

## Psychomotorische therapie bij patiënten met het syndroom van Wernicke-Korsakoff

L. De Vroede

*“Eerst moet je je geheugen verliezen, al is het maar bij stukjes en beetjes, om te beseffen dat geheugen ons leven bepaalt. Leven zonder geheugen is geen leven .... Ons geheugen geeft ons verband, is onze rede, ons gevoel, zelfs ons handelen. Zonder geheugen zijn we niets ...”*  
(Louis Bunuel)

### Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een benadering van psychomotorische therapie bij patiënten met het syndroom van Wernicke-Korsakoff voorgesteld. Deze benadering is gebaseerd op ervaringen met deze patiënten in het Universitair Psychiatrisch Centrum te Bierbeek. Na een korte omschrijving van het syndroom worden een aantal doelstellingen, procedures en technieken aangeboden om een behandelplan voor deze patiënten op te stellen. Doel van dit plan is om deze patiënten een zo zelfstandig mogelijk leven te laten leiden.

#### *Omschrijving van het syndroom van Wernicke-Korsakoff*

Het syndroom omvat twee stadia: het syndroom van Wernicke dat optreedt in de acute fase en het syndroom van Korsakoff dat het chronisch restbeeld beschrijft. Het Wernicke-syndroom werd in 1881 door Carl Wernicke beschreven en wordt gekarakteriseerd door een triade van neurologische symptomen: oogstoornissen (oogspierverlammingen), ataxie (loopstoornissen) en verwardheid (desoriëntatie, concentratiestoornissen, apathie en geheugenstoornissen) (Victor, Adams & Collins, 1971). In sommige beschrijvingen wordt hieraan een vierde neurologisch symptoom toegevoegd, te weten de perifere polyneuropathie ter hoogte van de onderbenen en de voeten (Butters & Cermak, 1980).

Het Korsakoff-syndroom, in 1887 beschreven door de Russische neuroloog Korsakoff, is een organische aandoening met een duidelijk omschreven symptomatologie. Het wordt gekenmerkt door onder andere geheugenverlies, desoriëntatie, confabulatie, problemen van organisatorische aard, aandriftstoornissen. De aard van de aandoening maakt de Korsakoff-patiënt tot

een hulpbehoevend persoon. Een begrijpende, structurerende en veilige omgeving is een noodzakelijke voorwaarde om tot een aanvaardbaar niveau van functioneren te kunnen raken.

### *Oorzaken en gevolgen van het syndroom van Wernicke-Korsakoff*

Het syndroom ontstaat door een acuut gebrek aan thiamine (vitamine B1) meestal na intensief en langdurig alcoholmisbruik. Ook maagtumoren, langdurig braken en anorexia nervosa kunnen oorzaak zijn van dit gebrek. Door een teveel aan alcoholinname kunnen ontstekingen optreden in de maag en darmen waardoor de opname van thiamine uit de voeding belemmerd wordt. Ook chronische leveraandoeningen en eetlustdaling verminderen de opnamecapaciteit. Thiamine is van belang voor de afbraak van koolhydraten tot kleinere moleculen waaronder glucose. Glucose is de enige energiebron voor zenuwen en hersencellen. Afwezigheid van glucose leidt tot celdood en permanente cerebrale beschadiging (Lamote, 1999).

Wanneer in de acute Wernicke-fase thiamine wordt toegediend, kunnen de acute neurologische symptomen efficiënt worden behandeld en opgeheven. Bij gebrek aan behandeling ontwikkelen zich permanente defecten en is de schade grotendeels irreversibel (Blansjaar & Van Dijk, 1992). Er zijn interindividuele verschillen voor wat betreft de recuperatie na een Wernicke-fase. Ongeveer 25% overlijdt gedurende de acute fase, 25% heeft een ernstig restbeeld en heeft intensieve begeleiding nodig, 25% heeft licht residuele problemen en zal met een minimum aan begeleiding kunnen leven en 25% ervaart geen verdere gevolgen. Na het doormaken van deze acute neurologische symptomen vertoont 50% van de patiënten het chronisch gestabiliseerde Korsakoff beeld (Lorent, 1994).

### *Neuro-anatomische aspecten*

Het neuropathologisch onderzoek van de beschadigde hersenstructuren is voortdurend in evolutie. Met zekerheid kan gesteld worden dat er een beschadiging is ter hoogte van het diencephalon en ter hoogte van de verbindende zenuwvezels tussen het diencephalon en de temporale lob. De beschadiging is verantwoordelijk voor de geheugenstoornissen. Er is eveneens een beschadiging ter hoogte van de verbindende zenuwvezels tussen het diencephalon en de frontale corticale structuren. Deze beschadiging is verantwoordelijk voor gebrek aan planning en hypothesevorming, gebrek aan ontwikkeling van strategieën en verminderde responscontrole (Lamote, 1999). De schade ter hoogte van het cerebellum is verantwoordelijk voor de coördinatiestoornissen. Het cerebellum is het regelcentrum voor controle over de spierwerking. Dit centrum zorgt voor de coördinatie en het regelmatig uitvoeren van de beweging. Wanneer deze regelfunctie uitvalt treden er tonus- en houdingsstoornissen op. Naast de beschadiging

van structuren in het centraal zenuwstelsel is er ook sprake van beschadiging ter hoogte van het perifeer zenuwstelsel (polyneuropathie). De ernst van het Korsakoff-beeld hangt af van de ernst van de beschadigingen.

#### *Neuro-motorische symptomen*

Ataxie (coördinatiestoornis) en polyneuropathie zijn specifieke kenmerken in het Wernicke-stadium, maar blijven in mindere mate in het Korsakoff-stadium voortbestaan (Adams et al., 1997). De coördinatiestoornis is het gevolg van de beschadiging ter hoogte van het cerebellum. De verzwakte tonus en houdingsstoornissen zorgen voor een gestoorde coördinatie met hypotonie en dissynergie als kenmerk. Bij hypotonie of vermindering van spiertonus voelen de spieren slap aan en raken snel vermoeid. Bij dissynergie is er een gebrekkige samenwerking tussen agonist en antagonist waardoor bewegingen minder vloeiend verlopen, de bewegingen komen moeilijk op gang en zijn moeilijk te stoppen. Een gestoorde coördinatie ter hoogte van de romp en de onderste ledematen resulteert in een wankel dronkemansgang (Carr, 1982). Polyneuropathie situeert zich ter hoogte van het perifeer zenuwstelsel. Het is een subacuut optredende aandoening van een aantal perifere zenuwen ten gevolge van thiaminedeficiëntie. Bij onderzoek stelt men vast dat zowel de motorische als sensibele zenuwbanen minder snel geprikkeld worden en dat de geleidingstijd toeneemt. Bij polyneuropathie treden de motorische uitvalsverschijnselen meer op de voorgrond dan de sensibele, waarbij de motorische uitvalsverschijnselen meer uitgesproken zijn in de benen dan in de armen. Er is ook sprake van hypotonie, de kuitspieren voelen zacht en pijnlijk aan. Peesreflexen zijn meestal verminderd of afwezig en er is sprake van spieratrofie en krachtverlies. Met betrekking tot de sensibiliteitsstoornissen worden aan de extremiteiten (onderbenen en voeten, onderarmen en handen) gevoelloosheid en ongevoeligheid voor pijn waargenomen. Ook de gnostische sensibiliteit is verstoord. Hierdoor is er een verstoring in de fijne tastzin en in het diepe spiergevoel of bewegingszin die wordt gevoed door receptoren in spieren, pezen en gewrichten. Op die manier gaat informatie over de stand van een gewricht of van een beweging verloren waardoor houdingsstoornissen optreden (Schadé, 1974).

#### *Neuropsychologische symptomen*

Het syndroom van Korsakoff wordt gedomineerd door geheugenstoornissen. Deze permanente geheugenstoornis bestaat enerzijds uit retrograde amnesie, waarbij de patiënt moeilijkheden heeft om verworven kennis te reproduceren. Deze geheugenstoornis is meestal zeer ernstig ten aanzien van gebeurtenissen in de periode vlak voor de aanvang van de ziekte maar minder ernstig naarmate de gebeurtenissen langer geleden zijn. De anterograde

amnesie anderzijds weegt echter het zwaarst. De Korsakoff-patiënt is niet meer in staat om nieuwe informatie op te nemen (Lamote, 1999). Er is sprake van een inprentingsstoornis (Van Dassler, 1994). Dat houdt in dat de doorstroming van informatie van het korte naar het lange-termijn-geheugen niet meer functioneert. Desoriëntatie kan niet los gezien worden van de geheugenstoornissen. Men onderscheidt drie vormen van oriëntatie namelijk in tijd, ruimte en personen (Thalland, 1965). Deze drie vormen van desoriëntatie zijn uitgesproken aanwezig in de acute Wernicke-fase en het extreme karakter ervan is het gevolg van de globale verwarringstoestand. In de chronische Korsakoff-fase komen de drie vormen in een meer gematigde vorm voor. Desoriëntatie in de tijd is het meest opvallend. Situering in de tijd, het inschatten van tijdsverloop en besef van de chronische opeenvolging van gebeurtenissen is quasi-afwezig. Desoriëntatie in de ruimte weerspiegelt zich in het onvermogen zichzelf te lokaliseren. Het onvermogen is niet altijd even opvallend aanwezig in een bekende omgeving, maar komt sterk tot uiting wanneer de Korsakoff-patiënt zich op onbekend terrein begeeft. Desoriëntatie in personen wordt herkend als het verwarren van bekenden, vrienden en personeel. De tekortkomingen in het geheugen worden soms gevuld met fantasieverhalen. Confabulatie komt steeds voor in een context van geheugenproblemen. Dikwijls gaat het over echt mee-gemaakte vroegere ervaringen die verkeerd geplaatst worden in tijd en context. Het deficit in de frontale hersenen zorgt voor een verminderd probleemoplossend vermogen. De programmering en uitvoering van het gedrag in denken, spreken en handelen lopen mis. Het stapsgewijze proces van planning, uitvoering, registratie van het geïnitieerde gedrag, evaluatie van het resultaat en tenslotte de bijsturing wordt niet meer doorlopen. Intacte perceptie en aandachtsconcentratie zijn eveneens vereist om dit traject met goed gevolg te kunnen afleggen. De motivatie en emotie spelen hierbij een belangrijke rol (Kuilman, 1989).

De Korsakoff-patiënt vertoont vaak apathisch gedrag. Hij is nauwelijks actief wat betreft denken en bewegen en vertoont een totaal gebrek aan intenties, plannen en doelen. Zijn motivatie tot actief denken en handelen wordt alleen gestimuleerd wanneer de stimulans van buitenaf komt, bijvoorbeeld door het stellen van een vraag. Wanneer deze externe stimulus niet meer aanwezig is, dooft ook zijn energie en coöperatief gedrag uit. Het inadequate gedrag van de Korsakoff-patiënt is dikwijls het gevolg van beperkt ziekte-inzicht. Hij relativeert de ernst van zijn geheugenprobleem voortdurend, maar heeft nochtans vaak moeite om de samenhang tussen gebeurtenissen te zien. Het wegvallen van sociale en fatsoensnormen leidt tot decorumverlies. Hij houdt weinig rekening met anderen in de sociale omgang, is tactloos en toont emotionele onverschilligheid. Op die momenten schenkt het louter op zichzelf zijn genoeg voldoening aan de Korsakoff-

koff-patiënt (Lorent, 1994). Nochtans zijn er ook nog momenten van affectieve betrokkenheid.

### **Algemene therapeutische doelstellingen**

Het Universitair Psychiatrisch Centrum St.-Kamillus te Bierbeek heeft een aparte behandelunit voor mensen met geheugenproblemen van niet-degeneratieve aard zoals het syndroom van Korsakoff. Op de afdeling Rehabilitatie Korsakoff-syndroom (RKS) krijgt de Korsakoff-patiënt ruim de tijd om zich bewust te worden van zijn verminderde mogelijkheden. Hij moet zijn beperkingen leren inzien, verwerken en aanvaarden. Het willen nemen van verantwoordelijkheid voor eigen gedrag, het willen meewerken aan nieuw zelfinzicht en het leren omgaan met een veranderd toekomstbeeld vraagt zeer veel van een Korsakoff-patiënt, wiens mogelijkheden beknót zijn. Constante begeleiding en individuele bijsturing zijn meer dan noodzakelijk.

#### *Behandelingsprincipes*

Als team is RKS verantwoordelijk voor het creëren van een therapeutische omgeving. Hierbij is een aantal uitgangspunten van groot belang. De Korsakoff-patiënt voelt zich vaak faalangstig. Hij heeft het gevoel niet meer te kunnen volgen. Allerlei dingen gebeuren met hem, rondom hem, zonder dat hij daar onmiddellijk een verklaring voor heeft. Daarom moet de therapeutische omgeving regelmaat, routine, structuur en ondersteuning aanbieden. Zodra er een thuisgevoel gegroeid is, wordt de Korsakoff-patiënt geleidelijk meer belast en wordt er in het programma meer variatie gebracht. Patiënten worden geleerd om te gaan met eenvoudige, dagelijkse veranderingen. Er wordt van hen ook een actieve medewerking verwacht om doelgerichte technieken aan te leren (Lorent, 1994).

Structurerend werk is het sleutelwoord in de behandeling van Korsakoff-patiënten. Een aangepast dagprogramma is een van buitenaf opgelegde structuur die strikt opgevolgd moet worden. In de dagelijkse omgang zullen therapeuten constant aandacht hebben voor de realiteitsoriëntatietraining (ROT). De 'agenda' is hierbij het belangrijkste hulpmiddel. Iedere Korsakoff-patiënt leert op elk moment van de dag zijn extern geheugen (agenda) bij zich te hebben. Het is een middel om zich te oriënteren in de tijd (de dagstructuur). De agenda is tevens belangrijk voor de persoonlijke geschiedenis van de patiënt en om op de hoogte te zijn van regels, afspraken en gebeurtenissen. De leefomgeving wordt eveneens gestructureerd door externe hulpmiddelen (foto's, kalenders, benoemen van ruimten) waardoor de Korsakoff-patiënt zich bijna spontaan kan oriënteren. Aangezien 'onthouden' een probleem is, is de Korsakoff-patiënt gebaat bij het gebruik van hulpmiddelen.

Naast het agendabeheer leren de patiënten omgaan met een 'stappenplan' of het systematisch omgaan met handleidingen. Bepaalde taken kunnen slechts met succes worden volbracht wanneer stapsgewijs een reeks instructies worden gevolgd. Het vaardig leren omgaan met zo'n stappenplan wordt systematisch en in uiteenlopende situaties geoefend. In de behandeling wordt het impliciet geheugen benut waar alle handelingen opgeslagen liggen die we automatisch en zonder nadenken uitvoeren. In tegenstelling tot het expliciet geheugen, het vermogen om nieuwe informatie te onthouden, blijft het impliciet geheugen intact. Het benutten van het impliciet leervermogen blijft helaas beperkt aangezien de verworven kennis alleen betrekking heeft op die ene situatie en er geen spontane transfer is naar andere situaties (Lamote, 1999). In het kader van een vlotte communicatie wordt het '4K model van Lindenhoff en Hugteren' gehanteerd. De gegeven boodschappen moeten 'kort' zijn; de Korsakoff-patiënt kan maar een beperkte hoeveelheid informatie bijhouden. De boodschappen moeten 'concreet' zijn; de opdracht moet herkenbaar en duidelijk zijn. Ze moeten 'consequent' worden gegeven; ze worden steeds op dezelfde manier geformuleerd. Tenslotte worden ze de hele dag door 'continu' gegeven (Janssens, 1997). Een gebrek aan ziekte-inzicht en de kritische ingesteldheid tegenover de reden van opname en de behandeling ombuigen in een positieve attitude, vergroot bovendien de kans op een gemotiveerde samenwerking.

#### *De plaats van de psychomotorische therapie*

Het aanbod van de PMT is in de eerste plaats een functioneel aanbod maar daarnaast is de PMT een ingangspoort om een aantal andere doelstellingen te verwezenlijken (Vanderheyden, 1998). PMT als functietraining richt zich ten eerste op het behouden, oefenen en verbeteren van de basismotorische eigenschappen (kracht, lenigheid, evenwicht, snelheid, uithouding) en het oefenen van psychomotorische functies (evenwicht, handvaardigheid, coördinatie en lichaamsbesef, ruimte- en tijdstructuratie) (le Boulch - Pauwels 1980). PMT wordt ook aangewend als middel om een aantal andere doelstellingen te verwezenlijken zoals het streven naar betrokkenheid, het stimuleren van initiatief, het werken in groepsverband, het omgaan met hulpmiddelen, het structureren van opdrachten, het ontspannen, het zoeken en streven naar ziektebesef enzovoort. Concreet betekent dit dat de psychomotorisch therapeut via fitnessstraining, bewegingsspelletjes en relaxatie deze doelstellingen zal proberen te verwezenlijken. De basismotorische eigenschappen worden vooral tijdens de fitnessstraining maar eveneens tijdens de bewegingsspelletjes geoefend. Het trainen van de psychomotorische functies gebeurt vooral in de sessie bewegingsspelletjes waar zowel oefenmomenten als spelvormen aan bod komen. Het vinden van ontspanning en rust zit in de relaxatie.

### *Fitnessstraining of het streven naar een optimale conditie*

De fitness-methode, ter verbetering van de algemene conditie, is een basis-training of een extensieve intervalmethode. Deze methode beoogt een verbetering van de hart- en bloedsomloopfunctie, een weefsel- en spierversteving zonder spiertoename en een toename van de gewrichtsbewegelijkheid. Iedere trainingssessie omvat acht verschillende oefeningen, die afwisselend de vier hoofdspiergroepen (benen, buik-heupen, armen-schouders, rug) belasten. De oefeningen worden uitgevoerd met een belasting van 20% tot 60% van de beste prestatie. Per oefening worden er 3 tot 6 series afgevoerd met telkens 10 tot 30 herhalingen. Tussen de series worden pauzes van 30 tot 90 seconden ingelast. De oefeningen worden liefst in de vorm van een circuittraining uitgevoerd om de belasting van de verschillende spiergroepen zo afwisselend mogelijk te houden. Een stijging van de belasting gebeurt in de eerste plaats via de toename van de duur, daarna via de toename van het aantal herhalingen. Verder is het van belang om de oefeningen regelmatig te variëren teneinde een eenzijdig trainingseffect te vermijden. De fitnessstraining wordt voorafgegaan door een goede algemene opwarming om blessures te voorkomen. De opwarming (warming-up) zorgt voor een stijging van de hartfrequentie, een stimulatie van de bloedsomloop, een versnelling van de ademhaling, de opwarming van de spieren, kortom het hele lichaam bereidt zich voor op de komende inspanning. Een ideale opwarming omvat 10 à 15 minuten continu fietsen (ergometerfiets) of lopen met lage belasting of geringe intensiteit en gymnastische ontspannings- of rekoefeningen voor het hele lichaam. De afkoelingsfase (cooling-down) heeft spierontspanning en regeneratie na de trainingsbelasting tot doel. Opgehoopte stofwisselingseindproducten in de spieren worden tijdens deze fase van afnemende belasting sneller afgebroken en daarmee gedeeltelijk verwijderd. Hiervoor zijn ook oefeningen met geringe belasting (fietsen) geschikt. Ook zijn rekoefeningen aan te raden om te voorkomen dat de spieren verkorten en om de gewrichtsbewegelijkheid in stand te houden (Mendle, s.d.). De rekoefeningen worden steeds in groep uitgevoerd onder leiding van de therapeut, met de nodige aandacht voor de juiste houding en uitvoering. Het is een middel om de sessie in een rustige sfeer af te ronden. Alvorens aan de slag te gaan wordt de polsslag in rust genomen. Dit gebeurt in de groep, met een duidelijk begin- en eindteken. De resultaten worden genoteerd op een individueel scoreblad. Onmiddellijk na de inspanning, na een pauze van 3 minuten (herstelpols) en na 5 minuten (voor personen ouder dan 40) wordt de polsslag opnieuw gemeten en genoteerd. Hoe sneller de polsfrequentie afneemt, des te beter de algemene conditie. De vuistregel 220 minus de leeftijd geeft een aanduiding van de maximale hartslag (Lemmens, 1996) waarbij, vanwege de ongetraindheid van de Korsakoff patiënten, een veiligheidsmarge van 10 slagen rond dit getal wordt genomen (Knebel, 1985).

We hanteren een uitgeschreven tabel met maximale hartfrequentie voor personen tussen 40 en 60 jaar, evenals de 40% en 60% grenzen van de maximumprestaties. Het meten van de polsfrequentie en het opschrijven van de resultaten is meer dan een middel om te streven naar prestatieverbetering. Het is een middel tot motivatie, een middel om cijfers te vergelijken met die van anderen en een dankbare aanleiding om uitleg te geven over cijfers en trainingsprincipes en trainingsvoorwaarden. Het is een middel om nieuwsgierigheid op te wekken naar het functioneren van hart, longen en spieren. In zo'n een sfeer wordt aanvaard dat er wordt gesproken over de gevolgen van de ziekte (de vermindering van de bewegingsmogelijkheden, krampen in de benen, tintelingen in de vingers, het verwoestend effect van alcohol op het lichaam enzovoort). Dit is een belangrijke bijdrage tot motivatie voor zelfzorg. Het noteren van inspanningsresultaten is op zich een belangrijk aspect. De Korsakoff patiënten worden voortdurend getraind in het noteren van informatie. Naast de polsfrequenties staat op de individuele kaart al het nodige (wat, waar, hoeveel) om het parcours op zelfstandige wijze te doorlopen. De kaarten worden individueel aangepast. De bedoeling hiervan is in de eerste plaats het leren omgaan met informatie. Alles wat men hoort te weten, is geregistreerd op de kaart. Na een achttal beurten kent de patiënt meestal het circuit en de oefeningen en is het tijd voor verandering. Een nieuwe gevarieerde oefenreeks wordt dan aangeboden. De fitnessstraining is aangepast aan het niveau van de patiënten en wordt daarom opgesplitst in groepen. Eén groep met een lager motorisch niveau werkt in een circuitsysteem met oefeningen bestaande uit klein materiaal (banken, kegels, zandflesjes, rekken), de 'betere' groep werkt aan de fitnessstoestellen.

### *Bewegingsspelen*

In deze sessies wordt er in een rustige sfeer geoefend rond evenwicht, krachtoefeningen voor de benen, coördinatie en technische vaardigheden. Daarnaast is er plaats voor bewegingsspelen. Het aanbod varieert van kleine, eenvoudige spelen tot vereenvoudigde sportspelen zoals netbal, korfbal, badminton of tafeltennis. Het gaat hier niet om de prestatie, maar veel meer om een spel met een aantal wedstrijdelementen. Bewegingsspelen zijn boeiend omdat ze in een groep toegepast worden. Er is interactie tussen de groepsleden en deze worden in sommige situaties gedwongen om samen te werken om het gemeenschappelijke doel te kunnen bereiken. Het groepsspel heeft, mits de technische of tactische stereotypen in verband met 'beter spelen' bewust als secundair worden beschouwd, een sociale waarde. Het is inderdaad zo dat de Korsakoff patiënt motorisch niet altijd even vaardig presteert, maar daarom wel graag speelt. Het spelniveau moet aangepast zijn aan de spelvaardigheid van de gemiddelde speler. Het komt er daarom op aan om te zorgen voor een evenwichtige ploegsamstelling waar betere en minder vaardige spelers er toch in slagen om tot sa-



menspel te komen. Het samenspel moet daarbij hetzij verbaal, hetzij met bijkomende spelregels door de therapeut gestimuleerd worden. Elk spel wordt gekenmerkt door voortdurend wisselende onvoorziene bewegings-situaties waar men telkens met passende motorische handelingen op moet reageren. Deze verscheidenheid en het onzekere eindresultaat houden het verloop boeiend. Ook kan zichtbaar worden dat een onverschillige, vlakke stemming plaats maakt voor emotionele betrokkenheid zoals plezier, tevredenheid of teleurstelling. Een spel spelen is omgaan met regels en afspraken. Naar inhoud zijn de spelen gemakkelijk te begrijpen, de regels blijven eenvoudig en beperkt. Qua motorische vaardigheden moet het spel speelbaar zijn door iedereen. Dit is een voorwaarde voor het opdoen van succeservaringen, waardoor de betrokkenheid toeneemt (Pauwels & Mutert 1980). De Korsakoff patiënt heeft problemen met het onthouden van zaken als spelreglementen, speldoel en terreinafbakening. Door de patiënt voortdurend te herinneren aan deze vanzelfsprekendheden zal deze structuur kunnen vinden in het verloop der gebeurtenissen. Naast deze mondelinge hulp zijn externe geheugensteuntjes mogelijk. Gedurende de hele sessie worden alle noodzakelijke gegevens op een bord genoteerd (regels, speluitslagen, beurtsysteem). Het principe van herhaling (bijvoorbeeld 3 weken achter elkaar netbal) geeft de Korsakoff patiënt de mogelijkheid om vertrouwd te geraken met een bepaald verloop. Er ontstaat een intuïtieve vertrouwdheid (impliciet geheugen) waardoor de situatie als bekend wordt ervaren. Zo wordt het gemakkelijker om aan uitbreiding van spelregels te denken. Spelen is ook strategisch of tactisch bewegen. De spelers spelen 'met' hun ploeg 'tegen' de andere ploeg. De Korsakoff patiënt wordt gestimuleerd orde te brengen in de ruimte. Om dit te kunnen moet hij weten wie zijn spelmakers zijn en wie niet (partijvestjes), hij moet weten in welke richting er gespeeld wordt (merkpunten aanbrengen), hij moet weten welke lijnen de spelruimte begrenzen (noteren op bord). Kan hij de hele speelruimte benutten of speelt hij vanaf dezelfde plaats, speelt hij alleen aanvallend, weet hij waar zijn medespelers zich bevinden? Deze en andere vragen geven een idee over de mogelijkheid van de Korsakoff patiënt om zich te oriënteren in de ruimte (Clippeleir & De Valck, 1989).

#### *Relaxatie*

Relaxatie is een middel of een techniek waardoor de uitvoerder zijn lichaam en geest tot rust brengt. Er zijn in de literatuur twee, duidelijk te onderscheiden groepen van relaxatiemethoden. De ene groep heeft een fysiologische achtergrond, waarin het vooral gaat om spierfuncties. Tot deze groep behoren alle methoden die afgeleid zijn van de methode van Jacobsen. De tweede groep behoort meer tot de psychologische methode waar men vooral een beroep doet op psychische functies. De methoden zijn vooral afgeleid van de autogene training van Schultz. In de praktijk hantieren we de verkorte vorm volgens Bernstein en Borkovec (1977) van de

progressieve relaxatie van Jacobson welke een vrijwillige reductie van de spiertonus in rusttoestand beoogt. We kozen voor de methode Jacobson omdat een abstracte mentale activiteit, zoals bij de autogene training van Schultz, te moeilijk is voor de Korsakoff patiënt. De progressieve relaxatie is een concreet gestructureerde techniek waar de aandacht van buitenaf wordt gestuurd. De opdrachten vragen om een duidelijke motorische activiteit. Dit verhoogt de kans op betrokkenheid. Het doel van de ontspanningsoefening is de spierspanning in het lichaam sterk te leren verlagen om een diepe ontspanning te bereiken. De procedure heeft weinig zin wanneer men niet meewerkt. We vragen daarom de aandacht en de bereidheid om mee te werken.

Hoe verloopt een relaxatiesessie concreet? In de relaxatieruimte is voldoende materiaal (matrassen, kussens en dekens) aanwezig om een comfortabele lighouding aan te kunnen nemen. Voor de Korsakoff patiënt met houdings- en bewegingsstoornissen is het ook een gelegenheid om het lichaam in zijn geheel bewust te ontspannen. De therapeut zal voldoende aandacht schenken aan patiënten met rugklachten. De ontspanningsoefening bestaat uit het leren spannen en ontspannen van verschillende spiergroepen, terwijl nauwkeurig gelet moet worden op gevoelens die samen gaan met spanning en ontspanning. Dit houdt ook het leren herkennen van spanning en ontspanning in. De beste manier om dit te bereiken is allereerst door de spiergroep flink te spannen en deze spanning daarna ineens los te laten. De relaxatie begint met concentratie op de ademhaling als middel om tot zichzelf te komen. Het is een bewust richten van de aandacht op de spontane beweging die het ademen is, het voelen van de in- en uitademing, het zoeken naar borst- en buikademhaling. Het bewust beïnvloeden van het ademhalingsritme is een middel om de aandacht naar binnen te richten. Wanneer een zekere rust gevonden is, gaan we over tot de basisprocedure waarin we de 16 spiergroepen (in de methode van Bernstein) eerst spannen en vervolgens ontspannen. Dit gebeurt steeds in dezelfde volgorde en steeds met dezelfde standaardformulering. Door het wekelijks herhalen van hetzelfde ritueel zal de Korsakoff patiënt hierin een zekere vaardigheid ontwikkelen. Hij herkent de procedure (via het impliciet geheugen). Het is echter een illusie te hopen dat de patiënten deze techniek zouden toepassen in een andere dan de therapiesituatie. Na afloop van de sessie wordt iedereen naar zijn bevindingen gevraagd. De antwoorden blijven doorgaans algemeen, oppervlakkig of nietszeggend. Om meer gedetailleerde informatie te verkrijgen moeten er gerichte vragen gesteld worden en hebben we een middel uitgewerkt om een grotere interesse te verkrijgen. Zowel bij de aanvang als de afloop van de relaxatie kruisen patiënten op een scoringslijn een punt aan tussen de twee uitersten 'spanning-ontspanning' (Van Look, s.d.). Op die manier sturen we niet al-

leen de informatieverwerving, maar ook een zo hoog mogelijke graad van betrokkenheid.

## Besluit

Iedereen heeft wel eens last van spanning en kan baat hebben bij een plezierige en efficiënte methode om deze spanning te kunnen wegwerken (Bernstein & Borkovec 1977). Bij de behandeling van de Korsakoff patiënt zijn er heel wat stresserende elementen. Soms ziet de patiënt het nut niet in van een behandeling, soms heeft hij andere toekomstplannen dan de hem voorgestelde. Daarom is het belangrijk om een rustmoment te kunnen aanbieden in een sfeer van vertrouwen en veiligheid. Een moment om ook bezig te kunnen zijn zonder te worden afgeleid door de omgeving.

Zowel in het spel als bij het oefenen wordt de Korsakoff patiënt in zijn bewegen gehinderd door een vertraagd reactievermogen, door evenwichts- en coördinatiestoornissen of door krachtverlies. Hij is afwachtend ingesteld en heeft het moeilijk om zich strategisch op te stellen. Toch zal hem dit niet beletten om met plezier aan de bewegingactiviteiten deel te nemen. Hij is zich niet altijd even bewust van zijn bewegingsbeperkingen of van zijn geheugenproblemen. Via bewegingssituaties kan de Korsakoff patiënt in de PMT geleid worden naar een meer realistisch zelfbeeld en een adequater handelen. De Korsakoff patiënt kan niet genezen. Wel kan hij leren om te gaan met veranderingen. PMT kan in dit bewustwordingsproces een belangrijke rol spelen.

## Literatuur

- Bernstein, D.A., & Borkovec, T.D. (1977). *Leren ontspannen: Handleiding voor de therapeutische beroepen*. Nijmegen: Dekker & van de Vegt.
- Blansjaar, B.A., & Van Dijck, J.G. (1992). Korsakoff minus Wernicke Syndrome. *Alcohol and Alcoholism*, 27, 435-437.
- Butters, N., & Cermak, L.S. (1980). *Alcoholic Korsakoff's Syndrome: An information-processing approach to amnesia*. New York: Academic.
- Cammaer, H. (1982). De mens benaderen langs zijn lichaam. In R. Van Egdom, & D. Tilkin-Franssens (Red.), *Sofrologie* (pp. 173-202). Antwerpen: Van Loghum Slaterus.
- Carr, J., & Shepherd, R.B. (1982). *Fysiotherapie bij hersenaandoeningen*. Lochem: De Tijdstroom.
- Clippeleir, G., & De Valck, L. (1989). Psychomotorische ordening en doelenontwikkeling. In H. Van Coppenolle (Red.), *Praxis Bewegingsopvoeding: Werken aan motorische basiseigenschappen en vaardigheden* (pp. 28-56). Leuven: Acco.
- Janssens, R. (1977). *Don Quichot of Hulpverlener?* Niet-gepubliceerd werk.
- Janssens, R. (1977). *RKS en zijn doelstellingen*. Niet-gepubliceerd werk.
- Kuilman, M. (1989). *Organische psychiatrie*. Utrecht: Bunge.
- Knebel, K.P. (1985). *Functionele gymnastiek voor optimale prestaties in alle takken van sport*. Rijkswijk: Elmar.

- Lamote, S. (1999). *Het impliciet geheugen bij Korsakoff patiënten: Evidentie voor de aantasting van motorische leerprocessen*. Niet gepubliceerde licentiaatsverhandeling faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, K.U. Leuven.
- Lemmens, K. (1996). Psychomotorische therapie bij depressieve senioren. In J. Simons & L. Konsten (Red.), *Psychomotorische therapie: Bewegen in beeld* (pp. 145-163). Leuven: Acco.
- Lorent, G. (1994). *De beschrijving en behandeling van het Korsakoff-Syndroom*. Niet-gepubliceerd werk.
- Mendle, J. (s.d.). *Lichaamstraining: oefenprogramma's met trainingstoestellen*. Rijswijk: Elmar.
- Pauwels, J. M., & Mutert, J. (1980). *Bewegingsspelen*. Leuven: Acco.
- Sacks, J. (1986). *De man die zijn vrouw voor een hoed hield*. Amsterdam: Meulenhoff.
- Schadé, J.P. (1974). *Compendium neurologie*. Lochem: De Tijdstroom
- Scholic, M. (s.d.). *Circuittraining: Technieken en methodieken voor duur- en intervaltraining, spier-oefeningen en fitnessstraining individueel en in groepsverband*. Rijswijk: De Tijdstroom.
- Van Dassler, J. (1994). *Bewogen door beweging*. Nijkerk: Intro
- Vanderheyden, V. (1998). Op de lijn = binnen! Psychomotorische therapie bij emotioneel en gedragsgestoorde kinderen. In J. Koene, L. Konsten & P. Thijs (Red.), *Speelruimte tussen de lijnen* (pp. 88-104). Leuven: Acco.
- Van Look, R. (s.d.), *Relaxatiebundel ontweningsafdeling Sint-Jozef*. Niet gepubliceerd verslag. Universitair Psychiatrisch Centrum Sint-Kamillus Bierbeek.
- Victor, M., Adams, R.D., & Collins, G.H. (1971). *The Wernicke-Korsakoff Syndrome*. Philadelphia: Davis.