

Persisterende subjectieve geheugenklachten op middelbare leeftijd: diagnostiek en behandeling

S.C.J. Verfaillie, N. Korten, M.G.J.M. van der Sluijs, H.W. Jeurig, P. van Oppen, W.M. van de Flier, J.M. Overbeek, R.E.R. Slot, F. Bouwman, A. Dols

Samenvatting Een 47-jarige hoogopgeleide man met een blanco psychiatrische voorgeschiedenis werd na herhaaldelijk onderzoek op de geheugenpolikliniek verwezen voor psychiatrische diagnostiek wegens persisterende subjectieve geheugenklachten. Hij had in toenemende mate een preoccupatie en angst voor de klachten, ondanks de negatieve bevindingen bij aanvullend onderzoek. Er was sprake van 'neurocognitieve hypochondrie', een ziektebeeld dat een raakvlak heeft met cogniforme en ziekteangststoornissen, waarbij onbegrepen cognitieve klachten, obsessies en bezorgdheid over het krijgen van dementie vooropstaan en specialistische behandeling geïndiceerd is. Deze gevalbeschrijving geeft meer inzicht in de differentiële diagnostiek, classificatie binnen de huidige DSM-5-criteria, en mogelijke aanknopingspunten voor behandeling.

Geheugenklachten komen frequent voor en kunnen een reden zijn voor verwijzing naar een geheugenkliniek.¹ Bij ongeveer 25% van de patiënten die op de geheugenpoli komen, is er sprake van subjectieve cognitive decline (SCD) of subjectieve geheugenklachten waarbij de ervaren klachten niet geobjectiveerd kunnen worden met neuropsychologisch onderzoek (NPO).² Het beloop van subjectieve geheugenklachten is over het algemeen gunstig. Bij een minderheid (ongeveer 18%) van deze groep ontwikkelt zich dementie in de loop van 4 jaar.^{3,4} Bij een meerderheid van de patiënten hangen de subjectieve geheugenklachten samen met psychologische factoren of (subklinische) psychische stoornissen zoals dysforie, angst en neuroticisme, of een psychotisch, stemmings-, angst- of somatisch symptoom of aandachtstekortstoornis.¹

Hoewel bij een kleine minderheid op korte termijn neurocognitieve stoornissen of dementie ontstaan, blijft er bij een groot aantal (87%) van geheugenkliniekpatiënten met SCD bezorgdheid over het geheugen bestaan.¹ Bovendien kan er een fixatie op de geheugenklachten ontstaan met obsessionele gedachten of een angst om dement te worden,⁵ die lastig te classificeren zijn binnen de huidige DSM-5-criteria.

In deze casusbeschrijving bespreken wij een patiënt die wordt verwezen voor psychiatrische diagnostiek bij persisterende progressieve SCD. De casus is van belang, aangezien het een relatief jonge, hoogopgeleide man betreft, zonder mentale problemen in de voorgeschie-

denis. Patiënt is gedurende 6 jaar gevolgd vanwege SCD in het kader van wetenschappelijk onderzoek,⁶ waarbij na grondig en herhaaldelijk onderzoek geen neurocognitieve stoornissen geobjectiveerd konden worden. Er waren geen aanwijzingen voor een beginnende neurodegeneratieve aandoening of hersenschade die de geheugenklachten kon verklaren. Echter, bij patiënt verergeren de geheugenklachten en de daarmee gepaard gaande bezorgdheid na de onderzoeken. We bespreken de psychiatrische differentiaaldiagnostische overwegingen, de classificatie binnen de huidige DSM-5-criteria en eventuele therapeutische aanknopingspunten.

CASUSBESCHRIJVING

Patiënt A, een hoogopgeleide man, werd 10 jaar geleden op 41-jarige leeftijd voor het eerst verwezen naar onze geheugenpolikliniek met sinds 6 jaar bestaande geheugenklachten. Patiënt had met name last van het onvermogen om zich gebeurtenissen te herinneren die meer dan een maand geleden hadden plaatsgevonden. Tevens bestonden er klachten van niet op namen of woorden kunnen komen. Ondanks alle klachten werkte patiënt volledig, hetgeen niet tot grote problemen had geleid, hoewel hij wel allerlei geheugensteuntjes (zoals notities, post-its, geluidopnamen van belangrijke vergaderingen) gebruikte. De grootste zorg had hij over de toekomst, de vrees (bijna overtuiging) dat hij zijn werk niet meer

AUTEURS

S.C.J. (Sander) Verfaillie, GZ-psycholoog, GGZ inGeest, Amsterdam, postdoctoraal onderzoeker, Amsterdam UMC, Amsterdam.

Nicole Korten, klinisch neuropsycholoog & senior onderzoeker, GGZ inGeest, Amsterdam.

Melissa G.J.M. van der Sluijs, huisarts in opleiding, Radboud UMC, Nijmegen.

Hans W. Jeuring, psychiater & onderzoeker, UCP ouderen-psychiatrie, UMCG, Groningen.

Patricia van Oppen, GZ-psycholoog, GGZ inGeest, praktijkopleider GZ-opleiding, hoogleraar Psychotherapie in de psychiatrie, Vrije Universiteit, Amsterdam.

Wiesje M. van de Flier, neuropsycholoog, epidemioloog, Alzheimercentrum Amsterdam, Amsterdam UMC, Amsterdam, hoogleraar Determinanten van cognitieve achteruitgang en dementie, Vrije Universiteit, Amsterdam.

Jose M. Overbeek, psycholoog in opleiding tot GZ-psycholoog, Amstelring, Amsterdam.

Rosalinde E.R. Slot, arts in opleiding tot neuroloog, afd. Neurologie, Amsterdam UMC, Amsterdam.

Femke Bouwman, neuroloog & senior onderzoeker, Alzheimercentrum Amsterdam, afd. Neurologie, Amsterdam UMC, Amsterdam.

Annemiek Dols, psychiater & senior onderzoeker, GGZ inGeest, Amsterdam, consultant, Alzheimercentrum Amsterdam, en afd. Psychiatrie, UMC Utrecht Hersencentrum, Universiteit Utrecht, Utrecht.

Correspondentie

Sander C.J. Verfaillie (s.verfaillie@ggzingeest.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 16-12-2022.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2023;65(4):272-277

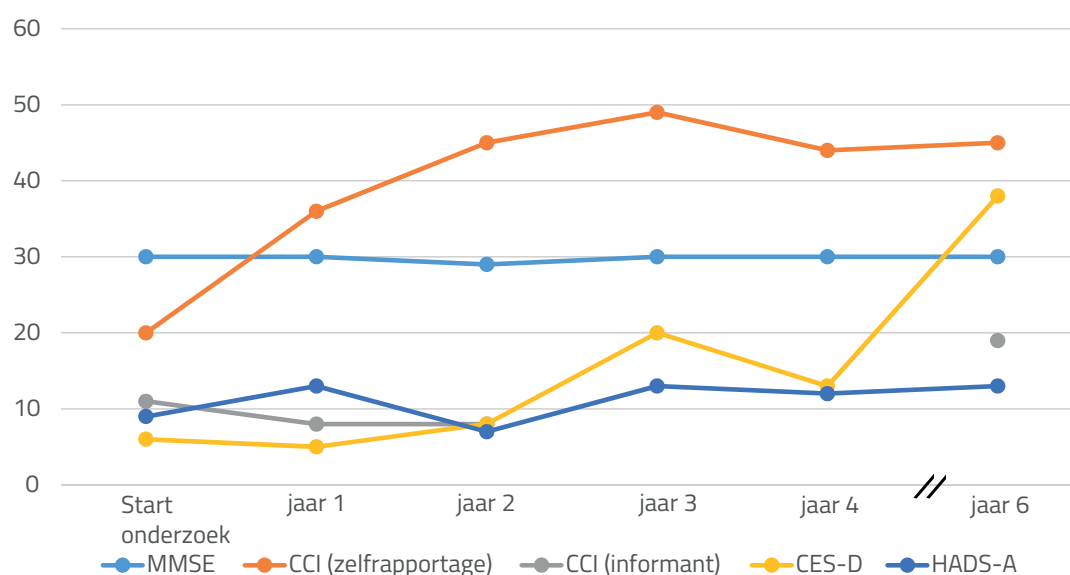
volledig zou kunnen doen door de progressieve geheugenklachten.

Tijdens het eerste onderzoek werd patiënt uitgebreid onderzocht, zowel somatisch als neurologisch, inclusief neuropsychologisch onderzoek (NPO), electrocardiogram, laboratoriumonderzoeken, MRI-scan van de

hersenen; alle zonder afwijkingen. Er was geen sprake van een belaste familieanamnese voor dementie of psychische stoornissen.

Drie jaar later verwees de huisarts patiënt opnieuw naar de geheugenpolikliniek wegens persisterende geheugenklachten. De zelf gerapporteerde geheugenklachten

Figuur 1. Score van patiënt A op longitudinale psychiatrische en cognitieve vragenlijsten



CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression scale; CCI: cognitive change index (zelf- en informantenrapportageversies); HADS-A: Hospital Anxiety and Depression Scale, subscale anxiety; MMSE: Mini-Mental State Examination. De metingen van alle vragenlijsten van jaar 5 van de onderzoeksperiode ontbraken, en de CCI-informantenversie ontbrak in jaar 3 tot en met jaar 5.

waren toegenomen in ernst, evenals de zorgen hierover. Hij herinnerde zich gebeurtenissen van minder dan een maand geleden niet meer, bijvoorbeeld met wie hij een weekendje weg was geweest. Daarnaast kostte het hem moeite om gebeurtenissen in de tijd te plaatsen of visuele details van belangrijke gebeurtenissen te reproduceren. Dit ging gepaard met panieklachten en piekeren, wat de vergeetachtigheid verergerde. Een heteroanamnese bij zijn partner bevestigde dat patiënt details van recente gebeurtenissen niet kon onthouden. Partner moest dingen herhalen, patiënt zou regelmatig vaak niet meer weten waar hij mensen van kende of hoe zij heten.

Tijdens dit tweede bezoek herhaalden we het eerste uitgebreide neuropsychologische en neurologische onderzoek van 3 jaar terug en vergeleken de resultaten met de eerdere bevindingen. De aanvullende ¹⁸F-florbetaben-positronemissietomografie (PET)-scan wees niet op amyloïdafzettingen. Een elektro-encefalogram na slaapdeprivatie werd vervaardigd, om geheugenproblemen voortkomend uit een paroxismale partiële epilepsie uit te sluiten. Ook deze liet geen afwijkingen zien.

Neurocognitieve stoornissen en een neurodegenera-

tieve aandoening werden opnieuw uitgesloten. Er werd wederom geconcludeerd dat het ging om SCD. Patiënt ging in op de uitnodiging om deel te nemen aan wetenschappelijk onderzoek met een longitudinaal cohort bestaande uit personen met SCD.⁶ Bij follow-up een jaar later maakte patiënt zich opnieuw toenemend zorgen over zijn geheugen en de daarmee gepaard gaande beangstigende gedachten dat hij niet in staat zou zijn om zijn werkzaamheden in de toekomst voort te zetten.

Figuur 1 laat zien dat deze zorgen werden ondersteund door een stijging op een vragenlijst gericht op cognitieve klachten (cognitive change index; CCI).

In verband met de bijkomstige angst en het dreigende disfunctioneren op zijn werk werd hij 6 jaar na zijn eerste bezoek aan onze geheugenpolikliniek verwezen voor psychiatrische diagnostiek, die we hierna bespreken. Omdat de klachten atypisch van aard waren, patiënt niet gerustgesteld kon worden, en er bij de aanvullende onderzoeken geen afwijkingen werden gevonden, consulteerden we een psychiater om de klachten te onderzoeken. Patiënt had echter weinig vertrouwen in psychiatrisch onderzoek: hij dacht dat er een proces aan de gang was in zijn hersenen dat nog niet

Tabel 1. Differentiaaldiagnostische overwegingen voor subjectieve cognitieve klachten en neuropsychologische bevindingen

Te differentiëren stoornissen	Kenmerken en onderscheid
ADHD	Geheugenproblemen kunnen optreden bij gestoorde aandacht; ⁷ geheugenproblemen bij ADHD zijn vaak al langere tijd aanwezig, met wisselende ernst, en gaan gepaard met aandachtsproblemen. Geheugenklachten verslechteren niet over tijd. De klachten kunnen samenhangen met de mate van cognitieve inspanning. Er is een zwakke relatie tussen subjectieve en objectieve cognitieve.
Gegeneraliseerde-angststoornis	Kenmerkt zich door buitensporig zorgen maken om het geheugen, of achteruitgang, zonder dat dit leidt tot geheugenproblemen aan sich. Er zijn vaak geen specifieke geheugenklachten, maar bange voorgevoelens op meerdere terreinen, met lichamelijke klachten (vermoeidheid, spierspanning en slaapproblemen). Kenmerkt zich meer met lichte aandachts- en werkgeheugenproblemen. ⁸
Depressie	Geheugen-, executieve functie- en concentratieproblemen/stoornissen. Somberheid en verlies van initiatief of interesses staan op de voorgrond. De cognitieve problemen hangen samen met de ernst van de somberheid. ⁹
(Cognitieve) conversiestoornis	Wisselende objectieve cognitieve prestaties (genormeerd) bij het neuropsychologisch onderzoek, vaak zijn er afwijkingen op prestatie- of symptoomvaliditeitstaken. Spontane episodes van cognitieve problemen. ^{10,11}
Nagebootste stoornis	
Dissociatieve stoornis	Spontane episodes van plotselinge 'uitval', geheugenverlies (specifiek, autobiografisch), en/of dissociaties, die niet persisteren, maar gewoonlijk psychotraumatisch of stressvol van aard zijn.
Somatisch-symptoomstoornis	Excessieve en disproportionele gedachten en gedragingen over een lichamelijke klacht, die niet objectiveerbaar zijn. Zelden worden geïsoleerde geheugenklachten gerapporteerd zonder verdere lichamelijke klachten.
Ziekte-angststoornis	Snelle verontrusting over de gezondheidstoestand (in dit geval het geheugen), patiënt laat zich niet geruststellen, vertoont excessief gezondheidsgerelateerd gedrag of vermijding. Geen evidente objectiveerbare cognitieve stoornissen.
Obsessieve-compulsieve stoornis	Recidiverende en persisterende gedachten, impulsen of voorstellingen over geheugenverlies en de gevolgen ervan; deze worden geneutraliseerd met dwanghandelingen, zoals (mentaal) controleren of informatie vastleggen. Lichte beperkingen in het visuo-spatieel geheugen, executieve functie, verbaal geheugen en woordproductie. ¹²

waargenomen kon worden met de huidige technieken. Daarnaast gaf hij aan vergelijkbare geheugenproblemen te signaleren bij zijn kind, en droeg hij soms een body camera om gebeurtenissen vast te leggen zodat hij die later kon terugkijken.

Psychiatrisch onderzoek

Bij psychiatrisch onderzoek werd een goed verzorgde, kwieke man van middelbare leeftijd gezien, die jonger werd geschat dan kalenderleeftijd. Zijn preoccupatie met (angst voor) geheugenverlies was opvallend, evenals de levendige mimiek en gestiek. De klachten werden gepresenteerd met een opgewekt affect. Er was geen sprake van somberheid of verlies aan initiatief.

Aanvullende psychiatrische diagnostiek

In de biografie viel op dat patiënt goed kon leren en dat zijn ouders hem daarin hadden gestimuleerd. Er was geen sprake van hechtingsproblematiek of traumatische gebeurtenissen. Wel was er ongeveer 10 jaar geleden een relatie problematisch verbroken en was patiënt sindsdien vrijer gaan leven en gebruikte hij ongeveer eens per maand harddrugs, zoals xtc. Hij was bezorgd dat dit drugsgebruik mogelijk had geleid tot zijn geheugenklachten, hoewel hij buiten het drugsgebruik om ook last had van zijn geheugen. Zijn huidige relatie was naar tevredenheid en hij had een goed sociaal netwerk. Er was een brede psychiatrische differentiaaldiagnose, die (deels) werd onderzocht met een semigestructureerd interview voor DSM-5. We bespreken de aanvullende psychiatrische diagnostiek puntsgewijs en presenteren differentiaaldiagnostische overwegingen in **tabel 1**. Hoewel patiënt aangaf zijn dagelijks functioneren zonder evidente belemmeringen te kunnen voortzetten, leken er wel een significante lijdensdruk en een zekere beperking in het sociaal en beroepsmatig functioneren te zijn als gevolg van de overmatige angst en het controleren van de geheugenfunctie.

Ten eerste overwogen we ADHD vanwege de wisselende concentratieproblemen en psychomotore onrust. Het is bekend dat geheugenproblemen kunnen optreden bij een gestoorde aandacht.⁷ Bij een diagnostisch interview voor ADHD bij volwassenen (DIVA-5) scoorde patiënt positief op 2 van de 9 criteria voor aandachtsdeficiëntie en hyperreactiviteit op zowel kinder- als op volwassen leeftijd, en ADHD werd hiermee uitgesloten.

Ten tweede dachten we aan een gegeneraliseerde angststoornis, vanwege het 'buitensporig' zorgen maken om het geheugen. Echter, deze angst beperkte zich uitsluitend tot het geheugen (één ziekte), vanuit de angst in de toekomst niet te kunnen werken door geheugenproblemen, en niet zozeer op andere terreinen van functioneren of voor allerlei (dagelijkse) gevaren die plaats kunnen gaan vinden in de nabije toekomst. Bovendien ontbraken lichamelijke klachten en zagen we geen 'angstige' presentatie.

Ten derde verwierpen we depressie als mogelijke oorzaak omdat er anamnestic geen sprake was van somberheid of verlies van initiatief of interesses. Ten vierde voldeed patiënt niet aan een conversiestoornis met cognitieve symptomen, nagebootste stoornis of dissociatieve stoornis, omdat zijn cognitieve prestaties op een gemiddeld tot hooggemiddeld consistent (genormeerd) niveau lagen bij het neuropsychologisch onderzoek, en in de anamnese waren er ook geen aanwijzingen voor episodes van plotselinge 'uitval' en/of dissociaties.

Ten vijfde overwogen we een somatisch-symptoomstoornis of een ziekteangststoornis. Patiënt voldeed aan 6 van de 6 criteria voor ziekteangststoornis (voorheen hypochondrie), en aan ten minste 2 van de 3 criteria voor somatisch-symptoomstoornis. Er bestond (> 6 maanden) een preoccupatie met het hebben of krijgen van een ernstige ziekte (geheugenstoornissen) met snelle verontrusting over de gezondheidstoestand. Daarnaast liet patiënt zich niet geruststellen en vertoonde excessief gezondheidsgerelateerd gedrag. Ten zesde overwogen we een obsessieve-compulsieve stoornis. Er leek sprake van recidiverende en persisterende gedachten, impulsen of voorstellingen over geheugenverlies en de gevolgen daarvan ('ik ga mijn geheugen verliezen, ik ben mijn geheugen al deels kwijt' en 'ik kan over een paar jaar niet meer werken door mijn geheugenverlies'). Daarbij probeerde patiënt deze gedachten te neutraliseren met controleren (in gedachten nagaan of hij zich recente gebeurtenissen kon herinneren), vastleggen (briefjes en bodycam) of geruststelling zoeken bij anderen. De obsessies en compulsies leken echter niet voldoende tijdrovend voor deze classificatie. Daarnaast vermeldde de voorgeschiedenis en biografie geen obsessies en compulsies op andere thema's in eerdere jaren, en dit maakte deze classificatie minder waarschijnlijk.

Als laatste werden zijn copinggedrag en zijn persoonlijkheidstrekken onderzocht. Op een copingvragenlijst (*Utrechtse Copinglijst*) scoorde hij zeer hoog op het zoeken naar sociale steun en zeer laag op vermijden. Op de *Nederlandse Klinische Persoonlijkheidsvragenlijst* scoorde hij gemiddeld op negativisme en somatisering, maar bovengemiddeld op psychiatrische symptomen, en hoog op extraversie en narcisme (vergeleken met de normale populatie). Een dergelijk profiel kan passen bij mensen die in hun gedrag vaker op zoek zijn naar actie en andere mensen en zich prettig voelen bij interpersoonlijke aandacht en prikkels, waarbij ze doorgaans activiteiten niet uit de weg gaan. Aan de hand van het diagnostisch interview voor persoonlijkheidsstoornissen (SCID-5-P) bleken er onvoldoende aanwijzingen voor een persoonlijkheidsstoornis.

BESCHOUWING

Diagnostische overwegingen

Geheugenklachten komen frequent (25-50%) voor bij mensen van middelbare leeftijd of ouder, maar zijn ongebruikelijker bij veertigers,¹³ zelfs bij een geheugenkliniek gespecialiseerd in dementie op jonge leeftijd. Geheugenklachten blijken vaak te persisteren bij cognitief gezonde patiënten bij een geheugenkliniek.¹ Desondanks is een meerderheid van deze groep patiënten relatief snel gerustgesteld, maar in enkele gevallen lijken de klachten te blijven bestaan en te interfereren met het dagelijks functioneren.

Verhoogde amyloïdafzettingen in de hersenen kunnen gerelateerd zijn aan het zorgen maken over het geheugen;¹⁴⁻¹⁶ echter, de amyloïd-PET-scan was bij onze patiënt niet afwijkend. Tevens waren zijn cognitieve functies jarenlang op stabiel normaal niveau, en leek er geen verhoogd risico op dementie te bestaan, maar eerder een psychische stoornis.

Ons diagnostisch dilemma was dat zorgen en obsessies over het geheugen te classificeren zijn als obsessieve-compulsieve stoornis, cogniforme stoornis of ziekteangststoornis, en eventueel als somatisch-symptoomstoornis. Dit laatste is afhankelijk van de interpretatie van 'lichamelijke klacht'. Men kan discussiëren in hoeverre geheugenklachten niet een 'lichamelijke klacht' zijn (DSM-5-criterium). Indien we cognitief functioneren als somatisch symptoom kunnen beschouwen, zou voldaan kunnen zijn aan de criteria van een somatisch-symptoomstoornis. Cognitieve klachten worden niet expliciet benoemd als 'hoofdsymptoom' in de andere DSM-5-classificaties. Vanwege deze onduidelijkheid ontbreekt daarmee ook een wetenschappelijk onderzochte (geprotocolleerde) behandelaanpak.

In deze specifieke groep lijkt het te gaan om een zeer concreet symptoom dat raakvlakken heeft met obsessies, ziekteangst en onbegrepen cognitieve klachten. Overlappende kenmerkende eigenschappen van de hiervoor genoemde classificaties zijn excessieve en disproportionele gedachten en gedragingen zoals veiligheidsgedrag, selectieve aandacht, hypervigilantie, misperceptie en catastroferende gedachten bij een lichamelijke functie of ziekte. Daarnaast kunnen de volgende ziekteangstfactoren meespelen: (onvoldoende) geruststelling, zorgconsumptie, wantrouwen en een negatieve perceptie jegens artsen en hun oordeel.⁷ Onverklaarde cognitieve klachten zijn eerder beschreven in de literatuur als functionele geheugenstoornissen¹ en functionele retrograde amnesie.¹⁸ Een bekend fenomeen in de ouderenpsychiatrie is de vergeetfobie, een angststoornis met extreme bezorgdheid over het krijgen van dementie,⁵ maar dat is ongebruikelijk voor veertigjarigen. Daarnaast hebben Delis en Wetter de term 'cogniforme stoornis' geïntroduceerd als een subtype van de somatoforme stoornis waarbij onbegrepen cognitieve

klachten op de voorgrond staan die niet passen bij de hersenschade.^{10,11}

Ook de term 'neurocognitieve hypochondrie' is eerder geïntroduceerd waarbij er geen objectiveerbare geheugenstoornissen zijn, en er een preoccupatie is met het geheugen en de patiënt niet gerustgesteld kan worden door aanvullend onderzoek.¹⁸ Neurocognitieve hypochondrie gaat gepaard met een memorybias en misattributie, net als bij een ziekteangststoornis, wat inhoudt dat deze patiënten meer gefocust zijn op de negatieve dan op de positieve stimuli en normale cognitieve 'imperfectie' toeschrijven aan een falende hersenfunctie.^{10,18} Om die reden zou neurocognitieve hypochondrie een aparte classificatie kunnen zijn, of een specificering in de DSM-5 onder ziekteangststoornis.

Welke behandeling?

De effectiviteit van psychologische behandelingen bij persisterende subjectieve geheugenklachten is onbekend. Cognitieve gedragstherapie (CGT) met onder meer exposure gecombineerd met responspreventie en mogelijk gecombineerd met cognitieve therapie, is een effectieve behandelmethodes voor zowel ziekteangst als obsessieve-compulsieve stoornis.¹⁹

Ongeacht de precieze classificatie is het van belang om de belangrijkste instandhoudende factoren (vermijding, veiligheidsgedrag, selectieve aandacht, misperceptie, disfunctionele gedachten en compulsies) in kaart te brengen. Selectieve aandacht kan men behandelen met taakconcentratieoefeningen, terwijl exposuretherapie vermijding en veiligheidsgedrag kan doorbreken. Gedragsexperimenten en cognitieve therapie kunnen helpen om disfunctionele gedachten (catastroferen, zwart-witdenken, overgeneraliseren, selectief abstraheren en diskwalificeren) rondom het 'vergeten' bij te stellen. Als laatste zou metacognitieve therapie kunnen helpen om onbeheersbare bezorgdheid en piekeren over het geheugen te verminderen.

Als alternatief, en indien geheugenklachten als onbegrepen lichamelijke klacht gezien kunnen worden, zouden we die volgens de richtlijnen als een somatisch-symptoomstoornis kunnen behandelen met CGT gericht op de gevolgen van geheugenklachten. De rationale van deze benadering is dat de geheugenklachten (en de aard ervan) niet ter discussie staan, maar de focus van de behandeling erop gericht is de gevolgen van de klachten te verminderen, en disfunctionele gedachten en gedrag te veranderen.^{20,21}

Het is onduidelijk welke van de genoemde behandelmodellen het effectiefst is bij persisterende geheugenklachten. Behalve CGT vermeldt de literatuur ook andere behandelvormen voor geheugenklachten, zoals geheugentraining, behandeling gericht op copingvaardigheden en metacognitieve therapie.²²⁻²⁵ Men dient echter wel rekening te houden met het specifieke karakter van cognitieve problematiek, die subjectief van aard is, en derhalve moeilijker aan de realiteit te toetsen

is. Verder zouden geheugentrainingen de aandacht op de geheugenklachten kunnen vergroten en daarmee de angst versterken.

Nabeschuwing

Ten tijde van de psychiatrische diagnostiek, 6 jaar na zijn eerste bezoek aan onze geheugenpolikliniek, was er na het diagnostisch onderzoek geen hulpvraag gericht op de behandeling van persisterende geheugenklachten, en daarom werd er toen geen behandeling gestart. Patiënt meldde zich echter onlangs opnieuw bij de neuroloog met angst- en panieklachten in relatie tot geheugenproblemen. Het meest passend hierbij is een ziekteangststoornis waarvoor cognitieve gedragstherapie een behandeling van eerste keuze is.

CONCLUSIE

Subjectieve geheugenklachten komen relatief veel voor en kunnen 'onschuldig' persisteren bij patiënten van een geheugenpolikliniek, terwijl slechts een minderheid dementie krijgt. Bij de door ons beschreven patiënt waren er persisterende, niet-objectiveerbare geheugenklachten, ernstige bezorgdheid en preoccupatie, waarbij we na uitvoerig onderzoek geen passende somatische of psychiatrische verklaring vonden voor de klachten. Persisterende subjectieve geheugenklachten met bijkomende preoccupatie en lijden zijn niet volledig te vangen binnen de kaders van de DSM-5, maar kunnen we het beste beschrijven als 'neurocognitieve hypochondrie', die een raakvlak heeft met ziekteangst en cogniforme stoornissen.

Echter, een wetenschappelijk onderzochte behandel-aanpak voor deze stoornis met specifieke kenmerken ontbreekt. Een vervolgstap zou kunnen zijn om te onderzoeken welke behandelmethode het beste aansluit bij deze cognitief gezonde groep patiënten om de (vaak onterechte) bezorgdheid te verminderen, en welke cognitief-gedragstherapeutische interventies effectief kunnen zijn bij deze specifieke problematiek waarbij disfunctionele gedachten over het denken een invaliderend karakter kunnen krijgen.

De beschreven patiënt hielp ons met genereuze bijdragen aan het tot stand komen van deze casusbeschrijving en met schriftelijke toestemming om deze casus te publiceren.

LITERATUUR

- Schmidtke K, Pohlmann S, Metternich B. The syndrome of functional memory disorder: Definition, etiology, and natural course. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008; 16: 981-8.
- Jessen F, Amariglio RE, van Boxtel M, e.a. A conceptual framework for research on subjective cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 2014; 10: 844-52.
- Slot RER, Sikkes SA, Berkhof J, e.a. Subjective cognitive decline and rates of incident Alzheimer's disease and non-Alzheimer's disease dementia. *Alzheimers Dement* 2019; 15: 465-76.
- Jessen F, Wiese B, Bachmann C, e.a. Prediction of dementia by subjective memory impairment: effects of severity and temporal association with cognitive impairment. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67: 414-22.
- Verhey FRJ, Ponds RWHM, Jolles, J. Een nieuw psychogeriatrisch syndroom. De vergeetfobie. *Medisch Contact* 1991; 46: 575-6.
- Slot RER, Verfaillie SCJ, Overbeek JM, e.a. Subjective Cognitive Impairment Cohort (SCIENCe): study design and first results. *Alzheimers Res Ther* 2018; 10: 76.
- Fuermaier ABM, Tucha L, Koerts J, e.a. Cognitive complaints of adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Clin Neuropsychol* 2014; 28: 1104-22.
- Yang Y, Zhang X, Zhu Y, e.a. Cognitive impairment in generalized anxiety disorder revealed by event-related potential N270. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015; 11: 1405-11.
- McDermott LM, Ebmeier KP. A meta-analysis of depression severity and cognitive function. *J Affect Disord* 2009; 119: 1-8.
- Delis DC, Wetter SR. Cogniform disorder and cogniform condition: proposed diagnoses for excessive cognitive symptoms. *Arch Clin Neuropsychol* 2007; 22: 589-604.
- McWhirter L, Ritchie C, Stone J, e.a. Functional cognitive disorders: a systematic review. *Lancet Psychiatry* 2020; 7: 191-207.
- Shin NY, Lee TY, Kim E, e.a. Cognitive functioning in obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Psychol Med* 2014; 44: 1121-30.
- Jonker C, Geerlings MI, Schmand B. Are memory complaints predictive for dementia? A review of clinical and population-based studies. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000; 15: 983-91.
- Pietrzak RH, Lim YY, Neumeister A, e.a. Amyloid- β , anxiety, and cognitive decline in preclinical Alzheimer disease: a multicenter, prospective cohort study. *JAMA Psychiatry* 2015; 72: 284-91.
- Perrotin A, La Joie R, de La Sayette V, e.a. Subjective cognitive decline in cognitively normal elders from the community or from a memory clinic: Differential affective and imaging correlates. *Alzheimers Dement* 2017; 13: 550-60.
- Verfaillie SCJ, Timmers T, Slot RER, e.a. Amyloid- β load is related to worries, but not to severity of cognitive complaints in individuals with subjective cognitive decline: The SCIENCe Project. *Front Aging Neurosci* 2019; 11: 7.
- Kellner R, Abbott P, Winslow W, e.a. Fears, beliefs, and attitudes in DSM-III hypochondriasis. *J Nerv Ment Dis* 1987; 175: 20-5.
- Boone KB. Fixed belief in cognitive dysfunction despite normal neuropsychological scores: Neurocognitive hypochondriasis? *Clin Neuropsychol* 2009; 23: 1016-36.
- Fujiwara E, Brand M, Kracht L, e.a. Functional retrograde amnesia: A multiple case study. *Cortex* 2008; 44: 29-45.
- Cooper K, Gregory JD, Walker I, e.a. Cognitive behaviour therapy for health anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Behav Cogn Psychother* 2017; 45: 110-23.
- Koelen JA, Houtveen JH, Abbass A, e.a. Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2014; 204: 12-9.
- Zonneveld LNL, van Rood YR, Timman R, e.a. Effective group training for patients with unexplained physical symptoms: A randomized controlled trial with a non-randomized one-year follow-up. *PLoS ONE* 2012; 7: 8.

De overige literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.