

University of Groningen

## De fabrieksinstelling van het geheugen is 'vergeten'

Draaisma, Douwe

*Published in:*  
 Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde

**IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.**

*Document Version*  
 Publisher's PDF, also known as Version of record

*Publication date:*  
 2017

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

*Citation for published version (APA):*  
 Draaisma, D. (2017). De fabrieksinstelling van het geheugen is 'vergeten'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 161(38/39), 28-30. [D2041].

### Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

### Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

*Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.*

# De fabrieksinstelling van het geheugen is ‘vergeten’

Douwe Draaisma

**Veel mensen beginnen rond hun 60e meer moeite te krijgen met taken die een beroep doen op het prospectief geheugen en het vinden van woorden en namen. Bezorgd dat deze klachten wijzen op het begin van de ziekte van Alzheimer vullen zij online-zelftests in of raadplegen ze hun huisarts. Bij verreweg de meeste mensen duiden de klachten op een volstrekt natuurlijke ouderdomsvergeetachtigheid. Om verdere achteruitgang te vertragen zouden artsen hun patiënten moeten aanmoedigen sociaal actief te blijven. Bij patiënten met lichte cognitieve beperkingen (‘mild cognitive impairment’) moet de arts beducht zijn op het ontkennen of bagatelliseren van geheugenklachten, zeker als die van invloed zijn op het beroepsmatige functioneren in beroepen als piloot of huisarts. Door het ontbreken van formele jaarlijkse keuringen hebben ouder wordende artsen de plicht zichzelf en hun collega’s in de gaten te houden.**

**W**e vergeten in ons leven veel meer dan we ooit zullen onthouden. We associëren het geheugen misschien met vastleggen, conserveren en opslaan, maar het meeste van wat we ervaren verdwijnt vrijwel direct weer uit het geheugen, en niet veel later volgt de rest. Je geheugen doet dat overigens met de beste bedoelingen. Als je de stad in bent geweest en je je auto weer opzoekt, is het niet de bedoeling dat alle herinneringen aan de plekken waar je ooit je auto hebt geparkeerd nog even actief in je geheugen voorhanden zijn. Ditzelfde heilzame mechanisme laat overigens ook de herinnering aan hoe je kinderen of ouders er 10 jaar geleden uitzagen vervagen. Het geheugen gehoorzaamt nu eenmaal aan zijn evolutionaire ontwerp, niet aan zijn bezitter. De fabrieksinstelling van het geheugen is ‘vergeten’.

## ZELFTEST

Maar bij het ouder worden beginnen zich nieuwe soorten van vergeten voor te doen, vormen van vergeten die niet functioneel zijn en die zelfs het dagelijks leven kunnen bemoeilijken. Wie zich zorgen maakt over zijn of haar geheugen zal vandaag de dag niet direct naar de huisarts gaan, maar eerst op internet kijken. De kans is groot dat hij dan terecht komt bij een zelftest, zoals die op [gezondheidsplein.nl](http://gezondheidsplein.nl) of op de website van Alzheimer Nederland ([www.alzheimer-nederland.nl/geheugentest](http://www.alzheimer-nederland.nl/geheugentest)). De laatste test bestaat uit 25 items die situaties beschrijven waarin het geheugen je in de steek laat, zoals ‘vergeten waarom u naar een bepaald gedeelte van uw huis bent gelopen’ of ‘iets lezen en vlak daarna niet meer weten wat u nu gelezen hebt, zodat u het moet overlezen’. Op een 5-puntsschaal, die loopt van ‘nooit’ tot ‘zeer vaak’, kan men aangeven hoe frequent deze situaties zich voordoen. De score varieert van 0-100 punten. Hoe minder punten iemand scoort, hoe beter zijn geheugen is.

Aan het begin van de test moet je je leeftijdscategorie aanvinken. En leeftijd doet ertoe in deze test. Met een score van 55 punten of meer krijgen mensen van 70-74 jaar te horen dat er inderdaad problemen met het geheugen zijn, maar daarop volgt de relatief geruststellende mededeling: ‘Op uw leeftijd is er meestal geen sprake van dementie en is de oorzaak (zoals voeding, geneesmiddelen of stress) vaak goed te behandelen. Wij raden u aan hier eens over te praten met een huisarts.’ Maar iemand van 75 jaar of ouder wordt met precies dezelfde score ‘opvallend vergeetachtig’ genoemd. Hij

Rijksuniversiteit Groningen, faculteit Gedrags- en  
Maatschappijwetenschappen, Heymans Instituut, Groningen.  
Prof.dr. D. Draaisma, psycholoog ([d.draaisma@rug.nl](mailto:d.draaisma@rug.nl)).

krijgt het advies om bij zijn huisarts uit te laten zoeken waar dit aan ligt.

Deze leeftijdsafhankelijke uitslag demonstreert de vuistregel dat geheugenproblemen bij mensen tot halverwege de 70 jaar waarschijnlijk een andere oorzaak hebben dan beginnende dementie, maar dat daarna de kans toeneemt dat de klachten met dementie hebben te maken.

### SOCIAAL ACTIEF BLIJVEN

Al deze zelftests adviseren om bij geheugenklachten naar de huisarts te gaan. Die staat vervolgens voor het probleem hoe 'normale' vergeetachtigheid te onderscheiden van het soort geheugenproblemen dat op dementie zou kunnen wijzen. Hoewel de NHG-standaard 'Dementie' het afnemen van de 'Mini-mental state examination' (MMSE) en de kloktekentest aanbeveelt, is dit niet altijd toereikend. Voor beide tests geldt namelijk dat ook een haperend geheugen patiënten in staat stelt nog bijna optimale scores te bereiken. Bovendien zal een patiënt nog meer vragen hebben, zoals wat hij zelf kan doen om zijn geheugen te verbeteren, of de therapieën, geheugenspelletjes of voedingssupplementen waar in seniorenbladen voor wordt geadverteerd werkelijk helpen, en wat gegeven het huidige beeld van geheugenklachten de prognose is. Zeker nu de AOW-leeftijd steeds hoger komt te liggen zullen patiënten met geheugenklachten zich ook zorgen maken over hun beroepsuitoefening.

Om het geheugen in conditie te houden is sociaal actief blijven nog steeds het beste advies.<sup>1</sup> Als het invullen van sudoku's en kruiswoordpuzzels of geheugenspelletjes al enig effect hebben, is het resultaat kortdurend en vindt er geen overdracht plaats naar andere geheugenfuncties. Maar van de gebruikelijke investeringen in de eigen gezondheid – niet roken, hooguit matig drinken, gezond eten, bewegen – profiteert ook het geheugen.<sup>2</sup> De arts zou, Kennedy parafraserend, tegen de patiënt moeten zeggen: 'Vraag niet wat uw geheugen voor u kan doen, maar wat u kunt doen voor uw geheugen.'

### HOEVEEL VERGEETACHTIGHEID IS NOG 'NORMAAL'?

Lastiger is de vraag hoeveel vergeetachtigheid nog 'normaal' is. Wat ouderen zelf vinden van de kwaliteit van hun geheugen zegt weinig over hun feitelijke geheugenprestaties zoals gemeten met gestandaardiseerde tests.<sup>3</sup> Bovendien denken veel ouderen – even onterecht – dat hun geheugen weliswaar achteruit is gegaan, maar dat het nog steeds beter functioneert dan het geheugen van jongeren.<sup>4</sup> De realiteit is echter dat verschillende geheugenfuncties bij het ouder worden verslechteren.

Een gevoelige indicator voor achteruitgang zijn problemen met het prospectief geheugen; dat is het geheugen voor plannen en voornemens maken.<sup>5</sup> Een testitem als 'vergeten wat u in een winkel komt kopen' richt zich op

dit type geheugen Weliswaar hebben sommige mensen daar hun hele leven al last van, maar in de ouderdom begint dit probleem vaak hinderlijke vormen aan te nemen. Dit is namelijk ook het type geheugen dat wordt aangesproken als iemand moet onthouden een half uur vóór het eten zijn medicijnen te nemen.

Bij het ouder worden wordt het ook moeilijker om op woorden te komen. In laboratoriumproeven waarin proefpersonen omschrijvingen kregen voorgelegd als 'tijdelijk algeheel verbod' hebben ouderen meer tijd nodig om te reageren met 'moratorium' dan jongeren, al compenseren ze dat met een gemiddeld grotere woordenschat. Het geeft vaak een 'op het puntje van de tong'-gevoel en soms schuift er een woord voor dat er wel sterk op lijkt, maar waarvan de proefpersoon ook weet dat dit niet het gezochte woord is, zoals 'mortuarium' voor 'moratorium'. De frequentste geheugenklacht bij het ouder worden is het niet op namen kunnen komen. Onder gecontroleerde omstandigheden – zo snel mogelijk de persoonsnaam noemen bij een foto van een publiek bekend figuur – doen ouderen niet onder voor jongeren als het gaat om het identificeren van de persoon, maar hebben ze wel meer moeite met de stap van identiteit naar naam.<sup>6</sup> In natuurlijke omstandigheden, zoals onverwacht een goede bekende tegen het lijf lopen, is het voor hen daardoor moeilijker om binnen een nog als beleefd ervaren termijn op de juiste naam te komen.

### LICHTE COGNITIEVE ACHTERUITGANG

Veel van de klachten die storend genoeg zijn om zelf naar de huisarts te gaan – of te worden gestuurd – vallen onder 'lichte cognitieve beperkingen' ('mild cognitive impairment', MCI), subtype amnestische MCI. Dit is een niet bij de leeftijd passende achteruitgang van geheugenfuncties die nog te matig is om de diagnose 'dementie' te kunnen stellen.

'MCI' is evenwel een omstreden diagnose. In weerwil van honderden studies, meta-analyses, reviewartikelen en reviews van reviewartikelen is het bijvoorbeeld nog een open vraag in hoeverre MCI kan worden opgevat als voorstadium van dementie.<sup>7</sup> Het staat vast dat het verband hooguit asymmetrisch is: met name de Alzheimerdementie wordt voorafgegaan door een preklinische fase van toenemende geheugenproblemen, maar omgekeerd zal slechts een geringe minderheid van de patiënten met MCI 5 jaar later gediagnosticeerd worden met 'beginnende dementie'. De percentages variëren per onderzoek, afhankelijk van onder meer de leeftijd en het opleidingsniveau van de onderzochte personen en de tijd tussen het eerste en tweede onderzoek, maar met de nodige slagen om de arm schat men dat van de oudere volwassenen met MCI jaarlijks 10-15% Alzheimer-dementie zal ontwikkelen, tegenover minder dan 2% van hun leeftijdgenoten

zonder MCI.<sup>8</sup>

Een specifieke complicatie is dat bij patiënten met MCI de discrepantie tussen subjectieve schattingen van de eigen geheugenfunctie en de uitkomsten van tests sterk toeneemt.<sup>9</sup> Klachten worden gebagatelliseerd, ontkennd of weer vergeten, het eigen functioneren wordt overschat. Bij hogeropgeleiden wordt 'Alzheimer-dementie' gemiddeld zo'n 2 jaar later gediagnosticeerd dan bij lageropgeleiden, omdat de eerste groep handiger is in het aan het oog onttrekken van de verslechtering van hun geheugen. Diezelfde reden kan bij MCI tot gemiste diagnoses leiden.

### DE OUDER WORDENDE ARTS

Hogeropgeleid, het overschatten van het eigen cognitief functioneren en het bagatelliseren van klachten zijn factoren die ook een onheilspellende constellatie kunnen vormen boven het hoofd van de ouder wordende arts. Anders dan bij piloten, die verplichte periodieke keuringen hebben, zijn er voor artsen geen protocollen die kunnen helpen bij de beslissing om te stoppen met werken. Uit een onderzoek onder ruim 19.000 artsen die in de Australische staat Victoria waren geregistreerd, bleek dat juist bij artsen die beginnende dementie of MCI hebben het inzicht ontbreekt dat het tijd wordt de rol van arts in te wisselen voor die van patiënt.<sup>10</sup> De Medical Board of Australia heeft het recht bij twijfel aan de geestelijke of somatische gezondheid van een arts, vaak na een melding door een collega of een patiënt, eigen onderzoek in te stellen. Dit was overigens noodzakelijk bij

leeftijd van 71-80 jaar (1,2%), een percentage dat maar een fractie hoger ligt dan dat in de leeftijdscategorie 61-70 jaar (0,96%) of dan dat van alle leeftijden (0,85%).<sup>10</sup> Schorsingen of uitzetting uit het ambt worden als regel vermeden; de Medical Board of Australia geeft collega's of familie graag de kans de betrokkene met zachte aandrang naar een tijdig afscheid van de professie te leiden.

### CONCLUSIE

Bij het ouder worden is er een reële achteruitgang van geheugenfuncties, al is die vaak eerder storend dan een werkelijke hindernis voor het dagelijks functioneren. Een sociaal actief leven blijft de beste rem op verdere achteruitgang. Zelfs lichte cognitieve beperkingen zijn eerder op te vatten als een risicofactor dan als een sombere profetie over het naderen van de ziekte van Alzheimer. Verval in oordeelsvermogen en moeite met het snel verwerken van nieuwe informatie hebben niet in elk beroep even ernstige consequenties, maar wel in dat van een arts. Goede collega's houden elkaar in de gaten, ook in deze fase van hun loopbaan.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 26 juli 2017

Citeer als: Ned Tijdschr Geneesk. 2017;161:D2041

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/D2041**

### LITERATUUR

slechts 10 van de 840 nog praktiserende artsen in de

- 1 Stevens FCJ, Kaplan CD, Ponds RWHM, Jolles J. The importance of active lifestyles for memory performance and memory self-knowledge. *Basic Appl Soc Psych.* 2001;23:137-45.
- 2 Klimova B, Valis M, Kuca K. Cognitive decline in normal aging and its prevention: a review on non-pharmacological lifestyle strategies. *Clin Interv Aging.* 2017;12:903-10.
- 3 Burmester B, Leatham J, Merrick P. Subjective cognitive complaints and objective cognitive functioning in aging: a systematic review and meta-analysis of recent cross-sectional findings. *Neuropsychol Rev.* 2016;26:376-93.
- 4 Schmidt IW, Berg IJ, Deelman BG. Illusory superiority in self-reported memory of older adults. *Aging Neuropsychol Cogn.* 1999;6:288-301.
- 5 Guynn MJ, McDaniel MA, Einstein GO. Prospective memory: when reminders fail. *Mem Cognit.* 1998;26:287-98.
- 6 Rendell PG, Castel AD, Craik FIM. Memory for proper names in old age: a disproportionate impairment? *Q J Exp Psychol A.* 2005;58:54-71.
- 7 Klekociuk SZ, Saunders NL, Summers MJ. Diagnosing mild cognitive impairment as a precursor to dementia: fact or fallacy? *Aust Psychol.* 2016;51:366-73.
- 8 Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Kokmen E, Tangelos EG. Aging, memory, and mild cognitive impairment. *Int Psychogeriatr.* 1997;9(Suppl 1):65-9.
- 9 Lenehan ME, Klekociuk SZ, Summers MJ. Absence of a relationship between subjective memory complaint and objective memory impairment in mild cognitive impairment (MCI): is it time to abandon subjective memory complaint as an MCI diagnostic criterion? *Int Psychogeriatr.* 2012;24:1505-14.
- 10 Adler RG, Constantinou C. Knowing - or not knowing - when to stop: cognitive decline in ageing doctors. *Med J Aust.* 2008;189:622-4.