

## PSYCHIATRIE EN GERIATRIE

door Dr. P. H. ESSER

(Geneesheer-directeur van de Clara-kliniek te Zantvoort)

Het is moeilijk om bij de geriatrie, die nog geen algemeen erkend specialisme is, aan te wijzen, welke plaats aan de psychiatrie moet worden toegekend. We kennen de omgrenzing van het arbeidsveld, maar het terrein is nog onvoldoende in kaart gebracht. We denken bij geriatrie aan ziekten bij mensen van 65 jaar en ouder, maar zijn over het beleven van de laatste levensfase nog zeer onvoldoende geïnformeerd. Wel is het regel, dat bij zieke bejaarden zich verschijnselen voordoen, die zowel de aanwezigheid van een internist als die van een psychiater of van een psychiater-neuroloog wenselijk maken. De psychiater behoeft niet bij ieder intern lijden geconsulteerd te worden. Omgekeerd gaan psychische afwijkingen in het senium niet altijd met interne ziekten gepaard. Het is echter wel zo, dat in zeer vele gevallen een gezamenlijk optreden van internist en psychiater de patiënten ten goede komt. Een geriater zal van beide specialismen een grondige kennis moeten bezitten. Bovendien zal hij een goed revalidatie-arts moeten zijn. Bezit hij onvoldoende kennis van de interne geneeskunde, dan zal hij bij de vaak gecompliceerde en ingewikkelde veelheid van tegelijk de kop opstekende interne ziekten niet verantwoord zijn, wanneer hij geen gekwalificeerde internist in de arm neemt. Temeer geldt dit, wanneer hij geen ziekenhuis achter zich heeft. Is hij onvoldoende bedreven in de psychiatrische approach, dan zal hij te snel en te uitsluitend naar tranquillizers grijpen zonder tot een goed gefundeerde taakstelling, groepsactiviteiten en een geestelijke revalidatie van de zieke te komen. En mist hij de technische vaardigheid van de revalidatie-arts, dan zal hij de lichamelijke gehandicapten onder de bejaarden en speciaal patiënten met hemiplegieën, parkinsonisten, reuma-patiënten e.a. onvoldoende kunnen behandelen.

Willen we de zieke bejaarde genezen, dan moeten we de behandeling laten aangrijpen bij de mogelijkheden die er nog zijn. Geldt dit eigenlijk op ieder punt van de levenscurve, bij bejaarden is het van bijzonder belang hier de aandacht op te vestigen. De arts is immers geneigd het procesmatige in het leven van zijn patiënt als het noodzakelijke en onontkoombare te bezien, terwijl het voor de behandeling essentieel is ruimte over te laten voor het zelf-ontwerp. We zien hoe de ene levensfase op de andere volgt, maar begrijpen uit die opeenvolging niet de individuele menselijke levensgeschiedenis. Ook op hoge leeftijd kan de mens nog vorm geven aan hetgeen in hem leeft, kan hij nog stijlvol handelen en

geschiedenis maken. Zijn organisme kan hem daarbij echter specifieke moeilijkheden in de weg leggen. Zijn er bv. *moeilijkheden by het taalgebruik*, al dan niet te rangschikken onder enigerlei type van afasie, dan maakt dit op de omgeving vaak de indruk van dementie of verwardheid. Een onderzoek naar de uitvalsverschijnselen geeft dan de weg aan waarlangs de expressie kan worden vergroot en het contact met de omgeving vergemakkelijkt. We zijn vaak bang het verleden te sterk te accentueren, omdat er bij bejaarden toch al een voorkeur voor vroeger tijden bestaat. Maar wanneer we het gebruik van taal willen herwinnen, moeten we soms beginnen bij het zingen van een kinderversje. Het samen zingen geeft in dergelijke gevallen van bemoeilijkt taalgebruik steeds een opmerkelijke satisfactie. Wat men elkaar niet kon zeggen, vindt nu al zingend een uitingsvorm.

Anders ligt het bij *de stemmingsziekten* en m.n. bij de depressies. Zij komen veelvuldig voor bij bejaarden. De neiging bestaat deze met opgewektheid of vrolijke muziek te bestrijden. Men tracht dan een gedeprimeerde grondstemming te bestrijden met een andere, vrolijke grondstemming. Tevergeefs. Men grijpt in dit geval niet aan bij de mogelijkheden die er zijn, maar wil het onmogelijke van de patiënt met het gevolg dat hij nog gedrukker wordt en zich onbegrepen voelt. Bij een depressie ontbreekt nl. vaak, wat men zou kunnen noemen, het klankbord voor het affectief contact. Onze stemming vindt geen weerklank bij de zieke. Hij kan die stemming niet opvangen. Maar hij kan nog wel zijn handen gebruiken, hij is nog wel in staat met anderen samen iets te doen, iets te maken. Hij kan nog wel werken. En dat helpt hem. Arbeidstherapie in de vorm van handenarbeid is juist voor mensen met stoornissen in het gestemd-zijn een zeer goede behandelingsmethodiek.

Nog een enkel voorbeeld, waaruit niet alleen blijkt hoe belangrijk het is aan te grijpen daar waar nog mogelijkheden zijn. Het is algemeen bekend dat bejaarden zich slecht oriënteren in de ruimte, dat ze lopen te zoeken als ze in een nieuwe omgeving zijn ondergebracht. Het is dan zaak zo spoedig mogelijk *oriënteringspunten* te geven, bv. door voorwerpen uit het vertrouwde leefmilieu over te brengen naar het nieuwe.

Het is een uitstekende gedachte bejaarden houvast te geven in de gang aan een railing. Maar men vergeet dikwijls de oriëntering te vergemakkelijken door de vloerbedekking niet alleen anti-slip te maken, maar ook zó, dat de patiënt direct kan zien, waar zich deuren bevinden, bv. door donkere banden aan te brengen in een licht fond. De zieke leert dan veel sneller zelf de W.C. te vinden. Scherpe demarcatielijnen tussen fysische en psychische ziekten zijn in de geriatrie niet te trekken. Het vraagstuk van de geestelijke gezondheid van de bejaarden vraagt een goede integratie van medisch kennen en kunnen, en plaatst ons voor fundamentele me-

PSYCHISCHE problemen. Want die geestelijke gezondheid is direct afhankelijk van de sociale situatie en van de leefruimte waarin de bejaarde zich beweegt. Preventieve geneeskunde, sociale geneeskunde en de medische zorg voor het gezin zullen de handen inéén moeten slaan willen de lasten van het oud-worden verminderen, en het gezond bejaard-zijn regel worden, zodat het oud-worden als een voorrecht kan worden beleefd.

De kans op lichamelijke en geestelijke ziekten neemt thans nog toe met de leeftijd. Hiervoor zijn in de eerste plaats *biologische* factoren verantwoordelijk. Daarnaast moeten we rekening houden met demografische, sociale en psychologische omstandigheden. De organische psychosen in het senium beheersen we nog in het geheel niet. Wel komen er bij bejaarden vormen van onaangepast gedrag voor, die een psychologische benadering vragen. In mindere mate geldt dit voor de labiliteit van het gemoedsleven. Het lijdt geen twijfel dat sommige mensen het ouder-worden zeer slecht verdragen, terwijl ze toch niet seniel of arteriosclerotisch dementeren. Ze worden traag, stijf, pijnlijk, conservatief en dogmatisch in hun denken, onpraktisch en onzeker in hun handelen, koud en onaandoenlijk. Anderen blijven vitaal en creatief werkzaam tot op hoge leeftijd. Hun belangstelling vermindert niet, terwijl ze het vermogen behouden zich in actuele problemen te verdiepen en in staat blijven uitdrukking te geven aan hetgeen hen bezighoudt. Ook is bij hen geen sprake van gevoelsverarming.

De uiterlijke levensloop, de verstandelijke begaafdheid en de sociaal-economische achtergrond van beide groepen mensen is dikwijls dezelfde. Daarom hebben we behoefte te weten, of en in welk opzicht de innerlijke levensloop en de verhoudingen binnen het systeem van drijvende krachten bij deze bejaarden onderling verschillen. Goede intelligentie, emotionele stabiliteit, vitaliteit en integriteit zijn eigenschappen, die op volwassen leeftijd tot top-prestaties kunnen leiden. Maar garanderen ze ook een gezonde oude dag? Een onderzoek hiernaar zou ons niet alleen leren, in hoever een aangepast leven op hoge leeftijd afhankelijk is van bepaalde eigenschappen op jeugdiger leeftijd, maar ons ook kunnen helpen die invloeden te vergroten welke een doeltreffender *zelfexpressie* mogelijk maken. Wij hebben ons in het verleden vrijwel uitsluitend beziggehouden met de intellectuele aspecten van het ouder-worden, en vrijwel geen aandacht geschonken aan mogelijke wijzigingen in het gevoelsleven. In onderontwikkelde gebieden met een zeer lage levensstandaard, waar sprake is van chronische ondervoeding, zien we seniele verschijnselen voortijdig optreden. Coronairsclerose, longkanker en ulcus duodeni treffen we vooral aan in welvarende landen, zoals Denemarken en Zwitserland, landen waarin ook veel zelfmoord onder bejaarden voorkomt.

Op hoge leeftijd is er een bijzonder nauwe relatie tussen geestelijke en lichamelijke gezondheid. Dit brengt met zich dat een lichame-lijk en geestelijk zieke bejaarde de aandacht vraagt van een inter-nist en van een sociaal-psychiater ten einde een goed op elkaar ingespeelde lichamelijke en geestelijke revalidatie mogelijk te ma-ken. Het is een algemeen ervaringsfeit dat een patiënt die, na lichame-lijk gerevalideerd te zijn, zich zelf weer kan redden, ook geestelijk verbetert, en dat omgekeerd een geestelijke revalidatie verbetering kan brengen in de algemene lichamelijke toestand.

Regulatiestoornissen komen bij bejaarden veelvuldig voor. Onder de vele afwijkingen nemen de stoornissen in de regulerende me-chanismen een centrale plaats in. Zo zien we betrekkelijk veel alcoholisme onder bejaarden en lijden ze veelvuldig aan slapeloos-heid.

Elders <sup>1</sup> heb ik betoogd dat het bijzonder moeilijk is zieke bejaar-den te classificeren doordat de geestelijke en de lichamelijke ver-schijnselen zo bijzonder dicht bijeen liggen. De geriater is in de regel beter internistisch geschoold dan psychiatrisch. Hierdoor krijgt de geestelijk zieke mens niet die behandeling, waarop hij recht heeft. Peter Townsend heeft het zo juist geformuleerd: Door-dat vrijwel uitsluitend internistisch geschoolde artsen bij bejaar-den het accent teveel op de lichamelijke afwijkingen leggen, wor-den de lichame-lijk zieken, na behandeld te zijn, naar huis ge-stuurd, en blijven de geestelijk zieken onbehandeld in de tehuizen achter <sup>2</sup>.

Wat de psychosen van bejaarden betreft is het opmerkelijk, dat in veel studies de indruk gewekt wordt als zouden we hier slechts met één ziekte te maken hebben, de organische dementie, die dan soms op klassieke wijze wordt onderverdeeld in de dementia seni-lis en de arteriosclerosis cerebri. Meermalen zijn manische, depres-sieve, paranoïde en delirante toestanden opgevat als manifestaties van degeneratieve aandoeningen van het centrale zenuwstelsel, terwijl het uit verschillende onderzoeken is komen vast te staan dat we hier te maken hebben met een bonte veelheid van psychia-trische ziektebeelden met een eigen genese en een geheel verschil-lende prognose. Deze foutieve voorstelling van zaken heeft er niet weinig toe bijgedragen de indruk te wekken als zouden alle gees-telijk zieke bejaarden ongeneeslijk zijn, terwijl toch velen na een adequate behandeling aan het leven teruggegeven kunnen worden. In een rapport <sup>3</sup> inzake verpleegtehuizen voor geestelijk gestoorde bejaarden, een publicatie van het Bouwcentrum Weena 700 Rot-terdam, worden van sociaal-medische zijde o.m. de volgende cate-gorieën *binderlijke* bejaarden onderscheiden:

1. seniele of arteriosclerotische dementen, die
  - a. voor de vrije maatschappij motorisch of psychisch te zeer bezig zijn en hierbij te kritiekloos hun gang gaan, van huis

- wegzwerfen, verdwalen en verkeersongevallen veroorzaken;
  - b. zo dement zijn, dat vervuiling en brand kunnen ontstaan door onmacht;
  - c. te zeer moreel ontremd raken, waardoor hinderlijk decorumverlies kan optreden;
2. licht depressieve en inactieve oudclieden;
  3. mensen, die reeds vóór de ouderdom aan karakterdefecten of persoonlijkheidseigenaardigheden mank gingen, welke door organische, psychiatrische, psychologische en sociale factoren tijdens de oude dag tot hinderlijke verschijnselen aanleiding geven, zoals alcoholisme, achterdocht en querulantisme, agressiviteit en expansiviteit;
  4. oud geworden debielen, die altijd reeds op de grens van het onmaatschappelijke hebben geleefd, welke onmaatschappelijkheid bij het verstrijken der jaren bedenkelijke vormen gaat aannemen;
  5. oude epileptici en oude zwervers en scharrelaars, onder welke laatsten wellicht vele defectschizophrenen schuilen, die zich overigens tot dusver nog wisten staande te houden.

Van de eerste 200 ter observatie in de Clara-kliniek te Zandvoort opgenomen gevallen<sup>4</sup> vormden de organische psychosen 1/3 van het totale aantal. Een tweede groep, die samen ook ongeveer 1/3 uitmaakte van de totale intake, werd gevormd door depressies (15 %) en paranoïde psychosen (16.5 %). Wij zagen vrij veel gevallen van alcoholisme (5 %) en veel symptomatische psychosen (18.5 %). Onder de overige geesteszieken bevonden zich o.m. neurosen, situatieve psychosen, pseudodementieën, hypochondrieën (7 %). Een niet te veronachtzamen aantal bejaarden bestond uit narcomanen (1 %).

Het is belangrijk de diagnose psychiatrisch te laten verifiëren aangezien de organische dementieën het leven tot op 1/5 van de statistisch te verwachten levensduur bekorten.

Een veel betere prognose hebben de depressies en de paranoïde psychosen. Een paranoïde psychose verkort het leven niet. Van de voor het eerst op latere leeftijd optredende affectieve psychosen, zoals depressies, bereikt meer dan de helft der lijdens zelfs een hogere leeftijd dan statistisch mag worden verwacht.

Wat men over het algemeen in niet psychiatrische kringen aan geeft als verwardheidstoestanden en delirante onrust, blijken medeendeels *symptomatische* psychosen te zijn. De behandeling van het lichamelijke grondlijden doet de psychose echter niet in alle gevallen terstond verdwijnen, vooral niet, wanneer de lichamelijke ziekte lange tijd onbehandeld is belevend. Bij dergelijke beelden handelt de arts onverantwoord, wanneer hij niet de hulp inroept van de (sociaal-)psychiater. De mortaliteit van deze patiënten is

geringer dan die van de lijdens aan organische psychosen, maar hoger dan die van de affectieve groep.

Onder de schijnbaar delirante zieken bevinden zich ook *angstige* bejaarden. Een beginnende des-integratie woelt dikwijls oude problemen los, waarmee de zieke nooit is klaar gekomen. Dit loswonen van problemen uit het verleden kan niet alleen objecten, maar ook de organisatie van het driftleven betreffen. In het laatste geval hebben we altijd te maken met een vrij diepe regressie. Bovendien verliest het stellingnemende systeem aan kracht. Het Ik verliest zijn greep op de dingen en het bewustzijn wordt verlaagd. Projectieverschijnselen doen zich voor.

Het senium wordt in vele gevallen ingeluid door een in de lengte gerekt *neurastenisch* voorstadium. Hierin wordt geklaagd over slecht slapen, obstipatie, snelle vermoeidheid, gebrek aan concentratievermogen, verstrooidheid en vergeetachtigheid. Objectief is er een zekere rusteloosheid, affectabiliteit en verhoogde prikkelbaarheid. Deze verschijnselen moeten steeds aanleiding zijn tot een nauwkeurig, zo mogelijk klinisch, psychiatrisch onderzoek. Soms doen ze zich al voor in het presenium. De mens, die met vervroegd pensioen wil gaan is in de regel een ernstig ziek mens. Hij lijkt een neuroticus, maar is het niet. Omgekeerd is menig 'dement' oudje niet dement, maar neurotisch. Het heeft hem of haar aan een goed persoonlijk contact en aan belangstelling ontbroken. Het gevolg is geweest dat de bejaarde zich van het leven heeft afgewend. In dergelijke gevallen zal het verbeteren van het contact met familie en vrienden intensief moeten worden nagestreefd. Het is deze categorie patiënten, die altijd weer te laat onder behandeling komt. Ontbreken adequate prikkels dan kan uit de pseudo-dementie werkelijke versuffing en dementie ontstaan. De geriater houdt deze mensen over het algemeen te lang onder zich. Doordat onrust en storend gedrag nog ontbreken, wordt de zieke teveel aan zijn lot overgelaten, waardoor een irreversibele toestand ontstaat.

Bij het neurastenisch syndroom denkt men nog te uitsluitend aan organisch hersenlijden. Men zal dit met te meer reden doen, wanneer nog andere klachten te beluisteren vallen, zoals hoofdpijn, hartkloppingen, sterke vaatreacties, duizelingen. Bijzonder hinderlijk zijn de rusteloze benen in bed of bij langdurig zitten. Een veel gehoorde klacht is suizen in het hoofd, dat bij onderzoek lang niet altijd op een aandoening van het inwendig oor blijkt te berusten. Jeuk is een ander bijzonder veelvuldig voorkomend verschijnsel. De pruritus senilis kan op een hormonale insufficiëntie berusten, maar is ook dikwijls van psychische aard.

We moeten de *angstige* patiënt niet verwarren met de *delirante* zieke. Angst is de natuurlijke reactie op gevaar. Wij denken daarbij teveel en te uitsluitend aan gevaren, die de mens van buiten af bedreigen. Maar er zijn ook innerlijke gevaren. Deze worden zel-

den of nooit besproken met de zieke. Men zoekt het teveel bij een goede stoffelijke verzorging. Als een goed pensioen, een levensverzekering of lijfrente tezamen met AOW-uitkering de financiële zorgen hebben weggenomen, is er geen reden meer om bezorgd te zijn en kan men een otium cum dignitate tegemoet zien. Er kan echter nog wel degelijk reden tot bezorgdheid zijn overgebleven. Bovendien wordt het bestaan zelf bedreigd. Dit leidt bij vele bejaarden tot *suicide*. Ze dwingen liever een radicale oplossing af dan ten prooi te vallen aan een vaak jaren durende progressieve lichamelijke en geestelijke ontluistering. Lang niet altijd is opzien tegen het sterven de uitdrukking van narcisme. De situatie waarin zich de bejaarde in onze Westerse samenleving bevindt is, vooral als hij ziek wordt, alles behalve benijdenswaardig. Zij is in de meeste gevallen treurig. De ouderdom komt mogelijk niet altijd met gebreken, maar in de meeste gevallen wel met *frustraties*, die tot het ontstaan van driftziekten aanleiding zijn. Hierbij lijdt de *contactdrift* met name. De gehele maatschappij schijnt de mens, als hij oud geworden is, in de steek te laten met inbegrip van de eigen familie. Zelfs schijnt het eigen lichaam niet meer te vertrouwen te zijn. Hypochondrische ideeën en egocentriciteit zijn hiervan het gevolg. Bij deze hypochondrisch depressieve verwerkingen zijn vooral de circumscripste vormen *suicide*-gevaarlijk. Bij de circumscripste hypochondrie klaagt de zieke over de maag die dicht zit, de ingewanden die wegrotten, de longen die wegteren, de zenuwen, die als koorden onder de huid liggen te trillen, enz. Soms zijn er ook dwanggedachten en phobieën.

In verpleegtehuizen en in rusthuizen voor bejaarden bevinden zich een groot aantal zieken zonder dat bekend is dat ze ziek zijn. Een *slecht uitingsvermogen* kan hiervan de aanleiding zijn. Meestal komt dit echter doordat men geneigd is langs oude mensen heen te lopen. Een huis vol oude mensen maakt een trieste indruk. Het is geen uitzondering dat in een dergelijk tehuis meer dan de helft der patiënten geestelijk ziek is. Neemt men de zieken op ter observatie, dan komen allerlei verborgen kwalen voor de dag. In de regel zijn het acute ziekten, welke onvoldoende of in het geheel niet behandeld zijn en daardoor slepend zijn geworden. Dit geldt m.n. voor bronchitiden, infecties van de urinewegen, ulcera cruris, conjunctivitis en blepharitis. Anaemieën blijven ook vaak onopgemerkt, om van gevaarlijker bloedziekten maar niet te spreken. Het verdient aanbeveling de rust- en verpleegtehuizen voor bejaarden op aanwezige zieken nauwkeurig te onderzoeken. Men staat dan als psychiater versteld van het grote aantal patiënten met psychische afwijkingen. Het merendeel van hen is door verwaarlozing in een irreversibele toestand gekomen. Kon men de huisartsen en ook de geriaters een wat reëlere kijk op deze ziekten geven, dan zouden heel wat bejaarden voor een irreversibele geestelijke afstomping bewaard kunnen worden.

In Haarlem woont de geriater van de G.G. en G.D. sinds enige jaren de stafbesprekingen van de sociaal-psychiatrische afdeling en van de observatiekliniek voor geestelijk zieke bejaarden bij. Telkens blijkt opnieuw hoe zeer er sprake is van een overlapping van elkaars werk. Het is vaak niet meer dan een kwestie van smaak, of men een bepaalde patiënt een meer geriatrische dan wel psychiatrische patiënt wil noemen. Dikwijls beslist ook de eerste aanmelding, of de zieke bij de geriater onder controle zal blijven. De psychiater krijgt in de regel de lastige en storende patiënten toegewezen. Het zou echter in het belang van de zieke bejaarden zijn, wanneer ook de rustige 'demente' of hulpbehoevende oudjes door de psychiater werden gezien. Hiernaar streven we in Haarlem de laatste tijd meer en meer.

Naast de *observatie-kliniek*, die thans plaats biedt aan maximaal 45 patiënten is een *long stay-annex* ontworpen voor ongeveer 60 patiënten, terwijl een van de verpleegtehuizen voor geestelijk gestoorde bejaarden een gedeelte van het huis beschikbaar zal stellen voor *dagverpleging*. De bejaarden zullen met een busje van de G.G. en G.D. van huis worden gehaald, op het dagcentrum een warme maaltijd ontvangen die voldoende calorieën oplevert en voldoende vitamines, mineralen en zouten bevat, beziggehouden worden met behulp van allerlei groepsactiviteiten en 's avonds weer naar huis worden gebracht. Ze kunnen op het dagcentrum ook een *pedicure* vinden, terwijl een psychiater van de G.G. en G.D. regelmatig de patiënten op het centrum controleert. Wanneer zowel het long stay-annex als het dagcentrum zijn gerealiseerd, zal het vraagstuk van de zorg voor de geestelijk zieke bejaarden in Haarlem een belangrijke stap dichterbij een oplossing zijn gebracht. Het spreekt vanzelf dat ook bij deze controle de psychiater de hulp van de geriater niet zal kunnen ontberen.

Soms zet het algemeen maatschappelijk werk ons de voet dwars. De dienst voor Sociale Zaken kan te hulp worden geroepen en tot plaatsing in rusthuizen adviseren, daar waar doeltreffender de G.G. en G.D. had kunnen zijn ingeschakeld. Men miskent het toestandbeeld, uitgaande van de veronderstelling dat iedere bejaarde wel enigermate hulpbehoevend en dement zal zijn. Ook deze dienst roept in de regel veel te laat de hulp in van de sociaal-psychiater. Betalingskwesties kunnen in vele gevallen beter psychologisch worden benaderd door een psychiater dan door een maatschappelijk werker. Dit wordt meermalen onvoldoende beseft. Sociaal-psychiatrisch werk vraagt een aparte scholing, is een bijzondere vorm van maatschappelijk werk.

In het behandelde hoop ik duidelijk te hebben gemaakt welke plaats de psychiatrie in de geriatrie in zou moeten nemen. We zijn van deze situatie nog ver verwijderd.



## Summary

It is difficult to define the place of Psychiatry in the field of Geriatrics. While senescence is a process involving loss of the ability to live, diseases that may lead to death are part of another problem. They often have their origins in mechanisms quite apart from senescence. Too often we take it for granted, that everybody who is over 65 years old is somewhat "demented" and somewhat „diseased”.

It is not enough to rehabilitate a patient physically. He is in want of mental rehabilitation too.

In old age there is often a multiplicity of pathological conditions in a given patient, who now seems to be a physically diseased person while the next day he seems to be more mentally disturbed. The doctor for internal medicine should therefore work together with a social psychiatrist, who understands better the social situation in which he finds the patient as well as his family background.

It is essential to maintain the elderly patient in an as active and independent condition as possible. The doctor must have knowledge of the possibilities which are still there. Some practical examples are given. There is little known about the range of variation in intellectual decline. Many old neglected people are only pseudo-demented and neurotic. Differential diagnosis between the different forms of mental disease in old age is therefore of the utmost importance.

Some facilities for mentally disturbed elderly sick people in Haarlem are discussed.

It is stated that the organic psychoses are at resent beyond our control. But we need to know more about the life histories and personality profiles of people aging badly and of those retaining vitality and drive.

## Literatuur

- 1) Esser, P. H.: De psychiater in het Geriatisch Team, *Medisch Contact*, 16 : 40, 1961.
- 2) Townsend, P.: *The Family of three Generations in Britain, the United States and Denmark*, 6th Int. Congress of Gerontology, Copenhagen, 1963.  
Roth, M.: Mental Health Problems of Aging and the Aged, *Bull. W.H.O.*, 21 § 527, 1959.
- 3) *Huisvesting van Bejaarden*, Bouwcentrum Rotterdam, A5.0, NL, 1958.
- 4) Esser, P. H.: Psychische stoornissen bij bejaarden, *Geneesk. Gids*, 41 : 465, 1963.