

Psychisch dysfunctioneren van bejaarden

DR. A. FULDAUER*

Elke huisarts heeft in zijn praktijk ouderen met wie wel eens problemen zijn: de partner komt klagen over de vergeetachtigheid van de ander; huisgenoten storen zich aan het gedrag van „vader”. De term psychogeriatrische patiënt is in zulke gevallen vaak veel te zwaar; ongeveer 30 procent van de ouderen bij wie in eerste instantie aan dementie wordt gedacht, blijkt helemaal niet dement; er is alleen een verstoring van een tamelijk labiel evenwicht.

Inleiding

Recent is door *Ringoir* uiteengezet dat termen als „psychisch gestoorde bejaarde” en „geestelijk gehandicapte bejaarde” beter niet meer gebruikt kunnen worden; in plaats daarvan verdient het aanbeveling de term psychogeriatrische patiënt te bezigen. Wij bevorderen hiermee de eenheid in terminologie en bovendien conformeren wij ons zodoende aan de internationale term, zoals die is omschreven in het WHO-rapport *Psychogeriatrics*: „Psychogeriatric is een onderdeel van de psychiatrie dat zich bezighoudt met alle psychische stoornissen van het senium (...)”. Dat neemt niet weg dat psychogeriatric een beladen begrip is wanneer het wordt toegepast op bejaarden die, hoewel niet opgenomen in een ziekenhuis of een verpleeginrichting, geestelijk niet goed functioneren. Bovendien dreigen we op deze manier uit het oog te verliezen, dat er een groep ouderen is, die als het ware tussen wal en schip valt.

Elke huisarts heeft in zijn praktijk ouderen met wie wel eens problemen zijn: de partner komt klagen dat de ander soms zo moeilijk is, of vergeetachtig en een enkele keer wel eens verward; huisgenoten of verzorgers zijn het niet eens met het gedrag van een bejaarde ouder tegenover de kinderen (zich bemoeien met de opvoeding, verbieden van spelletjes die de kinderen leuk vinden, maar waarvan ouderen last hebben). Moeten we dan meteen van een psychogeriatrische patiënt spreken? Zien we de be-

trokkene al opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis of een verpleeghuis? Neen, in eerste instantie zal de huisarts door overleg en advies proberen tot verbetering van de situatie te komen; zelfs zal hij pogingen doen om een andere huisvesting voor de betreffende bejaarde te regelen. De volgende stap wordt gevormd door bepaalde medicaties om hinderlijk gedrag zoveel mogelijk te ondervangen, eventueel na een lichamelijk onderzoek, dat veelal weinig onbekende, niet-degeneratieve afwijkingen aan het licht brengt.

Een goede diagnose en prognose bij psychogeriatrische patiënten is erg belangrijk voor een behandelingsplan en een adequate opvang. Maar willen wij nu en vooral in de toekomst voorkomen, dat het aantal aangemelde psychogeriatrische patiënten zo groot wordt, dat onze toch al geringe mogelijkheden nog meer te kort zullen schieten, dan zullen wij juist op dit gebied meer preventief moeten gaan denken. Wij moeten ons dan richten op de groep ouderen die we eigenlijk nog niet „patiënt” mogen noemen, maar die wel problemen geven, problemen zowel voor hun milieu, als voor het eerste echelon en met name de huisarts. Voor deze groep bejaarden zou ik niet de wat beladen term psychogeriatrische patiënt willen gebruiken; ik zou hen willen aanduiden – zoals ze zich ook aan hun omgeving manifesteren – als psychisch dysfunctionerende bejaarden. Het begrip „psychisch dysfunctioneren bij bejaarden” zou ik willen omschrijven als een toestand die gekenmerkt wordt door het optreden van gedragsafwijkingen ten-

gevolge van een verstoring van het psychosociale evenwicht.

De mens kan zich handhaven in zijn milieu door het feit dat hij een evenwicht in stand houdt, zowel ten aanzien van zijn lichamelijke en geestelijke gesteldheid, als ten aanzien van zijn sociale milieu. Dit evenwicht kan behouden blijven, doordat de ene keer een beroep wordt gedaan op het lichamelijke weerstandsvermogen, de andere keer op geestelijke regulatiemechanismen. Op deze wijze kan de mens zich telkens weer aanpassen aan de stress-situaties die zich aan hem voordoen. Afhankelijk van allerlei factoren blijft het evenwicht min of meer gehandhaafd en reageert de mens op een wijze die normaal is voor de betrokkene en als zodanig wordt ervaren door zijn omgeving. Wordt de mens ouder, dan wordt het lichamelijke weerstandsvermogen minder groot, hij wordt kwetsbaarder, zijn psychische regulatiemechanismen vertonen een geringere tolerantie, die zich primair uit in een psychische labiliteit waardoor ouderen vaak sneller dan jongere mensen geëmotioneerd raken. We zouden kunnen spreken van een labiel evenwicht bij ouderen.

Uit het voorafgaande vloeit voort, dat er drie hoofdoorzaken kunnen zijn voor psychisch dysfunctioneren bij bejaarden:

- somatische afwijkingen;
- psychische afwijkingen;
- sociale omstandigheden.

Deze drie oorzaken zullen in de volgende paragrafen besproken worden.

Somatische afwijkingen

Somatische afwijkingen kunnen een dusdanige verstoring van het labiele evenwicht veroorzaken, dat min of meer ernstige psychische afwijkingen ontstaan; deze afwijkingen leiden er niet zelden toe, dat de betrokkene het etiket dement krijgt opgeplakt. Organisch psychosyndroom is de term die in dit verband gebruikt wordt in de Duitse literatuur; een goede term, omdat aan de verstoring van het labiele evenwicht bepaalde cerebraal-organische veranderingen ten grondslag liggen.

De somatische afwijkingen die leiden tot verbreking van het labiele evenwicht, worden vaak niet zo snel onderkend, omdat de anamnese bij ouderen vaak slechts een vage aanduiding geeft. Deficiënties tengevolge van een inadequate voeding zijn daarvan een voorbeeld. Urineretentie en uitdroging (soms gecombineerd) kunnen leiden tot alarmerende gedragsafwijkingen. Als

* Verpleeghuisarts te Almelo

voorbeeld van de invloed van somatische afwijkingen moge dienen een ruim tachtigjarige man, voor wie opname op de psychogeriatrische dagbehandeling werd gevraagd wegens loopstoornissen en geestelijk disfunctioneren sinds enige maanden; de vraag was of reactivering mogelijk zou zijn. De man bleek ook visusstoornissen te hebben en een flink verhoogde bezinkingssnelheid. De klachten bleken te zijn veroorzaakt door een arteriitis temporalis. Een adequate behandeling deed niet alleen de fysieke klachten en afwijkingen verdwijnen, maar ook de „dementeringsverschijnselen”.

Geestelijk disfunctioneren dat min of meer acuut optreedt, wordt meestal veroorzaakt door een acuut ziekteproces of het verergeren van een bestaande aandoening, bijvoorbeeld een tumor of metastasen. Gericht onderzoek bij ouderen kan daardoor nuttig zijn en leiden tot het vinden van – al of niet – verborgen gebreken die van grote invloed kunnen zijn op het labiele evenwicht. Men denke in dit verband aan diabetes mellitus en asymptomatische urineweginfecties.

Psychische afwijkingen

Emotionele labiliteit speelt een grotere rol bij ouderen dan bij jongeren. Stress zal bij een bejaarde dan ook vaker een zware belasting vormen dan bij een jongere. Te vaak wordt hiermee onvoldoende rekening gehouden. De wijze waarop psychische problematiek verwerkt wordt, is in hoge mate afhankelijk van de persoonlijkheidsstructuur van de betrokkene. Iemands gedragspatroon – dat maatschappelijk als normaal wordt ervaren, zolang het zich binnen bepaalde grenzen beweegt – hangt samen met die persoonlijkheidsstructuur. Kennis van de persoonlijkheidsstructuur, vooral op basis van de hetero-anamnese, is derhalve van groot belang; mede aan de hand hiervan kunnen wij immers bepalen of er inderdaad gedragsafwijkingen zijn, die een indicatie kunnen vormen voor regulerend ingrijpen.

Als voorbeeld van psychische problematiek noem ik het rouwproces. Voor ouderen vormt dit vaak een grote belasting en scheidt het onoverkomelijke moeilijkheden wanneer geen goede begeleiding plaatsvindt. Wij zien nogal eens dat het sterven van de partner of de kinderen de – niet onderkende – oorzaak is van vereenzaming en daardoor psychisch disfunctioneren. Relatiestoornissen met de kinderen en het gevoel onvoldoende erkend te zijn in

het huwelijk of het maatschappelijk leven, kunnen eveneens aanleiding geven tot disfunctioneren. Juist dit soort problemen kan op latere leeftijd leiden tot depressies en hallucinatoire en paranoïde symptomen.

Als de bejaarde eenmaal in de vicieuze cirkel van psychisch disfunctioneren terecht is gekomen, zal de problematiek steeds groter worden. Dit kan leiden tot een irreversibel proces van psychogeriatrisch gestoord zijn. De omgeving – partner en/of familie – begint veelal te desintegreren en gaat zich afzetten tegen de betrokken oudere. Vaak is er dan al zoveel gebeurd en zijn de verhoudingen zodanig verstoord, dat herstel van de normale verhoudingen, bijvoorbeeld terugkeer in het oorspronkelijke milieu, onmogelijk is geworden. Juist daarom is het van belang preventief te handelen bij ouderen in situaties als deze. Het optreden van zich steeds herhalende, kleine stoornissen in het dagelijkse levenspatroon en van conflicten met de partner of jongeren moet een signaal zijn voor elke huisarts en andere hulpverleners in het eerste echelon om te trachten de oorzaak hiervan te achterhalen en bijtijds regulerend te handelen. Vaak wordt getracht de toestand te verbeteren door het geven van medicatie, met name psychofarmaca. Lijkt het in de aanvang alsof hiermee inderdaad een verbetering bereikt wordt, na verloop van tijd blijkt dit schijn: slaaptabletten of -druppels lijken nachtelijke onrusttoestanden op te heffen, maar werken – vaak versterkt door andere middelen – overdag nog door, waardoor de betrokkene op een lager niveau functioneert en „handzamer” is. Deze cumulatie van middelen kan leiden tot wat ik een „medicamentuze vereenzaming” zou willen noemen. De toestand waarin de bejaarde is gekomen, leidt immers ook tot een vermindering van het sociale contact. Dit heeft soms acute desintegratiestoelstanden tot gevolg, die op hun beurt weer leiden tot een dringend beroep op andere hulpverleners, met name de ambulante of klinische psychiatrische diensten.

Het is niet onmogelijk dat Halcion destijds juist in en door deze gevallen zo'n slechte roep heeft gekregen. Wij zagen op onze polikliniek een alleenwonende man die reeds psychofarmaca gebruikte wegens recidiverende depressies. Hij had slaapstoornissen en zijn huisarts schreef hem Halcion voor. Hij kreeg na enige tijd visuele hallucinaties, werd storend voor zijn omgeving en werd daarom aangemeld bij de Sociaal Psychiatrische Dienst. De bijwerkingen

verdwenen snel na het staken van het middel. De psychogeriatrische dagbehandeling waar hij een paar weken werd opgevangen, kon op zijn verzoek beëindigd worden.

Men dient zich voortdurend te bezinnen op de noodzaak en wenselijkheid van de toegepaste medicatie. Bij bepaalde organische aandoeningen zoals Morbus Parkinson, kan de medicatie leiden tot ernstige verwardheid. Realiseert men zich dit niet en wil men deze verwardheid opheffen met neurodepressiva of psycholeptica, dan kunnen beelden ontstaan die inderdaad lijken op een ernstig dementieel syndroom. Uit ons vijfjarig multidisciplinair, psychogeriatrisch onderzoek bleek dat in 15 procent van de gevallen de medicatie een belangrijke oorzaak was van psychisch disfunctioneren.

Sociale omstandigheden

Onder de sociale omstandigheden speelt vooral huisvestingsproblematiek een belangrijke rol. Voorbeelden: een te groot huis, niet aangepast en daardoor lastig of zelfs gevaarlijk; samenwonen met jongere familieleden, zonder dat beide partijen een aparte woongegenheid hebben. In het bijzonder zullen problemen ontstaan als er opgroeiende kinderen zijn of als beide inwonende echtelieden buitenshuis werken. Burcht en eigenlijk onacceptabel zijn de toestanden waarbij de kinderen – via een notarieel vastgelegde afspraak – de behuizing overnemen, op voorwaarde dat zij vader en moeder tot het levensende zullen huisvesten. Dergelijke afspraken komen vooral bij boerenfamilies nogal eens voor en kunnen leiden tot ruzies waar de oudere dan de dupe van wordt.

Onvoldoende hulpverlening door familie of professionele instanties zijn eveneens veel voorkomende oorzaken. Illustratief is de volgende casus. Een dame van vijfentachtig jaar was in enkele maanden tijds gedesintegreerd van een redelijk functionerende bejaarde tot een met faeces knoeiende, storende vrouw. Overigens was zij enkele jaren tevoren al eens psychisch gaan disfunctioneren na een pneumonie. Patiënte woonde naast haar dochter, die meewerkt in het bedrijf van haar man. Het gezin kon de last die moeder bezorgde door haar bemoeizucht, niet verwerken; de moeder werd duidelijk afgewezen en verviel vervolgens in de genoemde toestand. Nadere klinische observatie zal moeten uitmaken in hoeverre ook nu somatische factoren een rol spelen en of

deze vrouw, wanneer zij weer in rustig vaarwater gekomen is, toch nog zo goed functioneert dat zij in een niet-psycho-geriatrie omgeving kan worden opgevangen.

Signalen

Welke verschijnselen kunnen wij als signalen voor een dreigend disfunctioneren beschouwen? In de eerste plaats elk functioneren dat door de omgeving van de betrokkene als afwijkend wordt beschouwd van het normale gedrag. Indien een als opvliegend bekend staande man agressief begint te worden bij gebeurtenissen waarbij hij zich vroeger nog kon beheersen, moet men alert zijn; men kan dan niet volstaan met het geven van agressie beteugende farmaci. Mogelijk ligt aan zijn gedrag een reversibel organisch lijden ten grondslag. Het signaleren van lichte inprentingsstoornissen die leiden tot desoriëntatie in tijd en plaats, is erg belangrijk. Deze stoornissen geven onder meer aanleiding tot het vergeten of verkeerd innemen van medicijnen, waarmee de betrokkene in een vicieuze cirkel geraakt. Zij kunnen ook leiden tot sociale deprivatie en vereenzaming. Juist de lichte afwijkingen ziet men vaak over het hoofd. De partner of de omgeving is maar al te geneigd lichte tekortkomingen op te vangen en te corrigeren en de betrokkene te helpen. Stoornissen in de algemene dagelijkse levensverrichtingen kunnen ook als een signaal gezien worden. Hulp bij deze verrichtingen is vaak funest voor de betrokkene. Al heel snel zal hij het normaal vinden geholpen te worden en zo glijdt hij steeds verder af in hulpbehoefte. Dat dit een ongunstige invloed heeft op het geestelijk functioneren, staat buiten kijf.

Een ogenschijnlijk ongenueanceerd klachtenpatroon bij een oudere die voorheen nooit in die mate om hulp vroeg, is eveneens een signaal voor een mogelijke depressie. Depressies komen vrij veel voor bij bejaarden, nogal eens in versluierde vorm. In het algemeen is men geneigd zowel lichamelijke als psychische klachten bij ouderen in de eerste plaats toe te schrijven aan het verouderingsproces. Dit behoort echter in het geheel niet de oorzaak te zijn. Kan men geen somatische afwijkingen vinden, dan moet men zich realiseren dat psychotherapie bij ouderen mogelijkheden

biedt, vooral waar gestoorde relaties de oorzaak zijn van een geestelijk disfunctioneren. Ook dit kan aan de hand van een voorbeeld worden geïllustreerd.

Een man van ruim tachtig jaar, sinds jaren weduwnaar, woont samen met een huishoudster, die hij wel eens een trouwbelofte heeft gedaan; het is er echter nooit van gekomen. Zij is erg op hem gesteld, maar laat toch merken dat dit haar dwars zit. Hij reageert door soms moeilijk te doen tegen haar. Soms knoeit hij zelfs met zijn faeces. De toestand wordt onhoudbaar en er wordt een opname aangevraagd voor deze „dementerende oude man”. Het onderzoek wijst uit, dat er geen sprake kan zijn van dementie. Oorzaak van het psychisch disfunctioneren is de uit de hand gelopen relatie. Na een observatieperiode, waarin door maatschappelijk werker en psycholoog begonnen wordt met een eenvoudige psychotherapie, gaat de man weer normaal functioneren. Ook de verhouding met de huishoudster wordt weer normaal, mede dankzij de continue begeleiding via de dagbehandeling.

Met name de dagbehandeling heeft vaak een gunstige invloed. Het ontvangen van aandacht, het gedwongen bezig zijn, het krijgen van allerlei prikkels, dit alles werkt behoudend, soms zelfs verbeterend. Geëigende maatregelen, zoals het verstrekken van speciale medicijndoosjes of het organiseren van hulpverlening in een andere vorm, kunnen leiden tot een verkleining van het probleem. Handhaving in het eigen milieu blijkt dan nogal eens mogelijk. In dit verband wil ik graag nog eens wijzen op de mogelijkheden die de zogenaamde sociaal-medische surveillance biedt. Deze wordt door een aantal kruisorganisaties in Twente, maar ook elders in het land georganiseerd en uitgevoerd bij bejaarden van zeventig jaar en ouder. Het gaat hier om een eenvoudige vorm van gerichte screening, die het de huisarts mogelijk maakt bijtijds in te haken op gesignaleerde afwijkingen. Maar ook voor de huisarts kan de problematiek te veel zijn. Wij hebben bij ouderen tenslotte te maken met niet alleen een multipathologisch morbiditeitspatroon, maar ook een sterke verstrengeling van allerlei factoren. Het ontrafelen van deze factoren en het inpassen van zinvolle maatregelen in een totaal behandelingsplan lukt soms beter

aan een team van deskundigen op dit gebied. Ik denk hierbij uiteraard aan de multidisciplinaire psychogeriatrische teams.

Bij verschillende onderzoeken is gebleken, dat ongeveer 30 procent van de ouderen bij wie in eerste instantie aan dementie werd gedacht, geen sprake is van dementering (Miessen; Van Laere). Op onze polikliniek kwamen wij tot een percentage van ruim 30 procent bij de voor screening aangemelde ouderen. Een teken aan de wand, een signaal op rood, waaraan niet voorbij gegaan mag worden.

Samenvatting. Bejaarden in een „thuisituatie” geraken relatief gemakkelijk uit hun evenwicht door somatische, psychische en/of sociale problemen. Zij doen zich dan voor als een psychogeriatrische patiënt, terwijl in feite vaak eerder sprake is van psychisch disfunctioneren. Het is belangrijk dat deze groep bejaarden adequaat wordt begeleid, om een versnelde afglijden tot irreversibele, geestelijke ziekte toestanden te voorkomen.

Summary. Psychological dysfunctioning of the aged. Aged persons in a „home situation” are relatively easily upset by somatic, psychological and/or social problems. They then pose as psychogeriatric patients, although in actual fact they are psychologically dysfunctional. It is important to give this group of aged persons adequate guidance in order to prevent an accelerated progression to irreversible mental illness.

- Fuldauer, A. Sociaal medische surveillance (Preventief geneeskundige bejaardenzorg in de praktijk). (1973) *T. soc. Geneesk.* 51, 582.
- Fuldauer, A., Th. Peeters, Sj. Heringa e.a. Screenen van bejaarden. (1980) *Maandbl. geest. Volksgezondh.* 35, 201.
- Laere, A. C. van. Psychogeriatrische polikliniek. [Scriptie bijscholingscursus verpleeghuisartsen.] *Bruggerbosch (Weinahorst 49), Enschede*, 1976.
- Miessen, B. Poliklinische somato-psycho-sociale screening van gedragsstoornissen bij oudere mensen. (1974) *Ned. T. Geront.* 5, 153-158.
- Ringoir, D. J. B. De bejaarde patiënt en de terminologie. (1980) *Medisch Contact* 35, 651-656.
- Sipsma, D. H. Het wankel evenwicht. (1973) *Ned. T. Geront.* 4, 13-22.