

Logopedie bij het syndroom van Korsakov

Een literatuurstudie naar aanleiding van de LESA stoornissen in het gebruik van alcohol

AUTEURS



P.P.H. COX
LOGOPEDIST, KLINISCH LINGUIÏST,
BELEIDSMEDEWERKER KWALITEIT- EN
DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING NVLF



S.F. BUISKOOL
LOGOPEDIST



I. VAN DEN BOOGAARD
LOGOPEDIST

De NVLF is in oktober 2009 gevraagd om de concept LESA (Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken) 'Stoornissen in het gebruik van alcohol' te becommentariëren. Dit was reden voor de NVLF om een korte literatuurstudie, een zogenaamde quickscan, uit te laten voeren door NVLF-beleidsmedewerkers. Het onderwerp van deze quickscan is de inzet van de logopedie bij hulpvragen als gevolg van stoornissen in het gebruik van alcohol, zoals laryngeale aandoeningen door excessief alcoholgebruik, het Korsakovsyndroom en het foetaal alcohol syndroom. Om meer aandacht te geven aan deze literatuurstudie is besloten om delen hiervan te publiceren in 'Logopedie'. In dit artikel zal specifiek worden ingegaan op het Korsakovsyndroom.

Werkwijze

Voor het schrijven van dit artikel is gebruik gemaakt van informatie uit de quickscan in de databases Pubmed en Embase. Quickscan betekent dat de artikelen niet op methodologische kwaliteit zijn beoordeeld, maar dat de conclusies van de auteurs zijn overgenomen. Tijdens de zoekopdrachten in de databases is gebruik gemaakt van de volgende zoektermen: Alcohol, Wernicke-Korsakov, Korsakov/Korsakoff, communication, speech (disorder), en language (disorder). De informatie uit de quickscan van 2009 is aangevuld met nieuwe publicaties tot april 2012.

Bij logopedisten bestaat de behoefte om hun interventies verder te ontwikkelen tot best practices (evidence based practice). Binnen de gezondheidszorg betekend dit dat vanuit een praktijkprobleem het bewijs van effectiviteit van een behandeling wordt gezocht op basis van wetenschappelijk onderzoek (Kuijper, et al., 2004). De gevonden

evidence beoordeelt de zorgverlener vervolgens op kwaliteit en toepasbaarheid in de praktijk. Uit de quickscan bleek dat er weinig artikelen geschreven zijn over de effectiviteit van de logopedische behandeling bij Korsakovpatiënten. De gevonden artikelen die de logopedische zorg beschrijven of raken, worden in dit artikel genoemd.

Om toch een vollediger beeld te geven over logopedie bij deze bijzondere doelgroep, is besloten om de informatie aan te vullen met ervaringskennis. Als ervaringskennis systematisch wordt vastgelegd spreken we over practice based evidence. Practice based evidence legt vooral de nadruk op de ervaringskennis van de professional en de cliënt. Het gaat er om de kwaliteit van de interventies en producten op de werkvloer te verhogen. Hierbij worden professionals en cliënten gezien als experts op hun eigen terrein. Het doel van practice based evidence is het expliciteren, systematiseren en ontwikkelen van deze ervaringskennis van cliënten en

IN HET KORT

Het Korsakovsyndroom is een reststoornis na ernstig thiaminegebrek. Hierdoor kunnen mentale veranderingen, paralyse van oogbewegingen en atactische bewegingen ontstaan. Het belangrijkste kenmerk van het Korsakovsyndroom is de amnesie gecombineerd met een onvermogen om nieuwe herinneringen op te slaan. Op basis van ervaringskennis en uit informatie van klinische studies kan gesteld worden dat logopedisten een rol kunnen spelen in de verbetering van de communicatieve vaardigheden en de eet- en drinkproblemen die hierbij kunnen ontstaan.

professionals tot best practices (Barkham & Mellor-Clark, 2003; Smeijsters, 2009). Helaas is voor logopedie bij het Korsakovsyndroom nog geen best practice beschreven. Dit artikel is daarom aangevuld met ervaringskennis uit de logopedische praktijk.

Allereerst wordt in dit artikel beschreven wat het syndroom van Korskov is. Daarna volgt een beschrijving van logopedische problemen bij Korsakovpatiënten. Vervolgens wordt beschreven hoe de behandeling binnen de geestelijke gezondheidszorg er voor een Korsakovpatiënt uit ziet en tenslotte welke logopedische behandeling en begeleiding kan worden aangeboden.

Informatie over het Korsakovsyndroom

Het syndroom van Korsakov is aan het eind van de negentiende eeuw beschreven door de Russische psychiater Sergei Sergeivich Korsakov (www.alzheimer-nederland.nl). Traditioneel wordt dit syndroom gekoppeld aan alcoholisme en Wernicke encephalopathie (Murdoch, 2009).

Zowel Wernicke encephalopathie als het Korsakovsyndroom staan voor twee klinische aspecten van dezelfde pathologische processen die vóórkomen door chronisch alcoholmisbruik. Door excessief alcoholgebruik ontstaat als eerste de aandoening Wernicke encephalopathie. In de latere stadia van Wernicke encephalopathie komt het Korsakovsyndroom voor. Het Korsakovsyndroom kenmerkt zich als een chronische mentale stoornis (Murdoch, 2009). Door verkeerd eetgedrag (zoals zelfverwaarlozing, langdurig slecht eten of stoppen met eten) en excessief alcoholgebruik ontstaat een tekort aan vitamine B1. Dit beschadigt diverse gebieden in het brein, zoals de hersenstam, de thalamus, mammillary bodies, de hypothalamus en de frontale en associatieve gebieden van de neocortex. De beschadigingen van

deze gebieden leiden tot mentale veranderingen, paralyse van oogbewegingen en atactische bewegingen (Murdoch, 2009).

Volgens Alzheimer Nederland zijn er op dit moment ongeveer 10.000 Korsakovpatiënten in Nederland (www.alzheimer-nederland.nl).

Geheugenproblemen bij het Korsakovsyndroom

Het belangrijkste kenmerk van het Korsakovsyndroom is een amnesie gecombineerd met een onvermogen om nieuwe herinneringen op te slaan. Murdoch (2009) specificeert dit: bij het Korsakovsyndroom is er sprake van een geïsoleerd verlies van het kortetermijngeheugen bij volledig wakkere-, alerte- en coöperatieve patiënten. Zij hebben problemen met het ophalen van informatie en het gebruik van het langetermijngeheugen.

Het kortetermijngeheugen kan een beperkte hoeveelheid informatie voor een kort tijdsbestek, van enkele seconden tot enkele minuten, vasthouden. In het langetermijngeheugen (zie figuur 1) wordt informatie voor lange tijd opgeslagen en onderverdeeld in twee subvormen: het expliciete geheugen en het impliciete geheugen. Het expliciete (declaratief) geheugen bevat theoretische kennis en autobiografische herinneringen. Hier zijn

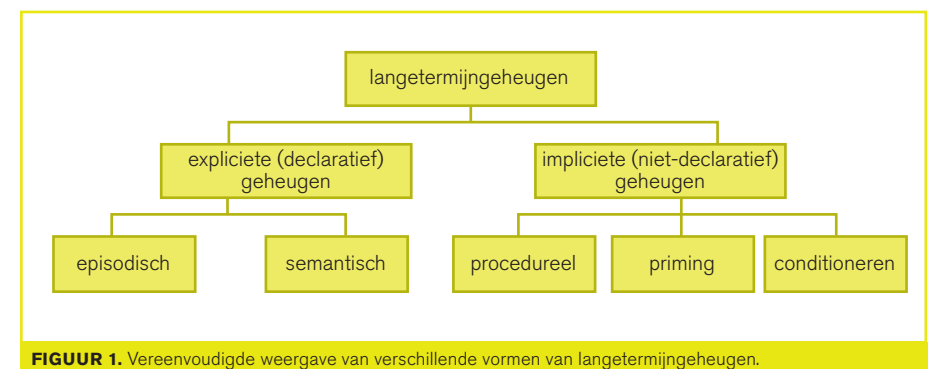
ook centraal executieve functies opgeslagen die nodig zijn voor het plannen en organiseren van complexe handelingen. Vooral het expliciete geheugen is aangedaan bij Korsakovpatiënten. Het impliciete (niet-declaratief) geheugen is nodig voor het aanleren en vasthouden van praktische vaardigheden. Het bevat kennis die verworven wordt via associatieve leerprocessen, zoals conditioneren.

Logopedische problemen bij het Korsakovsyndroom

De rol van de logopedist is niet beschreven in de multidisciplinaire richtlijn *Stoornissen in het gebruik van alcohol* of in de LESA *stoornissen in het gebruik van alcohol*. Toch komen diverse logopedisten in Nederland in aanraking met Korsakovpatiënten. Zij werken met deze patiënten op speciale Korsakovafdelingen in verpleeghuizen, binnen GGZ-instellingen, PAAZ-afdelingen in ziekenhuizen of soms in de eerstelijns. Hieronder worden de logopedische stoornisgebieden besproken die bij Korsakovpatiënten kunnen voorkomen.

Taal

De gevolgen van een Wernicke encephalopathie lijken op die van een CVA of dementie. Vandaar dat kenmerken van een vloeiende afasie kunnen voorkomen (Butters & Cermak, 1980), zoals het onvermogen om gedachten om te zetten naar verbale uitingen, substitutie van woorden en een aangedaan korte termijngeheugen bij het nazeggen van woorden. Ook is het semantisch geheugen aangedaan (Pitel, et al. 2009). Het maken van complexe zinnen, het verwerken van verbale informatie en het verbale begrip kan ook vertraagd en/of aangedaan zijn (Beam, et al. 1978).



FIGUUR 1. Vereenvoudigde weergave van verschillende vormen van langetermijngeheugen.

Spraak

Door de ataxie kan een dysartrie ontstaan, waardoor spraakproblemen kunnen voorkomen, zoals onverstaanbaar spreken, in combinatie met een afwijkend spreektempo (door aarzelingen of pauzes, langzaam of juist heel snel spreken) en problemen met onvoldoende/onduidelijke intonatie en slappe/ongecoördineerde articulatie (Beam, et al. 1978).

Gehoör

Gehoörproblemen kunnen voorkomen bij alcoholverslaafden zoals Korsakovpatiënten. De klachten die genoemd worden zijn tinnitus en gehoorverlies (Lukomiski, et al 1999). In de praktijk blijkt vaak dat de hoorproblemen ook te maken hebben met de (hogere) leeftijd van de patiënt.

Eet- en drinkproblemen

Korsakovpatiënten kunnen door zelfverwaarlozing problemen krijgen met eten en drinken. Doordat ze niet voldoende of goede voeding tot zich nemen, kunnen ze afvallen. Door het afvallen kunnen de structuren in de mondholte veranderen en past een gebitsprothese soms niet meer waardoor kauwen een probleem wordt. Sommige Korsakovpatiënten hebben pijn in de mond waardoor er problemen zijn met eten en drinken. Daarnaast kunnen bij Korsakovpatiënten eet- en drinkproblemen voorkomen die ook bij andere volwassen neurologische patiënten kunnen voorkomen.

Communicatieve vaardigheden

Patiënten met een chronisch Korsakovsyndroom kunnen in staat zijn tot sociale interactie en het voeren van een samenhangend gesprek. Een beperking die zij tijdens deze gesprekken ervaren, is dat zij zich niets kunnen herinneren van wat zich in de afgelopen dagen, weken, maanden of jaren heeft voorgedaan. Door de geheugenproblemen kunnen ze helemaal in de war raken. Ze lossen dit vaak op door dan maar iets te verzinnen (confabulatie). Hierdoor hoeven ze niet toe te geven dat ze zich iets niet meer kunnen herinneren (www.merckmanual.nl).

In de communicatie ervaren Korsakovpatiënten problemen met anderen omdat ze sterk beïnvloedbaar zijn. Daarnaast valt op dat zij soms terughoudend kunnen zijn in de communicatie en daardoor minder snel

spreken over problemen en angsten, maar ook over wensen die zij hebben. Tevens valt op dat zij minder of anders gebruik maken van non-verbale communicatie zoals faciale expressie, gebaren en oogcontact.

Door de bovenstaande beperkingen in de communicatie heeft de Korsakovpatiënt vaak oppervlakkige contacten met mensen in zijn omgeving. Deze communicatiestoornissen beïnvloeden niet alleen de sociale interactie, maar ook het zoeken en/of behouden van een baan geeft problemen (Beam, et al. 1978). Het onderhouden van relaties met familie of vrienden is moeilijk voor Korsakovpatiënten, soms door problemen in het verleden. Contacten met anderen kunnen ook als bedreigend ervaren worden. Als familie of vrienden toch weer in contact willen komen met de Korsakovpatiënt, kan deze daar niet altijd adequaat op reageren.

Behandeling van Korsakovpatiënten

Veel patiënten met het syndroom van Korsakov worden behandeld op een speciale Korsakovafdeling waar gewerkt wordt met behandelprogramma's die rusten op twee pijlers (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009):

- (1) compensatie van geheugenstoornissen door het leren gebruiken van hulpmiddelen zoals een agenda en geheugensteuntjes; en
- (2) het bijbrengen van praktische vaardigheden, zoals: routetraining, het trainen van zelfzorgactiviteiten en het aanleren van een vaste dagindeling.

De Korsakovpatiënt wordt binnen het behandelprogramma begeleid door verschillende disciplines. De logopedist maakt niet altijd deel uit van het multidisciplinaire team, maar is vaak op afroep beschikbaar.

Logopedische behandeling en begeleiding van de Korsakovpatiënt

Er is weinig evidentie beschikbaar over de effectiviteit van de logopedische behandeling bij het Korsakovsyndroom. De informatie die hierna beschreven wordt, betreft voornamelijk ervaringskennis van logopedisten

uit het werkveld. Achtereenvolgens komen de volgende punten aan bod: logopedisch training via het impliciete geheugen, behandeling van communicatieproblemen, behandeling van eet- en drinkproblemen en coaching en begeleiding van de omgeving.

Logopedische training via het impliciete geheugen

Zoals eerder genoemd wordt het Korsakovsyndroom gekenmerkt door stoornissen van het *expliciete* geheugen en van de centraal executieve functies. Het impliciete geheugen is bij dit syndroom echter niet of nauwelijks aangedaan. De behandelprogramma's van Korsakovafdelingen zijn daarom gericht op training via het impliciete geheugen, zodat stoornissen in het expliciete geheugen verminderd worden (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009).

Ook de logopedist kan gebruik maken van het impliciete geheugen om nieuwe vaardigheden in te slijten, zoals het gebruiken van gebaren of een communicatiehulpmiddel. Hierbij kan de logopedist gebruik maken van technieken zoals spaced retrieval of foutloos leren. Deze technieken worden juist ingezet bij personen met problemen in het episodisch geheugen (zie figuur 1), zoals Korsakovpatiënten. De technieken stimuleren een meer onbewuste vorm van leren door doen. De patiënt voert de vaardigheid uit en zo wordt de nieuwe informatie eigen gemaakt. Patiënten leren op deze manier iets nieuws, al weten ze later soms niet meer hoe zij de nieuwe vaardigheid of informatie verworven hebben. Heel specifieke kennis die nodig is voor het functioneren in het dagelijks leven kan op deze manier aangeleerd worden. Hieronder wordt foutloos leren en spaced retrieval nader toegelicht.

Foutloos leren

Bij foutloos leren worden fouten tijdens het leerproces voorkomen. De patiënt wordt namelijk herhaaldelijk geconfronteerd met het juiste antwoord, de patiënt wordt niet gevraagd te raden of expliciet te reageren. Door deze methode wordt trail-and-error vermeden en doet de patiënt positieve ervaringen op met het verwerven van een nieuwe vaardigheid of informatie. De effectiviteit van foutloos leren is waarschijnlijk te wijten aan een combinatie van impliciete en expliciete,

bewuste geheugenfuncties (Kessels, et al. 2008). Het soort informatie dat geleerd moet worden speelt ook een rol. Taken die rechtlijnig zijn en gemakkelijk in stappen zijn onder te verdelen, zijn goed aan te leren middels foutloos leren. Voorbeelden zijn het leren van namen en gezichten of het leren omgaan met een mobiele telefoon of computer. Het leren van een route is niet geschikt voor foutloos leren: daarbij wordt teveel gebruik gemaakt van het procedureel geheugen. Dit is een subvorm van het impliciete geheugen (zie kader 1).

Spaced retrieval

Bij spaced retrieval gaat men ervan uit dat nieuwe informatie sneller aangeleerd en onthouden wordt, als men tijdens het leerproces de tijd geleidelijk laat toenemen tussen het herhaaldelijk aanbieden, en reproduceren of laten ophalen van de aangeboden informatie. Als de informatie voor de eerste keer is aangeboden moet de patiënt het daarna direct herhalen. Als dat lukt, wordt na een kort tijdsinterval de patiënt opnieuw gevraagd om de informatie te herhalen. Indien dit opnieuw lukt, wordt de informatie opnieuw opgevraagd, maar dan na een iets langer tijdsinterval. Het ophalen van de informatie noemen we recall. Zolang de recall lukt, wordt het tijdsinterval langzaam steeds verder opgebouwd. Op het mo-

Mevrouw B. wil de namen van haar vijf kinderen leren. Met behulp van foutloos leren worden deze namen geoefend. De items in haar trainingsset bestaan uit foto's van de kinderen met hun naam eronder weergegeven. Zij krijgt de items één voor één gepresenteerd. Er wordt gevraagd: bekijk het gezicht en de naam die eronder staat. De naam wordt vervolgens afgedekt en de patiënt wordt gevraagd om de naam op te schrijven of te noemen (eventueel voorafgegaan door een fonologische cue in de vorm van de eerste letter(s) van de naam van het betreffende kind). Vervolgens wordt de procedure enkele malen herhaald.

KADER 1. Voorbeeld foutloos leren.

Meneer J. heeft politiek als hobby, maar heeft moeite met het onthouden van namen van de bewindslieden in Nederland. Met behulp van spaced retrieval worden deze namen geoefend.

- De huidige premier van Nederland heet Rutte.
- Patiënt herhaalt de bovenstaande zin meteen na aanbieding door de therapeut.
 - De zin wordt aangeboden en na 1 minuut wordt de patiënt gevraagd om de bovenstaande zin opnieuw op te halen.
 - Bij positieve recall wordt het interval vergroot (2, 5, 10, 20, 45 minuten)

KADER 2. Voorbeeld spaced retrieval.

EN DAN

Enkele aandachtspunten voor de logopedische behandeling en begeleiding van Korsakovpatiënten zijn:

- Houd rekening met de mentale status van de patiënt
- Nieuwe vaardigheden aanleren kost veel tijd: probeer daarom een planning te maken voor lange termijn doelen
- Houd rekening met geheugenproblemen en confabulaties
- Vraag naar de motivatie van de patiënt. Dit is noodzakelijk om de doelen te behalen.
- Noteer afspraken in een agenda: door de confabulaties en eigen waarheden van de patiënt kunnen anders mogelijk misverstanden ontstaan.
- Betrek het team en de omgeving bij het toepassen van nieuwe sociale vaardigheden.
- Neem de patiënt serieus in wat hij vertelt, maar verifieer altijd bij familie / mantelzorgers / medewerkers of de inhoud van de verkregen informatie klopt.

ment dat de recall niet lukt, neemt het tijdsinterval weer af (Vandewoude, 2006). Spaced retrieval kan toegepast worden bij:

- het leggen van associaties tussen namen en gezichten;
- het terugvinden van objecten;
- het benoemen van objecten;
- het leren gebruiken van hulpmiddelen (Vandewoude, 2006).

Het effect van spaced retrieval wordt toegeschreven aan impliciete geheugenprocessen. Het leren vindt wederom plaats zonder veel cognitieve inspanning van de patiënt.

Behandeling van communicatieproblemen

Communicatieproblemen kunnen door de logopedist behandeld worden met directe of indirecte therapietechnieken, zoals het aanpassen van hoortoestellen, taal- of spraaktraining (Beam, et al. 1978). De logopedist kan ook op verzoek van de patiënt werken aan basale gespreksvaardigheden zoals het groeten van anderen, het bij de naam noemen van anderen en het voeren van gesprekken. Indien de verstaanbaarheid van de cliënt onvoldoende is, kan de logopedist met de cliënt oefenen om deze te vergroten. In de taaltraining wordt er gewerkt aan de woordvindingsproblemen die een patiënt kan ervaren (zie kader 2).

De logopedist kan er ook voor kiezen om totale communicatie in te zetten, waardoor de Korsakovpatiënt geholpen wordt in de communicatie. Zo kan de logopedist het multidisciplinaire team ondersteunen bij het maken van een dagindeling. Een patiënt met het syndroom van Korsakov heeft baat bij structuur: een gestructureerde omgeving en dagindeling geven hem het overzicht dat hij mist. Andere vormen van totale communicatie zijn agendatraining, inzet van voorwerpen, foto's, pictogrammen of tekeningen.

Behandeling van eet- en drinkproblemen

Afhankelijk van het type probleem dat ten grondslag ligt aan het eet- en drinkprobleem van de Korsakovpatiënt gaat de logopedist zelf behandelen met behulp van interventies die hij gebruikt in de behandeling van neuro-

logische kauw- en slikproblemen. Indien er sprake is van een gebitsprobleem door gewichtsverlies, kan de tandarts zorgen voor aanpassing van de prothese. Bij mondzorgproblemen kan de tandarts of mondhygiënist adviezen geven voor het optimaliseren van de mondzorg.

Coaching en begeleiding van de omgeving

Korsakovpatiënten hebben niet altijd voldoende inzicht in hun problemen. Ze zijn daardoor niet in staat om de ergernissen en

frustraties van mensen in hun omgeving te begrijpen. Uit onderzoek van Bryan & Maxim (1998) is gebleken dat Korsakovpatiënten goed reageren op de behandeling van communicatieproblemen met behulp van de Validation benadering van Naomi Feil. Het betreft een procesmatige aanpak met empathische communicatie die gebruikt kan worden bij gedesoriënteerde ouderen. Centraal in deze benadering staat het respecteren en valideren van gevoelens, ongeacht of die geënt zijn op het heden of verleden, en ongeacht of ze overeenkomen met

onze realiteit (Droës, et al. 2004; Hopper, 2001).

Op diverse Korsakovafdelingen in Nederland wordt door zorgverleners zorg aangeboden volgens de empathisch-directieve benadering (Stichting Saffier, 2006). Onder empathisch wordt verstaan dat de zorg op een vriendelijke, begripvolle en geduldige manier wordt aangeboden. Onder directief wordt verstaan dat de zorgverlener de patiënt handvaten of aanwijzingen geeft. Deze moeten duidelijk en concreet omschreven

zijn, zodat de patiënt ze kan begrijpen. Als een patiënt niet weet wat hij moet doen, kan dat aanleiding zijn voor de zorgverlener om een aanwijzing te geven. Er worden dus geen opdrachten en bevelen gegeven door de zorgverlener. Samen met de patiënt geven hulpverleners invulling aan het leven van de patiënt.

De logopedist kan de omgeving van de Korsakovpatiënt ondersteunen in de communicatie door middel van communicatieadviezen en coaching. De logopedist vult dan de benadering aan met specifieke logopedische communicatieadviezen die bijvoorbeeld betrekking hebben op het omgaan met confabulatie. Voor mensen rondom de patiënt met het syndroom van Korsakov is dit lastig en soms niet te begrijpen. Zo kan het voorkomen dat een patiënt zich onbelangrijke informatie nog wel kan herinneren, maar belangrijke informatie lijkt te zijn vergeten. Het is dan van belang dat de logopedist de omgeving hierin begeleidt. De logopedist kan bijvoorbeeld het advies geven dat de omgeving de Korsakovpatiënt niet wijst op de ontbrekende informatie in zijn geheugen. Dit kan namelijk een tegengesteld effect hebben: de patiënt voelt zich betrappt en wil zich verdedigen. Het resultaat hiervan kan een conflict zijn. Een advies in deze situatie kan bijvoorbeeld zijn dat de omgeving probeert het verhaal aan te vullen met de juiste informatie en de patiënt zo helpt het verhaal te sturen (www.Korsakovkenniscentrum.nl).

Praktijkvoorbeelden

Met twee praktijkvoorbeelden willen we een indruk geven van de logopedische zorg aan Korsakovpatiënten (zie kader 3).

Conclusie

Bij Korsakovpatiënten komen taal-, spraak-, gehoor- en eet- en drinkproblemen voor, waarbij de logopedist een rol kan spelen in de behandeling. Vanuit het multidisciplinaire team biedt de logopedist hulp aan deze doelgroep en zijn omgeving. Bij de logopedische behandeling van communicatieve problemen biedt de logopedist handvatten aan de patiënt om te leren omgaan met zijn geheugenproblemen en logopedische problemen. Een ingang hiervoor ligt mogelijk in het inzetten van het impliciete geheugen om nieuwe vaardigheden in te slijten, door middel van foutloos leren en spaced retrieval. Daarnaast coacht

de logopedist de omgeving van de Korsakovpatiënt met behulp van communicatieadviezen, waardoor de mogelijkheden voor de patiënt om weer contact te krijgen/hebben met zijn omgeving worden vergroot. Bij de logopedische behandeling van eet- en drinkproblemen werkt de logopedist vanuit een multidisciplinair team aan deze problemen.

Nawoord

De auteurs van dit artikel hopen dat dit artikel een bijdrage levert aan de discussie over de mogelijkheden van een logopedist in de zorgverlening aan Korsakovpatiënten. Zij willen collega's uitnodigen om hun ervaringen te delen op LinkedIn. Reacties via de e-mail worden op prijs gesteld. U kunt contact opnemen met de auteurs via e.cox@nvlf.nl. De volledige literatuurstudie over logopedie bij stoornissen in het gebruik van alcohol kan gevonden worden op de website www.nvlf.nl

onder Documentatiecentrum > Publicaties > Literatuurstudies. Hier zijn ook andere NVLF-literatuurstudies te vinden.

Auteurs

Elly Cox is logopedist en klinisch linguïst. Zij werkt als logopedist bij zorgcentrum La Providence in Grubbenvorst. Daarnaast werkt zij als beleidsmedewerker Kwaliteit- en Deskundigheidsbevordering bij de NVLF. **Sylvia Buiskool** werkt als logopedist bij Lentis (voorheen GGZ Groningen), GGZ Drenthe en bij de multidisciplinaire maatschap MultiMaat. **Ilse van den Boogaard** is logopedist. Zij is werkzaam in logopediepraktijk Tilburg.

Websites

www.alzheimer-nederland.nl
www.korsakovkenniscentrum.nl ■

LITERATUURLIJST

- > Barkham, M. & J. Mellor-Clark (2003). Bridging evidence-based practice and practice-based evidence: Developing a rigorous and relevant knowledge for the psychological therapies. *Clinical Psychology and Therapy*, 10, 319-327.
- > Beam, S.L., R.W. Gant, M.J. Mecham. (1978). Communication deviations in alcoholics; a pilot study. *Journal of studies on alcohol*. Vol.39, issue 3, 548 -551.
- > Bryan, K., J. Maxim. (1998). Enabling care staff to relate to older communication disabled people. *International Journal of Language and Communication Disorders*. Vol. 33, Supplement, 121-126.
- > Butters, N., L.S. Cermak. (1980). *Alcoholic Korsakoff's syndrome: an information processing approach to amnesia*. New York: Academic Press.
- > Droës, R.M., N.W. de Waele, B. van Delft, P.C.W. van Wieringen & E.J.A. Scherder. (2004). Een prentenboek voor mensen met dementies? Een pilotstudie naar het effect van een prentenboek op de communicatie tussen ouderen met dementie en hun gesprekspartners. *Verpleegkunde*. Vol. 19, Issue 3, 208 – 219.
- > Hopper, T. (2001). Indirect interventions to facilitate communication in Alzheimer's disease. *Seminars in Speech and Language*. Vol. 22, issue 4, 305 – 315.
- > Kessels, R.P.C., L. Joosten – Weyn Banningh. (2008). Het impliciet geheugen en de effectiviteit van foutloos leren bij dementie. *Gedragstherapie*. Vol. 41, 91-103.
- > Kuiper, C., Verhoef, J., Louw, D. de & K. Cox (red.)(2004). *Evidence-based practice voor paramedici. Methodiek en implementatie*. Utrecht: Lemma.
- > Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2009). *Multidisciplinaire richtlijn: Stoornissen in het gebruik van alcohol. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol*.
- > Murdoch, B.E. (2010, e-version ahead of printversion). *Acquired speech and language disorders. A neuroanatomical and functional approach*. Wiley-Blackwell.
- > Pitel, A.L., H. Beaunieux. B. Guillery-Girard, T. Witkowski, V. de la Sayette, F. Viader, B. Desgranges, F. Eustace. (2009). How do Korsakoff patients learn new concepts? *Neuropsychologia*. Vol. 47, issue 3, 879
- > Smeijsters, H. (2009). Onderzoek in en door de praktijk en practie based evidence in de lerende organisatie. Voorbeelden van onderzoek door kenniskringen van hogescholen. *Tijdschrift voor Hoger Onderwijs & Management*. Issue 1, 4-13.
- > Trimbos-instituut. (2009). Multidisciplinaire richtlijn *Stoornissen in het gebruik van alcohol*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- > Vandewoude, M. (2006). *Cognitieve training bij ouderen: een gids voor professionele hulpverlener*. Mechelen: Kluwer.

Casus 1: Meneer V. (54 jaar)

Meneer V. is in 1998 opgenomen op de PAAZ-afdeling met hersenletsel door overmatig alcoholgebruik, waarna als diagnose het syndroom van Korsakov werd gesteld. Aanvankelijk kon meneer niet lezen, schrijven, spreken, emoties uiten en sloot hij zich volledig af van de buitenwereld. Zijn cognitie blijkt verminderd (IQ 70). De behandeling werd na ontslag van de PAAZ-afdeling in een eerstelijns logopediepraktijk voortgezet.

Uit logopedisch onderzoek blijkt dat er sprake is van een taalstoornis met afatische kenmerken zoals woordvindingsproblemen en fonematische parafasieën. Andere kenmerken die opvallen zijn: onsamenhangende verhaallijnen, zwakke zinsbouw en deletie van vervoegingen. Lezen lukt redelijk tot goed. Schrijven gaat moeizaam. Meneer heeft moeite met auditieve opdrachten, abstracte taal en het onderscheiden van hoofd- en bijzaken

Na een lang behandeltraject wordt momenteel gewerkt aan de activering van laag-frequente woorden die meneer zelf inbrengt. Er wordt veel gewerkt met visuele ondersteuning van het auditief aangeboden. Hij kan dit zichzelf onvoldoende bieden. Het visuele inputkanaal is sterk verbeterd in tegenstelling tot de auditieve input. Woorden die eenmaal geactiveerd zijn beklijven direct, wat de woordvindingsproblemen heeft verminderd. Meneer kan gedachten voldoende verwoorden. Door regelmaat en structuur in zijn leven worden zijn verhalen meer samenhangend. Hij gaat steeds beter zijn (on)mogelijkheden herkennen door middel van psycho-educatie. Ook wil meneer graag kunnen inhaken in een groepsgesprek waarbij verschillende, niet-alledaagse onderwerpen worden besproken. Daarnaast is hij bezig zijn verleden te verwerken met een psycholoog waarbij ook begrippen gebruikt worden die lastig zijn.

De logopedische behandeling van meneer is in een afrondende fase. Meneer heeft veel baat gehad bij de wekelijkse logopediebehandelingen om hem te ondersteunen bij allerlei situaties in het dagelijks leven. Meneer is genomineerd voor de Brabantse reïntegratieprijs, die jaarlijks wordt uitgereikt aan mensen met een

beperking die op een goede manier hebben weten te integreren in de maatschappij.

Casus 2: Meneer A. (60 jaar)

Meneer A. is een hoogbegaafde man. Tijdens promotieonderzoek is er 'iets' fout gelopen. Na jarenlang overmatig alcoholgebruik werd hij verwaarloosd en ondervoed opgenomen. Bij slikken bestond sinds een week het gevoel te "stikken". Meneer moest moeite doen om speeksel en dun vloeibare dranken door te slikken. Er waren bijbewegingen van het hoofd, en de ogen werden dichtgeknepen tijdens slikken.

Tijdens een slikobservatie vertelde meneer dat hij de soep niet goed tussen de kiezen kon krijgen en dat het in de wangzakken bleef zitten. Meneer gaf aan benauwd te worden door het eten van soep. Er was geen verandering in zijn ademhaling, er leek geen sprake van benauwdheid.

Na de eerste observatie, in combinatie met de door hem geuite klachten, werd een stenose in de slokdarm vermoed. Mogelijk veroorzaakt door veel alcoholgebruik met regurgitatie en aantasting van het slijmvlies van het onderste deel van de slokdarm. De beschrijving van meneer werd bevestigd tijdens de observatie van het slikken. Het vermoeden van een stenose werd ontkracht tijdens de tweede observatie. Bij het slikken van vaste consistenties, met weinig kauwen, waren geen problemen zichtbaar. De logopedist gaf het advies rustig te eten en goed te kauwen. Aan zijn omgeving werd het advies gegeven zo min mogelijk de aandacht op het eten te richten. Bij de evaluatie gaven zowel meneer als de zorgmedewerkers aan dat het eten en drinken weer normaal verliep. De vraag is of de stenose bewust werd gesimuleerd of dat dit onderdeel was van het proces dat zich bij Korsakovpatiënten voordoet in het kader van hun hersenbeschadiging.

Bij patiënten met het Korsakovsyndroom lopen realiteit en confabulaties vaak in elkaar over. Zelf zijn ze zich dat niet bewust. Het is goed om te controleren of door de patiënt gegeven informatie klopt.

KADER 3. Twee praktijkvoorbeelden.