropsychologisch en neuropsychiatrisch onder-

zoek plaatsvindt naar de gestoorde en ongestoorde functies van de patiënt.

## Dankwoord

Een woord van dank gaat uit naar alle patiënten die aan het onderzoek hebben meegewerkt en de vragenlijsten hebben ingevuld. Tevens een woord van dank aan Rudolf Ponds en Gerjo Kok voor hun commentaar op een eerdere versie van dit artikel.

## Correspondentieadres

Drs. C. Commissaris, Rijksuniversiteit Limburg, Vakgroep GVO, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

## Literatuur

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition revised (DSM-III-R)*. Washington: A.P.A.
- Armitage, S.G. (1946). An analysis of certain psychological tests used for the evaluation of brain injury. *Psychological Monographs*, 60, whole no. 277.
- Brand, N. & Jolles, J. (1985). Learning and retrieval rate of words presented auditorily and visually. *The Journal of General Psychology*, 112, 201-210.
- Commissaris, C.J.A.M., Jolles, J. & Visser, A.Ph. (1991). Dementie en geheugen in de dag- en weekbladers: een analyse van kranteknipfels over de periode 1987-1990. *Tijdschrift Gerontologie en Geriatrie*, 22, 21-27.
- Commissaris, C.J.A.M., Jolles, J. & Kok, G.J. (1993). Dementie en geheugenproblemen in Nederland. Inventarisatie van voorlichtingsactiviteiten. *Medisch Contact*, 48, 143-144.
- Crook, T.H. III & Larrabee, G.J. (1990). A self-rating scale for evaluating memory in everyday life. *Psychology and Aging*, 5, 48-57.
- Deelman, B.G., Brouwer, W.H., Zomeren, A.H. van & Saan, R.J. (1980). Functiestoornissen na trauma capitis. In: A. Jennekens-Schinkel, J.J. Diamant, H.F.A. Diesfeldt en R. Haaxma (Eds.), *Neuropsychologie in Nederland*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Deelman, B.G., Koning-Haanstra, M. & Berg I. (1990). Geheugentraining. *Vox Hospitii*, 14, 12-16.
- Houx, P.J., Vreeling, F.W. & Jolles, J. (1992). Age-related decline of concept-shifting ability: Revised Trail Making Test versus a new concept-shifting test. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* (submitted).
- Jolles, J. (1986). *Het Neuro-weten en de geest*. Rede, Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg.
- McKahn, G., Drachman, D., Folstein, M., Katzman, R., Price, D. & Stadlan, E.M. (1984). Report of NINCDS-ARDRA workgroup on Alzheimer's disease. *Neurology*, 34, 939-944.
- Miller, E. (1984). *Recovery and management of neuropsychological impairments*. New York: Wiley and Sons.
- Ploeg, H.M. van der, Defares, P.B. & Spielberger, C.D. (1981). *Handleiding bij de zelf-beoordelingsvragenlijst*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Ponds, R.W.H.M. & Deelman, B.G. (1988). Kanttekeningen bij de behandeling van geheugestoornissen. *Nederlands Tijdschrift voor Psychologie*, 43, 299-309.
- Reyersen van Buuren, E.J. & Jolles, J. (1990). Function Oriented Guidance as a form of neuropsychological rehabilitation for memory disturbed patients. In: E. Vakil, D. Hooftien and Z.L. Groswasser (Eds.), *Rehabilitation of the brain injured: a neuropsychological perspective* (p. 87-103). London: Freund Publishing.
- Reyersen van Buuren, E.J., Commissaris, C.J.A.M. & Jolles, J. (1988). *Over geheugen en geheugenproblemen: een brochure ter ondersteuning van functiegerichte begeleiding*. Vakgroep Neuropsychologie en Psychobiologie. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg.
- Schreurs, P.J.G., Willige, G. van de, Tellegen, B. & Brossekot, J.F. (1987). *De Utrechtse Coping Lijst: UCL*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Smith, A. (1973). *Symbol Digit Modalities Test*. Los Angeles: Western Psychological Services.

- Stroop, J.R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18, 643-662.
- Verhage, F. (1964). *Intelligentie en leeftijd*. Dissertatie, Assen.
- Verhey, F.R.J., Ponds, R.W.H.M., Jolles, J. & Lugt, M. van der (1991). De vergeetfobie: een nieuw psychogeriatrisch syndroom. *Medisch Contact*, 46, 575-576.
- Verhey, F.R.J., Ponds, R.W.H.M., Jolles, J., Commissaris, C.J.A.M. & Damoiseaux, V. (1992). 'Vergeetachtig? of Dement'. Bunnik: Alzheimer Stichting.
- Verhey, F.R.J., Jolles, J., Ponds, R.W.H.M., Rozendaal, N., Plugge, L., Vet, H.C.W. de, Vreeling, F.W. & Lugt, P.J.M. van der (1993). Diagnosing dementia: a comparison between a monodisciplinary and a multidisciplinary approach. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 8, 78-85.
- Wilde, G.J.S. (1970). *Neurotische labiliteit gemeten volgens de vragenlijstmethode*. Amsterdam: Van Rossen.
- Zung, W.K. (1964). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 17, 845-848.