

Geestelijk gestoorde bejaarden*

DOOR H. W. TER HAAR, ARTS TE NOORDBERGUM

1 *Definiëring.* Wanneer wordt gesproken over geestelijk gestoorde bejaarden, dan zal men zich eerst moeten afvragen wat hieronder te verstaan. Voor de praktijk is het noodzakelijk dat een onderscheid wordt gemaakt tussen gestoord zijn en gestoord functioneren. Het is van groot belang dat dit gebeurt, want zo ergens dan geldt voor de bejaarde dat men steeds te doen heeft met een complex van problemen, waarbij de lichamelijke toestand van de bejaarde — eventueel zijn lichamelijk achteruitgaan — zijn sociale positie, zijn geestelijke en met name zijn intellectuele vermogens van betekenis zijn.

Zoals voor iedere psychiatrische patiënt is uit de aard der zaak ook voor de bejaarde van toepassing, dat een geestelijke stoornis enerzijds op endogene factoren berust — genetische factoren, onder meer tot uiting komend in de persoonlijkheidsstructuur van de bejaarde — terwijl anderzijds exogene en wel sociologische, affectieve en relationele factoren een rol spelen.

Onder sociologische factoren verstaan wij de factoren die samenhangen met de sociale positie van de bejaarde, deze is immers duidelijk verschillend van die van de jongere leeftijdsgroepen. Met affectieve factoren worden de neurotische, met name de depressieve factoren bedoeld; deze hangen duidelijk samen met de plaats binnen de maatschappij in het algemeen en binnen het gezin in het bijzonder. Wat de relationele factoren betreft, deze moeten worden gevonden in de wisselwerking tussen de bejaarde en zijn omgeving. Voor een beschrijving van de waarde van genoemde factoren kan naar een publikatie van *Sipsma* worden verwezen.

2 *Voorkomen.* Een belangrijke vraag is uit de aard der zaak hoe groot de frequentie van de geestelijk gestoorde bejaarden is. Het is buitengewoon moeilijk om hierover exacte cijfers te geven. Dit zal alleen dan kunnen geschieden, wanneer in de groep van bejaarden uit een bepaalde populatie iedere bejaarde op zichzelf wordt bekeken of wanneer althans een representatieve steekproef wordt genomen. Een en ander is tot nu toe nog steeds niet gebeurd.

De oorzaak hiervan moet worden gezocht in het probleem om een representatieve groep bejaarden samen te stellen. Nog moeilijker is het om criteria op te stellen waarmee kan worden vastge-

steld of iemand inderdaad is gestoord. *Fennis* heeft zowel in Leiden (1966) als in Friesland (1968) een onderzoek gedaan; zij heeft echter haar conclusie vrijwel uitsluitend gebaseerd op een vragenlijst waarbij geen criteria werden gegeven voor het vaststellen van de geestelijke stoornis. Er werd gevraagd of de bejaarde geestelijk afwijkend was hetzij in ernstige mate zodat opname was geïndiceerd, hetzij in lichte mate of in het geheel niet. Het is duidelijk dat bij een dergelijke wijze van benadering slechts zeer globale gegevens naar voren komen. Volgens het rapport *Fennis* moet voor Friesland met een opnemingsbehoefte van geestelijk gestoorde bejaarden worden rekening gehouden die minimaal 2,5 en maximaal 4,4 procent bedraagt. Vooral laatstgenoemd percentage is mijns inziens terecht aan kritiek onderhevig.

Onderzoekingen in Engeland door *Kay en medewerkers* hebben aangetoond dat 10 procent van de mensen boven 65 jaar aan een of andere vorm van dementie lijdende is, van wie 5 procent ernstig. Hier werd de mate van desoriëntatie als criterium genomen. Volgens deze onderzoekers zou 50 procent van de aan dementie lijdenden even ernstig zijn gestoord als de doorsnedegroep van in een psychiatrische inrichting opgenomen bejaarden. Opvallender is dat uit dit onderzoek blijkt dat 31 procent van de bejaarden aan niet-organische psychiatrische stoornissen zou lijden, met name aan depressieve paranoïde beelden, neurosen en schizofrenie.

In de van overheidswege in Nederland gegeven richtlijnen wordt nu nog uitgegaan van een opnemingsbehoefte onder de bejaarden van 0,75 procent. Het is duidelijk dat dit percentage dat uit 1962 stamt, volledig is verouderd. Een eigen berekening in Friesland in samenwerking met *Sipsma* van de Sociaal-Psychiatrische Dienst, afdeling Geriatrie, doet veronderstellen dat voor Friesland een opnemingsmogelijkheid van 2,7 procent nodig is, maar de kans dat dit percentage hoger ligt wordt door ons zeker niet verworpen. Men zal zich afvragen waarop deze verschillen berusten. Bij de bespreking van de preventie wordt hierop nader ingegaan.

De enorme toeneming van het aantal geestelijk gestoorde bejaarden voor wie opname wordt aangevraagd, kan aan het volgende voorbeeld worden toegelicht. Toen in 1953 de plannen voor „Nieuw Toutenburg” werden gemaakt en men een tehuis wilde bouwen voor 450 bejaarden, kon hiervoor geen goedkeuring worden verkregen, omdat men meende dat er geen 450 geestelijk gestoor-

* Voordracht, gehouden tijdens het symposium Huisarts en bejaardenzorg, oktober 1969 te Drachten.

de bejaarden binnen Friesland zouden zijn. Thans zijn ongeveer 600 bejaarden in Friesland opgenomen, terwijl voor zes- tot achthonderd anderen een mogelijkheid tot opneming zal moeten worden geschapen, wil althans aan de vraag worden voldaan.

Het enorme toenemen van de vraag naar opneming kan worden verklaard door:

- a De voortschrijdende veroudering van de bevolking, waardoor vooral het aantal 80-jarigen en ouder enorm toeneemt; onder hen komen ook de meeste geestelijke stoornissen voor.
- b Door een voortgaande individualisering van het gezin, waardoor mede de afstand tussen de generaties is toegenomen, wat ten gevolge heeft dat in het gezin van 1969 geen plaats is voor de grootouders; daarnaast is de moderne woning totaal ongeschikt voor inwoning.
- c Zeker moet rekening ermee worden gehouden dat het scheppen van mogelijkheden de vraag naar opneming duidelijk stimuleert. Dit blijkt ook daaruit, dat het aantal verzoeken om opneming in Friesland, waar reeds zoveel mogelijkheden zijn, procentueel duidelijk hoger ligt dan in die provincies waar praktisch geen mogelijkheden zijn.

3 *Bespreking van een aantal ziektebeelden*

- a *De organische psychosen in het senium.* De belangrijkste zijn uit de aard der zaak de dementiële syndromen. Wil men de toenemende golf van psychisch gestoorde bejaarden in de nabije toekomst kunnen opvangen, dan is het noodzakelijk dat een beter onderzoek wordt gedaan en dat met de preventie kan worden begonnen. De dementiële syndromen worden verdeeld in:
 - 1 Dementia senilis (globaal dementieel syndroom);
 - 2 Het afatisch-apraktisch dementieel syndroom;
 - 3 Pseudo-dementiële syndromen en
 - 4 Symptomatische dementiële syndromen.

ad 1 Dementia senilis. Er zijn duidelijke aanwijzingen, die zowel statistisch in de Scandinavische landen (*Larsson en medewerkers*), alsook in het Cytogenetisch Laboratorium in Denemarken (*Nielssen*) verdere grond hebben gevonden, dat dementia senilis in aanleg een erfelijke ziekte is. Volgens de onderzoeken in Denemarken betreft het een aan het x-chromosoom gebonden afwijking.

Welke gevolgen het hebben van een dergelijke chromosoomafwijking precies heeft, is onduidelijk. Er zijn redenen om aan te nemen dat het een celstofwisselingsstoornis betreft. De veroudering van cellen heeft steeds in het centrum van de belangstelling gestaan. Theorieën over ophoping van afvalproducten zoals het lipofuchsine, zijn eigenlijk reeds weer verlaten. Stoornissen in het D.N.A. en R.N.A. staan op dit moment in het centrum van de belangstelling en de mogelijkheid dat deze aminozuren ook bij de dementie een rol spelen is zeker niet denkbeeldig. Nader onderzoek is nodig, maar een en ander vraagt geïnteresseerde stafleden

en geld. Het laatste is op dit moment voor ons een minder groot probleem dan het eerste.

Wanneer wij echter ervan uitgaan dat dementia senilis uitsluitend ontstaat bij degenen bij wie deze erfelijke aanleg aanwezig is — en dat is de werkhypothese die in „Nieuw Toutenburg” wordt gevolgd — zal het duidelijk zijn dat niet elk dementieel beeld een dementia senilis behoeft te betekenen, maar dat het ook een pseudo-dementiële of een symptomatische psychose kan zijn. Het is buitengewoon belangrijk bij de differentiële diagnose steeds met deze mogelijkheid rekening te houden.

ad 2 Het afatisch-apraktisch dementieel syndroom. Dit is een ziektebeeld dat op basis van focale cerebrale atrofie ontstaat. Een differentiële diagnose met dementia senilis is vaak zeer moeilijk. Door een slechte circulatie kan waarschijnlijk ook een dementia senilis — waar dus het gen aanwezig is — worden geluxeerd. Hetzelfde geldt voor een pseudo-dementieel beeld.

ad 3 Pseudo-dementiële syndromen. Hieronder verstaan wij een op een dementia senilis gelijkend ziektebeeld dat echter reversibel is. De oorzaak kan in de eerste plaats in de circulatie liggen, waarbij moet worden gedacht aan doorbloedingsstoornissen ten gevolge van vernauwing van bepaalde vaatgebieden, zoals deze bij arteriosclerosis cerebri kunnen optreden, maar ook bij decompensatio cordis. Het is opvallend hoeveel dementiële syndromen uitsluitend door behandeling van decompensatio cordis kunnen genezen. Men moet hierop attent zijn wil men dit ook inderdaad kunnen vinden. Zowel in verband met het afatisch-apraktisch als het pseudo-dementieel syndroom zal nader worden ingegaan op circulatiestoornissen met name op het cerebro-vasculair accident (C.V.A.).

In de eerste plaats moeten worden genoemd de zogenaamde transient ischemic attacks, zeer kort durende aanvallen, gepaard gaande met een daling van het bewustzijn tot bewusteloosheid toe, terwijl tevens vaak hemiparese optreedt. De duur is niet langer dan één uur, vaak zelfs korter. In de tweede plaats vragen de epileptische insulpen de aandacht; soms is er sprake van een duidelijke Jacksonse epilepsie. Dergelijke insulpen kunnen overigens ook ten gevolge van een tumor, bijvoorbeeld een meningioom ontstaan, zij hebben dan met een vaataandoening dus niets te maken.

De grotere cerebro-vasculaire aandoeningen kunnen verder worden verdeeld in een groep waarin herstel binnen de week optreedt en een groep waarin herstel, zo dit al plaatsvindt, langer op zich laat wachten. Het is belangrijk deze verschijnselen te kennen en naar waarde te leren schatten. Wanneer dergelijke stoornissen vroegtijdig worden behandeld, is succes vaak niet uitgesloten.

Het zou de voorkeur verdienen de diagnose arteriosclerotische dementie niet meer te gebruiken, enerzijds omdat als oorzaak van de dementia senilis steeds een erfelijke aanleg moet worden

vastgesteld, anderzijds omdat een arteriosclerosis cerebri met circulatiestoornissen op zichzelf geen dementie ten gevolge behoeft te hebben.

Door *Corsellis* zijn uitvoerige onderzoeken gedaan met behulp van hersencoupees. Hij vond onmiskenbare verschillen tussen de afwijkingen in de hersencoupees van degenen die een duidelijke vasculaire symptomatologie hadden tegenover die van hen, die uitsluitend een dementieel syndroom hadden vertoond. Microscopische vaatafwijkingen werden bij vasculaire aandoeningen in 90 procent van de gevallen gevonden, bij de dementia senilis slechts in 20 procent. Focale vaatafwijkingen werden bij de vasculaire aandoeningen in 80 procent van de gevallen aangetroffen, bij de dementia senilis in 15 procent. Cerebrale atrofie daarentegen werd slechts bij 35 procent van de patiënten met vasculaire aandoeningen en bij 75 procent van de patiënten met dementia senilis vastgesteld. De frequenties van het voorkomen van de zogenaamde seniele plaques geeft een nog duidelijker verschil te zien: slechts bij 25 procent van de patiënten met vasculaire cerebrale aandoeningen en bij 80 procent van de patiënten met dementia senilis.

Wanneer wij rekening ermede houden dat een cerebrale atrofie tenslotte ook een gevolg kan zijn van een bemoeilijkte circulatie, zijn de verschillen nog meer uitgesproken. Uit het onderzoek van *Corsellis* blijkt duidelijk dat de cerebrale atrofie, zoals deze bij dementia senilis wordt aangetroffen, zijn oorzaak niet vindt in een circulatiestoornis.

Als tweede groep van oorzaken kunnen stofwisselingsstoornissen worden genoemd en wel bij uitstek diabetes mellitus en schildklieraandoeningen. Zowel hyper- en hypothyreotische stoornissen kunnen dementiële syndromen naar voren doen komen. De diagnostiek is vaak uitermate moeilijk, hierover zal nog veel werk moeten worden gedaan. Ex juvantibus blijkt echter bij herhaling dat er goede mogelijkheden zijn. Ook avitaminosen en hypoproteïnemieën kunnen in dit verband worden genoemd.

ad 4 Symptomatische dementiële syndromen. Dit zijn symptomatische psychosen met een dementieel koloriet, zoals deze bij intoxicaties kunnen optreden. Opvallend is het vaak gedaalde bewustzijn. Van belang hierbij zijn vooral het gehalte aan koolmonoxyde en de graad van uremie. Prostaathypertrofie met urineretentie kan ook vaak de oorzaak van een symptomatische dementie zijn. Hetzelfde geldt voor infecties, waarbij in het bijzonder aan bronchopneumonie moet worden gedacht.

Hoewel wij nog maar weinig weten over het mechanisme bij het ontstaan van dementia senilis, is er een aantal factoren die hierbij een rol spelen. Is het „gen” niet aanwezig, dan kan door het optreden van een of meer van deze factoren een ander dementieel syndroom ontstaan of een pseudodementieel syndroom. Het zal duidelijk zijn dat differentiëren van overwegend belang is, omdat bij een dementia senilis — waarbij het gen aanwe-

zig is — progressie kan worden afgeremd, terwijl voor andere dementiële beelden geldt dat soms algehele genezing mogelijk is. Mogelijk provocerende factoren waarmede rekening moet worden gehouden zijn de psychogene factoren, de sociale en sensorische deprivatie en verder de socio-culturele en socio-economische invloeden.

Verskillende psychogene factoren. Dit is de huisarts bekend, maar niet altijd is hij daarop voldoende verdacht om aandacht eraan te besteden. Men zal herhaaldelijk dementiële syndromen zien luxeren ten gevolge van bijvoorbeeld een sterfgeval in de directe omgeving of door een slechts lichte somatische aandoening. De toch al wankele homoiostasis wordt dan verschoven in de richting van een decompensatie, met als gevolg een dementieel syndroom. Wanneer men hieraan op tijd denkt, is preventie vaak heel goed mogelijk.

Sociale deprivatie. Deze wordt gekenmerkt door een pathologische vermindering van sociale prikkels. Het is duidelijk dat de bejaarde hiermede wordt geconfronteerd: niet alleen vallen door de pensionering de werkcontacten weg, ook overlijden leeftijdsgenoten en trekken de kinderen uit huis. Daarnaast wordt door lichamelijke achteruitgang de beweging bemoeilijkt, waardoor het opzoeken van vrienden en familie vaak bezwaarlijk wordt.

Sensorische deprivatie. Hieronder wordt een pathologische vermindering van zintuiglijke prikkels verstaan, zoals de achteruitgang van gezichtsvermogen en gehoor, maar ook het apathisch zonder enig doel en energie in een stoel zitten, zonder dat men leest, naar de radio luistert of naar de televisie kijkt. Belangrijk is beweging, ook al voor het zich bewust worden van de eigen lichamelijkeheid, van het eigen aanwezig zijn.

Socio-culturele invloeden. Deze hangen samen met de rol welke de bejaarde in onze samenleving inneemt, een vaak passieve rol, waaraan weinig inhoud wordt gegeven.

Socio-economische invloeden. Hieronder wordt in het bijzonder de financieel-economische positie van de bejaarde verstaan. De bejaarde krijgt steeds het gevoel een niet-meetellende figuur te zijn, voor wie dan wel wat wordt gedaan, maar die toch steeds object is. De financieel-economische positie is bovendien voor vele bejaarden nog steeds uitermate wankel, wat ten gevolge heeft dat de mogelijkheid tot het leggen van contacten vaak drastisch wordt beperkt wegens zuiver financiële redenen.

Het is duidelijk dat een vroege diagnostiek van de dementiële beelden van groot belang is. Hieraan wordt door ons veel aandacht besteed (*Niemeijer*).

In de eerste plaats is dit van grote betekenis, omdat het dan mogelijk wordt bij de patiënten bij wie niet van een echte dementie kan worden gesproken, door behandeling van de predisponerende of

provocerende factoren luxatie en een vastzetten van een psychische decompensatie te voorkomen. In de tweede plaats is het belangrijk omdat ook voor degene bij wie dementia senilis bestaat, de mogelijkheid aanwezig is door vroegtijdige behandeling een snelle progressie af te remmen, waardoor nog vele zinvolle jaren ook voor demente bejaarden zijn weggelegd. Globaal gesteld gaat het om subjectieve verschijnselen en om hetgeen door de omgeving wordt opgemerkt.

Wat het eerste betreft: de bejaarde begint zelf het gevoel te krijgen dat hij de dingen minder goed kan onthouden, hij is van alles vergeten, hij kan de voorwerpen welke hij ergens heeft neergelegd niet meer vinden. Op zichzelf zijn dit verschijnselen die niet doorslaggevend zijn; het is bekend dat dit ook bij jongeren en bij geestelijk volkomen normalen kan gebeuren. Tot de verschijnselen die door de omgeving worden opgemerkt behoren de veranderingen die optreden in het gedrag van de bejaarde. Hij wordt achterdochtiger, is wat depressiever, komt 's nachts het bed uit en loopt dan wat rond. Het is duidelijk dat het hier om zeer belangrijke gegevens gaat.

Juist voor de huisarts is de premorbide persoonlijkheidsstructuur een van de belangrijkste punten; praktisch uitsluitend de huisarts kan hierover gegevens verstrekken. Hij is namelijk degene van wie wij mogen veronderstellen dat hij de patiënt enigszins kent, dat hij een oordeel kan geven over de persoonlijkheidsstructuur van de patiënt. Op grond van deze kennis is het mogelijk om afwijkingen te registreren. Een patiënt, die eigenlijk altijd op een laag intellectueel niveau heeft gefunctioneerd, die nooit veel interesse heeft gehad voor zijn directe omgeving of voor het wereldgebeuren, zal op latere leeftijd uit de aard der zaak dit niet veranderen en het wijst dan ook niet op een beginnende dementie wanneer zijn gebrek aan belangstelling opvallend is.

Met nadruk moet ertegen worden gewaarschuwd om vooral niet alle afwijkende personen — zwervers, clochards, buitenbeentjes van onze samenleving — onder de noemer van de psychiatrie te brengen. Vooral bij oudere mensen gebeurt dit te snel en te ongenueanceerd. Alleen degene, die de persoon in kwestie van te voren heeft gekend en goed heeft geobserveerd, is in staat om een verandering in het functioneren van de patiënt aan te geven. De premorbide persoonlijkheid kleurt heel duidelijk de dementie. De introverte persoon zal ook in zijn dementie uitgesproken introvert zijn. De extraverte bejaarde daarentegen zal in zijn dementie op duidelijke wijze de naaste erin betrekken; stoornissen in de wisselwerking, de relationele factoren, spelen hier een veel belangrijker rol.

Een ander buitengewoon belangrijk gegeven is het feit dat de bejaarde steeds weer terugkomt met dezelfde verhalen. Wanneer men een kwartiertje met hem zit te praten, vertelt hij wel twee-, drie- of viermaal dezelfde geschiedenis, zonder zelf door te hebben hoe hij in herhalingen vervalt.

Een niet minder belangrijk verschijnsel is een beginnende afasie. Afasie is een stoornis in het taalgebruik. Deze stoornis kan zowel zijn een niet meer ter beschikking hebben van de gesproken of de geschreven taal, maar het kan ook het niet meer begrijpen van de geschreven of gesproken taal betreffen. Het zou echter te ver voeren om hierop uitvoerig in te gaan. Belangrijk voor de huisarts is erop attent te zijn. Wanneer hij in het gesprek merkt dat de ander hem niet begrijpt, dan moet hij zich uit de aard der zaak eerst afvragen: „Heb ik me wel exact en duidelijk genoeg uitgedrukt?” Wanneer hij zich daarvan heeft vergewist, is het belangrijk om goed op te letten, want men kan dan te maken hebben met een afatische stoornis. Vooral wanneer het blijkt dat de patiënt ook moeite heeft met het vinden van woorden, dat hij op een gegeven moment zelfs de eenvoudigste woorden niet meer tot zijn beschikking heeft, kan men zeker ervan zijn dat het gaat om een gemengde vorm van afasie, die bij het afatisch-apraktisch syndroom kan optreden.

Van nog groter belang zijn de apraktische stoornissen. Ook hier geldt dat apraxie vaak voorkomt bij beginnende dementie. Wanneer bijvoorbeeld een kopje thee wordt ingeschonken, ziet men dat dit buitengewoon onhandig gaat. Uit de aard der zaak moet men een en ander goed differentiëren van motorische stoornissen.

Belangrijk en in een vroeg stadium optredend zijn de sociale aanpassingsstoornissen, het onrustige gedrag 's nachts, het op tijden naar de winkel gaan dat de winkels eigenlijk zijn gesloten, het op ongebruikelijke momenten willen gaan eten of de kamer gaan schoonmaken.

Vaak op de voorgrond tredend en uit de aard der zaak pathognomonisch zijn de stoornissen in geheugen, inprenting en oriëntatie. De stoornis in de oriëntatie in tijd treedt het eerst op, daarna treden stoornissen op in de oriëntatie in plaats, terwijl de stoornissen in de oriëntatie in persoon pas in de laatste plaats komen. Het is zeer belangrijk om hierop steeds te letten.

Door *Hurwitz* is een aantal eenvoudige onderzoekingsmethoden, met behulp waarvan al in een zeer vroeg stadium een lichte beschadiging van de hersenen is vast te stellen, nader bekeken.

Het nagaan van de perseveratie is een zeer eenvoudige test die gemakkelijk is uit te voeren. Men vraagt de patiënt om van een tot tien te tellen en daarna van tien terug tot nul. De patiënt is hier toe niet in staat, de eerste opdracht blijft „hangen” en hij telt weer van een tot tien. Men vraagt hem opnieuw om terug te tellen, maar hij telt weer van een tot tien. Men kan hem ook vragen om de ogen te sluiten, te openen en om daarna de tong uit te steken. De tweede opdracht wordt niet uitgevoerd of in combinatie met de eerste opdracht.

Bij de zogenaamde synkinese gaat het om het meebewegen van de tegenovergestelde extremiteit. Men vraagt bijvoorbeeld aan de patiënt om zijn rechterhand rond zijn linkerhand te draaien, hij

blijkt hiertoe dan niet in staat te zijn, ook de linkerhand gaat meedraaien.

Men vraagt de patiënt om zonder het hoofd omhoog te draaien omhoog te kijken. De patiënt is hiertoe niet in staat, hij zal steeds het hoofd mee omhoog draaien.

Tenslotte wordt de zogenaamde palmomentale reflex nagegaan, een reflex die wordt opgewekt door over de ulnaire zijde van de handpalm te strijken, waardoor een homolaterale contractie van de musculus mentalis ontstaat. Bij 50 procent van de normale personen is deze reflex ook op te wekken, hij is dan zeer snel uitgeput, terwijl de reflexogene zone buitengewoon klein is. Bij een beschadiging van de hersenen daarentegen kan deze test zeker vijfmaal achter elkander worden uitgevoerd, de reflexogene zone is uitgebreid buiten de handpalm en de reflex is heel duidelijk zichtbaar.

Om zich een indruk te vormen over de stoornissen in inprenting kunnen eenvoudige getallenreeksen worden opgegeven; het functioneren van het geheugen kan op eenvoudige wijze worden nagegaan door naar persoonlijke gebeurtenissen uit het recente en het verre verleden te vragen, terwijl wat de oriëntatie in tijd betreft naar de dag van de maand kan worden geïnformeerd, het uur van de dag en dergelijke; zonder een uitgebreide testbatterij is het heel goed mogelijk om zich een indruk van een en ander te vormen.

b De niet-organische stoornissen in het senium. Hierbij moeten in de eerste plaats de depressies worden genoemd, deze komen zeer vaak voor. Over depressies in het beginstadium van dementiële syndromen werd reeds eerder gesproken; de neurotische depressies ontstaan vooral ten gevolge van stoornissen in affectieve banden, maar ook ten gevolge van relationele factoren. Depressies kunnen zich voordoen in een sterk apathische vorm, maar zij kunnen zich ook openbaren in een geagiteerde vorm. Het is juist de laatstgenoemde manifestatie die van zo groot belang is, omdat deze vorm zeer vaak wordt miskend. In het algemeen worden depressies in het senium vaak niet herkend, er wordt gedacht aan een zich terugtrekken van de bejaarde. Het zou mij te ver en buiten het kader van deze voordracht voeren om op de theorieën over desengagement en activiteit in te gaan.

Op de tweede plaats komen de zogenaamde geïsoleerde wanen; deze hangen over het algemeen samen met vereenzaming. Hierbij is uit de aard der zaak geen pathologische achteruitgang van de intellectuele vermogens aanwezig, terwijl ook geen duidelijke stoornissen in de oriëntatie ontstaan. Het is belangrijk om hierop verdacht te zijn. Vaak is opnemings in een bejaardenoord reeds voldoende om tot een goede aanpassing te kunnen komen. Juist bij de bejaarde, die vaak zoveel minder rolfunctie heeft dan de jongere, kan de polariteit tussen geborgenheid en avontuur, tussen het naar buiten optreden en het in de binnenkamer zich terugtrekken, worden verschoven naar de binnenkamer, zonder dat dit in overeenstemming is met

de persoonlijkheidsstructuur van de betroffene. Het is duidelijk dat hierdoor intra-psychische spanningen kunnen ontstaan, die ernstige neurotische, zelfs psychotische verschijnselen kunnen oproepen.

Ten derde kan worden genoemd de op hogere leeftijd beginnende schizofrenie. Zowel Post als Kay heeft hierop uitvoerig gewezen. Eigenlijk heeft men dan te doen met een afwijkende persoonlijkheidsstructuur, die zich op latere leeftijd in de eerste plaats en het meest opvallend uit in een paranoid gedrag. Volgens de onderzoeken van *Kay en medewerkers* zou bij drie procent van de bejaarden een schizofreen proces ontstaan.

Tenslotte moet nog worden gewezen op de op hoge leeftijd ontstane paranoïdie, die zowel geïsoleerd kan voorkomen als tijdens het beginstadium van schizofrenie of bij dementia senilis. Zeer nadrukkelijk moet aandacht worden besteed aan de mogelijkheid van een gehoorgestoornis, waardoor vaak een invoelbare paranoïdie ontstaat.

4 De therapieën in grote lijnen. Het is van buitengewoon belang om zoveel mogelijk sociale contacten aan te bieden, bezigheid, gezelschap, waardoor de zelfwaardering weer kan groeien. Het aanbieden van zintuiglijke prikkels ter bestrijding van de sensorische deprivatie is eveneens van groot nut. Hierbij moet worden gedacht aan bejaarden-gymnastiek, muziek en spel.

Het is essentieel de algemene gezondheidstoestand van de bejaarde zo goed mogelijk in stand te houden en met name de bloedsomloop te stimuleren, wat uit de aard der zaak ook geschiedt zowel door het aanbieden van sociale als van sensorische prikkels. Tenslotte is het noodzakelijk om een behoorlijk onderzoek te doen naar eventuele lichamelijke stoornissen, zoals deze reeds werden genoemd bij de predisponerende factoren. Met name dient een eventuele decompensatio cordis, schildklieraandoening, diabetes of uremie te worden gereguleerd of behandeld.

Wat betreft de medicamenteuze therapie – de behandeling binnen de diverse instituten, zoals psychotherapie, milieutherapie, elektroshocktherapie en dergelijke daargelaten – moet worden opgemerkt dat de gevoeligheid van bejaarden voor psychofarmaca over het algemeen groter is dan die van jongeren en dat een grote voorzichtigheid is geboden. Vele psychofarmaca veroorzaken als onaangename bijwerking een hypotensie die uitermate ernstig kan zijn en ten gevolge waarvan een dusdanige hypoxemie van het hersenweefsel kan ontstaan, dat verwardheidstoestanden een gevolg ervan zijn. Opgemerkt moet worden dat niet zelden bejaarden psychotische verschijnselen gaan vertonen, uitsluitend door intoxicatie met psychofarmaca. Alleen al het staken van een antipsychotische therapie is dikwijls voldoende om de psychose tot een geringere omvang terug te brengen. Tenslotte moet steeds rekening worden gehouden met het dreigende gevaar van een urineretentie, in

het bijzonder bij mannen, ten gevolge van de anticholinergische werking van vele farmaca.

Ook de extra-pyramidale verschijnselen moeten niet worden onderschat. Deze verschijnselen zijn echter vaak goed te behandelen door het geven van orfenadrine (Disipal). Wij zien herhaaldelijk goede resultaten met trihexifenidylum (Artane), hoewel dit een enkele keer ook weer psychotische verschijnselen ten gevolge heeft (beginnen met 1 mg per dag en pas na een week de dosering verhogen, niet meer dan 9 tot 10 mg per dag). Soms gebruiken wij ook benzatropine (Cogentin), dat in verband met de lange nawerking het beste 's avonds kan worden gegeven (beginnen met 0,5 mg, opklimmen tot maximaal 2 mg). Procyclidine (Kemadrine) bezit een duidelijke psychostimulerende werking (dosering tot maximaal driemaal 25 mg per dag).

Wat de psychofarmaca betreft, in het kader van dit onderwerp kunnen slechts enkele worden genoemd: uit de groep van de antidepressiva de imibenzylderivaten, met name imiprazine (Tofranil) — waarvan in een vrij snel stijgende dosering tot driemaal daags 100 mg kan worden gegeven, cave een mogelijke orthostatische hypotensie die eigenlijk altijd bij voortzetting van de behandeling weer verdwijnt —, verder amitryptiline (Tryptizol) (dosering driemaal daags 25 tot 50 mg) en desipramine (Pertrofan).

Tot de geneesmiddelen die een duidelijk dempende werking op het „reticular arousal system” hebben, behoort in de eerste plaats chloorpromazine (Largactil). Het heeft over het algemeen een voortreffelijke werking met een zeer gering aantal bijwerkingen en een lage toxiciteit, terwijl het ook een dempende werking op de vegetatieve centra heeft. De dosering moet individueel worden ingesteld. Het nadeel is de overgevoeligheid voor zonlicht, die bij zeer vele patiënten optreedt.

Voor de onrust kan men geven promazine (Prazine) (dosering 50, 50 en 100 mg per dag); een enkele maal zien wij ook wel goede resultaten van thioridazine (Melleril), maar de instelling en de individuele gevoeligheid verschillen nogal sterk. Men kan het beste met een hoge dosering beginnen en dan langzaam minderen.

De behandeling van de nachtelijke onrust kan zo nodig geschieden door het geven van levopromazine (Nozinan), maar dit middel heeft een vrij sterke hypotensieve werking en de patiënten blijven nogal eens langdurig suf. Een aangenamer en door mij de laatste tijd veelvuldig toegepast middel is Dominal forte (driemaal daags 80 mg). Het heeft een duidelijke onrustdempende werking, terwijl er geen sprake is van versuffing.

Een uitgesproken invloed op het limbische systeem hebben onder andere thioproperazine (Neuleptil) (dosering tot 30 mg per dag) en uit de aard der zaak chlordiazepoxide (Librium), waarmee wij overigens weinig gunstige ervaringen hebben. Aandacht moet zeker worden besteed aan diaze-

panum (Valium), dat echter het grote nadeel heeft dat de spierrelaxerende werking en de algemeen dempende werking zo groot is, dat men gemakkelijk zijn doel voorbij schiet. Als inslaapmiddel wordt veelvuldig gebruik gemaakt van Mogadon, eventueel gecombineerd met fenegan (25 mg).

* * *

Tenslotte zou ik gaarne persoonlijk een en ander tegen de huisartsen in Friesland willen zeggen over de preventie.

Het is alleen mogelijk om tot een goede aanpak en tot een beter gefundeerd inzicht in de geriatrische psychiatrie te komen, wanneer wij de medewerking hebben van ieder die hiermede wordt geconfronteerd. In de eerste plaats zijn dat uiteraard de huisartsen. Hoe vreemd het misschien op dit ogenblik ook moge klinken, ik zou de nadruk erop willen leggen dat wij bijzonder graag door de huisartsen worden geroepen bij alle patiënten bij wie zich een psychiatrisch ziektebeeld voordoet. De afdeling Geriatrische Zorg van de Sociaal-Psychiatrische Dienst en met name Sipsma is het volledig met mij eens dat alleen wanneer wij een behoorlijk inzicht verkrijgen in de frequentie van dergelijke ziektebeelden, terwijl wij tevens worden geconfronteerd met alle beginsymptomen, wij in staat zullen zijn onze kennis en daardoor de mogelijkheden van preventie te verbeteren.

Een praktisch bijkomend punt is dat alleen wanneer wij inderdaad worden overstelpd met aanvragen, zodat wij hieraan niet kunnen voldoen — wat overigens op dit moment ook reeds het geval is — wij daardoor met des te meer klem bij de autoriteiten erop kunnen aandringen ons de mogelijkheden te geven voor poliklinisch onderzoek en voor klinische observatie. Voor het geven van advies is niet alleen een deskundigheid nodig welke wij langzamerhand proberen te verkrijgen, maar bovenal personeelsbezetting en financiën. Wat dit laatste betreft is de overheid op dit ogenblik nog uitermatig weinig scheutig. Het is een trieste zaak dat de overheid meewerkt aan het stimuleren van socio-economische factoren die het ontstaan van dementiële syndromen bevorderen.

Wij moeten ons ervan bewust zijn dat alleen een snelle verbetering van onze kennis met betrekking tot vroegtijdige opsporing en tijdige behandeling mogelijkheden biedt voor de toekomst, waarin wij rekening moeten houden met een steeds toenemend aantal bejaarden. U begrijpt dat ik, niettegenstaande de geringe mogelijkheden welke ik u op dit moment kan bieden, u allen op het hart wil binden: „Opent uw ogen voor beginnende symptomen, trekt u rustig aan de bel, vraagt en zoekt om hulp, want alleen wanneer wij gemeenschappelijk trachten de gegevens te vermeerderen en het onderzoek uit te breiden, alleen dan zal het mogelijk zijn om straks niet genoodzaakt te worden door gebrek aan kennis, door gebrek aan personeel en door gebrek aan mogelijkheden de spuit te hanteren of de spuit juist thuis te laten bij

80-jarigen en ouder, hoewel ik mij afvraag of dit dan nog een reële vraag is, want wie zal tenslotte dan nog in staat en in de gelegenheid zijn om de arts te roepen, laat staan dat de arts nog altijd tijd heeft om deze mensen allen te bezoeken.”

Corsellis, J. A. N. *Mental illness and the aging brain*. Oxford University Press, London, 1962.

Fennis, H. W. J. M. *Behoeftte aan institutionele voorzieningen bij bejaarden*. Uit de afdeling Sociale Hygiëne van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde, Leiden, 1966.

Fennis, H. W. J. M. *Behoeftte aan intramurale en extramurale voorzieningen bij bejaarden in Friesland*. Uit de afdeling Sociale Hygiëne van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde, T.N.O., Leiden, 1968.

Hurwitz, L. J. (1968) *Geront. Clin.* 10, 146.

Kay, D. W. K., P. Beamish en M. Roth (1964) *Brit. J. psychiat.* 110, 146.

Larsson, T., T. Sjögren en C. Jacobson (1963) *Acta pschiat. scand.* 39, suppl. 167.

Nielsen, J. *Chromosomes in Senile Dementia*. In: *Senile dementia*, C. Müller en L. Ciompi. Hans Huber Publishers, Bern, 1968.

Niemeijer, J. (1970) *Ned. T. Geront.* 1, 17.

Sipsma, D. H. (1970) *Ned. T. Geront.* 1, 7.

Roode Kruis en huisarts

DOOR J. W. VAN ESVELD*

„Er zal zijn eene Nederlandsche Vereeniging tot het verleenen van hulp aan zieken en gewonden krijgslieden in tijd van oorlog, hetzij Nederland er al dan niet bij betrokken is”. Aldus kort en bondig het Koninklijk Besluit van 19 juli 1867, waarbij koning Willem III het initiatief nam tot de oprichting van een Rode Kruis-vereniging in Nederland. Twee dagen later volgde een tweede besluit, waarbij een voorzitter en andere bestuursleden werden benoemd. Dit was dan het prille begin van de vereniging Het Nederlandsche Roode Kruis, thans niet meer uit onze samenleving weg te denken. In dit artikel zal worden getracht de structuur en de organisatie van het Nederlandsche Roode Kruis uiteen te zetten, een overzicht te geven van de belangrijkste taken van de vereniging en tenslotte een aantal raakvlakken van huisarts en Rode Kruis op te sommen.

In de jaren 1863 en 1864 werd de permanente internationale Rode Kruis-organisatie opgericht en werd het eerste Verdrag van Genève opgesteld. Zoals algemeen bekend is moet de Zwitserse zakenman Jean Henry Dunant als de grondlegger van het Rode Kruis worden beschouwd. Als ooggetuige van de bloedige slag bij Solferino op 24 juni 1859 tussen een Frans-Sardijns en een Oostenrijks leger legde hij zijn indrukken neer in het boekje „Un souvenir de Solferino”, waarin hij onder meer pleitte voor „een organisatie van burgervrijwilligers, waarvan de leden zich in vreedstijd zouden kunnen bekwamen om in zulke situaties zoudend op deskundige wijze te kunnen optreden. Vele levens hadden na Solferino door een dergelijk hulpkorps kunnen worden gered, veel lijden kunnen worden gelenigd”.

Bij het intensieve overleg dat tenslotte tot de totstandkoming van het Rode Kruis heeft geleid,

heeft vooral ook de Nederlandse arts J. H. C. Basting, chirurgijn-majoor bij het regiment grenadiers en jagers, een belangrijke rol gespeeld. Koning Willem III heeft diens activiteiten en wat er in Genève groeiende was met belangstelling gevolgd, maar met de oprichting in ons land van een nationale vereniging vlotte het niet zo erg. De koning nam tenslotte zelf het initiatief toen de grote tentoonstelling te Parijs naderde, waarop ook ruimte beschikbaar was gesteld voor de nieuw opgerichte verenigingen tot hulp en bijstand van gewonde en zieke militairen”. In historisch opzicht op het nipertje, want toen op 1 september 1870 de statuten van de Nederlandse vereniging werden goedgekeurd, was de Frans-Duitse oorlog reeds uitgebroken en werd de eerste Nederlandse ambulance (in totaal zijn het er zeven geworden) in de richting van het front uitgezonden.

Hoewel in verschillende landen Rode Kruis-verenigingen waren opgericht met het doel hulp te verlenen aan gewonden en zieken van strijdende legers, kwam men al vrij spoedig op de logische gedachte dat een dergelijke organisatie ook in vreedstijd waardevolle diensten aan de gemeenschap zou kunnen bewijzen, met name op het gebied van ziekenverzorging, ruimer gezien van de volksgezondheid. Vandaar dat alle Rode Kruis-verenigingen als vreedstaken waardevolle initiatieven hebben ontwikkeld. Het Nederlandsche Roode Kruis heeft zich daarbij nooit op terreinen willen begeven waarop reeds andere verenigingen werkzaam waren. Ook is het voorgekomen dat het een taak opvatte die later, wanneer daartoe aanleiding bestond, werd overgedragen aan een andere, meer gespecialiseerde organisatie. Dat is met name gebeurd met betrekking tot het africhten en beschikbaar stellen van geleidehonden voor blinden.

Structuur. Wat de structuur en de organisatie van het Nederlandsche Roode Kruis betreft, moet

* Hoofd afdeling Perszaken van het Nederlandsche Roode Kruis