

COTESS: een COgnitieve TESTbatterij voor Senioren

Paul Dierick, Carine Sachem, Suzy Delarbre, Ann Cappaert

SAMENVATTING

Om dementie en andere cognitieve stoornissen bij ouderen te kunnen vaststellen, de ernst ervan in kaart te brengen en richting te geven aan behandeling en begeleiding, is een goed onderbouwd en praktisch diagnostisch instrumentarium nodig. We stellen de COTESS voor als opvolger van de Vlaamse Dementie Batterij (VDB-2). De tests waaruit de COTESS is opgebouwd, worden gesitueerd ten opzichte van de cognitieve functies die er vooral mee getest worden: aandachtsfuncties, geheugenfuncties betreffende oriëntatie, anterograde geheugenfuncties (nieuwe informatie leren), retrograde geheugenfuncties (oproepen en herkennen uit het langetermijngeheugen), taalfuncties, somatognosie, praxis, logisch denken en executieve functies. De anterograde geheugentests met een uitgestelde conditie nemen daarbij een centrale plaats in, samen met de tests die als tussentaken ingeschakeld zijn.

We dragen argumenten aan voor de betrouwbaarheid en validiteit die in de testconstructie zelf gelegen zijn en beschrijven het normeringsonderzoek in de populatie 'normale ouderen', zonder geïdentificeerde cognitieve of psychiatrische problemen. De normtabellen, waarbij rekening wordt gehouden met leeftijd, geslacht en schoolverlatersleeftijd, zijn gebaseerd op een steekproef van 342 proefpersonen gesitueerd binnen een leeftijdsbereik van 50-plus tot 90-plus. Aansluitend staan we stil bij het lopende normerings- en valideringsonderzoek bij personen met gediagnosticeerde dementie.

Ten slotte bespreken we differentiatiemogelijkheden en beperkingen van de COTESS bij bepaalde cliëntkenmerken, enkele richtlijnen voor testafname en interpretatie, en toepassingsmogelijkheden bij diagnostiek en behandelbeleid.

Inleiding

Syndromen met cognitieve stoornissen, waaronder dementie, behoren tot de meest voorkomende en typische ziektebeelden bij de oudere cliënt. De prevalentie van dementie neemt op hogere leeftijd aanzienlijk toe en stijgt bovendien spectaculair door de vergrijzing van de samenleving. De cijfergegevens liegen er niet om: zo loopt de prevalentie op tot meer dan 26% bij 85-plussers en meer dan 40% bij 90-plussers (European Collaboration on Dementia, zoals geciteerd in Kabinet van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeurzen, 2010, p. 8). De toenemende prevalentie, samen met de beschikbaarheid van geheugenmedicatie en de stijgende aandacht voor een goed afgestemde zorg en begeleiding hebben de voorbije decennia de vraag naar (vroegtijdige) diagnostiek spectaculair doen toenemen.

Vrij recent heeft de mogelijkheid van een financiële vergoeding door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) voor ‘neuropsychologisch onderzoek en gespecialiseerd diagnostisch bilan’¹ bij dementie ook een boost gegeven aan het aantal aanvragen voor cognitief onderzoek bij ouderen. En in de toekomst zal de toenadering tussen de neurowetenschappen en de psychiatrie enerzijds en de algemene geneeskunde anderzijds, waardoor er meer aandacht is voor de cognitieve aspecten van affectieve en lichamelijke aandoeningen, zoals de bipolaire stemmingsstoornis en kanker en zijn behandeling, de vraag naar neuropsychologisch onderzoek verder doen toenemen.

Een diagnostisch instrumentarium dat aangepast is voor de (psycho)geriatrie of gerontopsychiatrische populatie, maar ook voor specifieke groepen, bijvoorbeeld fragiele 50-plussers, is dus onontbeerlijk.

Historisch overzicht VDB-1 – VDB-2 – COTESS

De Werkgroep Klinische Gerontopsychologie van de Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen ontwikkelde al eind jaren tachtig van de twintigste eeuw de Vlaamse Dementie Batterij (VDB, Werkgroep Klinische Gerontopsychologie, 1989): een cognitieve testbatterij voor ouderen die toelaat meerdere cognitieve functies – zoals aandacht, geheugen, taal – in kaart te brengen in functie van een gedifferentieerde diagnostiek. Sinds 1998 is een verbeterde versie, de VDB-2, in gebruik (Werkgroep Klinische Gerontopsychologie, 1998). Door de demografische ontwikkelingen en recente wetenschappelijke inzichten drong een tweede, meer grondige herziening zich op. Die beoogt het opnemen van nieuwe tests, een globale verbetering van de testbatterij en een nieuwe normering. Door haar ruimere toepassingsmogelijkheden werd de Vlaamse Dementie Batterij omgedoopt tot COgnitieve TESTbatterij voor Senioren, afgekort COTESS.

Cognitief onderzoek bij ouderen

Goede psychodiagnostiek is van groot belang als uitgangspunt voor een optimaal zorgtraject voor de oudere cliënt. Zowel psychiatrische aandoeningen (depressie, schizofrenie, ‘late onset’ psychose, ...) als neurodegeneratieve aandoeningen leiden tot functionele, neuropsychologische uitval. Het onderscheid is vaak niet eenvoudig. Omdat die ziektebeelden een andere aanpak en behandeling vragen, is een accurate differentiaaldiagnostiek essentieel. Cognitief onderzoek mag zich niet beperken tot ‘quick screening’ van de cognitieve status. Screeningsinstrumenten² zijn in staat om snel een eerste indruk te verkrijgen van het globale cognitief functioneren en mogelijke problemen te signaleren. Het risico op onderschatting of overschatting van bepaalde uitval op basis van een ruwe screening van het cognitief functioneren is echter te groot, omdat deze instrumenten vaak een verhoogde sensitiviteit ten koste van de specificiteit vertonen.

Bovendien is in de afgelopen jaren aangetoond dat neurodegeneratieve aandoeningen niet onmiddellijk leiden tot een globaal verlies van cognitieve functies, maar dat zich een evolutie en een patroon aftekenen in het selectieve verlies van bepaalde cognitieve functies en het selectieve behoud van andere. Het is voor hulpverleners en hun cliënten van belang dat die patronen van selectief verlies en behoud via cognitief onderzoek in kaart worden gebracht. De COTESS hoopt een belangrijke bijdrage te kunnen leveren in het geheel van het diagnostische proces en het uitwerken van een geschikte behandeling en begeleiding, waarbij rekening gehouden wordt met de specifieke beperkingen en mogelijkheden van de cliënt.

Maar ook in de COTESS zijn sommige tests screeningsinstrumenten die kunnen signaleren dat verder onderzoek op een bepaald gebied aangewezen is. Dit artikel laat u kennismaken met dit uitgebreide cognitieve assessmentinstrument.

COTESS: theoretische situering volgens cognitieve functies

De COTESS bestrijkt een veel ruimer spectrum van cognitieve functies dan de oorspronkelijke VDB. Tabel 1 bevat een overzicht van de verschillende tests met de cognitieve functies die ze, theoretisch gezien, beogen te meten. Deze instrumenten zijn gebaseerd op bestaande cognitieve tests die beschreven zijn in de standaardwerken van Lezak, Howieson en Loring (2004) en Strauss, Sherman en Spreen (2006).

Om elke test te situeren in het geheel van de testbatterij wordt het volgnummer van de test weergegeven, en (in de eerste kolom) in welke sessie de test opgenomen is. Zoals de VDB is ook de COTESS ontworpen om afgenomen te worden in drie testsessies. Nieuwe tests die niet in de VDB-2 voorkwamen, zijn in de kolom 'Nieuw' gemarkeerd met een T; tests waarin nieuwe items toegevoegd zijn, werden in deze kolom gemarkeerd met een i.

[T a b e l 1] Overzicht van de tests in de COTESS volgens cognitieve functies.

Sessie	Test nr.	Nieuw	Test benaming	Cognitieve functies
Aandachtsfuncties				
1	3		Letter detecteren	vigilantie, audioverbale aandacht richten en volhouden
1	4	T	Tellen achteruit en Tellen vooruit	mentale controle, mentale snelheid
2	13		Cijfers herhalen vooruit	aandacht richten naar audioverbale informatie, audioverbale 'aandachtsspan'
2	13		Cijfers herhalen achteruit	executieve component van het werkgeheugen, mentale controle
Geheugenfuncties: oriëntatie				
1	1.B		Interview deel B	oriëntatie in tijd en plaats, anterograde en retrograde geheugenfuncties
1	12	T	Tijdsestimatie sessie 1	schatting van de tijdsduur (per sessie)
2	25	T	Tijdsestimatie sessie 2	schatting van de tijdsduur (per sessie)
3	37	T	Tijdsestimatie sessie 3	schatting van de tijdsduur (per sessie)
				Anterograde geheugenfuncties (nieuwe informatie leren)
				<i>3 x 2 complementaire tests:</i>
				<i>leren van nieuwe ongestructureerde informatie met een uitgestelde conditie</i>
1	2.B		Tien figuren A	incidenteel leren (zonder voorafgaande instructie tot onthouden), met visuoverbaal materiaal: onmiddellijke reproductie
1	8		Tien figuren A	incidenteel leren (zonder voorafgaande instructie tot onthouden), met visuoverbaal materiaal: uitgestelde reproductie en uitgestelde herkenning

Sessie	Test nr.	Nieuw	Test benaming	Cognitieve functies
2	14		Tien woorden	intentioneel leren (met voorafgaande instructie tot onthouden), met vijf leerbeurten, met audioverbale informatie: onmiddellijke reproductie
2	18		Tien woorden	intentioneel leren (met voorafgaande instructie tot onthouden), met vijf leerbeurten, met audioverbale informatie: uitgestelde reproductie en uitgestelde herkenning
3	26.B	T	Tien figuren B	intentioneel leren (met voorafgaande instructie tot onthouden), met vijf leerbeurten, met visuoverbaal materiaal: onmiddellijke reproductie
3	28	T	Tien figuren B	intentioneel leren (met voorafgaande instructie tot onthouden), met vijf leerbeurten, met visuoverbaal materiaal: uitgestelde reproductie en uitgestelde herkenning
3	32		<i>Logisch geheugen</i>	<i>intentioneel leren van betekenisvol gestructureerde audioverbale informatie: onmiddellijke reproductie</i>
2	19		<i>Stokjesfiguren A</i>	<i>onmiddellijke reproductie uit het geheugen voor visueel-abstract materiaal, visuoconstructieve vaardigheid</i>
Retrograde geheugenfuncties (oproepen of herkennen uit het langetermijngeheugen)				
1	1.A		Interview deel A	episodisch autobiografisch geheugen voor persoonsgebonden feiten
2	15	T	Beroemdheden en nieuwsfeiten	aspecten van het semantisch retrograde geheugen
Taalfuncties				
1	2.B		Tien figuren A benoemen	visuele waarnemingsfuncties (perceptie), kenfuncties (gnosis), expressieve taal
3	26.A	T	Tien figuren B benoemen	visuele waarnemingsfuncties (perceptie), kenfuncties (gnosis), expressieve taal
1	9	i	Definiëren (van woorden)	conceptuele kennis, semantiek
1	10	i	Zinnen vormen (met opgegeven woorden)	verbaal expressievermogen; vermogen om woorden, begrippen met elkaar in een betekenisverband te brengen
1	11		Beschrijven (van 3 platen waarop een sociale situatie afgebeeld is)	verbaal expressie- en begripsvermogen in drie componenten: juiste zinnen kunnen formuleren, een coherent verhaal kunnen samenstellen, de betekenis kunnen weergeven die in de situatie te zien is; visuele waarnemingsfunctie (perceptie), kenfunctie (gnosis)
2	22	i	Schrijven (driedelige opdracht: naam schrijven, dictee en een zelfbedachte inhoud schrijven)	grafomotoriek, spelling, verbale expressie
2	23		Technisch lezen	technische leesvaardigheid, met eenvoudig materiaal
2	24		Begrijpend lezen	eenvoudig leesbegrip
Somatognosie				
3	33		Vingergnosie	identificeren van de vingers die visueel aangewezen of tactiel aangeraakt worden, een deel van de kennis van het lichaamsschema

Sessie	Test nr.	Nieuw	Test benaming	Cognitieve functies
3	35		Links-rechtsdifferentiatie	het vermogen om links en rechts te onderscheiden zowel bij zichzelf als bij een andere persoon (mentale omkering)
Praxis				
2	20	i	Ideatorische praxis	een vereist handelingsplan (spatiotemporeel mentaal beeld van de bewegingen) kunnen toepassen, of de deelhandelingen met stapsgewijze begeleiding kunnen uitvoeren
2	21		Tekenen	visuoconstructieve vaardigheden, geheugencomponent (bij vrij tekenen van een opgegeven object)
2	19.B		Stokjesfiguren B	visuoconstructieve vaardigheid los van de geheugencomponent (in Stokjesfiguren A)
Logisch denken				
3	29	T	Spreekwoorden en zegswijzen	abstract redeneervermogen, het kunnen vatten van de figuurlijke betekenis van een uitspraak, semantische kennis
3	30	T	Overeenkomsten	verbaal of talig abstracte relaties kunnen vinden en conceptualiseren
3	31	i	Rekenen	redeneren in de rekenvaardigheid, aandachtsfunctie, werkgeheugen, mentale controle en flexibiliteit
3	36	T	Logisch associëren	de semantische betekenis kunnen afleiden van figuren en woorden, abstract redeneervermogen
Executieve functies				
1	5	T	Klopreksen	bewuste gedragssturing, mentale omkeringsoperaties en responsinhibitie
1	7	T	Driedledige krullen	bewuste gedragssturing, responsinhibitie, visuoperceptie, visuografische praxis
1	6	T	Meander	analyseren en herkennen van een repetitief visuografisch patroon in zijn componenten, voortzetten van deze sequentie, visuoperceptie, visuografische praxis
2	17	T	Symbolenreeks kopiëren	onderscheiden en voortzetten van de sequentie '+ - 0'; visuoperceptie, visuografische praxis
2	16	T	Symbool detecteren	doelgericht gedrag, opstarten en aanhouden van een efficiënte zoekstrategie, een complex visueel geheel scannen op overeenkomsten, visuoperceptie, visuografische praxis
3	27	T	Doolhoven	doelgericht gedrag, planmatig te werk gaan, rekening houden met opgelegde regels, opdracht analyseren, visuele scanning, strategieën bedenken en toepassen, anticiperen op de gevolgen van mogelijke (foutieve) handelingen, planning kunnen aanpassen; visuoperceptie, visuografische praxis
3	34	T	Woordvlotheid: semantische woordvlotheid, beginletter woordvlotheid	gerichte woordproductie: oproepingsvloeiendheid of verbale vlotheid, semantisch geheugen, kortetermijngeheugen

COTESS: opbouw van de testbatterij in drie sessies

Het overzicht in tabel 1 laat zien dat de testbatterij samengesteld is uit een vrij uitgebreid aantal tests. De meeste tests staan los van elkaar. Er worden geen overkoepelende uitkomsten berekend. Zoals bij de VDB-2 zijn de tests in de COTESS geordend in drie sessies.

Centrale plaats van de anterograde geheugentests met uitgestelde conditie

Een centrale plaats in elke sessie wordt ingenomen door respectievelijk de ‘Tien figuren A’-test, de ‘Tien woorden’-test en de ‘Tien figuren B’-test, die anterograde geheugenfuncties meten (het opnemen van nieuwe informatie) met een uitgestelde conditie. Die tests zijn opgebouwd in drie stappen die samen horen:

- het aanbieden van de informatie (visueel of auditief) en het testen van de Onmiddellijke Reproductie (OR);
- een of enkele tussentaken (andere tests) waarbij de aandacht op andere zaken wordt gericht;
- het vervolg van de anterograde geheugentest waarbij Uitgestelde Reproductie (UR) en Uitgestelde Herkenning (UH) getest worden.

Die testgegevens kunnen een aanwijzing geven over oproepingsproblemen uit en/of consolidatieproblemen in het anterograde geheugen.

In elk van de drie sessies is dus een anterograde geheugentest opgenomen die uit die drie stappen bestaat. Ze bieden complementaire informatie over hoe de cliënt nieuwe informatie kan leren en waar in die geheugensystemen eventuele problemen tot uiting komen.

Tussentijd en tussentaken vóór de uitgestelde conditie

Het onderliggende idee is dat de aandacht gedurende enkele minuten gericht dient te worden op andere zaken. Op die manier kan men nadien nagaan of de aangeboden informatie verder verwerkt is dan het onmiddellijke geheugen, of er een initiële inprenting in het anterograde geheugen heeft plaatsgevonden en of de cliënt die informatie actief kan oproepen uit het anterograde geheugen.

Ervan uitgaand dat in de VDB-2 de tussentijd tussen de leerconditie en de uitgestelde conditie te kort is (ongeveer vijf minuten), terwijl meestal voorgesteld wordt minstens twintig minuten tussentijd te voorzien, werd de tussentijd verlengd door meer tussentaken in te voegen in sessies 1 en 2. Het risico op interferentie van de tussentaken werd zo laag mogelijk gehouden door tests te kiezen die aandachtsfuncties en executieve functies aanspreken en geen materiaal gebruiken dat van dezelfde aard is als in de anterograde geheugentests.

Modificaties ten opzichte van VDB-2

Nieuwe tests in de COTESS

Tests voor executieve functies ontbraken in de VDB-2. Ze zijn nochtans belangrijk om een completer beeld van het cognitief functioneren te krijgen. Stoornissen in de executieve functies kunnen onder meer indicatief zijn voor frontotemporale degeneraties, die de jongste jaren meer aandacht krijgen. Er werd geopteerd voor het opnemen van een aantal eenvoudige, bekende neuropsychologische proeven die snel na elkaar afgenomen kunnen worden.

Cognitieve functies uit de groep logisch denken kwamen te weinig aan bod in de VDB-2. De test ‘Kritisch oordelen’ uit de VDB-2 valt weg omdat die weinig bleek te differentiëren, en werd vervangen door drie nieuw ontwikkelde tests.

Wat de tests voor retrograde geheugenfuncties betreft, was het ‘Interview B’ uit de VDB-2 verouderd. Vervanging door een nieuwe test (‘Beroemdheden en nieuwsfeiten’) drong zich op. Aangezien de leeftijd waarop informatie opgeslagen werd, een rol kan spelen, hebben we daarbij vragen voorzien over zes tijdvakken van elk tien jaar (van 1940 tot 1999).

Voor de tests voor anterograde geheugenfuncties werd een nieuwe test ‘Tien figuren B’ (intentioneel leren) ontworpen met vijf leeraanbiedingen, om die test analoog en qua resultaten vergelijkbaar te maken met de ‘Tien woorden’-test. Deze test is bedoeld om (ernstige) problemen bij het inprenten van visuele figuratieve informatie in het anterograde geheugen gedifferentieerd in kaart te brengen. Bij klinisch gebruik kan men ervoor opteren de ‘Tien figuren B’-test enkel af te nemen als er problemen tot uiting komen bij de ‘Tien figuren A’ (incidenteel leren) of als uit andere gegevens hiertoe indicaties zijn.

Een nieuw onderdeel ‘Kwalitatieve analyse naam leren’ is in de handleiding opgenomen bij het begin en aan het einde van de eerste en de tweede sessie. Daarbij wordt de testsituatie benut om het spontaan leren van nieuwe informatie – naam en functie van de onderzoeker – in het anterograde geheugen klinisch na te gaan. Uit het niet weten van het antwoord kunnen we weinig afleiden. Als de cliënt wel de juiste gegevens kan reproduceren, kan dat als een positieve indicatie beschouwd worden voor de mogelijkheid om nieuwe informatie op te nemen en nadien weer te geven.

Verbeteringen aan de tests bij deze herziening

Bij sommige tests (zie tabel 1) werden nieuwe items (vragen of opdrachten) geformuleerd. Zo werd bij rekenopdrachten de moeilijkheidsgraad verhoogd (aftrekken en optellen over tientallen heen) en het aantal opdrachten uitgebreid.

Naast de inhoudelijke update op het niveau van de tests werden het materiaal en de instructies van alle tests kritisch bekeken en waar nodig verbeterd. Zoals bij de VDB-2 was de leidraad hierbij eenvoud zonder triviale te zijn en een variërende moeilijkheidsgraad. Wat de presentatie betreft, werd geopteerd voor een aanpak waarbij – waar mogelijk – de stimuli tegelijk zowel verbaal als visueel worden aangeboden. Dat komt niet enkel ten goede aan de vaak voorkomende zintuiglijke problematiek bij ouderen, maar ook aan de standaardisatie. Het spreekt voor zich dat dit niet gebeurt wanneer expliciet de visuele of verbale modaliteit wordt geëvalueerd. Bij de testafname zelf wordt de volgende richtlijn gehanteerd: eerst zo goed mogelijk zorgen dat de cliënt de instructie begrijpt, onder andere door eventuele extra uitleg bij een voorbeeld

en door na te vragen. Vervolgens de test afnemen waarbij niet meer uitleg gegeven wordt dan in de instructies omschreven wordt (omwille van de standaardisatie). Na afname van de test kan eventueel aan ‘testing the limits’ gedaan worden door meer uitleg te geven of de opdracht stapsgewijs aan te bieden, om na te gaan of de cliënt de opdracht in die conditie wel kan uitvoeren en welke extra uitleg of hulp hij nodig heeft. In de handleiding zijn – waar dat nuttig kan zijn – richtlijnen opgenomen voor zo’n kwalitatieve analyse. Daarnaast worden aandachtspunten bij de neuropsychologische observatie voor de gebruiker op een handige manier op het profielblad aangegeven. Nieuw is dus de extra aandacht voor ‘testing the limits’, kwalitatieve analyse en gedragsobservatie.

Om de eenduidigheid van de scoring te bevorderen, worden meer expliciete scoringsregels en scoringsvoorbeelden aangereikt.

Psychometrische kwaliteiten en beperkingen van de testbatterij

De COTESS is gebouwd op stevige fundamenten die de basis vormen voor validiteit, betrouwbaarheid en normering. Onderzoeksgegevens zijn echter nog zeer beperkt zodat de COTESS nog niet aan de standaarden voor testconstructie beantwoordt.

Psychometrische kwaliteiten in de testconstructie

Inhoudsvaliditeit en geschiktheid

De tests zijn ontworpen en in de testbatterij opgenomen om bepaalde aspecten van cognitief functioneren te meten. Ze zijn daartoe gekozen vanuit klinische ervaring en naar analogie met bestaande tests. De theoretische basis van de verschillende tests kan worden geëxpliciteerd. Sommige tests die analoog zijn aan bepaalde tests uit de COTESS, worden al ondersteund door onderzoeksbevindingen zoals in de standaardwerken van Lezak, Howieson en Loring (2004) en Strauss, Sherman en Spreen (2006) beschreven.

Ecologische validiteit en geschiktheid

De ontwikkeling van en praktijkervaring met deze testbatterij biedt argumenten voor de ecologische validiteit en geschiktheid van de testbatterij. De cognitieve taken in de testbatterij sluiten goed aan bij wat in de praktijk vereist wordt van het cognitieve functioneren van ouderen. Wanneer op bepaalde punten moeilijkheden of deficits vastgesteld worden, blijkt dat goed overeen te stemmen met problemen die in het dagelijkse leven tot uiting komen.

De VDB bestaat al sinds 1989, met een herziene tweede versie in 1998. In de klinische praktijk blijkt die testbatterij een zeer nuttig instrument te zijn. De VDB-1 kreeg al in 1990 een positieve evaluatie. De volgende punten werden toen opgesomd (Gilson & Houx, 1990):

- Met deze testbatterij krijgt men een veelomvattend beeld van de oudere patiënt.
- Het bijzondere aan deze testbatterij is dat er heel bewust voor gekozen is dezelfde cognitieve functie op meerdere manieren en op verschillende tijdstippen te onderzoeken.
- De testbatterij is geschikt om in een vroegtijdig stadium te differentiëren ‘tussen normaal en pathologie’ en ‘tussen functionele en cerebrale factoren’.

- De testbatterij laat tevens toe uitspraken te doen over de aard en de ernst van ‘het cerebrale proces’ en hiervoor worden praktische richtlijnen meegegeven.
- De testbatterij vraagt wel veel tijd voor een volledige afname, maar verkorte afnames zijn mogelijk en een grondig neuropsychologisch onderzoek vergt nu eenmaal de nodige tijd.
- De normen van de VDB-1 werden als matig tot vrij goed beoordeeld.

De VDB-2 liet op het laatste punt al een verbetering zien. De punten die we tussen aanhangstekens geciteerd hebben, zouden vanuit de huidige neurowetenschappelijke inzichten wellicht anders geformuleerd worden. De diagnostiek van cognitieve functies heeft immers een grote evolutie doorgemaakt. De focus ligt nu meer op het beschrijven van wat de cliënt wel en niet kan. Zoals hier aangetoond, biedt de COTESS nog verdere belangrijke verbeteringen die de geschiktheid en praktische bruikbaarheid van de testbatterij ten goede komen.

Betrouwbaarheid: gestandaardiseerde testafname en scoring

Om betrouwbare gegevens te verkrijgen zijn een gestandaardiseerde testafname en scoring uiterst belangrijk.

- In de handleiding worden daarvoor duidelijke richtlijnen geformuleerd, zoals: wat als proefleider te zeggen, wat te doen, de wijze waarop, waarop te letten om de testomstandigheden zo goed mogelijk te verzorgen, hoe met tijdopneming om te gaan, hoe de antwoorden te noteren en te scoren. Waar nodig worden de scoringsregels verduidelijkt met scoringsvoorbeelden.
- De gestandaardiseerde testafname wordt in de COTESS ook bevorderd door een consequent taalgebruik en een consequente indeling en opmaak. Er werd naar gestreefd de handleiding zo te schrijven dat die tijdens een testafname in één oogopslag gevolgd en geraadpleegd kan worden.

Normeringsonderzoek in de populatie ‘normale ouderen’

In een eerste normeringsonderzoek werd de COTESS afgenomen bij een steekproef van ouderen uit de ‘normale’ populatie, dat wil zeggen: ouderen zonder geïdentificeerde cognitieve of psychiatrische problemen. Ze konden wel problemen vertonen die binnen het normale bereik liggen van de populatie die thuis of in een rusthuis verblijft.

De COTESS voorziet in een uitbreiding van de leeftijds categorieën en differentiatie in opleidingsniveaus. Waar de VDB normen heeft voor 60- tot en met 80-plussers, werden nu normgegevens verzameld bij mensen van 50-plus tot en met 90-plus, waarbij ook rekening gehouden wordt met geslacht en schoolverlatersleeftijd. In de praktijk krijgen we immers – onder meer op gerontopsychiatrische afdelingen – diagnostische vragen over vijftigers met cognitieve problemen, bij wie de COTESS goed bruikbaar is.

In totaal zijn er bij dit normeringsonderzoek bij 342 proefpersonen COTESS-afnames gerealiseerd. Dat normeringsonderzoek behoort tot wat Busch, Chelune en Suchy (2006) benoemen als het ‘descriptieve gebruik van normen’ gericht op de fundamentele vraag: ‘Hoe functioneert dit individu relatief ten opzichte van de referentiepopulatie?’ De scores van een patiënt kunnen dan gekarakteriseerd worden als bijvoorbeeld ‘gemiddeld’, ‘(ver) onder het gemiddelde’ of preciezer gesitueerd worden aan de hand van percentielen.

Niettegenstaande dit normeringsonderzoek een significant hoger aantal proefpersonen telt dan beide versies van de VDB, gaat het hier vanuit psychometrisch standpunt nog steeds om een eerder beperkte dataset. Voorzichtigheid bij het doen van uitspraken op basis van percentielwaarden is dan ook aangewezen.

De normeringsgegevens worden bij de uitgave ter beschikking gesteld in de afzonderlijke bundel: COTESS Normering Deel 1 'normale' ouderen. In een inleiding bij die bundel wordt het normeringsonderzoek beschreven als toelichting bij het gebruik.

Daarnaast blijft het verzamelen van gegevens bij ouderen met pathologie een *conditio sine qua non* voor het onderzoeksmatig ondersteunen en verbeteren van de testbatterij.

Normerings- en valideringsonderzoek bij cliënten met gediagnosticeerde dementie

Er loopt een multicenteronderzoek waarbij de COTESS afgenomen wordt bij cliënten met een gediagnosticeerde dementie. Dat onderzoek is in de eerste plaats bedoeld om een klinische referentiegroep samen te stellen waarvan de testresultaten kunnen worden vergeleken met de gegevens van de groep 'normale ouderen' en om de validiteit van de testbatterij aan te tonen. Wanneer voldoende gegevens verzameld zijn, zullen die gepubliceerd worden. Eerlijkheids- halve dienen we te vermelden dat we moeilijkheden ondervinden bij het verzamelen van voldoende protocollen. Het verkrijgen van medewerking vanuit verschillende instellingen loopt door de vrij hoge werkbelasting, die deelname aan een dergelijk normeringsonderzoek vraagt, uiterst moeizaam. Uitgave van die gegevens is daarom voor de verdere toekomst gepland.

Differentiatiemogelijkheden en beperkingen volgens cliëntkenmerken

Een belangrijke opdracht bij het neuropsychologische of cognitieve assessment is het afstemmen van de tests en hun moeilijkheidsgraad op de kenmerken en mogelijkheden van de cliënt, en dat om tal van redenen, zoals de motivatie van de cliënt en het vermijden van bodem- en/of plafondeffecten. Dat heeft gevolgen voor de toepassingsmogelijkheden van de COTESS wat de cliëntenpopulatie betreft.

De bevindingen uit het normeringsonderzoek in de 'normale' populatie, weergegeven in de normeringstabellen per scoringsvariabele, laten zien in welke mate die scoringsvariabelen differentiatie vertonen over alle gegevens heen en tussen subgroepen volgens de demografische variabelen leeftijd, geslacht en schoolverlatersleeftijd. Het is de bedoeling de gegevens later aan te vullen met bevindingen bij cliënten met dementie. De beperkte onderzoeksgegevens geven echter al enige aanwijzing betreffende differentiatiemogelijkheden van de tests in de COTESS bij onderscheiden cliëntkenmerken.

In het algemeen blijken heel wat tests uit de COTESS minder bruikbaar bij (jong)bejaarden met een hoog premorbide niveau, een goede algemene conditie en met voldoende motivatie. Als men die cliëntkenmerken als aanwezig inschat of vaststelt, kan men meestal beter gebruik maken van tests uit het klassieke cognitief neuropsychologische instrumentarium met een hogere moeilijkheidsgraad. Anderzijds blijkt de COTESS juist zeer geschikt bij (jong) bejaarden die moeilijk of niet testbaar zijn met klassieke neuropsychologische tests vanwege een beperktere motivatie, een lager premorbide intelligentie-, scholings- en/of ontwikkelingsniveau, en/of een fragiele lichamelijke en/of psychische conditie ten gevolge van belangrijke medische of psychiatrische problematiek.

Enkele richtlijnen voor testafname en interpretatie

Onderzoeksmatig en klinisch gebruik

Als de COTESS-testafname deel uitmaakt van de verdere gegevensverzameling voor normerings- en valideringsonderzoek, dienen alle tests afgenomen te worden, alsook alle bijkomende informatie en bijkomende tests (bijvoorbeeld de Mini Mental Status Examination, de Geriatric Depression Scale). Het is dan immers cruciaal om over volledige gegevens te beschikken. Voor gebruik in de klinische praktijk kan vanuit de vraagstelling bekeken worden welke tests afgenomen worden. Bij de afweging speelt enerzijds mee dat de standaardisatie en vergelijkbaarheid met de normgegevens het grootst zijn wanneer – indien mogelijk – de testbatterij als geheel afgenomen wordt. Dat geldt in het bijzonder voor de anterograde geheugentests met een uitgestelde conditie, waarbij – zoals voorzien in de testbatterij – bij voorkeur ook de tussentaken afgenomen worden. Anderzijds blijkt volledige afname van de COTESS in de diagnostische praktijk in geheugenklinieken, bij (dag)opname of in ambulante en poliklinische settings vaak niet haalbaar te zijn door de tijdsinvestering, waarbij gerekend moet worden op drie kwartier tot anderhalf uur per sessie afhankelijk van de cliëntkenmerken en de mate waarin aan ‘testing the limits’ wordt gedaan. Kortere afnames zijn mogelijk en men kan pragmatisch werken, zoals dat ook met ander cognitief neuropsychologisch instrumentarium gebeurt. De testafname resulteert per test in de scoring van een of meerdere scoringsvariabelen. Naast de kwantitatieve analyse in cijfergegevens is de kwalitatieve analyse van de testafname van belang (waartoe in de handleiding bij sommige tests enkele richtlijnen zijn beschreven).

Observatie en interpretatie

Observaties kunnen aansluiten bij bepaalde opdrachten tijdens het testonderzoek (en aldaar in de antwoordbladen genoteerd worden) en/of meer algemeen opgemerkt worden en bij de (niet-exhaustieve) observatielijst op het profielblad genoteerd worden. Observatie vormt immers een obligaat onderdeel van een cognitief onderzoek en draagt bij tot het detecteren van een aantal cliëntfactoren en mogelijke klinische tekenen die de testresultaten kunnen beïnvloeden. Die klinische tekenen kunnen echter ook inherent zijn aan de stoornis en/of de beperking op zich. Observatiegegevens bieden tevens de mogelijkheid om naast beperkingen en moeilijkheden, bepaalde mogelijkheden en sterktes van de cliënt op te merken. Naargelang de context waarin de COTESS toegepast wordt, kunnen de observaties hetzij beperkt zijn tot het testonderzoek op zich, hetzij ook gebaseerd zijn op contacten waarbij de cliënt in andere situaties gezien wordt. Mogelijk kan ook rekening gehouden worden met observaties van andere disciplines. Verschillen die tot uiting kunnen komen tussen deze invalshoeken, maken deel uit van de puzzel. Uiteindelijk komt het er immers op neer de testresultaten te integreren met alle overige relevante gegevens over de cliënt.

Het is aangewezen dat de testafname en vooral de interpretatie gebeuren door een psycholoog die ervaring heeft met het werken met ouderen en kan terugvallen op een brede theoretische en praktische achtergrond betreffende klinische psychodiagnostiek, klinische neuropsychologie, psychopathologie van het senium, verschillende dementiesyndromen en andere cognitieve en psychiatrische stoornissen. De differentiële diagnose bij ouderen met cognitieve en/of psychische problemen is immers verre van gemakkelijk. Zo zijn de (cij-

fermatige) testresultaten van een oudere met een psychische problematiek die niet aan een vorm van dementie lijdt, meer dan eens niet zo verschillend van de testresultaten van een dementerende oudere. Men kan hierbij onder meer denken aan de acute verwardheid, het delier, het deficitaire beeld in het kader van een vitale depressie, een neurotische problematiek, een psychotische problematiek of het beperkt organisch psychosyndroom. De testresultaten leggen de oorzaak niet bloot van een specifiek cognitief disfunctioneren, maar kunnen wel een belangrijke bijdrage leveren aan het diagnostische proces.

De psycholoog zal bij de interpretatie van de testresultaten ook rekening houden met onder meer de stemming, de lijdensdruk, de wijze waarop de betrokkene met falen omgaat, de interactie cliënt-onderzoeker, het bewustzijn en andere punten (waarvan er heel wat in de observatielijst terug te vinden zijn).

Daarnaast dient vermeld te worden dat het onderzoek van cognitieve of psychische stoornissen bij voorkeur een multidisciplinaire aangelegenheid is, waarbij de gegevens uit het cognitieve onderzoek worden gecombineerd met bevindingen vanuit andere invalshoeken: psychiatrisch, neurologisch, geriatriesch, verpleegkundig, ergotherapeutisch, kinesitherapeutisch, sociaal werk, gedragsobservaties, heteroanamnese.

Besluit: toepassingsmogelijkheden in diagnostiek en behandelbeleid

Dankzij de uitbreiding is de COTESS – meer nog dan de VDB – bruikbaar bij allerlei cognitieve problemen in het kader van een grote diversiteit van pathologieën, zij het dat dit nog niet door onderzoeksbevindingen ondersteund wordt, maar dat de gegevens klinisch bekeken dienen te worden in het geheel van het diagnostische proces. Hierbij denken we onder meer aan diverse types van dementie (zoals frontotemporale, vasculaire en alzheimerdementie), het syndroom van Wernicke-Korsakoff en andere psycho-organische stoornissen. Daarnaast zijn er de cognitieve problemen die deel uitmaken van een psychiatrische stoornis, zoals een depressie of psychose. In de klinische praktijk kan vanuit de vraagstelling en rekening houdend met cliëntkenmerken de COTESS geheel of gedeeltelijk afgenomen worden, mogelijk in combinatie met andere cognitief neuropsychologische tests. De testresultaten kunnen er niet alleen toe bijdragen dat ziektebeelden van elkaar onderscheiden worden, maar dat ook onderscheid met normale ouderdomsvergeetachtigheid en een lichte cognitieve beperking ('mild cognitive impairment') gemaakt kan worden.

Niet alleen op het vlak van de (differentiële) diagnostiek, maar ook voor de behandeling, revalidatie en/of begeleiding kan deze testbatterij een meerwaarde hebben. Met de COTESS kunnen immers zowel de relatief sterkere of goed behouden cognitieve mogelijkheden als de beperkte of verstoorde cognitieve functies in kaart gebracht worden. Dat kan bijdragen tot het formuleren van concrete aanwijzingen voor een geïndividualiseerde aanpak.

De COTESS is te verkrijgen via Carine Sachem (c.sachem@telenet.be), momenteel voor de prijs van 540 euro, inclusief verpakings- en verzendingskosten.

Dankwoord

We bedanken Anke Bonnewyn, Mieke Bellinkx, Katya Colson, Katrien Fannes, Jan Van den Stock, Chris De Saeger (†), Denise Hermans, Winde Hermans, Vanja Van Den Briel, Roel Van de Wygaert, Luc Van de Ven, onze werkgevers, onze hoofdsponsor Lundbeck, en iedereen die op een of andere manier een bijdrage heeft geleverd aan de ontwikkeling van dit project VDB-COTESS (zie voor de volledige lijst: www.vvkb.be).

Noten

1. RIZIV-vergoeding (verstrekking 477573) voor neuropsychologisch onderzoek met evaluatie van de cognitieve functies bij een patiënt met vermoeden van beginnende dementie K 90 (www.riziv.be). De verstrekking 477573 behelst het uitvoeren van een gevalideerd en omstandig (minimale duur 45 minuten) neuropsychologisch onderzoek van de belangrijkste cognitieve functies die bij een dementieel syndroom (volgens DSM-IV) zijn aangetast: het geheugen, de taalvaardigheid, de visuospatiale vaardigheden en de aandachts- en uitvoeringsfuncties. De verstrekking 477573 mag enkel aangerekend worden samen met een van de verstrekkingen 102933 of 102992: ‘gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie met schriftelijk verslag’ dat een evaluatie moet bevatten van de onderzoeken, de diagnose en een behandelplan. De verstrekking 477573 mag enkel aangerekend worden door de geneesheer-specialist in de neurologie, psychiatrie of geriatrie, en mag voor de technische uitvoering worden toevertrouwd aan een gekwalificeerd helper met bijzondere kennis in de neuropsychologie.
2. Mini Mental State (MMS) of Mini Mental Status Examination (MMSE) (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975), Cambridge Cognitive Examination (CAMCOG) (Huppert, Brayne, Gill, Paykel, & Beardsall, 1995), Cognitive Screening Test (CST) (De Graaf & Deelman, 1991), Addenbrooke’s Cognitive Examination (ACE) (Mathuranath, Nestor, Berrios, Rakowitz, & Hodges, 2000), Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (Nasreddine et al., 2005).

Literatuur

- Busch, R.M., Chelune, G.J., & Suchy, Y. (2006). Using norms in neuropsychological assessment of the elderly. In D.K. Attix & K.A. Welsh-Bohmer (Eds.), *Geriatric neuropsychology: Assessment and intervention* (pp. 133-157). New York: The Guilford Press.
- De Graaf, A., & Deelman, B.G. (1991). *Cognitive Screening Test (CST): handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). Mini-mental State. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Gilson, F., & Houx, J. (1990). Testbatterijen voor het onderzoek naar dementie: voer voor psychologen. *Denkbeeld: Tijdschrift voor Psychogeriatric*, 2(2), 22-27.
- Huppert, F.A., Brayne, C., Gill, C., Paykel, E.S., & Beardsall, L. (1995). CAMCOG – a concise neuropsychological test to assist dementia diagnosis: Sociodemographic determinants in an elderly population sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 529-541.
- Kabinet van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeurzen (2010). *Dementieplan Vlaanderen 2010-2014*. Brussel: Auteur. Geraadpleegd via <http://www.ministerjovandeuren.be>.

- Lezak, M.D., Howieson, D.B., & Loring, D.W. (2004). *Neuropsychological assessment* (4th edition). New York, NY: Oxford University Press.
- Mathuranath, P.S., Nestor, P.J., Berrios, G.E., Rakowitz, W., & Hodges, J.R. (2000). A brief cognitive test battery to differentiate Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. *Neurology*, 55, 1613-1620.
- Nasreddine, Z.S., Phillips, N.A., Bedirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V, Collin, I., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 695-699.
- Strauss, E., Sherman, E.M.S., & Spreen, O. (2006). *A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms and commentary* (3rd edition). New York, NY: Oxford University Press.
- Werkgroep Klinische Gerontopsychologie. (1989). *Vlaamse Dementie Batterij*. Leuven: Van De Ven L. et al. Uitgegeven in eigen beheer.
- Werkgroep Klinische Gerontopsychologie. (1998). *Vlaamse Dementie Batterij II*. Leuven: Van De Ven L. et al. Uitgegeven in eigen beheer.

Summary

In order to identify dementia and other cognitive disorders in the elderly, to determine their severity, and to guide treatment and counseling, a well-founded and practical diagnostic set of instruments is needed. We present the COTESS (COgnitive TESTing for Seniors) as the successor of the 'Vlaamse Dementie Batterij' (VDB-2). The tests of the COTESS will be introduced considering the assessed cognitive functions: functions of attention, memory functions regarding orientation, anterograde memory functions (learning of new information), retrograde memory functions (recall and recognition from long-term memory), language functions, somatognosis, praxis, logical thinking and executive functions. The anterograde memory functions with a delayed condition and the tests that are inserted as 'in-between tasks' take a central place in the testing. We present arguments for reliability and validity based on the test construction and introduce a normative study in a 'normal elderly' population, i.e. elderly without identified cognitive or psychiatric disorders. The sample of this study encompasses 342 subjects with age ranges from 50+ to 90+ years. Norms based on this sample take age, gender, and educational level into account. In addition we call attention to the on-going normative and validation study in a sample of subjects diagnosed with dementia. Finally we discuss possibilities and limitations of the COTESS according to client characteristics, some guidelines for testing and interpretation, and possible applications in diagnostics and treatment policy.

Personalia

Paul Dierick is doctor in de psychologie, klinisch psycholoog en cliëntgericht-experientiële psychotherapeut, werkzaam in het PZ Duffel, Gerontopsychiatrie, en als vrij wetenschappelijk medewerker verbonden aan de KU Leuven, Onderzoeksgroep Klinische Psychologie.

E-mail: paul.dierick@emmaus.be, paul.dierick@ppw.kuleuven.be.

Carine Sachem is klinisch psycholoog, verbonden aan de afdeling Geriatrie van het UZGent.

E-mail: carine.sachem@uzgent.be.

Suzy Delarbre is licentiaat in de psychologie en systeem- en gezinstherapeut, werkzaam in het Medisch Centrum Sint-Jozef Munsterbilzen, Ouderenzorg.

E-mail: suzy.delarbre@mc-st-jozef.be.

Ann Cappaert is klinisch psycholoog, verbonden aan het ouderenteam van CGG De Pont (Mechelen-Lier-Boom).

E-mail: Ann.Cappaert@cggdepont.be.

De vier auteurs zijn kernleden van de COTESS-werkgroep binnen de werkgroep Klinische Ouderenpsychologie.



Autismespectrumstoornis: alles op een rijtje

Herbert Roeyers

De eerste wijdverspreide wetenschappelijke beschrijving van autisme werd in 1943 gepubliceerd door Leo Kanner. Sindsdien heeft autisme een grote aantrekkingskracht uitgeoefend op onderzoekers en klinici uit diverse disciplines. Dat leidde tot vele duizenden publicaties en tot een schier eindeloze stroom van informatie op het internet. Het is niet eenvoudig om hierin je weg te vinden. Dat heeft tot gevolg dat de term 'autisme' wel bij heel wat mensen bekend is en te pas en te onpas wordt gebruikt, maar dat over diverse aspecten van die complexe stoornis heel wat misverstanden en onduidelijkheden blijven bestaan.

Dit boek is een poging om wat orde te scheppen en de huidige wetenschappelijke kennis over autisme en autismespectrumstoornis op een rijtje te zetten en te vertalen naar een breder publiek. De auteur gaat ook in op veelgestelde vragen zoals: komt autismespectrumstoornis almaar vaker voor? Wat is het verschil tussen autisme en het syndroom van Asperger? Wat weten we over de oorzaak van autismespectrumstoornis?

Het boek richt zich in eerste instantie naar professionelen en studenten die meer willen weten over autismespectrumstoornis, maar ook ouders en andere geïnteresseerden vinden er hun gading in.

HERBERT ROEYERS is als gewoon hoogleraar verbonden aan de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen van de Universiteit Gent. Hij leidt er de Onderzoeksgroep Ontwikkelingsstoornissen. Hij is tevens consulent van het Gentse Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen. Zijn belangrijkste onderzoekslijn betreft de sociaalcommunicatieve ontwikkeling van kinderen met een autismespectrumstoornis en de klinische toepassing van dat werk via screening, diagnose en interventie.

ISBN 978 90 334 9314 0 // 128 blz. // € 19,50 (excl. verzendingskosten)

Koop dit boek online op www.uitgeverijacco.be of in de boekhandel.

Voor België: Uitgeverij Acco
E-mail: bestelling@acco.be

acco
MAAKT KENNIS MET U

Voor Nederland: Acco Nederland
E-mail: info@uitgeverijacco.nl