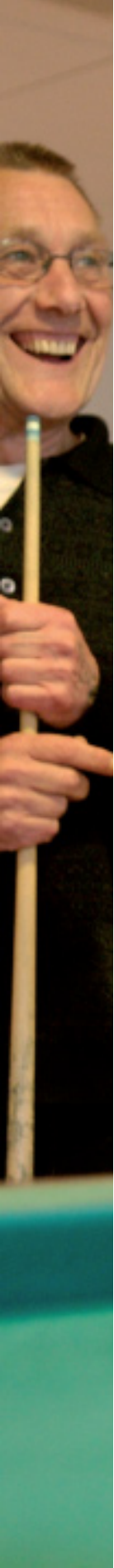


korsakov
kenniscentrum

Het syndroom van Korsakov



Inleiding

In Nederland leven ongeveer 600.000 mensen die ernstig verslaafd zijn aan alcohol; zij drinken meer dan 12 glazen per dag. Bij 2 tot 5% van deze mensen ontstaat uiteindelijk een syndroom van Korsakov, een combinatie van geheugenstoornissen en gedragsproblemen. De directe oorzaak van dit syndroom is een ernstig gebrek aan thiamine, ofwel vitamine B₁, maar in Nederland treedt dit tegenwoordig bijna alleen nog maar op bij Alcoholisten.

Het syndroom werd voor het eerst beschreven in 1852 door de Zweedse arts Magnus Huss. De beschrijving door de Russische psychiater Sergei Korsakov (in een reeks van zes artikelen, gepubliceerd tussen 1887 en 1891) was echter veel preciezer en daardoor invloedrijker, en zo raakte zijn naam aan dit syndroom verbonden. Korsakov wist overigens niet dat een gebrek aan vitamine B₁ de oorzaak was van de door hem beschreven geheugenstoornissen en gedragsproblemen; dit werd pas in 1947 ontdekt. Wel was hem opgevallen dat er in het merendeel van de gevallen sprake was van een ernstige alcoholverslaving.

Nederland telt op dit moment ongeveer 8000 Korsakovpatiënten en er zijn aanwijzingen dat hun aantal toeneemt. Ook lijkt het syndroom op steeds jongere leeftijd op te treden en zijn de stoornissen op het moment van opname in een ziekenhuis ernstiger dan tien jaar geleden. Een andere trend is de snellere toename van het aantal vrouwelijke Korsakovpatiënten. Zij maken hier een inhaalslag, want tot voor kort was driekwart van de Korsakovpatiënten man. Waarschijnlijk zijn deze ontwikkelingen een gevolg van het toenemende gebruik en misbruik van alcohol in onze samenleving, vooral onder jongeren. De toegenomen ernst van de stoornissen bij opname is mogelijk mede een gevolg van het feit dat gedwongen opnames door de moderne wetgeving moeilijker te realiseren zijn.

Door hun geheugenstoornissen en gedragsproblemen lijken Korsakovpatiënten soms op mensen met een dementie. Er zijn echter belangrijke verschillen en daarom kan men bij een syndroom van Korsakov niet van dementie spreken. Dementieën zoals de ziekte van Alzheimer en de ziekte van Pick zijn ziekteprocessen: de stoornissen nemen toe en uiteindelijk overlijdt een groot deel van de patiënten aan de ziekte of aan complicaties die verband houden met de ziekte. Bij het syndroom van Korsakov is echter sprake van een stabiele toestand: de eenmaal opgetreden hersenbeschadiging is weliswaar niet te genezen, maar neemt in de regel ook niet toe. De stoornissen blijven meestal constant en de patiënt overlijdt niet aan de ziekte.

In de volgende paragraaf zal eerst worden ingegaan op de oorzaken en het ontstaan van het syndroom, daarna (in paragraaf 3 en 4) worden de belangrijkste stoornissen beschreven. Vervolgens (paragraaf 5) wordt

er aandacht besteed aan de bijkomende stoornissen en problemen. In paragraaf 6 worden adviezen gegeven met betrekking tot het omgaan met Korsakovpatiënten. In de laatste paragraaf wordt ingegaan op de behandel mogelijkheden.

1. Het ontstaan van de stoornissen

1.1 Alcoholmisbruik en vitamine B₁-tekort

Een ernstig tekort aan vitamine B₁ heeft grote gevolgen, omdat het in alle weefsels nodig is voor het omzetten van koolhydraten, vetten en eiwitten in energie. Per dag hebben we van deze vitamine ongeveer 1,5 mg nodig. Levensmiddelen als varkensvlees, volkorenbrood, bonen, pinda's en aardappelen zijn er rijk aan. In de lever van gezonde mensen is een reservevoorraad opgeslagen die voldoende is voor 4 tot 6 weken. Wie dus helemaal geen vitamine B₁ meer binnenkrijgt, komt pas na ongeveer 4 tot 6 weken in de problemen. In de tijd van Sergei Korsakov werd het syndroom regelmatig gezien bij ernstige ondervoeding, bij zwangere vrouwen die veel braakten, bij ernstige diarree, en bij allerlei andere aandoeningen van het spijsverteringskanaal. Eenderde van de gevallen werd hierdoor veroorzaakt, terwijl er in tweederde van de gevallen sprake was van ernstig alcoholmisbruik.

Omdat hongersnood in de westerse landen bijna niet meer voorkomt en omdat patiënten met ernstig braken of met aandoeningen van het spijsverteringskanaal via een infuus gevoed kunnen worden en via injecties vitamines kunnen krijgen, leiden deze stoornissen tegenwoordig nog maar zelden tot een tekort aan vitamine B₁. Daarom wordt het syndroom van Korsakov in Nederland bijna alleen nog maar gezien bij alcoholverslaafden.

Waarom krijgt 2 tot 5% van de ernstig aan alcohol verslaafde mensen een gebrek aan vitamine B₁? Meestal is er sprake van een combinatie van factoren: zelfverwaarlozing, langdurig slecht eten, frequent braken en uiteindelijk het volledig stoppen met eten.

Dat sommige alcoholisten stoppen met eten, is niet verwonderlijk. Alcohol is een rijke bron van calorieën en remt de eetlust. Niet alleen de toegevoegde suiker, maar ook de alcohol zelf wordt in ons lichaam verbrand en omgezet in energie. Als gevolg daarvan kan de dagelijkse calorieënbehoefte door alcoholhoudende dranken gedekt worden en verdwijnt het hongergevoel.

Bij alcoholisten die enkele weken niet meer eten, ontstaat er een ernstig tekort aan vitamines en mineralen. Het tekort aan vitamine B₁ leidt meestal als eerste tot problemen. Deze zijn overigens niet alleen het gevolg van een **verminderde opname** van vitamine B₁ door de slechte

voeding. Andere factoren die hier een rol kunnen spelen zijn:

- een **verminderde resorptie** van vitamine B₁, als gevolg van beschadiging van het spijsverteringskanaal door chronisch alcoholgebruik;
- een **verminderde opslag** van vitamine B₁ in de lever, als gevolg van levercirrhose of andere vormen van leverbeschadiging door alcoholgebruik;
- een **toegenomen verbruik** van vitamine B₁, omdat bij de verbranding van alcohol meer van dit vitamine nodig is dan bij een normale voeding.

Waarschijnlijk zijn er ook nog een aantal **erfelijke factoren** waardoor sommige mensen sneller een syndroom van Korsakov ontwikkelen.

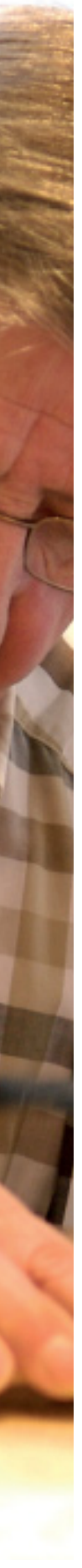
1.2 De Wernicke Encephalopathie


In minstens de helft van de gevallen begint het syndroom van Korsakov met een acuut, levensbedreigend ziektebeeld: de Wernicke Encephalopathie. In een typisch geval is de patiënt dan suf en verward, met oogbewegingsstoornissen, loopstoornissen (ataxie) en gedragsstoornissen. Meestal zijn er op dat moment ook al ernstige geheugenstoornissen, maar omdat de patiënt zo verward is, valt dat nog niet op.

Een Wernicke Encephalopathie treedt op wanneer het gebrek aan vitamine B₁ zo ernstig is geworden dat de hersenen niet meer goed kunnen functioneren. Op sommige plaatsen treden bloedinkjes en bloedvatveranderingen op, naast beschadiging van zenuwcellen en zenuwvezels. Wanneer deze patiënten direct vitamine B₁ per infuus krijgen, hebben ze een goede kans om te overleven, maar toch sterft nog altijd 10 tot 20% van hen.

Patiënten met een Wernicke Encephalopathie of alcoholisten die in een verwarde toestand worden opgenomen, mag men in de acute fase geen suiker of eten geven: het allerlaatste beetje vitamine B₁ zou daardoor verbruikt worden en dat kan direct de dood tot gevolg hebben. Men moet ze daarom eerst vitamine B₁ per injectie geven en ze pas enkele uren later glucose, suiker of eten aanbieden.

De patiënten met een Wernicke Encephalopathie die op tijd vitamine B₁ hebben gekregen en de acute fase overleefd hebben, verbeteren doorgaans snel: de sufheid, de verwardheid en de oogbewegingsstoornissen herstellen meestal binnen enkele uren tot dagen; de loopstoornissen verbeteren binnen dagen tot weken, al verdwijnen ze vaak nooit helemaal. Een veel groter probleem zijn de geheugenstoornissen en de gedragsstoornissen: bij minder dan een kwart van de patiënten treedt een redelijk tot goed herstel op, bij de





rest is er weinig of geen verbetering. Bij deze patiënten is dus na de behandeling van de Wernicke Encephalopathie een syndroom van Korsakov overgebleven.

Bij ongeveer de helft van de patiënten met een syndroom van Korsakov is nooit een Wernicke Encephalopathie gezien. We weten niet precies hoe we dit moeten verklaren, maar in principe zijn er twee mogelijkheden. Allereerst is mogelijk dat de Wernicke Encephalopathie mild verlopen is, met alleen de minder opvallende symptomen, waardoor het beeld niet herkend werd. Een andere mogelijkheid is dat het syndroom van Korsakov in een deel van de gevallen sluipend ontstaat, zonder dat er een Wernicke Encephalopathie aan voorafgaat. Het is niet onwaarschijnlijk dat beide ontstaansmechanismen voorkomen.

2. Geheugenstoornissen

2.1 De normale geheugenfuncties

Ernstige geheugenstoornissen zijn het bekendste kenmerk van het syndroom van Korsakov. Om iets van deze stoornissen te begrijpen, is het belangrijk om wat meer te weten van het geheugen.

Wanneer we in het dagelijkse taalgebruik over “ons geheugen” praten, bedoelen we daarmee in de eerste plaats ons vermogen om feiten en gebeurtenissen te onthouden. Het gaat hier om twee soorten van informatie en daarom spreken we hier ook wel over twee soorten van geheugen. Bij het **autobiografische geheugen** gaat het om de opgeslagen herinneringen aan gebeurtenissen die we zelf hebben meegemaakt, en die we soms in alle levendigheid weer kunnen oproepen. Bij het **semantische geheugen** gaat het om de woorden, feiten en regels die we ooit geleerd hebben, om de kennis die we opdeden op school, tijdens het werk of bij onze hobby's.

Bij beide geheugenvormen gaat het om **bewuste** herinneringen, om zaken die we **expliciet** kunnen verwoorden en waarvan we goed weten dat we ze onthouden hebben. We hebben er ook **direct** toegang toe. Daarom worden het autobiografische en het semantische geheugen tezamen ook wel het “directe” of “expliciete” geheugen genoemd.

Er zijn ook vormen van geheugen waarvan we ons niet zo goed bewust zijn. Zo hebben we in de loop van ons leven niet alleen vele herinneringen opgeslagen en een groot aantal feiten geleerd, maar ook talloze vaardigheden verworven, zoals bijvoorbeeld fietsen, tennissen of typen. Bij de uitoefening van deze vaardigheden moeten we ingewikkelde bewegingen maken, die we ons moeizaam eigen gemaakt hebben. Wanneer we nu zonder moeite kunnen fietsen, tennissen of typen,

is dat alleen maar te verklaren doordat we de daarvoor benodigde complexe bewegingsprogramma's in een geheugen hebben opgeslagen. Deze programma's zijn te beschouwen als herinneringen aan de spierbewegingen die nodig zijn om te kunnen fietsen. We zijn ons van het bestaan van deze programma's niet bewust. Wie jaren niet gefietst heeft en wil weten of hij nog kan fietsen, komt daar immers niet achter door in zijn geheugen te graven en te kijken of de juiste bewegingsprogramma's nog aanwezig zijn. Alleen op een **indirecte** wijze kunnen we daar achter komen: door op een fiets te stappen en te kijken of het fietsen nog lukt. Lukt het, dan zijn de bewegingsprogramma's blijkbaar goed opgeslagen.

Op een vergelijkbare wijze zijn in ons geheugen allerlei onbewuste associaties opgeslagen: sommige gebeurtenissen hebben sporen achtergelaten waarvan we geen weet meer hebben, totdat geuren of emoties deze gebeurtenissen onverwacht weer in herinnering roepen. Zonder die geuren of emoties zijn deze herinneringen niet toegankelijk, we weten niet dat ze er zijn.

Deze onbewuste vormen van herinneren worden tezamen het **impliciete** of **indirecte** geheugen genoemd. Het onderscheid tussen het impliciete of indirecte geheugen enerzijds, en het expliciete of directe geheugen anderzijds, is belangrijk omdat ze meestal niet allebei tegelijk gestoord zijn. Bij de meeste geheugenstoornissen is alleen het expliciete geheugen gestoord. Dit is te verklaren door het feit dat de hersenstructuren die verantwoordelijk zijn voor een goed functioneren van het expliciete geheugen, gemakkelijker beschadigd raken dan de hersenstructuren die verantwoordelijk zijn voor een goed functioneren van het impliciete geheugen.

Een van de structuren die een belangrijke rol spelen bij de **expliciete** of **directe** geheugenfuncties, is het meest centraal gelegen deel van de **thalamus**. De thalamus is een kerngebied dat diep in de hersenen ligt en dat snel beschadigd raakt bij een vitamine B₁-tekort, net als de daaronder gelegen **corpora mamillaria**. De functie van deze kleine "borstvormige lichaampjes" is nog niet helemaal duidelijk, maar waarschijnlijk hebben ze ook een functie bij geheugenprocessen. De bloedinkjes en de andere hersenbeschadigingen die bij een vitamine B₁-tekort vooral in deze structuren optreden, genezen niet of nauwelijks. Dat verklaart ook waarom de geheugenstoornissen van Korsakovpatiënten meestal niet of nauwelijks verbeteren.

Het **indirecte** of **impliciete** geheugen is veel minder afhankelijk van de thalamus en de corpora mamillaria en daarom is dit geheugen bij Korsakovpatiënten nauwelijks gestoord.

2.2 Geheugenstoornissen bij het syndroom van Korsakov

De geheugenstoornissen die optreden bij het syndroom van Korsakov leiden tot drie symptomen: retrograde amnesie, anterograde amnesie en desoriëntatie. Deze geheugenstoornissen spelen ook een belangrijke rol bij het ontstaan van de zogenaamde “confabulaties”, een soort van herinneringsvervalsingen of –fantasieën.

Met **retrograde amnesie** bedoelen we een verlies van herinneringen aan feiten en gebeurtenissen die plaats vonden vóór het ontstaan van het syndroom van Korsakov. Hier is dus sprake van geheugenverlies in de enge zin van het woord: wat ooit goed was opgeslagen, is nu verdwenen of niet meer toegankelijk. Soms wordt gedacht dat de patiënten alleen herinneringen uit de laatste weken of maanden voor het ontstaan van hun syndroom van Korsakov kwijt zijn, maar bij onderzoek is gebleken dat ze herinneringen kwijt zijn uit een periode van minstens 10 tot 25 jaar. Omdat het verlies aan recente herinneringen echter veel ernstiger is, valt het verlies van de oudere herinneringen niet zo goed op.

Met **anterograde amnesie** bedoelen we problemen met het opslaan of met het terugvinden van nieuwe informatie. In principe kan hier dus op meerdere manieren iets mis gaan. Enerzijds is het mogelijk dat vanaf het ontstaan van het syndroom van Korsakov de nieuwe informatie niet meer kan worden opgeslagen; we spreken dan van **inprentingstoornissen**. Anderzijds is het mogelijk dat de nieuwe informatie weliswaar wordt opgeslagen, maar daarna niet goed meer toegankelijk is of niet goed meer kan worden teruggevonden. In het laatste geval spreken psychologen ook wel van retrieval-stoornissen.

Het feit dat Korsakovpatiënten vaak wel herkennen wat ze aanvankelijk niet actief konden reproduceren, duidt er op dat dit laatste mechanisme een belangrijke rol speelt en dat de eigenlijke inprentingstoornissen minder ernstig zijn dan vaak wordt gedacht. Het is natuurlijk ook mogelijk dat zowel het opslaan als het terugvinden van nieuwe informatie minder goed verloopt. Deze laatste mogelijkheid lijkt op dit moment de beste verklaring voor de waargenomen geheugenstoornissen bij Korsakovpatiënten. Hoe dan ook, het gevolg van deze stoornissen is dat patiënten veel problemen hebben met leren en met het onthouden van wat ze meemaken.

Daarnaast treedt er een ernstige **desoriëntatie** op: patiënten weten niet meer waar ze zijn, hoe ze de weg moeten vinden, wat voor dag of wat voor datum het is, en vaak weten ze ook niet meer hoe oud ze zijn. Korsakovpatiënten hebben niet alleen problemen met het onthouden van feiten en gebeurtenissen, het kost ze ook veel moeite om deze op het juiste punt in de tijd te plaatsen. Van gebeurtenissen die ze lang geleden hebben meegemaakt, geloven ze soms dat ze kort geleden hebben plaatsgevonden.

Deze problemen met het correct plaatsen van gebeurtenissen in de tijd, zijn een van de oorzaken voor het ontstaan van de zogenaamde "confabulaties." Dit zijn verhalen of antwoorden die door de patiënten worden opgedist om leemtes in het geheugen op te vullen, zonder dat zij zich daarvan bewust zijn. Confabulaties treden vooral op in de eerste maanden na het ontstaan van het syndroom van Korsakov.

Meestal maakt men een onderscheid tussen **spontane** en **geprovoceerde** confabulaties. Spontane confabulaties zijn fantasieverhalen die de patiënten uit zichzelf vertellen; sommige elementen daarin zijn door de patiënten zelf beleefd, andere berusten op wat ze ooit gehoord of gelezen hebben. Kortom, het gaat vaak om waargebeurde feiten die op een vreemde of onjuiste wijze in een nieuw verband worden geplaatst. De geprovoceerde confabulaties zijn meestal minder spectaculair. Het gaat hier steeds om antwoorden op vragen.


Het is belangrijk om te onderstrepen dat confabulaties iets anders zijn dan leugens of bewuste verzinsels. Wie liegt of bewust verhalen verzint, weet wat hij aan het doen is. Korsakovpatiënten beseffen echter niet dat hun verhaal bestaat uit fantasie-elementen en oude herinneringen die uit hun verband zijn gerukt, of dat hun antwoorden op onze vragen niet op waarheid berusten. Het zijn "eerlijke leugenaars." Daarom kunnen ze deze confabulaties ook met zo'n grote overtuigingskracht presenteren.

2.3 Intacte geheugenfuncties

Korsakovpatiënten kunnen beschikken over een indirect (of onbewust) geheugen dat bijna normaal functioneert. Ze kunnen nieuwe vaardigheden leren en zijn hierin bijna net zo goed als personen zonder geheugenstoornissen. Ook het onthouden van routines, gewoontes en associaties met gevoelens of eerdere waarnemingen is bij Korsakovpatiënten nagenoeg ongestoord. Ze zullen dus automatisch veel gebruik maken van deze onbewuste geheugenstrategieën.

Hoe en wanneer ze dat doen, is echter niet altijd duidelijk. Het is lastig om te bepalen wanneer het expliciete en wanneer het impliciete geheugen aan het werk is. Dit leidt soms tot verkeerde beoordelingen. Zo is het opmerkelijk dat ook patiënten met zeer ernstige geheugenstoornissen na verloop van enige tijd de weg weten te vinden op de afdeling of op het ziekenhuisterrein. Daaruit mag echter niet worden afgeleid dat hun oriëntatie in plaats sterk verbeterd is: vaak weten ze nog steeds niet waar ze zijn. Het vinden van de weg kan namelijk ook een vaardigheid zijn die via het impliciete geheugen tot stand komt. Dit wordt treffend geïllustreerd door het feit dat de Korsakovpatiënten zelf nog het meest verbaasd zijn wanneer blijkt dat ze de weg weten te vinden.

We zouden het bovenstaande – enigszins simplistisch – kunnen



samenvatten door te stellen dat alle vormen van het **bewuste** herinneren gestoord zijn bij Korsakovpatiënten, maar de vormen van **onbewust** herinneren niet.

3. Stoornissen van gedragsplanning en zelfinzicht

3.1 Centraal executieve functies

Korsakovpatiënten hebben grote moeite met het plannen en organiseren van hun dagelijkse activiteiten en ze hebben weinig besef van hun eigen mogelijkheden en beperkingen. Ze lijden aan een gebrek aan overzicht en een gebrek aan inzicht. Deze problemen, die in de wetenschappelijke literatuur “centraal executieve stoornissen” worden genoemd, vormen een wezenlijk onderdeel van het syndroom van Korsakov. Toch zijn ze bij het publiek, en zelfs bij hulpverleners, veel minder bekend dan de geheugenstoornissen. Vroeger stelde men weliswaar vast dat Korsakovpatiënten “apathisch” waren en aan een “gebrek aan ziekte-inzicht” leden, maar men had geen helder idee van de functiestoornissen die daarvan de oorzaak waren. Door een toename van de kennis over de **prefrontale cortex**, het voorste deel van de hersenen, en de functies die daarvan afhankelijk zijn, kunnen we ons tegenwoordig een veel gedetailleerder en helderder beeld vormen van deze problemen. Over de geheugenstoornissen van Korsakovpatiënten weten we op dit moment weliswaar veel meer, maar duidelijk is wel dat de centraal executieve stoornissen bij deze patiënten net zo belangrijk zijn, en mogelijk zelfs veel invaliderender dan de geheugenstoornissen.

Bij de “centraal executieve functies” gaat het niet om specifieke functies, zoals bijvoorbeeld spreken, onthouden of rekenen, maar om algemene regelfuncties. Mensen onderscheiden zich vooral van dieren omdat ze gedetailleerde plannen kunnen maken, over zichzelf kunnen nadenken, behoeftes kunnen uitstellen, van mening kunnen veranderen en zich aan veranderde omstandigheden kunnen aanpassen. Kortom, we kunnen ons eigen leven organiseren en ons eigen gedrag beoordelen. Dat beïnvloedt ons leven sterk. Wanneer we ergens mee beginnen of ergens mee ophouden, is dat veel minder afhankelijk van toevallige omgevingsfactoren dan dit bij dieren het geval is. In tegenstelling tot dieren, hoeven wij niet altijd direct te reageren en niet altijd onze impulsen te volgen; we kunnen hiermee wachten en zelfs beslissen om onze impulsen te negeren. Mensen nemen afstand: afstand van hun impulsen, afstand van hun natuurlijke omgeving, afstand van zichzelf. Op deze wijze regelen we ons gedrag. En de verzameling van deze regelfuncties noemen we “centraal executieve functies.”

Deze term is ontleend aan het Amerikaanse taalgebruik: in de VS noemt men de directeur van een grote onderneming een CEO, **central**



executieve officer. Deze CEO heeft geen functie in het productieproces; zijn enige taak is het bepalen van het beleid van de onderneming: In welke richting moet het bedrijf zich ontwikkelen? Op welke markten moet het zich richten? Hoe moeten tegenvallers opgevangen worden? De centraal executieve functies zijn ook te vergelijken met de rol die een dirigent bij een orkest vervult. De dirigent bespeelt zelf geen instrument, maar is wel de belangrijkste figuur van het orkest, omdat hij bepaalt hoe de muziek uiteindelijk gaat klinken. De ziekte van een violist is een lastig probleem, maar de ziekte van de dirigent brengt de gehele uitvoering in gevaar.

De belangrijkste centraal executieve functies zijn samen te vatten in drie hoofdfuncties: starten, stoppen en reguleren. Deze functies zijn niet zo eenvoudig als ze lijken. Het kan namelijk heel moeilijk zijn om het juiste moment te bepalen waarop met een bepaalde activiteit begonnen moet worden, omdat succes vaak van een groot aantal factoren afhankelijk is. Ook stoppen vraagt soms om een helder inzicht in zeer complexe situaties. Het adequaat reguleren van ons gedrag is vaak nog lastiger: het vraagt om veel inzicht en flexibiliteit.

Zoals gezegd spelen de prefrontale cortex en de bijbehorende kernen en vezelsystemen, die tezamen het voorste deel van de hersenen vormen, een doorslaggevende rol bij deze functies: het gebied dat achter de neusbrug ligt, lijkt een hoofdrol te spelen bij het "starten"; het gebied boven de ogen bij het "stoppen", en het gebied onder de beide slapen bij het "reguleren" van complex gedrag.

Waarom zijn bij Korsakovpatiënten deze functies verstoord geraakt? Dat is nog niet helemaal duidelijk, maar waarschijnlijk spelen een aantal factoren hier een rol:

- alcohol beschadigt de vezelsystemen die de prefrontale cortex met andere delen van de hersenen verbindt (zoals de thalamus en het striatum);
- alcohol beschadigt de neuronen van de prefrontale cortex;
- door de bloedinkjes en andere beschadigingen in de thalamus (zie hierboven) blijft de prefrontale cortex verstoken van essentiële informatie vanuit deze belangrijke schakelkern.

3.2 Problemen met starten: passiviteit en apathie

Korsakovpatiënten hebben vaak grote moeite om ergens mee te beginnen. Voor een buitenstaander lijkt het alsof ze nergens meer zin in hebben, maar zelf ervaren ze dit niet zo. Ze willen wel van alles, maar op de een of andere manier komt het er niet van. Het lukt niet. De patiënten dragen vaak allerlei verklaringen aan voor dit falen: door omstandigheden of door tegenwerking van anderen zouden ze

niet in de gelegenheid zijn geweest hun plannen uit te voeren, het juiste moment is nog niet aangebroken, iets anders had meer haast, enzovoort. Het werkelijke probleem zien ze niet en kunnen ze mogelijk niet zien. Waarschijnlijk is met de oude term "wilszwakte" het beste gekarakteriseerd waar hier de schoen wringt: de wil is te zwak. De Engelse arts James Paget formuleerde het probleem heel treffend: "ze zeggen 'ik kan niet,' het klinkt als 'ik wil niet,' maar het is 'ik kan niet willen.'"

Hoe moeten we dit begrijpen? Wat is het verband tussen 'de wil', centraal executieve functies en de hersenen? Veel is nog onduidelijk, maar het begin van een verklaring is er. Om op waarnemingen te kunnen reageren of om een plan uit te voeren, moeten bepaalde delen van de hersenen in actie komen. Vooral het deel van de hersenen dat achter de neusbrug en het middelste deel van het voorhoofd ligt, speelt bij het nemen van initiatief of bij het beginnen met handelen een belangrijke rol. Het gaat hierbij om ingewikkelde handelingen, die afhankelijk zijn van helder nadenken en een goed overzicht. Is dit deel van de hersenen beschadigd, of afgesneden van informatie uit andere hersengebieden, dan kunnen bepaalde initiatieven of handelingen niet tot stand komen. Het gevolg is apathie.

Het is overigens belangrijk om te bedenken dat de apathie van Korsakovpatiënten niet een onveranderlijk gegeven is. Wat er uitziet als simpele apathie, kan in werkelijkheid een ingewikkeld probleem zijn. Het is een fenomeen dat vraagt om een analyse: is hier alleen sprake van apathie, of heeft de patiënt ook een depressie, die behandeld kan worden? (zie ook paragraaf 4.2)

De behandeling van apathie bestaat uit het wegnemen van barrières en complicaties, en uit het aanleren van strategieën om de onderliggende executieve stoornissen te compenseren. Het belangrijkste is het creëren van een gestructureerde omgeving, waarin hulpverleners of familieleden de functie op zich nemen van "hulpego" of "extern brein" (termen van patiënten en familieleden), en de patiënt voortdurend aansporen en stimuleren tot het ondernemen van actie.

3.3 Problemen met stoppen: impulsiviteit en ontremming

Het vermogen om impulsieve of instinctieve reacties af te remmen, is van groot belang voor geordend, flexibel en doelgericht gedrag. Om in de maatschappij te kunnen functioneren, moeten we voortdurend onze behoeften uitstellen en accepteren dat bepaalde wensen niet vervuld kunnen worden. Hersengebieden die boven de oogkassen liggen, spelen een belangrijke rol bij de totstandkoming van dit aangepaste gedrag. Deze gebieden hebben waarschijnlijk een remmende invloed op onze impulsiviteit en op dierlijke, instinctieve functies, waardoor deze

begrensd worden. Bij Korsakovpatiënten gaat dit vaak mis: ze willen dat hun wensen hier en nu ingewilligd worden of kunnen zich niet beheersen bij de bevrediging van bepaalde behoeften. Bijna alle Korsakovpatiënten zijn straffe rokers en bij het maken van keuzes weegt het korte termijn belang bijna altijd zwaarder dan het lange termijn belang.

Ook hebben Korsakovpatiënten vaak weinig boodschap aan beleefdheid of fatsoensnormen. En soms leidt dit tot regelrecht onbeschoft of ontremd gedrag. Ook seksuele ontremming wordt daarbij wel eens gezien. In andere gevallen treden perseveraties op: de patiënt volhardt dan in steeds dezelfde reactie of steeds hetzelfde antwoord, ook al is de situatie of de vraag inmiddels veranderd.


Korsakovpatiënten zijn om dezelfde reden ook erg afhankelijk van hun omgeving. Ze kunnen zich niet meer afsluiten voor de prikkels uit hun omgeving en gaan overal op in; op deze wijze vergeten ze zelfs wat ze oorspronkelijk van plan waren. Maar ook patiënten die weerstand kunnen bieden aan de verleiding om zich door toevallige prikkels te laten leiden, worden bij hun activiteiten zeer gehinderd door deze snelle afleidbaarheid.

3.4 Problemen met reguleren: gebrek aan organisatievermogen, flexibiliteit en inzicht

Ook eenvoudige, schijnbaar routineuze dagelijkse handelingen vragen voortdurend om organisatie, planning en bijstelling. Bij gezonde volwassenen lopen veel van deze activiteiten en ingrepen als vanzelf; we hebben niet of nauwelijks in de gaten hoe zeer we de hele dag aan het organiseren zijn. Waarschijnlijk speelt het deel van de hersenen dat onder de slapen ligt hier een hoofdrol.

Bij Korsakovpatiënten is het vermogen tot plannen en structureren sterk afgenomen. Hun leven wordt al snel tot een chaos omdat ze niet meer in staat zijn eenmaal begonnen taken naar behoren af te ronden en flexibel op nieuwe of veranderde omstandigheden te reageren. Bij complexe taken of handelingen halen ze de volgorde van de afzonderlijke stappen door elkaar of blijven ze halverwege hangen. Treden er plotselinge veranderingen op, waardoor het oorspronkelijke plan niet meer kan worden uitgevoerd, dan kunnen ze zich niet aanpassen en volharderen ze in de oude, inmiddels volledig achterhaalde strategie. En als ze dan vervolgens vastlopen, weten ze geen uitweg of alternatief en verlammen ze volledig.

Deze problemen worden nog versterkt door het grote gebrek aan zelfinzicht bij Korsakovpatiënten. Wanneer ze falen, begrijpen ze niet hoe dat komt en geven ze automatisch anderen of allerlei omgevingsfactoren de schuld.



Inzicht in het eigen handelen en voelen, en het vermogen om het eigen handelen aan te passen naar aanleiding van deze zelfreflectie, is van doorslaggevend belang voor een succesvol functioneren in de maatschappij. Net zo belangrijk is het vermogen om adequaat te reageren op het commentaar van anderen. Korsakovpatiënten bagatelliseren of ontkennen echter altijd de ernst van hun stoornissen en soms wordt het bestaan daarvan domweg ontkend. Dit is geen onwil maar onvermogen: ze begrijpen echt niet wat er mis is, ook al beseffen ze vaak goed dat ze niet meer zo functioneren als vroeger.

Het is duidelijk dat het ziekte-inzicht van Korsakovpatiënten altijd gering is, maar toch moeten we ons niet laten verleiden tot snelle en simpele verklaringen van de ogenschijnlijke blindheid voor de realiteit bij Korsakovpatiënten. Wat zich voordoe als een "gebrek aan ziekte-inzicht," kan bij nadere analyse heel wat gecompliceerder blijken te zijn. Vaak is er sprake van een combinatie van de volgende problemen:

- **de patiënten vergeten steeds dat ze zo veel vergeten en ze vergeten dat ze niet goed gefunctioneerd hebben;** met andere woorden: de geheugenstoornissen verhinderen dat patiënten inzicht verwerven in hun cognitieve stoornissen;
- **de patiënten kunnen de onaangename waarheid niet onder ogen zien:** uit angst voor de werkelijkheid en haar consequenties – een geruïneerd leven en een verspeelde toekomst – verdringen ze hoe ze er voor staan; de ontkenning houdt depressies buiten de deur;
- **de patiënten zijn niet meer in staat om hun eigen situatie te overzien;** de centraal executieve stoornissen verhinderen dat ze inzien hoe de zaken er voor staan.

4. Gevolgen van het chronische alcoholmisbruik

4.1 Lichamelijke problemen

Ook in lichamelijk opzicht zijn Korsakovpatiënten zwakke en kwetsbare mensen. Het syndroom van Korsakov ontstaat in de meeste gevallen na jarenlang alcoholmisbruik en na een lange periode van ondervoeding en zelfverwaarlozing. Alcohol is een giftige stof. Niet alleen de hersenen, maar ook andere organen kunnen erdoor beschadigd worden. Daarnaast hebben Korsakovpatiënten vaak tekorten aan allerlei bouwstoffen, mineralen en vitamines opgelopen, niet alleen aan vitamine B1. Deze tekorten kunnen leiden tot een verergering van de lichamelijke en psychische stoornissen.

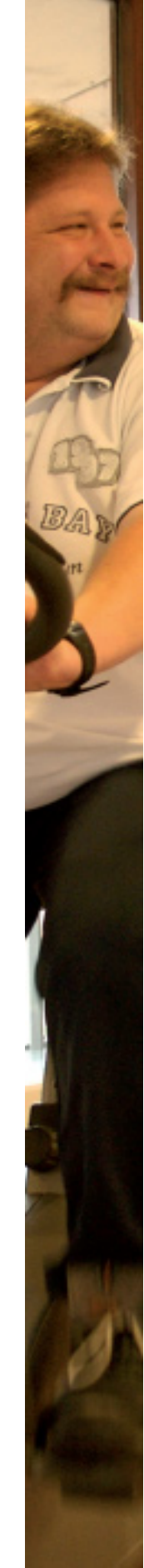
De lever heeft het meest te leiden van het langdurige alcoholmisbruik. Dit orgaan zorgt voor de omzetting van alcohol in glucose en door de chronisch hoge alcoholconcentraties in het bloed raakt het toenemend beschadigd. In westerse landen is alcoholmisbruik

de belangrijkste oorzaak van leverziekten, zoals leververvetting, leverontsteking en levercirrhose. Bijna alle Korsakovpatiënten lijden aan leververvetting en minstens de helft heeft bovendien een leverontsteking of een levercirrhose. Een leververvetting en een leverontsteking verbeteren meestal snel na het stoppen met drinken, maar bij een levercirrhose is dat niet het geval, al kan de aandoening wel stabiliseren. Een levercirrhose heeft ernstige gevolgen. Ten eerste kan een beschadigde lever zijn werk niet meer naar behoren doen en blijven er te veel giftige afvalstoffen in het bloed zitten. Deze bereiken ook de hersenen en kunnen daar leiden tot weefselbeschadiging, de zogenoemde "hepatische Encephalopathie." Een ander gevolg van de leverbeschadiging is dat dit orgaan het bloed uit het spijsverteringskanaal niet meer kan verwerken. Omdat er geen andere uitweg is, wordt dit bloed vervolgens door de aders van de slokdarm geperst. Deze aders zijn daar niet op berekend en zwellen vervolgens op, als inwendige spataders. De wand van de opzwellende aders wordt steeds dunner en kan uiteindelijk scheuren, wat leidt tot heftige bloedingen uit de slokdarm.

Door de langdurige blootstelling aan alcohol hebben veel Korsakovpatiënten tevens last van een geïrriteerd of ontstoken slijmvlies van slokdarm en maag, van aandoeningen van de alveesklier of van een ontsteking van de darmen. De ontsteking van de slijmvliesen kan uiteindelijk leiden tot bloedingen.

Ook de zenuwen en de hersenen hebben sterk te leiden van de alcohol. Zowel de hersencellen van de grijze stof als de vezels van de witte stof kunnen erdoor beschadigen. De alcohol leidt bovendien tot een beschadiging van de hersenvaten, waardoor hersenbloedingen en herseninfarcten kunnen ontstaan. De schade aan de hersenen kan ook op indirecte weg tot stand komen. Door dronkenschap, door onttrekkinginsulten, maar ook door de polineuropathie en de cerebellaire stoornissen die ontstaan door alcoholmisbruik en vitaminedeficiënties, vallen alcoholverslaafden veel vaker dan andere mensen. De daarbij optredende hersenschuddingen zorgen voor nieuwe beschadigingen.

Behalve de grote hersenen, kunnen ook de kleine hersenen beschadigd raken. Deze kleine hersenen zorgen voor de precieze afstemming van spierbewegingen, en bij beschadiging ontstaat een ataxie: een wijdbeens, zwalkend looppatroon en een vergroving van de andere bewegingen. Daarnaast kunnen ook de perifere zenuwen door het alcoholmisbruik en het vitaminegebrek beschadigd raken. Als gevolg van deze zogenaamde "polyneuropathieën" kunnen loopstoornissen, gevoelsstoornissen en neuropathische pijnen optreden, alsmede functiestoornissen van het autonome zenuwstelsel, waardoor stoornissen van de huiddoorbloeding, de zweetsecretie en de nagelgroei ontstaan.



Tenslotte leidt het chronische alcoholmisbruik tot een sterk verhoogde kans op kanker van de mond, de keel en de slokdarm, op longontstekingen en ziekten van het afweersysteem, en leidt het tot bloedarmoede, huidziekten, en ziekten van het hart en de bloedvaten.

Alsof dit alles nog niet genoeg is, houden Korsakovpatiënten er in de regel ook nog een buitengewoon ongezond leefpatroon op na. Bijna alle Korsakovpatiënten zijn verstokte rokers en slechte eters.

Door hun slechte lichamelijke conditie zijn Korsakovpatiënten bovendien erg vatbaar geworden voor allerlei ziektes, met name voor ziekten van de bloedvaten en ziekten van het spijsverteringskanaal.

4.2 Psychische problemen

Niet alle psychische stoornissen en problemen die bij Korsakovpatiënten worden aangetroffen, zijn het gevolg van het vitamine B1-gebrek. Meestal hadden ze al last van ernstige psychische stoornissen en problemen lang voordat ze een syndroom van Korsakov ontwikkelden, en een deel daarvan ging zelfs vooraf aan de alcoholverslaving en was er mogelijk de belangrijkste oorzaak van.

Depressies, ADHD en andere psychiatrische stoornissen geven een sterk verhoogd risico op alcoholmisbruik, en worden alleen al om die reden veel frequenter bij alcoholisten en Korsakovpatiënten gezien dan bij de doorsnede van de bevolking. Maar chronisch alcoholmisbruik is niet alleen een bekend gevolg van psychiatrische stoornissen, het kan er ook de oorzaak van zijn. Waarschijnlijk is ongeveer de helft van de depressies bij alcoholverslaafden een gevolg van het alcoholmisbruik. Eenzelfde verdeling wordt gezien bij het ontstaan van persoonlijkheidsstoornissen: bij de helft van de alcoholverslaafden is het een oorzaak van de verslaving, bij de andere helft juist een gevolg. Persoonlijkheidsstoornissen worden bij alcoholverslaafden minstens drie keer zo vaak gevonden als in de gemiddelde populatie. Het gaat hierbij niet om een bepaald type persoonlijkheidsstoornis; alle bekende vormen worden gezien in associatie met alcoholmisbruik.

Alcoholmisbruik kan ook leiden tot gedragsstoornissen zoals afhankelijk gedrag, prikkelbaarheid en agressie, angst en opwinding, egoïsme en egocentrisme, achterdocht en paranoia, impulsiviteit en manipulatief gedrag, depressiviteit, decorumverlies en seksuele ontremming. Deze gedragsstoornissen worden nog eens versterkt door de geheugenstoornissen en de executieve stoornissen (zie hierboven) Alcoholmisbruik kan daarnaast zowel oorzaak als gevolg zijn van psychotische ontregelingen.

Uiteindelijk heeft dit alles als gevolg dat de helft van de

alcoholverslaafden depressief is en dat een groot deel van hen regelmatig andere psychiatrische stoornissen ontwikkelt.

Al deze stoornissen worden ook aangetroffen bij Korsakovpatiënten, al zijn ze daar moeilijker te herkennen. Vooral bij depressies kan dat een probleem zijn, omdat ze met andere stoornissen kunnen versmelten tot gedrag dat er uit ziet als "apathie." Het is daarom noodzakelijk om de "apathie" van Korsakovpatiënten te analyseren. We kunnen hier te maken hebben met één, of met een combinatie, van de volgende factoren:

- een echte depressie, als reactie op de treurige situatie waarin de patiënten zichzelf aantreffen;
- een echte depressie, als uiting van cerebrale beschadiging of ontregeling;
- het onvermogen om te beginnen met een handeling of handelingen. (zie ook paragraaf 3.2)

Psychotische ontregelingen zijn bij Korsakovpatiënten meestal beter te herkennen en daardoor sneller te behandelen, al kunnen ook hier problemen optreden. Als gevolg van hun vergeetachtigheid en desoriëntatie zijn veel Korsakovpatiënten snel achterdochtig en deze achterdocht is niet altijd gemakkelijk te onderscheiden van psychotische symptomen. De fantastische confabulaties van Korsakovpatiënten zijn ook niet altijd gemakkelijk te onderscheiden van psychotische wanen.

Ook Korsakovpatiënten met weinig psychische stoornissen zitten vaak tot aan hun nek in de problemen. De relatie- en gezinsproblemen, de maatschappelijke mislukking en de traumatische ervaringen die mede geleid hebben tot het alcoholmisbruik, zijn niet verdwenen wanneer zich jaren of decennia later een syndroom van Korsakov ontwikkeld heeft. Daar komt nog bij dat alcoholmisbruik onherroepelijk leidt tot allerlei psychische, sociale en maatschappelijke problemen. Een syndroom van Korsakov is vaak de laatste fase in de langdurige carrière van een alcoholverslaafde. In het verloop van deze alcoholcarrière is niet alleen het lichaam van de patiënt onherstelbare schade berokkend, maar ook diens sociale netwerk. Vriendschappen, relaties en familiebanden zijn verbroken of ernstig verstoord. Van het beroepsleven en de oorspronkelijke maatschappelijke positie is vaak niets meer overgebleven. Als gevolg daarvan zijn de toekomstperspectieven voor een Korsakovpatiënt weinig rooskleurig, zeker wanneer deze worden afgezet tegen de mogelijkheden uit het verleden. Dit leidt niet zelden tot ontkenning en andere psychische reacties.

4.3 Alcoholafhankelijkheid

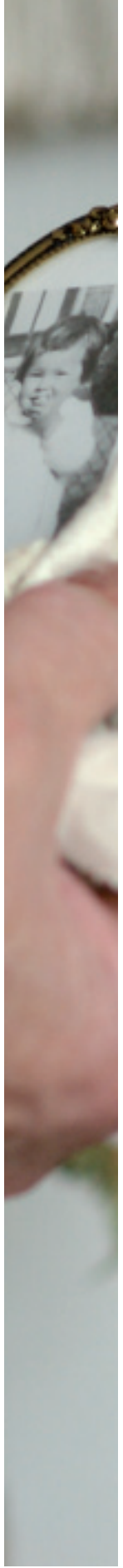
Wanneer een alcoholverslaving eindigt in een syndroom van Korsakov, toont dit aan dat de betreffende patiënt reeds lange tijd over onvoldoende zelfcontrole heeft beschikt en dat alle pogingen tot gecontroleerd drinken uiteindelijk gefaald hebben. Maar merkwaardig genoeg lukt het deze patiënten na het ontwikkelen van een syndroom van Korsakov veel gemakkelijker om van alcoholhoudende dranken af te blijven. De vervlakking van de gevoelens heeft mogelijk geleid tot een vermindering van oude angsten en frustraties, en daarmee vervalt een belangrijke functie van de alcohol: het wegdringen van onaangename gevoelens. Bij de ernstige vormen van het syndroom van Korsakov is de alcoholafhankelijkheid soms zelfs volledig verdwenen. Dat wil echter niet zeggen dat een Korsakovpatiënt niet terug zal vallen in drankmisbruik; want ook al is de zucht naar alcohol sterk afgenomen, contact met alcoholhoudende dranken kan oude drinkgewoonten snel in ere doen herstellen. Het gevaar voor zo'n terugval in oude drinkgewoonten blijkt vooral op te treden wanneer de patiënten terugkeren naar hun oude omgeving. Als vanzelf lopen ze dan weer de bekende kroegen en drankwinkels binnen. Komen ze in een nieuwe woonomgeving, dan lopen ze vaak probleemloos kroegen en drankwinkels voorbij.

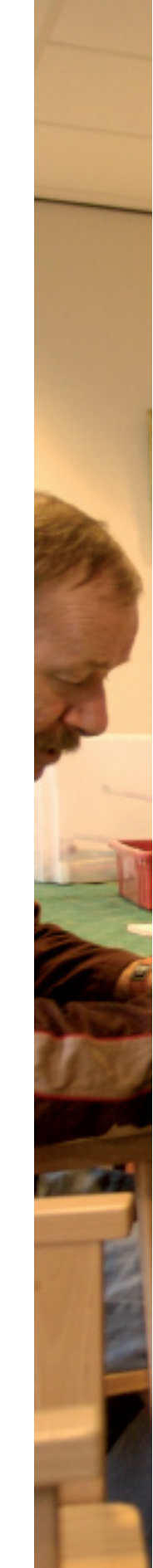
Helaas is bij de lichtere vormen van het syndroom van Korsakov de alcoholafhankelijkheid vaak nog sterk aanwezig. Dat is erg jammer, want het gaat hier juist om patiënten met veel mogelijkheden. De alcoholafhankelijkheid kan dan een in alle andere opzichten veelbelovend resocialisatieproces volledig verstoren, en zelfs de hele behandeling ontwrichten.

5. De omgang met Korsakovpatiënten

5.1 Uitgangspunten van de begeleiding

Wie te maken heeft met Korsakovpatiënten, wordt voortdurend geconfronteerd met hun beperkingen en stoornissen. Het zijn geen gemakkelijke mensen. Ze zijn volledig op zichzelf gericht en komen hun afspraken vaak niet na. Ze kunnen grootse plannen bedenken, maar komen uiteindelijk meestal tot niets. Dit leidt bij hulpverleners en familieleden (hier tezamen "begeleiders" genoemd) gemakkelijk tot frustraties, en soms tot irritatie of woede, vooral omdat de patiënten zelf consequent het bestaan van hun beperkingen ontkennen of de ernst ervan bagatelliseren. Het is daarom van het grootste belang dat de begeleiders van deze patiënten goed beseffen dat ze hier vooral te maken hebben met onvermogen en beperkingen van de patiënten, en niet met luiheid of dwarsheid. Zelf beseffen Korsakovpatiënten niet hoe





geïnvaleerd ze zijn. Ze zijn daarom ook niet in staat om de ergernissen en frustraties van de begeleiders te begrijpen. Mede door dit gebrek aan ziekte-inzicht, vraagt de omgang met Korsakovpatiënten om een speciale benadering, die misschien het beste gekarakteriseerd kan worden als een “empathisch-directieve benadering.”

Het directieve aspect is daarvan ongetwijfeld het gemakkelijkst te begrijpen. Korsakovpatiënten zijn door hun geheugenstoornissen en planningsproblemen niet in staat om hun leven te structureren en er zit dus niets anders op dan dat begeleiders dit van ze overnemen. De begeleiders functioneren in zekere zin als het vervangende geheugen en het vervangende planningsstelsel van de patiënten. Kortom, het gaat hier om een sturende en structurerende aanpak.

Dit sturen en structureren is echter respectloos en ineffectief wanneer de patiënten het als een van buitenaf opgelegde dwang ervaren, waarvan ze zelf de zin niet inzien. Door hun geheugenstoornissen en executieve stoornissen beseffen Korsakovpatiënten niet hoe ernstig hun beperkingen zijn, en een directieve benadering zullen ze daarom snel als onnodige betutteling ervaren. Daarom wordt hier heel nadrukkelijk een **empathisch-directieve** benadering bepleit. Deze benadering gaat er van uit dat sturen en structureren slechts geaccepteerd zullen worden, en daarom pas effectief kunnen zijn, wanneer men aansluiting zoekt bij de belangstellingen en behoeften van de patiënten, wanneer men zich inleeft in hun nieuwe, bedreigende situatie. Pas wanneer ze een directieve benadering als ondersteuning en handreiking ervaren, zullen Korsakovpatiënten positief reageren op een sturende en structurerende benadering.

Die empathie is ook belangrijk bij heftige emotionele reacties. Korsakovpatiënten zijn kwetsbare mensen. Angst en onzekerheid vertalen zich snel in agressie. Reageert men daarop met boosheid, irritatie of afwijzing, dan neemt bij de patiënten de angst toe, en daarmee ook de agressie. Een empathische benadering gaat er daarom van uit dat agressie het beste beantwoord kan worden met vriendelijkheid, begrip en geduld. Zij verdwijnt dan meestal als sneeuw voor de zon. Kortom, ook hier is een empathische benadering niet alleen het meest respectvol, maar ook het meest effectief.

Het is in dit verband ook goed om te bedenken dat Korsakovpatiënten door hun stoornissen erg rigide zijn geworden en zich nauwelijks nog kunnen aanpassen aan een nieuwe situatie. Begeleiders ontkomen daarom niet aan een acceptatie van de beperkingen van deze patiënten, inclusief hun gebrek aan ziekte-inzicht. Anders geformuleerd: de patiënten kunnen zich niet meer aanpassen, dus zullen de begeleiders dat moeten doen.

5.2 Omgaan met geheugenstoornissen

Als gevolg van de geheugenstoornissen heeft een Korsakovpatiënt grote moeite met het onthouden van feitenkennis en met het zich herinneren van gebeurtenissen. Dit verbetert niet of nauwelijks. Een spier die door een gebrek aan oefening dunner en slapper geworden is, kan door krachttraining weer steviger en sterker worden, maar helaas is dit met het geheugen niet mogelijk. Het enige dat men een Korsakovpatiënt kan leren, is om beter met dit gebrekkige geheugen om te gaan. Dat kan op drie manieren: (1) door **alleen** informatie aan te bieden die de patiënt **werkelijk nodig** heeft, (2) door het verstrekken van **hulpmiddelen** en de patiënt te leren daarmee om te gaan, (3) door het **aanpassen van de omgeving** aan de patiënt.

Een Korsakovpatiënt is als een reiziger die met een klein rugzakje op pad gaat. We moeten heel goed nadenken wat we daar instoppen. Het verstandigst lijkt om Korsakovpatiënten alleen die informatie mee te geven die ze nodig hebben om zich in het leven van alledag staande te houden, de informatie die hen in staat stelt om zo zelfstandig mogelijk te wonen en te functioneren. Ruimte voor vorming of algemene ontwikkeling is er niet. En wat men beter kan vermijden, zijn geheugenoefeningen en geheugenspelletjes, bedoeld om het geheugen te "trainen." Deze leiden tot niets anders dan een onverantwoorde verspilling van de beperkte, en daardoor zo kostbare, geheugencapaciteit van de patiënt.

Veel informatie die een Korsakovpatiënt nodig heeft, hoeft niet persé onthouden te worden. Hulpmiddelen als agenda's, notitieboekjes, klappers en organizers (elektronische agenda's) kunnen het geheugen van de patiënt goed ontlasten. Belangrijk is dan wel dat de patiënten goed leren hoe ze met deze hulpmiddelen om moeten gaan. Ze moeten er met name in getraind worden om op de juiste momenten naar deze hulpmiddelen te grijpen.

Ofschoon organizers kwetsbaarder en ingewikkelder in het gebruik zijn dan agenda's, hebben ze ook enkele grote voordelen. Belangrijk is vooral dat een organizer een actief hulpmiddel is: de alarmfuncties kunnen gebruikt worden om de patiënt aan belangrijke activiteiten te herinneren.

Verzet tegen deze hulpmiddelen ("mijn geheugen is prima; ik heb geen agenda nodig") kan niet zonder meer geaccepteerd worden, want in de regel is gaat achter dit verzet een gebrek aan ziekte-inzicht schuil, of de angst voor een confrontatie met de eigen beperkingen. Wanneer de begeleiders hier in meegaan, is de kans op een relatief zelfstandig functioneren voor de betreffende Korsakovpatiënt snel verkeken.

Het geheugen van de patiënten kan ook ontlast worden door de leefomgeving aan te passen aan hun beperkingen: kasten en kastjes waarin het serviesgoed of andere spullen zijn opgeborgen, kan men van stickers en etiketten voorzien; de deuren kunnen kleuren krijgen die verwijzen naar de functie van de ruimte daarachter; op een goed zichtbare plaats kunnen een klok en een dagkalender worden opgehangen; de foto's en de namen van hulpverleners en medepatiënten kunnen op een prikbord gehangen worden. Ook op andere plaatsen kunnen goed zichtbaar aangebrachte **tekens en signalen** het geheugen van de patiënt ontlasten. Daarnaast is het van belang om de dagelijkse omgeving van de patiënt zo **constant** en **voorspelbaar** mogelijk te houden: kies voor een overzichtelijke en onveranderlijke inrichting, zorg dat alles op dezelfde plaats opgeborgen blijft, zorg voor dagelijkse routines en tijdschema's en handhaaf ze.

5.3 Omgaan met leerstoornissen

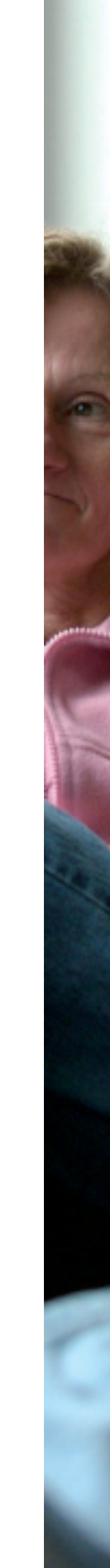
Door hun geheugenstoornissen en hun problemen met plannen en organiseren, kost het Korsakovpatiënten erg veel moeite om iets te leren. En ze leren niet alleen **langzamer**, ze leren ook **anders**. Ze zijn bij het leren immers vooral aangewezen op het **indirecte** geheugen, dat in tegenstelling tot het **directe** geheugen bij hen nog vrijwel normaal functioneert. De keuze voor deze andere, indirecte toegangsweg moeten zo veel mogelijk ondersteund worden. Dat vraagt om een benadering die sterk verschilt van wat normaal in leersituaties gebruikelijk is. Deze benadering laat zich vertalen in een aantal richtlijnen:

De eerste richtlijn is: **Wat via training en gewoontevorming (het indirecte geheugen) in te slijpen is, moet men niet via instructie (het directe geheugen) proberen bij te brengen**. Korsakovpatiënten leren weinig via het verwerven van inzicht of via het begrijpen van uitleg. Daarvoor is immers een goed functionerend direct geheugen nodig en dat hebben ze niet. Korsakovpatiënten leren vooral door te doen. Onderrichten betekent hier: op de juiste wijze voordoen en de patiënten vervolgens in een veilige en gestructureerde omgeving zo veel mogelijk laten oefenen.

De tweede richtlijn is: **Waar instructies onvermijdelijk zijn, moeten deze zo veel mogelijk worden aangepast aan de beperkingen van de patiënt**. Dit houdt in:

- maak of houd de over te dragen informatie simpel;
- stel duidelijke en concrete vragen, bij voorkeur vragen die met "ja" of "nee" te beantwoorden zijn;
- beperk de hoeveelheid informatie die per keer wordt overgedragen;
- geef concrete en herkenbare opdrachten; kies voor een consequente, zo veel mogelijk identieke benadering in vergelijkbare situaties;
- herhaal vaak;



- 
- draag er zorg voor dat de patiënt zo weinig mogelijk wordt afgeleid;
 - check voortdurend of de patiënt begrepen heeft wat er gezegd is, bijvoorbeeld door dit de patiënt in zelfgekozen bewoordingen te laten herhalen;
 - moedig de patiënt aan om de nieuwe informatie zo veel mogelijk in verband te brengen met bestaande kennis;
 - moedig het stellen van vragen aan.

De derde richtlijn is: **Organiseer de oefensituatie zo, dat de patiënt bijna geen fouten of vergissingen kan maken.** "Men leert het meeste van zijn fouten" is een slogan die men in het onderwijs veel hoort, maar dit gaat alleen op voor gezonde mensen met een normaal brein, en niet voor Korsakovpatiënten. Korsakovpatiënten **leren niet van hun fouten**. Leren is bij hen vooral gebaseerd op **associëren**: het min of meer onbewust onthouden van het verband tussen een probleem en een oplossing. Dit verband hoeft niet logisch te zijn en het maakt ook niet uit of de oplossing juist is. De kracht van de associatie bepaalt of de oplossing onthouden wordt en in de toekomst weer gegeven zal worden, of deze nu juist is of niet. Laten we dus een situatie ontstaan waarin patiënten tot een onjuiste oplossing kunnen komen, dan is de kans groot dat zij het probleem koppelen aan deze oplossing, zonder te onthouden hoe onjuist deze is. We lopen zo het risico dat de patiënten daarna steeds met deze onjuiste oplossing komen.

Dit is te begrijpen vanuit de geheugenstoornissen van de patiënt: Om van fouten te kunnen leren, moet niet alleen de relatie tussen een probleem en een oplossing onthouden worden, maar ook de kennis over de juistheid van deze oplossing. Het eerste lukt prima via het **impliciete** geheugen, het laatste echter niet: kennis over de juistheid van het antwoord vooronderstelt een goed functionerend **expliciet** geheugen, en dat heeft een Korsakovpatiënt niet.

Kortom, de training van Korsakovpatiënten moet gebaseerd worden op het principe van **foutloos** leren: laat Korsakovpatiënten nooit gissen of raden naar oplossingen; toon ze direct het verband (met andere woorden: leer ze de associatie) tussen een probleem en de juiste oplossing. De patiënten kunnen pas op de proef gesteld worden wanneer we er van overtuigd zijn geraakt dat ze de juiste oplossing ook werkelijk kennen.

De vierde richtlijn is: **Laat de patiënt vaardigheden leren in een situatie die zo veel mogelijk lijkt op de situatie waarin deze vaardigheden later gebruikt moeten worden.** Korsakovpatiënten kunnen niet meer zo goed generaliseren, omdat ze veel minder flexibel en creatief zijn dan gezonde mensen. Wat ze geleerd hebben, kunnen ze vaak alleen maar toepassen in situaties die weinig verschillen van de situatie waarin ze de betreffende vaardigheid ooit leerden. Verandert er te veel aan de omstandigheden en de situatie, dan kunnen de patiënten

het geleerde niet meer in de praktijk brengen. Dit kan soms tot onvoorziene problemen leiden. Zo kan men Korsakovpatiënten op een behandelafdeling leren om een wasmachine te bedienen, maar wanneer ze na ontslag met een andere wasmachine moeten werken, is het goed mogelijk dat ze die niet kunnen bedienen.

We moeten ons bij het trainen en begeleiden van Korsakovpatiënten dus voortdurend afvragen: waar en wanneer zal de patiënt het geleerde later gaan gebruiken. Alleen op deze wijze kunnen we een bruikbare oefensituatie creëren, een oefensituatie die sterk lijkt op de situatie waarin de patiënt uiteindelijk terechtkomt. Houdt men geen rekening met dit beperkte vermogen tot generaliseren van Korsakovpatiënten, dan is het risico groot dat men ze nutteloze vaardigheden bijbrengt: kunstjes, die ze niet kunnen toepassen waar ze bruikbaar zijn. Met andere woorden: niet alleen de truc of de strategie, maar ook de concrete toepassing ervan moet systematisch geleerd worden.

De vijfde richtlijn is: **Verdeel ingewikkelde taken of opdrachten in kleine, hanteerbare stappen, en begin pas met het aanleren van een nieuwe stap wanneer de patiënt de voorafgaande stappen goed onthouden heeft.** Korsakovpatiënten hebben grote moeite met **complexe handelingen en taken**. Ze overzien deze handelingen niet, weten niet hoe te beginnen en kunnen de taken niet structureren. Ze falen bij het uitvoeren van de verschillende stappen, omdat ze die door elkaar halen. Uiteindelijk weten ze niet meer hoe ze verder moeten en breken ze de taak of de handeling af. Om deze reden moeten leerprocessen voor Korsakovpatiënten in kleine, logische stappen worden opgedeeld. Aan iedere volgende stap moet pas begonnen worden wanneer de patiënt de daaraan voorafgaande stap goed onder de knie heeft.

5.4 Omgaan met het gebrek aan ziekte-inzicht

Korsakovpatiënten hebben zelden of nooit een heldere kijk op hun situatie. Dit is een direct gevolg van de hierboven besproken stoornissen en beperkingen. Ze voelen zich niet ziek, merken weinig van hun stoornissen en zijn er daarom van overtuigd dat het allemaal wel meevalt. En zelfs wanneer er enig ziektebesef is, hebben deze patiënten vaak weinig tot geen ziekte-inzicht. Dat wil zeggen, ze hebben geen weet van de zorgelijke toestand van hun lichaam, van de ernst van hun beperkingen en van de mate waarin ze hulpbehoevend zijn. Hun plannen en wensen zijn daarom zelden in overeenstemming met hun mogelijkheden: ze willen veel meer dan ze kunnen. Deze overschatting van de eigen mogelijkheden kan bizarre vormen aannemen.

Ook patiënten die 24-uurs zorg nodig hebben, omdat ze ernstig geïnvalideerd zijn door hun geheugenstoornissen en planningsproblemen, kunnen er oprecht van overtuigd zijn dat ze hun

leven weer normaal op kunnen pakken en opnieuw kunnen beginnen: in een nieuw huis, met een nieuwe baan en met een nieuwe partner.

Hoe moet men omgaan met dit gebrek aan ziektebesef en ziekte-inzicht? Hoe kunnen Korsakovpatiënten leren om hun situatie helder onder ogen zien? Het antwoord op deze vragen is niet eenvoudig en bovendien afhankelijk van de mogelijkheden en de beperkingen van de individuele patiënten. Meestal is het noodzakelijk om de patiënten enig besef van de eigen beperkingen bij te brengen, en ze ervan te overtuigen dat aanpassingen noodzakelijk zijn om optimaal te kunnen functioneren. Er moet meer balans komen tussen wat de patiënten willen en wat ze kunnen. Anders kunnen ze niet leren om zelfstandig te functioneren. Bovendien zijn ze anders niet te motiveren tot het gebruik van hulpmiddelen.

Het is echter zelden nodig of gewenst om over te gaan tot de zogenaamde "confronterende benadering." In het dagelijkse leven lopen Korsakovpatiënten voortdurend tegen beperkingen aan en dat is al confronterend genoeg. Ze vergeten weliswaar voortdurend wat er allemaal misgaat, maar toch beklijft er iets van dit falen. Ze zijn daardoor vaak achterdochtig, angstig en gedesoriënteerd. Wanneer men dan kiest voor een harde, confronterende benadering, kunnen de Korsakovpatiënten in paniek raken. Ze worden nog angstiger en daardoor nog agressiever of achterdochtiger en gaan zich terugtrekken. De rust en het vertrouwen die nodig zijn om een behandelrelatie op te bouwen, worden zo verspeeld. En dan bereikt men het tegenovergestelde van wat men beoogde. Hulpverleners en familieleden doen er daarom beter aan om de patiënten te helpen bij het verwerken van hun alledaagse confronterende ervaringen, waarbij men tegelijk kan proberen ze te motiveren tot het gebruik van hulpmiddelen.

Vergelijkbare problemen doen zich voor bij het verwerken van oude traumatische ervaringen en het accepteren van een onzekere toekomst. Door hun chronische alcoholmisbruik zijn Korsakovpatiënten al ruim voor het begin van hun ziekte op een dood spoor terecht gekomen. Vriendschappen, relaties en de oude maatschappelijke positie zijn verspeeld; werk, hobbies en bezittingen zijn verloren gegaan. Hoe gaan Korsakovpatiënten om met dit verdriet en deze teleurstellingen? Zijn ze nog in staat om dit te verwerken? Ook hier zijn pasklare antwoorden niet te geven. De ervaring heeft wel geleerd dat psychotherapie bij Korsakovpatiënten zelden of nooit tot enig succes leidt. Meestal zal men zich moeten beperken tot het tonen van begrip en het geven van ondersteuning op momenten dat de patiënten het moeilijk hebben.



5.5 Dwang en drang

Een ander problematisch gevolg van het gebrek aan ziektebesef en ziekte-inzicht bij Korsakovpatiënten, is dat ze nooit hulp zoeken, ook al staan ze in alle opzichten aan de rand van de afgrond. Dat brengt familieleden en hulpverleners vaak in een lastige positie: de hulp die de patiënten nodig hebben, zullen ze zelden of nooit vrijwillig accepteren. De hulpverlening aan Korsakovpatiënten is daarom onlosmakelijk verbonden met dwang en drang.

Wanneer het syndroom van Korsakov vooraf wordt gegaan door een syndroom van Wernicke, zijn de problemen nog wel te overzien. Vanwege deze levensbedreigende aandoening zijn de patiënten meestal met spoed opgenomen in een ziekenhuis. Daarvan beklijft toch altijd wel iets en daarom zijn deze patiënten meestal wel te doordringen van de ernst van de situatie en laten zich gemakkelijker overreden tot een vervolgbehandeling.

Anders is het bij patiënten die in de thuissituatie langzaam een syndroom van Korsakov ontwikkeld hebben, zonder een duidelijk syndroom van Wernicke. Deze patiënten zijn veel moeilijker te overreden om zich op te laten nemen, omdat ze nauwelijks begrijpen wat er aan de hand is. Door hun stoornissen zijn ze immers het zicht op hun stoornissen verloren. Daarom moeten familieleden en hulpverleners regelmatig hun toevlucht nemen tot het aanvragen van een Rechterlijke Machtiging (RM). Als de rechter akkoord gaat met dit verzoek, wordt de beslissingsvrijheid van de patiënt aan banden gelegd (voor een periode van 3 tot maximaal 12 maanden) en kan hij of zij onder dwang worden opgenomen.

5.6 Omgaan met angst, agressie en ontremming

Door hun geheugenstoornissen zijn Korsakovpatiënten vaak volledig gedesoriënteerd. Ze weten niet meer waar ze zijn, hoe ze ergens gekomen zijn, en wat de dag of de datum is. Een nieuwe omgeving blijft heel lang een vreemde, onbekende en onvoorspelbare wereld. Door de executieve stoornissen wordt deze wereld bovendien weerbarstig en onhandelbaar. Kortom, Korsakovpatiënten belanden snel in situaties waarin ze overvraagd worden en in situaties waarin ze geen overzicht hebben. Ze zijn daardoor vaak **angstig en in de war**. De patiënten beseffen op die momenten dat ze voor opgaven staan die ze niet meer aankunnen, maar ze begrijpen niet hoe dat komt. Dit leidt snel tot **paniek** en uiteindelijk tot zogenaamde "**catastrofereacties**," heftige emotionele reacties, of zelfs agressie, die een uitdrukking zijn van totale ontredde ring.

Wanneer ze dit eenmaal meegemaakt hebben, zullen de patiënten

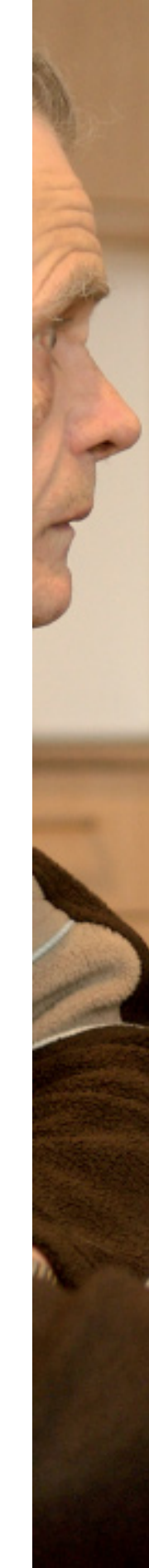
alles in het werk stellen om deze catastrofe reacties te voorkomen, bijvoorbeeld door problematische situaties uit de weg te gaan en door de eigen leefomgeving te verkleinen en overzichtelijk te maken. Dit kan leiden tot wonderlijke rituelen en vreemd, dwangmatig gedrag. Het is moeilijk om hierover met de patiënten te praten, want ze beseffen zelf niet goed waartoe deze rituelen en gedragingen dienen.

Het is belangrijk dat familieleden en hulpverleners in deze paniek, in deze agressie en in deze gedragsstoornissen de angst en de desoriëntatie herkennen, want Korsakovpatiënten hebben op deze momenten een grote **behoefte aan geruststelling, kalmering en ondersteuning**. Het heeft meestal weinig zin om de patiënten uit te leggen wat er tijdens aanvallen van onrust, paniek of agressie met ze aan de hand is; ze zullen deze uitleg niet begrijpen en niet accepteren. Veel belangrijker is het dat familieleden en hulpverleners beseffen dat de omgeving van de patiënt blijkbaar te onoverzichtelijk is geworden of de belasting te groot. De patiënten kunnen de voor hen optimale leefomgeving niet zelf creëren of in stand houden, en ook kunnen ze zelf niet goed inschatten wat ze aankunnen. Het behoort daarom tot de taak van hulpverleners of begeleidende familieleden om deze omgeving te creëren en de patiënten waar nodig beperkingen op te leggen.

Bij sommige Korsakovpatiënten leiden de centraal executieve stoornissen tot problemen met het beheersen van hun impulsen. We zien dan uitbarstingen van woede of agressie die door banale gebeurtenissen worden opgeroepen en die niet te verklaren zijn uit angst of desoriëntatie. Soms zien we ook seksuele ontremming, in de vorm van exhibitionistisch gedrag, handtastelijkheden en ongepaste opmerkingen. Juist omdat deze vormen van ongepast gedrag het leerproces en de sociale contacten verstoren, moet er ingegrepen worden. De behandeling als geheel zou anders in gevaar komen. Wanneer het ontremde gedrag niet door het aanpassen van de omgeving of van de benadering ingedamd kan worden, staat soms alleen de weg naar een medicamenteuze behandeling nog open.

5.7 omgaan met alcoholafhankelijkheid

Ook mensen die langdurig aan alcohol verslaafd zijn geweest, kunnen weer leren om gecontroleerd te drinken. Maar het gaat hier bijna altijd om alcoholverslaafden die nooit in contact zijn geweest met hulpverleners en die zelf de kracht hebben gevonden om hun verslaving te overwinnen. Bij Korsakovpatiënten is dit duidelijk niet het geval. Alleen al het feit dat zij een syndroom van Korsakov ontwikkeld hebben, betekent dat zij hun drankzucht nooit de baas zijn geworden. Zij zijn door blijven drinken, ook al ging dit ten koste van hun baan, hun vriendschappen, hun relaties en hun contacten met naaste familieleden. Nu hebben deze patiënten bovendien ernstige stoornissen van het



geheugen, planning en zelfinzicht ontwikkeld. Is er dan nog een mogelijkheid dat deze patiënten verstandig met alcohol om kunnen gaan? Dat lijkt niet voorstelbaar. Kortom, alcoholgebruik is voor Korsakovpatiënten een afgesloten hoofdstuk.

Dit inzicht is echter niet gemakkelijk in de praktijk te brengen. De ervaring leert dat juist bij de lichtere syndromen van Korsakov het verlangen naar alcoholische dranken levend is gebleven. In de praktijk leidt dit niet zelden tot grote problemen wanneer een patiënt eenmaal uit het ziekenhuis of een instelling ontslagen is. Dit vraagt om een goede en vaak intensieve begeleiding, want een Korsakovpatiënt moet hoe dan ook leren om weerstand te bieden tegen de continue verleiding die uitgaat van drankwinkels, supermarkten en kroegen.

Bij patiënten met een ernstiger syndroom van Korsakov is het verlangen naar alcohol vaak bijna uitgedoofd en zullen zij er niet actief naar op zoek gaan. Maar wanneer ze in contact komen met alcohol, kunnen zij alleen al vanwege ingeslepen drinkgewoonten weer beginnen met alcoholgebruik. Ook deze patiënten moeten daarom leren om in hun dagelijkse omgeving ieder contact met alcohol te vermijden. Dit is het beste te bereiken door de patiënten tijdens de behandeling onder gecontroleerde omstandigheden weer met drank in aanraking te brengen – wat natuurlijk niet betekent dat men ze ook daadwerkelijk iets laat drinken.

Bij patiënten die niet in staat blijken om de lokroep van de alcohol te weerstaan, kunnen medicijnen als acamprosaat of naltrexon helpen bij het onderdrukken van de drankzucht.

6. Voorkomen en behandelen

6.1 Kan het ontstaan van een syndroom van Korsakov voorkomen worden?

In theorie is het antwoord op deze vraag simpel: we hoeven er alleen maar voor te zorgen dat chronische alcoholisten voldoende vitamine B₁ binnen krijgen. In de praktijk kan dit echter heel lastig zijn: de zelfverwaarlozing die tot het syndroom van Korsakov leidt, treedt meestal pas op wanneer chronische alcoholisten volledig geïsoleerd zijn geraakt, wanneer de contacten met familie en vrienden zijn verbroken of uiterst moeizaam verlopen[,] en hulpverleners al lang de grip op deze mensen hebben verloren/ kwijt zijn geraakt. Wie moet er dan nog op toezien dat deze patiënten vitamines binnenkrijgen? De enige oplossing voor dit probleem lijkt, dat huisartsen en hulpverleners zo goed mogelijk signaleren bij welke alcoholverslaafden er problemen met de voeding beginnen op te treden. Misschien moet er in de toekomst toe worden


overgegaan om aan chronische alcoholverslaafden standaard vitamines te verstrekken. In sommige landen, zoals bijvoorbeeld Australië, is zelfs overwogen om wettelijk te verplichten dat producenten vitamine B₁ aan alcoholhoudende dranken toevoegen.

6.2 Kan het syndroom van Korsakov behandeld worden?

Het syndroom van Korsakov kan niet genezen worden en de geheugenstoornissen en een deel van de andere stoornissen zullen niet of nauwelijks verbeteren, welke behandeling men ook kiest. Toch kan een behandeling van Korsakovpatiënten zinvol zijn, vooropgesteld dat het niet om zeer ernstige stoornissen gaat. De patiënten kunnen namelijk leren om beter om te gaan met hun stoornissen en bovendien kan men ze nieuwe vaardigheden bijbrengen. De principes daarvan werden in paragraaf 5 al behandeld. Zo'n behandeling is vooral belangrijk, omdat de aangeleerde vaardigheden het verschil kunnen betekenen tussen opname in een verpleeghuis en leven in een RIBW-woning of een andere begeleide woonvorm.

Vroeger kwamen de meeste Korsakovpatiënten in een verpleeghuis terecht. Daar zijn ze zelden op hun plaats, omdat ze weliswaar ernstige stoornissen van het geheugen en de gedragsplanning hebben, maar verder een normale intelligentie. En ook al uiten Korsakovpatiënten zich vaak heftig of juist helemaal niet, ze hebben meestal een normaal gevoelsleven.

In Nederland bestaan momenteel een aantal gespecialiseerde Korsakovklinieken of –afdelingen, die zich hebben toegelegd op de diagnostiek en behandeling van Korsakovpatiënten. Meestal bevinden ze zich op het terrein van psychiatrische instellingen, maar de benadering is niet als die van psychiatrische patiënten. De patiënten krijgen geen geneesmiddelen voor hun syndroom van Korsakov en psychotherapie speelt ook een kleine rol. De behandeling bestaat bijna volledig uit het aanleren van nieuwe vaardigheden via trainingsprogramma's. De patiënten leren hoe ze de agenda het beste kunnen gebruiken, hoe ze belangrijke informatie moeten opschrijven en later weer terugzoeken. Daarnaast leren ze (opnieuw) om zichzelf goed te verzorgen, hun leefruimte op te ruimen, inkopen te doen, te reizen met het openbaar vervoer, te koken en te wassen. Meestal duurt deze behandeling tussen de 6 en 24 maanden. De patiënten die met succes de behandeling hebben doorlopen, kunnen soms naar huis, maar meestal is een RIBW-woning een betere oplossing (RIBW: Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen). In een dergelijke woning leven 4 tot 6 mensen bij elkaar. Ze delen enkele gemeenschappelijke ruimten, maar hebben ook ieder een eigen kamer. Gedurende enkele uren per dag worden deze mensen geholpen door professionele begeleiders. Momenteel wordt er op enkele plaatsen in Nederland geëxperimenteerd



met speciale RIBW-woningen voor Korsakovpatiënten, waarbij de begeleiding intensiever is. Een ander voordeel van deze speciale RIBW-woningen is dat er alleen Korsakovpatiënten in wonen. Het is namelijk gebleken dat Korsakovpatiënten niet goed samen kunnen leven met mensen die aan psychiatrische stoornissen lijden.

Bij sommige Korsakovpatiënten zijn de geheugenstoornissen en de gedragsstoornissen zo ernstig en het leervermogen zo gering, dat ze niet meer goed te trainen zijn. Deze patiënten kunnen zich niet handhaven in een RIBW-woning en hebben 24-uurszorg nodig. Een verpleeghuis is dan de enige oplossing. Omdat Korsakovpatiënten meestal over een redelijk helder verstand beschikken, ondanks de invaliderende geheugenstoornissen en gedragsstoornissen, zijn ze in een gewoon verpleeghuis niet op hun plaats. Daarom zijn er nu in Nederland enkele speciale verpleeghuizen en verpleeghuisafdelingen, die gespecialiseerd zijn in de opvang en huisvesting van Korsakovpatiënten.

De adressen van behandelafdelingen en woonvoorzieningen voor Korsakovpatiënten kan men vinden op www.korsakovsyndroom.nl.

*Met dank aan Drs. Klaas Arts, gedragsneuroloog
en aan Alzheimer Nederland*