

Dementie bij bejaarden en begrip voor de mens met dement gedrag

door F. van 't Hooft

De vraag is niet alleen: wat heeft deze cliënt?
Maar ook: wat vraagt deze cliënt van mij? Een
hulpverlener zoekt niet alleen naar begrippen
voor gedrag, maar ook vooral naar begrip als
aanzet tot actie. (Baartman)

Inleiding

Onlangs werd door de Nederlands-Duitse Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid een symposium gehouden met als thema: Wat is dementie? Het bleek daar, dat er over deze vraag geen eensgezindheid bestond bij degenen, die regelmatig met geestelijk gestoorde bejaarden omgaan. Natuurlijk kwam de oude definitie van Bleuler (1949) weer naar voren, die als kenmerk van dementie beschouwde: inprentingsstoornissen, oriëntatiestoornissen en confabulaties. Maar velen hadden de indruk dat deze definitie toch te weinig houvast bood voor het begrijpen van bejaarden met dementie-verschijnselen.

Miller (1977) maakt erop attent, dat de term dementie in twee betekenissen wordt gebruikt. In de eerste plaats in rubricerende zin als aanduiding van een bepaalde ziekte, met zo mogelijk een kenmerkende symptomatologie en een vast verloop. Maar daarnaast ook in meer beschrijvende zin als aanduiding van een bepaald soort gedrag, het demente gedrag. Hierbij trekt men de grenzen veel ruimer en de grenzen zijn ook vager. Maar het opent ook veel meer mogelijkheden tot begrip voor de betrokkenen. Een dergelijk dualisme is één van de grootste problemen in de praktijk van de psychiatrie: We willen enerzijds weten wat voor een ziekte de patiënt heeft, we willen de diagnose weten. Anderzijds stellen we ons de vraag wat er in hem omgaat, en waarom hij nu juist deze verschijnselen heeft. Dat zijn twee verschillende benaderingen die we vaak door elkaar heen gebruiken. Ook in het navolgende is dit dualisme merkbaar. De nadruk ligt echter op de tweede benade-

Schrijver is zenuwarts, hoofd van de geronto-psychiatrische afdeling van het Christelijk Sanatorium voor neurosen en psychosen te Zeist (Geneesheer-directeur: dr. A. C. Lit).

ringswijze. Daarom wordt de term dementie slechts zelden gebruikt, meestal zal worden gesproken over dement gedrag.

Symptomen van dement gedrag

De combinatie: geheugen- en oriëntatiestoornissen bij intact bewustzijn staat bekend als amnestisch toestandsbeeld (Silbermann, 1971) of amnestisch syndroom (Stam, 1972). Vaak wordt dementie bij bejaarden hiermede gelijkgesteld, ook al komt dit syndroom tevens onder andere omstandigheden voor, b.v. na een hersenletsel of ten gevolge van alcohol-misbruik. Een syndroom is nog niet hetzelfde als een ziekte, waarvoor nog minstens een bepaald ziekteverloop nodig is. Bij de ziekte dementie is dit een geleidelijke maar vaak onregelmatige progressie, met ups en downs en soms zelfs een belangrijke maar tijdelijke verbetering, maar uiteindelijk een ongunstige afloop.

Toch bevredigt dit alles in de praktijk maar weinig. Wat is het kenmerkende, het eigene van dement gedrag? Waaraan herkennen we dit gedrag al na een betrekkelijk korte observatie, soms al binnen een kwartier? Schrijver heeft deze vraag voorgelegd aan andere personeelsleden van onze geronto-psychiatrische afdeling, waar geestelijk gestoorde bejaarden worden geobserveerd. Wij kwamen tot de volgende kenmerken:

1. de betrokkene schiet tekort in zijn handelen of doet foutieve handelingen op het gebied van de zelfverzorging, de huishouding en in het contact met de naaste omgeving, kortom in zijn dagelijkse activiteiten;
2. het bewustzijn van de betrokkene is hierbij niet verlaagd;
3. het geobserveerde gedrag is begrijpelijk vanuit stoornissen van het geheugen, het oordeelsvermogen en het initiatief;
4. de genoemde stoornissen waren vroeger afwezig, en zijn pas op vrij hoge leeftijd ontstaan.

1. De betrokkene schiet tekort in zijn handelen of doet foutieve handelingen op het gebied van de zelfverzorging, de huishouding en in het contact met de naaste omgeving, kortom in zijn dagelijkse activiteiten, terwijl dat vroeger niet het geval is geweest. (Deze laatste zin moet er wel bij, maar wordt onder 4 nader besproken).

Dementie is in letterlijke zin een stoornis van het doen en laten. Vaak zien we dat de dagelijkse handelingen vertraagd verlopen, soms blijven ze achterwege. Dit kan ontstaan door een verlaging van het geestelijke en lichamelijke tempo, maar ook door gebrek aan initiatief, door verminderde interesse of gewoon door vergeten. Verder zien we dat de betrokkene foutieve handelingen verricht, b.v. zout in de koffie doet, verkeerde dingen koopt, midden in de nacht op staat in de mening dat het al dag is. Geregeld komt het voor dat de fout of weglating wel wordt ontdekt, maar ook weer foutief wordt gecompenseerd. Deze compensatiehandelingen zijn bijzonder karakteristiek voor dement gedrag.

Voorbeeld: Een hoogbejaarde alleenwonende man heeft in huis

2 klokken, een elektrische en een mechanische. Hij vergeet de mechanische klok tijdig op te winden, zodat hij stil blijft staan. Hij merkt dat er iets mis is, dat de klokken niet meer gelijk staan. Om dit te corrigeren verzet hij de elektrische klok.

Soms komt het ook tot 'verschuivingen' waarbij een gewoonte-handeling een andere zin krijgt.

Voorbeeld: Een bejaarde vrouw vraagt haar eveneens bejaarde man telkens om de nieuwsberichten op de radio aan te zetten, die destijds om 13 en 18 uur werden uitgezonden. De vrouw begrijpt niets meer van de nieuwsbulletins, ze heeft deze uitzendingen echter nodig om te kunnen bepalen wanneer ze het eten moet klaar maken.

Zo nu en dan zien we een overmatige drang tot handelen. Soms speelt de betrokkene hierbij een rol, overeenkomend met een vroegere situatie, zoals b.v. de oud-officier die meent zijn troepen nog steeds te moeten commanderen. De overmatige drang tot activiteit kan erg storend worden als deze samenhangt met allerlei waangedachten of waanwaarnemingen. Hierbij kan het zelfs komen tot agressieve explosies.

Vooraf bij alleenwonenden kan het voorkomen dat alles fout loopt, dat de betrokkene elk overzicht over de situatie gaat missen, zodat het komt tot ontredderd en chaotisch gedrag.

2. *Het bewustzijn van de betrokkene is hierbij niet verlaagd.* Dit onderscheidt dement gedrag van o.a. delirante toestanden, die bij lichamelijk zieke bejaarden nogal eens worden waargenomen. Prick (1970) stelt dat dementie steeds gepaard zou gaan met bewustzijnsstoornissen. Nu kan dit onmogelijk bedoeld zijn in de zin van somnolentie of sopor, dus toestanden van bewustzijnsverlaging. Vermoedelijk bedoelt Prick meer stoornissen in de breedte van het bewustzijn. Jaspers (1923) vergelijkt het bewustzijn met een toneel, dat wisselend van afmetingen is, ook bij dezelfde persoon. Bij patiënten met dement gedrag is deze breedte vaak aanzienlijk afgenomen.

3. *Het geobserveerde demente gedrag is begrijpelijk vanuit stoornissen van het geheugen, het oordeelsvermogen en het initiatief.* Het onder 1 beschreven demente gedrag krijgt een heel eigen en ook gemakkelijk te herkennen karakter, wanneer we het bezien als het gevolg van minstens drie groepen stoornissen, die van het geheugen, van het oordeelsvermogen en van het initiatief. De mate, maar daarnaast ook de aard van gestoordheid in elk van deze gebieden loopt zeer sterk uiteen. Bij iedere patiënt krijgen we zo een mozaiek van verschijnselen, waarin we een structuur moeten zoeken. Iedereen die dagelijks met geestelijk gestoorde bejaarden omgaat, verbaast zich telkens weer over de enorme verscheidenheid van symptomen. De indeling van Kuiper (1973) in beginnende dementie, dementie in engere zin, en dementia ultima, heeft wellicht instructieve voordelen, maar doet geen recht aan deze verscheidenheid.

Het is gebruikelijk om het *geheugen* onder te verdelen in instant memory, short term memory en long term memory. Het vastleggen van geheugenindrukken voor zeer korte tijd, zoals o.a. nodig voor allerlei dagelijkse handelingen en vooral voor deelname aan het verkeer, zou een vrij eenvoudig neurofysiologisch gebeuren zijn, dat bij dement gedrag ook weinig zou zijn gestoord. Vastleggen voor langere tijd zou daarnaast een veel gecompliceerder proces zijn, dat dan ook alleen optreedt bij emotioneel beladen of telkens herhaalde geheugen-indrukken. Bij cerebrale achteruitgang zou vooral dit laatste proces zijn gestoord. Een bejaarde met dement gedrag heeft daarom vooral moeite met de herinnering aan recente gebeurtenissen, terwijl hij ten aanzien van vroegere gebeurtenissen zou teren op oude voorraden van geheugen-indrukken. Zoals bekend worden feiten met tijdsaspect moeilijker onthouden dan wanneer het plaats en ruimte betreft. Het geheugen-onderzoek bij bejaarden is vooral op bovengenoemde veronderstellingen gebouwd, en het verbaast niet dat vooral in deze zin afwijkingen worden gevonden.

Bij de dagelijkse omgang met bejaarden merken we vaak wat anders. De herinnering voor vroegere feiten is evenmin vlekkeloos. Bepaalde feiten, die in het leven van de betrokkene soms niet eens zo belangrijk zijn geweest, komen telkens weer naar boven, terwijl andere belangrijke gegevens niet gereproduceerd kunnen worden, b.v. de naam van de huwelijkspartner of het aantal van de kinderen. Men kan zich afvragen of bij dement gedrag niet heel andere aspecten van het geheugen gestoord zijn. Zeh (1961) wijst erop, dat in het geheugen ook een zekere orde moet heersen. De gegevens uit het geheugenbestand moeten goed op een rijtje staan, en in de juiste volgorde kunnen worden gereproduceerd. Menig bejaarde faalt juist op dit punt. Zeh spreekt in dit verband over een 'Unvermogen des ordnenden Ueberblicks'. Zwanikken (1975) wijst daarnaast op moeilijkheden van bejaarden bij het tijdsbelevens. Nader onderzoek naar deze aspecten van het geheugen lijkt wel aangewezen.

In de psychogeriatric spreekt men gaarne over stoornissen van het *oordeelsvermogen*. Deze term zegt eigenlijk te weinig over de omvang van de afwijkingen. Het gaat meer om stoornissen van het intellectueel functioneren in de zin van de volgende definities: 'Intelligentie is het vermogen van de mens om de levensopgaven op een snelle en doeltreffende manier aan te pakken' (Bigot, 1962). 'Het wezenlijke van intelligentie is haar probleem-oplossende kwaliteit, waarbij het niet gaat om uitzonderlijk moeilijke problemen; het gaat juist om de aanpak van datgene wat voorhanden is, om de aanpassing aan het gewone leven op elk niveau dat onze samenleving kent' (Dijk, 1964). Een andere benadering is de volgende: Onder intelligent functioneren verstaat men ook wel dat iemand informatie uit zijn omgeving opneemt, deze informatie met vroegere ervaring vergelijkt, verder de actuele situatie overdenkt en de informatie integreert in een plan, dat leidt tot zinvol handelen. Hierin zit de cyclus waarnemen-leren-denken-handelen.

Bij bejaarden met dement gedrag kan deze cyclus op vele plaatsen gestoord raken. De betrokkene kan moeilijker de juiste prikkels uit het waarnemingsveld selecteren. De levenservaring past zich niet aan bij telkens veranderende omstandigheden. Het denken kan verward zijn, associatief of perseveratief klevend aan een bepaald idee, zodat de oplossing niet wordt gevonden. Dit alles niet voor moeilijke vraagstukken, maar juist in de alledaagse routine. Kenmerkend voor dement gedrag bij bejaarden zijn ook stoornissen van het *initiatief*, samen met een aantal kwaliteiten, die daar dicht naast liggen. Zo b.v. de vitaliteit, een eigenschap met een duidelijke fysieke kant. Ook het Duitse begrip 'Antrieb', of de 'conation' uit de Angelsaksische literatuur, en verder de motivatie. Het zijn lang niet altijd verminderingen. We zien ook wel hyperactiviteit, onrustige gedrevenheid, hetgeen zo vaak tot grote maatschappelijke problemen leidt. Ook hier zouden we kunnen spreken van stoornissen van de innerlijke ordening, maar natuurlijk in een andere zin dan bij het geheugen.

4. *De genoemde stoornissen waren vroeger afwezig, en zijn pas op vrij hoge leeftijd ontstaan.* Dit punt vormt een onderdeel van het bekende ziekteverloop: begin op vrij hoge leeftijd, en een geleidelijke maar lang niet altijd regelmatige progressie. Een intercurrente ziekte veroorzaakt nogal eens een snelle verdere achteruitgang. Na herstel van deze ziekte kan het demente gedrag wel weer aanzienlijk verbeteren, maar vrijwel nooit meer tot het oude niveau. De hoge leeftijd impliceert echter ook iets heel anders. Iedere bejaarde heeft al een lang leven achter de rug, en hij draagt zijn verleden met zich mee. Zijn karakter is gevormd door aanleg, opvoeding en vooral door levenservaringen. De verscheidenheid in karakter is bij bejaarden dan ook veel en veel groter dan bij kinderen. Iedere bejaarde heeft iets heel persoonlijks, is uniek. Wanneer nu bij zulk een bejaarde stoornissen ontstaan zoals in het voorgaande beschreven, dan blijft dat unieke in grote lijnen bestaan, althans meestal. Er mogen dan enerzijds wat scherpe kantjes zijn afgegaan, of bepaalde karakter-eigenschappen kunnen wat scherper of zelfs karikaturaal zijn geworden, het initiatief en de activiteit mogen zijn verminderd, maar het vroegere karakter blijft als regel herkenbaar. Betrekkelijk zelden delen familieleden mee dat de betrokkene essentieel van karakter is veranderd, b.v. veel-eisend is geworden en tevoren pretentieloos was, of opgewekt is geworden en tevoren een somber en sikkeneurig karakter had. Veranderingen in depressieve richting zien we vaker, maar dit valt uit de gewijzigde situatie te verklaren. Om een bejaarde met dement gedrag te kunnen begrijpen moeten we veel van zijn vroegere leven weten, zelfs van zijn jeugd. Maar ook over de wijze waarop hij tegenslagen in het leven opving. Dit laatste is van groot belang, want iedere bejaarde met dement gedrag moet veel verwerken door zijn eigen ziekelijke verschijnselen en de daaruit voortvloeiende veranderde levenssituatie. Hoe doet hij dat? Hoe is dat te begrijpen uit zijn karakter?

Er wordt vaak gezegd dat bij bejaarden met dement gedrag een nivellering optreedt. Dat is maar schijn. De betrokkenen zijn wel moeilijker toegankelijk en daardoor heeft menig een de neiging om zich niet in hen te verdiepen. De term *dementia simplex*, voorkomend in de International Classification of Diseases, is een tegenstrijdigheid, en is alleen begrijpelijk vanuit een rubricerende instelling. Pas bij vergaande aftakeling en ontluistering treedt een nivellering op.

Complicaties

Het is om didactische redenen gebruikelijk om onderscheid te maken tussen kernsymptomen, die bij dement gedrag steeds zouden voorkomen, en complicaties die daarbij inconstant worden gevonden en niet specifiek zijn. Dit onderscheid is alleen zinvol als we gaan rubriceren. Voor begrip van de individuele patiënt is ieder ernstig symptoom even belangrijk. In het navolgende worden enkele van deze 'complicerende' symptomen beschreven, juist om aan te geven hoe deze in de gehele symptomatologie passen en er een essentieel onderdeel van uitmaken. Naar volledigheid is niet gestreefd, dit artikel is niet een hoofdstuk uit een leerboek.

Bij geestelijk gestoorde bejaarden vinden we vaak neuropsychologische stoornissen, d.w.z. zeer bepaalde afwijkingen van het psychiatrische functioneren met een neurologische oorzaak. Het meest op de voorgrond treden afatische stoornissen, dan volgen in afnemende frequentie apraxie, stoornissen van het ruimtelijk inzicht, agnosie, en nog vele andere. Een verdere groep z.g. complicaties wordt gevormd door lichamelijke afwijkingen, die het normale psychische functioneren belemmeren, zo b.v. stoornissen van het zien en het horen. Verder neurologische, orthopedische en internistische afwijkingen, die de validiteit van de betrokkene beïnvloeden, vooral de motiliteit en de mobiliteit. Tenslotte een hele reeks mogelijkheden dat het ziektebeeld medebepaald wordt — en soms zelfs beheerst — door vroeger al bestaande karaktereigenschappen.

Afasie (in al zijn vormenrijkdom) grijpt in het leven van een mens diep in. Als afatische verschijnselen voorkomen bij een bejaarde met dement gedrag, dan wordt het ziektebeeld door de spraakstoornis grotendeels beheerst. Een wat dieper gaand gesprek, evenals experimenteel psychologisch onderzoek, is nauwelijks of niet mogelijk. Het contact kan alleen van primitieve aard zijn, via eenvoudige zinnestelsels, ondersteund door mimiek en gebaar. Daarnaast geeft de handvaardigheid soms nog een entree tot de patiënt. Bij langdurig bestaande afatische contactstoornissen ontstaat zeker een verschraving van het innerlijke leven, met verder toenemende desoriëntatie, initiatiefverlies en andere gedragsstoornissen. Uit alles blijkt dat de 'complicatie' afasie geen bijkomstigheid is.

Apraktische stoornissen bij bejaarden met dement gedrag zijn minder diep ingrijpend. Er valt met de betrokkenen nog te praten,

soms zelfs diepgaand. Ondanks het gestoorde handelen kunnen geheugen, oriëntatie en oordeelsvermogen nog redelijk zijn. Het gestoorde handelen leidt echter wel tot een sterke hulpbehoefvendheid. Niet zelden beseft de betrokkene zijn defecten en zijn hulpbehoefvendheid maar al te pijnlijk.

Onder bejaarden met dement gedrag zien we veel *depressiviteit*, veel meer dan opgewektheid. In de U.S.A. en in Canada wordt bij geestelijk gestoorde bejaarden de diagnose 'depressie' veel vaker gesteld dan 'dementie'. Bij ons is dit juist omgekeerd. Kenmerkend hiervoor is de slechts terloopse vermelding van depressie en depressiviteit in het boekje over psychische stoornissen bij bejaarden van Boelen en Zwanikken (1967). Kennelijk vinden wij depressiviteit bij bejaarden zo begrijpelijk en invoelbaar dat we het meestal niet als ziekelijk beschouwen. Wanneer de betrokkenen nog over voldoende ziekte-inzicht beschikken, overzien zij hun eigen moeilijke levenssituatie maar al te goed, en het verbaast niet dat zij somber worden. Overigens is het vrijwel onmogelijk om een scherp onderscheid te maken tussen depressiviteit enerzijds en apathie, initiatiefloosheid en verminderde vitaliteit op basis van cerebrale achteruitgang anderzijds. Ook erg moeilijk is het onderscheid met lichte gevallen van een vitale depressie. Bij patiënten met vroegere depressieve perioden zien we op hoge leeftijd de symptomatologie vaak minder kenmerkend worden. De dagschommelingen zijn niet meer zo duidelijk, de levensmoeheid en apathie komen meer overeen met wat wij zien bij personen met een cerebrale achteruitgang, en ook de reacties op anti-depressiva worden minder of zelfs twijfelachtig. Somberheid van bejaarden met dement gedrag is dus vaak een mengsel van een somber karakter, van apathie en initiatiefloosheid, van inzicht in de eigen uitzichtloze levenssituatie, en daardoorheen soms iets van een vitale depressie.

Het verband tussen depressie en dement gedrag kan nog ingewikkelder zijn. Vitale depressies met tamelijk typische symptomatologie bij bejaarden kunnen gepaard gaan, en zelfs beginnen met geheugen-, oordeels- en initiatiefstoornissen, kortom met typisch dement gedrag. Bij het optrekken van de depressie vermindert of verdwijnt ook dit demente gedrag.

Voorbeeld: Een 84-jarige vrouw heeft in de laatste 35 jaar ongeveer 30 depressieve perioden doorgemaakt, kenmerkend voor een vitale depressie, en tussendoor enkele hypomane perioden. In de laatste 3 jaar had zij 3 depressieve perioden, die werden aangekondigd doordat ze in het bejaardencentrum ging dwalen, haar spullen kwijt was, afspraken vergat, en tenslotte zelfs incontinent voor urine werd. Pas na enkele weken traden dan depressieve verschijnselen op, met hypochondrische klachten en verarmingswaan. Met adequate therapie, o.a. slaap-onthouding, trok de depressie weer op, maar ook het demente gedrag verbeterde, zij het ook dat de geestelijke toestand na elke depressieve fase wel iets slechter was dan tevoren.

Ingewikkeld ligt de situatie bij bejaarden, die tevoren om allerlei

redenen bekend stonden als *'bijzondere'* of *'moeilijke'* mensen. Soms is bij hen een ernstige neurotische ontwikkeling aantoonbaar, waardoor het karakter werd bepaald. In andere gevallen zouden we meer van een gestoorde persoonlijkheid kunnen spreken. Lang niet altijd heeft dat vroeger tot psychiatrische bemoeienissen geleid. Dat was overigens 50 tot 60 jaar geleden een uitzonderlijk iets. Bij bejaarden is het daarnaast uiterst moeilijk om betrouwbare gegevens te krijgen over de vroege jeugd, zeker over dingen die gaarne verborgen gehouden worden. Meer gegevens zijn wel te krijgen over de middelbare leeftijd. Vaak horen we van de kinderen dat de betrokken bejaarde vroeger wel moeilijk van karakter was, het leven verliep dan emotioneel en stormachtig, zonder dat er van een pathologische situatie sprake was. We kunnen dan veronderstellen dat de betrokkene ook positieve eigenschappen heeft gehad, en ook dat de psychosociale situatie gunstig was, waardoor het allemaal toch weer losliep.

Maar met het ouder worden, en door een lichte geestelijke achteruitgang, kan het toch tot pathologische toestanden komen. Het maatschappelijke aanzien daalt, de afhankelijkheid van anderen neemt toe, en het zelf-inzicht schiet te kort. Dit kan leiden tot expansief, depressief, hysteriform, in het algemeen tot afwijkend gedrag, waarop de omgeving uiteraard reageert. Door al de spanningen in het eigen milieu kan het demente gedrag toenemen. Een dergelijke patiënt is niet gebaat met rubricering van het eigen gedrag. Zo vaak leidt de rubricering tot de mening: Zo zal hij vroeger ook wel geweest zijn! Daarmee is de poort tot therapeutisch nihilisme geopend. Begrip voor zo iemand kan pas opgebracht worden als we de voorgeschiedenis nagaan, als we ook de reacties van de naaste omgeving peilen, als we uitzoeken hoe de betrokkene zich tot dusver in het leven heeft kunnen handhaven en als we proberen te begrijpen waarom dat nu niet meer lukt.

Begrijpelijkerwijs is in dergelijke situaties de term *'complicaties'* niet passend. Eerder gaat het om basisgegevens van de hele levensloop en het karakter van de betrokkene. De dementie-verschijnselen zijn feitelijk de complicaties, waardoor de betrokkene zich niet meer kan handhaven.

Denk-modellen bij de beoordeling van dement gedrag

Wanneer wij de literatuur over dementie overzien, dan valt op hoe door verschillende onderzoekers de problematiek benaderd wordt vanuit zeer uiteenlopende denkpatronen. In het navolgende wordt getracht om hiervan een beschrijving te geven, waarbij nog niet eens naar volledigheid is gestreefd.

1. *Het defect-model.* Dit is het meest voorkomende denk-model. De meeste symptomen van dement gedrag zijn dan ook defect-symptomen. Dit geldt al voor de neuro-pathologische afwijkingen, verder voor de stoornissen van het geheugen en het oordeelsvermogen, voor het initiatief-verlies en nog voor zoveel meer. Pro-

duktieve symptomen zoals wanen, hallucinaties en hyperactiviteit staan meestal op de achtergrond. Ze kunnen in het kader van het defect-model nog opgevat worden als secundaire gevolgen van de primaire defecten.

Toch werpt het defect-model vragen op. In de eerste plaats: Defect ten opzichte van wat? Ten opzichte van de normale ouderdom of van de normale volwassenheid? In de gerontologie is een discussie gaande over de vraag of de psyche van de bejaarde moet gezien worden als een defecte vorm van die van de volwassene, dan wel als iets gelijkwaardigs met een eigen volledige, dus niet defecte structuur. Lehr (1972) heeft er een overzicht van gegeven hoe binnen de gerontologie de laatste opvatting steeds meer veld wint. Dat zou dus inhouden dat dementie moet beschouwd worden als een defect-toestand van de normale ouderdom, met alle psychologische en maatschappelijke aspecten van het ouder worden.

Een tweede bezwaar tegen het defect-model is zijn eenzijdigheid. Het verschaft weinig begrip voor de geestelijk gestoorde bejaarde. Een vergelijking met de problematiek van blinden kan dit duidelijk maken. Waardoor wordt het innerlijk van een blinde bepaald? Tot op zekere hoogte door het defect, door het niet meer kunnen zien. Maar eigenlijk veel meer door de mogelijkheden, die voor de blinde nog wel zijn overgebleven. Een blinde leeft, denkt, hoort, voelt en handelt ondanks zijn defect. Hij is alleen te begrijpen en ook te helpen als we daarvan uitgaan. Hetzelfde geldt mutatis mutandis voor de bejaarde met dement gedrag. Dementie grijpt weliswaar dieper in de persoonlijkheid in dan blindheid, maar dezelfde vragen blijven: Wat kan de mens met dement gedrag nog wel? Welke mogelijkheden heeft hij nog over en wat doet hij daarmee? Hoe compenseert hij zijn defecten? Het defect-model ziet deze vragen over het hoofd en is daarom therapeutisch vaak steriel.

2. *Het neurologische model.* Dementie speelt zowel in de neurologie als ook in de psychiatrie een rol, en vanzelfsprekend komt menig neuroloog in aanraking met bejaarden met dement gedrag. De neuroloog hanteert zonder meer het defect-model. Stam (1974) definieert *dementia senilis* als een amnestisch syndroom, gecombineerd met afatische, apraktische en agnostische symptomen. Lindeboom (1979) (in navolging van Ajuriaguerra, 1960) onderscheidt vier neuro-psychologische defect-syndromen: amnestische, frontale, afatische en visuo-spatieële. Bij elk van hen schiet een min of meer omgrensd gedeelte van de hersenschors tekort. Deze syndromen zouden door nauwkeurig onderzoek relatief duidelijk van elkaar te onderscheiden zijn.

In zoverre is het neurologische standpunt onweersproken. Iederen weet dat dementie ondenkbaar is zonder een tekort schieten van de hersenen. In de volksmond wordt dementie gewoonlijk aangeduid met de term 'aderverkalking' en deze aanduiding wordt door menig arts overgenomen. Vaak ten onrechte, want arteriosclerosis cerebri is beslist niet de enige, en vermoedelijk zelfs

niet de voornaamste oorzaak van dement gedrag.

In het neurologische model zit echter ongemerkt het idee ingesloten dat dement gedrag uitsluitend berust op deze neuro-psychologische problemen, *en niet meer dan dat*. Dit blijkt b.v. uit het artikel van Lindeboom (1979) in dit tijdschrift, waarin hij testmethoden aanbeveelt. De vraagstelling hierbij is vooral: Wat kan het gedrag van de patiënt ons leren over de neurologische toestand, over de lokalisatie van de defecten in het cerebrum? Dat is wel nuttig, want hoe vaak wordt bij bejaarden met dement gedrag een afasie, een apraxie of een hemi-anopsie over het hoofd gezien. Maar toch ontbreekt bij neurologen vaak de omgekeerde vraagstelling: Welke mogelijkheden bieden de gevonden neurologische afwijkingen voor de psychologische en therapeutische benadering van de patiënt? De neuroloog neigt hierbij tot therapeutisch pessimisme, omdat de gevonden cerebrale afwijkingen althans niet met neurologische middelen zijn te verhelpen.

Een iets andere visie op de problematiek van bejaarden met dement gedrag geeft de electro-encefalografie. Natuurlijk kan ook met deze methode inzicht verkregen worden over de lokalisatie, de mate en soms ook de aard van de cerebrale defecten. Aan de andere kant worden soms functiestoornissen gevonden — dus geen defecten! — die therapeutische mogelijkheden geven, b.v. afwijkingen van het activeringsniveau, verschijnselen van onjuist gedoseerde medicamenten zoals psychofarmaca, en soms aanwijzingen voor stofwisselingsstoornissen van verschillende aard.

3. *Het anthropologisch-psychiatrische model.* Een heel ander geluid komt van Prick (1970) en zijn school. In een uitvoerig handboekartikel — door de gezwollen stijl en vele herhalingen moeilijk leesbaar — zet Prick uiteen, dat de intelligentie niet een afgebakend en min of meer technisch deel van de persoonlijkheid is, maar een essentieel iets waarin de hele persoonlijkheid participeert. Dementie wordt nu gedefinieerd als een afbraak van de persoonlijkheid, zelfs een irreversibele afbraak. De persoonlijkheid wordt naast de intelligentie ook door vele andere eigenschappen gekenmerkt, onder meer: zelfbewustzijn, ontplooiing, gerichtheid op de toekomst, stabiliteit van karakter, openstaan voor en aanvaarden van de wereld, initiatief, waardenontdekking, en nog veel meer. Dementie zou nu gekenmerkt worden door verzwakking of verlies van bovengenoemde eigenschappen.

Eerder is al gesteld dat we bij dement gedrag niet alleen te maken hebben met simpele stoornissen van het geheugen. Zeh (1961) stelt voor stoornissen van geheugen en intelligentie al veel dieper liggende afwijkingen verantwoordelijk, z.g. *Ordnungsstörungen*. Maar Prick gaat veel verder. Hij betreft terecht veel meer persoonlijkheidseigenschappen bij het ziekelijke proces, en in zoverre zijn zijn opvattingen zeer waardevol.

Prick gaat in wezen uit van het defect-model, zelfs van zeer ernstige defecten. Hij beschrijft hoofdzakelijk gevallen van *dementia gravior*, neemt deze als maatstaf. De veel vaker voorkomende ge-

vallen met minder ernstige symptomatologie worden als formes frustes beschouwd. Zijn theoretische bespiegelingen komen daarvoor soms erg ver af te staan van de werkelijkheid bij psychogeriatrische patiënten. Hij komt zo tot zulke algemene uitspraken, dat deze de werkelijkheid niet meer dekken: 'Dementie is de manifestatie van een verval van de eenheid ener lichamelijke en persoonlijke subjectiviteit'. Hetzelfde overkomt ook Boelen en Zwanikken (1967) wanneer zij stellen: 'Voor dementie is het meest karakteristiek dat de mens wordt aangetast in zijn vermogen aan de situatie, waarin hij verkeert, zin te geven of zin te ontleen op menselijke wijze'. Naar onze mening wordt het karakteristieke van dement gedrag hiermee juist *niet* aangeduid, het geldt veel eerder voor patiënten met psychotische stoornissen.

Prick gaat in wezen uit van defecten ten opzichte van normale volwassenen, met ideale eigenschappen zoals 'stabiliteit van karakter, waarden-ontdekking, openstaan voor en aanvaarden van de wereld' en zelfs 'gedifferentieerde en rijke gevoelsbetrekkingen en belevingen benevens verstandelijk beheerste driftmatige gedragingen'. Er zijn vele normale volwassenen die hierop niet kunnen bogen. Prick ziet de dementie als een irreparabel verlies van de menselijkheid, hij beschouwt de demente patiënt als een defect mens, met duidelijke nadruk op het defect.

Boelen en Zwanikken denken genuanceerder, en zoeken ook het positief-menselijke dat nog is overgebleven. Blijkens de ervaringen in de psychogeriatric is dat nog zeer veel. Vrijwel iedere bejaarde met beginnende stoornissen is zich toch min of meer bewust dat er iets mis is. De betrokkene tracht dit probleem op te lossen, en wel ieder op zijn eigenlijke menselijke wijze, afhankelijk van karakter en levenservaring, dus juist van zijn mens-zijn. De een past zich zoveel mogelijk aan, een ander valt terug op zijn omgeving, een derde tracht de symptomen te verbloemen zonder te merken dat iedereen hem doorziet, een vierde zoekt de schuld van alles buiten zichzelf en komt terecht in een paranoïde vicieuze cirkel. Dit alles is menselijk-begrijpelijk en het is juist dit begrip voor de gestoorde medemens waarnaar we moeten zoeken. Pas in het stadium van de dementia gravior valt het meeste weg, maar zelfs dan is nog vaak menselijk begrip mogelijk.

4. *Het model van het verlaagde psychische niveau.* In de psychiatrie komt het denkbeeld van een onderverdeling van de persoonlijkheid in verschillende niveau's telkens weer naar voren, het meest bekend bij Janet (1903) met zijn 'abaissement du niveau mental'. Het is natuurlijk alleen een beeld, echter wel met een energetisch en een waarde-element. Hoog water in een stuwmeer betekent meer energie dan een laag niveau. Hoger onderwijs is beter dan lager, een hoog IQ aantrekkelijker dan een laag. Ook een laag psychisch niveau is minder goed. Een verwante gedachte zit in het woord regressie, dat overigens in wisselende betekenis wordt gebruikt. Regressie wordt toch aan gevoeld als minder en primitiever.

In het gewone spraakgebruik van de psychogeriatric wordt het niveau-model vaak gebruikt. We zeggen, dat iemand op dement niveau functioneert, zelfs op meer of minder laag niveau. De ervaring leert daarnaast dat dit niveau fluctueert. Ieder kent van zichzelf zulke fluctuaties. Bij examens ligt het niveau veel hoger dan tijdens ontspanning of verveling, of bij lichamelijke indisposities. Iets dergelijks zien we bij bejaarden met dement gedrag. Onder moeilijke omstandigheden, bij een slechte lichamelijke toestand, en ook als te hoge eisen aan hen gesteld worden, wordt het gedrag meer gestoord, om weer te verbeteren als de 'stress' vermindert. Dit geeft belangrijke therapeutische aanknopingspunten. Het demente gedrag is echter niet zonder meer te begrijpen uit een daling van het niveau, daarvoor is meer nodig. Maar het kan ons wel meer inzicht geven in de dynamiek van het demente gedrag.

5. *Het model van draagkracht versus draaglast.* De gedachte, dat iedereen in het leven een zekere last te dragen krijgt en dat zijn draagkracht hiervoor toereikend moet zijn, is afkomstig uit de arbeidsgeneeskunde, maar werd op vele wijzen naar de psychiatrie overgebracht, o.a. door Kuiper (1973), Speyer (1970) en Kraft (1972). Van Tiggelen (1978) introduceerde het in de psychogeriatric. In de ouderdom wordt de draagkracht minder door functionele achteruitgang van het cerebrum, door lichamelijke verzwakking, en door vermindering van de geestelijke elasticiteit. De te dragen lasten nemen toe door achteruitgang van het maatschappelijke aanzien, door vereenzaming, door afgenomen validiteit en door nog zo vele andere oorzaken. Als daar nog afname van geheugen, oordeelsvermogen en initiatief bijkomen, slaat de balans door naar de verkeerde kant. De betrokkene decompenseert en komt terecht in een vicieuze cirkel.

In feite geeft dit model geen verklaring van het demente gedrag als zodanig, wel van de omstandigheden die dit gedrag kunnen bevorderen en een crisis kunnen uitlokken. Het grote voordeel van deze beschouwingswijze is wel, dat alle belastende factoren, lichamelijke, intra-psychische en psycho-sociale, dezelfde negatieve waarde hebben. De mens wordt daarbij gezien als iemand met zowel lichamelijk als geestelijk innerlijk leven, maar tevens onverbrekkelijk verbonden met de omgeving. Hij is vooral te helpen door de lasten te verminderen en de krachten op te vijzelen. Dit model is eigenlijk een voortbouwen op het niveau-model.

6. *Het psychodynamische model.* Bij de psychodynamische benaderingswijze tracht men de ontwikkeling en verandering van menselijk gedrag te begrijpen uit de veranderingen die in de mens zelf of zijn omgeving plaats vinden. In het voorgaande zijn al meermalen psychodynamische elementen aan te wijzen, b.v. in het draaglast-draagkracht-model. De psychodynamiek is echter het uitgangspunt van de visie van Verwoerd (1976) op dement gedrag. In de eerste plaats stelt hij dat iedere bejaarde teleurstellingen te verduren krijgt, b.v. wegvallen van zinvol werk, vermin-

dering van maatschappelijk aanzien, verschraling van het gezinsleven, vereenzaming, en nog zoveel meer. Bij gezonde bejaarden staan daar wel positieve dingen tegenover, maar bejaarden met beginnend dement gedrag krijgen nog veel meer te verduren. Verwoerd vraagt zich nu af, op welke wijze de mens deze negatieve veranderingen verwerkt, speciaal de bejaarde met dement gedrag. Er zijn nogal wat negatieve, niet-adaptieve mogelijkheden, die we meestal aanduiden als afweermechanismen. De mens kan terugtreden, b.v. door het op te geven of door regressie tot primitief gedrag. De mens kan ook trachten de dreiging buiten het bewustzijn te brengen, b.v. door verdringing dus 'vergeten', maar ook door ontkenning, door rationalisatie of door projectie. Nu zijn dat juist dezelfde dingen die we waarnemen in het contact met bejaarden met dement gedrag. Hoe staan zij tegenover hun eigen verschijnselen? Soms worden de defecten gemaskeerd of verbloemd, er wordt nog een façade van intactheid opgehouden. Vaak willen de betrokkenen niet weten dat er problemen zijn geweest, en de conflicten worden 'vergeten'. Of de schuld van alle problemen wordt bij de anderen gezocht, soms zelfs met beschuldiging van diefstal. Dit alles is niet uitsluitend te verklaren uit geheugenstoornissen. Afweer van de bittere werkelijkheid speelt er doorheen een rol.

Verwoerd beschrijft nog een tweede psychodynamisch mechanisme, dat in het voorgaande al terloops is aangeroerd. Iedere bejaarde bevindt zich in een bepaalde, historisch gegroeide, psychosociale situatie. De constellatie is soms evenwichtig, maar niet zelden is het evenwicht wankel. De situatie gaat echter veranderen door geestelijke achteruitgang van de bejaarde. Het evenwicht kan daarbij verbroken worden, en uiteraard reageert de betrokkene daarop met toename van de stoornissen. Maar ook de personen rondom hem raken van slag, en zo komt het tot een vicieuze cirkel en niet zelden tot een crisis-situatie. Gewoonlijk wordt de 'aderverkalking' van de bejaarde voor de crisis verantwoordelijk gesteld, terwijl het in feite een uit de hand gelopen situatie is. Willen we de bejaarde kunnen begrijpen, dan moeten we de situatie zorgvuldig analyseren en doorzien. Soms blijkt het dat de negatieve gevoelens en de intolerantie bij de omgeving een veel grotere rol spelen dan de geestelijke achteruitgang bij de bejaarde!

Voorbeeld 1: Een 77-jarige vroegere geschiedenis-leraar was altijd zeer spraakzaam, populair in discussies met zijn leerlingen, en thuis zeer dominerend tegenover zijn vrouw, die alles in onderworpen toewijding accepteerde en alle zaken aan hem overliet. Sedert 2 jaar ontstond geleidelijk een geestelijke achteruitgang, echter gepaard gaande met verschijnselen van sensorische afasie. Hij ging tekort schieten bij het afwikkelen van noodzakelijke dingen, en de echtgenote werd gedwongen om bij te springen. Dit aanvaardde hij echter niet, en hij probeerde dat telkens weer te verhinderen met een protesterende spraakwaterval, steeds minder begrijpelijk door de afasie. Zij raakte geheel overstuur, en reageerde met een psychogene afonie, waartegen hij machteloos was.

Voorbeeld 2: Een 69-jarige vrouw had tientallen jaren lang een ambivalente verhouding met haar getrouwde enige dochter, van wie ze doorlopend hulp eiste in moeilijkheden, omdat een kind nu eenmaal zijn ouders dient te eren. Toen ze weduwe geworden was, verder flink vergeetachtig en bijna blind door cataract, bracht ze de dochter ertoe haar in huis te nemen. Ze deed daar niets meer en liet zich geheel verzorgen. Dat leidde tot conflicten met de dochter die overstuur raakte, en vooral met de schoonzoon, die zelfs enige tijd het huis verliet. Na opname van de moeder bleek het met het demente functioneren wel mee te vallen. Verder bleek het mogelijk om beide ogen te opereren, waarna de visus weer redelijk werd. Zowel moeder als dochter kwamen tot rust en verzoenden zich na plaatsing van de moeder in een bejaarden-centrum, waar zij zich nog heel aardig bleek te kunnen redden.

7. *Sociaal-psychiatrische benadering.* De sociale psychiatrie gaat ervan uit dat een mens met psychiatrische verschijnselen – evenals ieder mens – in een groter geheel van andere mensen staat en daarmee bepaalde relaties heeft. Nagegaan wordt in hoeverre deze relaties van invloed zijn op de psychiatrische verschijnselen. De voorbeelden van de vorige paragraaf betekenen al een sociaal-psychiatrische benadering. Er zijn echter meer maatschappelijke omstandigheden aan te wijzen, waardoor bejaarden met dement gedrag het soms erg moeilijk krijgen en verder gestoord raken, b.v. de vereenzaming. Vaak wordt geen hulp gevraagd aan de omgeving, om uiteenlopende redenen zoals angst, koppigheid, bescheidenheid en vaak gebrek aan initiatief. Huishoudelijke defecten aan verwarming, electriciteit en water worden niet meer hersteld. Het kan zo komen tot zelfverwaarlozing ten aanzien van voedsel en hygiëne. Zonder hulp ontstaat een vicieuze cirkel met verdere achteruitgang. Wanneer verstandige hulp wordt verleend waarbij de betrokkene wordt geleerd en aangespoord zichzelf weer te redden, dan kan de maatschappelijke en geestelijke teruggang enige tijd worden verminderd of tegengehouden. Er bestaat echter het grote gevaar van teveel uit handen nemen, met name in bejaardencentra en verpleeghuizen. Om organisatorische redenen is het leven daar sterk gereguleerd en dat kan ondanks alle goede bedoelingen ertoe leiden dat de bewoners hospitaliseren. Ze leven niet meer zelf maar worden geleefd. Vandaar de neiging van verpleeghuizen om hun bewoners zo veel mogelijk passief en creatief gerichte activiteiten aan te bieden. De omgeving kan zo veel invloed uitoefenen op de gestoordheid.

Overigens is de *activiteits-theorie*, inhoudende dat contacten met anderen en zinvolle bezigheden alleen maar gunstig zijn voor bejaarden, niet onweersproken. In 1961 kwamen Cumming en Henry met de z.g. disengagement-theorie. Hiermee wordt bedoeld dat een bejaarde zich ter bevordering van zijn geestelijke gezondheid van heel veel dingen zou moeten losmaken. Het ideaal om op hoge leeftijd nog actief te blijven zou afgewezen moeten worden, omdat het moeilijk te verenigen zou zijn met de gedachte dat het leven

op een eind loopt. Deze theorie heeft erg veel discussie uitgelokt, ook aanleiding gegeven tot uitvoerig onderzoek, en is in zijn strikte vorm niet houdbaar gebleken. Maar de activiteitstheorie bleek evenmin onbeperkt geldig. Een zekere beperking van sociale contacten en activiteiten tot datgene wat de bejaarde nog kan overzien en beheersen, en waaruit hij bevrediging kan putten, is nuttig. De mate van een en ander is uiterst individueel. Bij bejaarden met dement gedrag overheerst meestal de inactiviteit en het isolement, en dan is activiteit en het leggen van nieuwe contacten noodzakelijk. Het optimum hiervan is echter ook zeer individueel, en mag niet automatisch worden gelijkgesteld met zo veel mogelijk. Uit de discussies rond de disengagement-theorie is gebleken, hoe gemakkelijk we vooropgestelde meningen over activiteit als zekere feiten aanvaarden, en hoe moeilijk we na gaan hoe het werkelijk ligt. De activiteitstheorie is zeker mede bepaald door de westerse opvatting, dat werk en zich nuttig maken in de maatschappij tot de hoogste cultuurgoederen behoren. Dat extrapoleren we dan gaarne naar de ouderdom. Een groot en betrouwbaar onderzoek naar dergelijke problemen is bij normale bejaarden al moeilijk, en bij bejaarden met dement gedrag nauwelijks mogelijk.

Bejaarden, zowel normale als psychisch gestoorde, hebben allerlei *psycho-sociale problemen* doordat hun eigen positie in de samenleving verandert, maar ook doordat de samenleving zelf telkens verandert op een wijze, die de bejaarden moeilijk kunnen volgen. Het is onmogelijk om binnen het bestek van dit artikel een en ander verder uiteen te zetten. Verwezen wordt naar publicaties o.a. van Cahn (1964), Munnichs (1964) en Lehr (1972, 1974). Wel kan gewezen worden op de houding van een groot deel van de samenleving ten opzichte van bejaarden met dement gedrag. Ze zijn 'afwijkend', dat wil zeggen anders dan de meerderheid. Ze zijn 'gestoord', dus een storend element in de algemene orde. Ongetwijfeld is er een sterke druk van de maatschappij, om hen uit de samenleving te verwijderen door ze ergens op te nemen en minder om hen te helpen. Van de kant van de z.g. alternatieve psychiatrie of anti-psychiatrie wordt wel gesteld dat een afwijkende houding van de samenleving de voornaamste oorzaak zou zijn van psychische stoornissen. In deze gedachtengang zou dementie primair het gevolg zijn van negatief ingestelde zorg. In het voorgaande is betoogd dat men dergelijke algemene stellingen gemakkelijk kan poneren, maar uiterst moeilijk bewijzen. In ons land valt er aan de zorg voor geestelijk gestoorde bejaarden zeker nog veel te verbeteren. Het grootste probleem ligt daarbij niet bij de negatieve houding van het grote publiek, maar bij een pessimistisch en bevoogdende instelling van de hulpverleners. Dit geldt met name voor vele psychiaters en neurologen, die veel te gemakkelijk de diagnose 'aderverkalking' stellen, en daarbij uitgaan van onherstelbaarheid. De definitie van Prick (1970) voor dementie: 'irreparable afbraak der persoonlijkheid' heeft in dit opzicht geen goed gedaan.

8. *Het cybernetische model.* Kernpunt van dit model is, dat er een energie- of informatiestroom bestaat, waarmee in een organisme of organisatie iets op een bepaalde hoogte of in een bepaald evenwicht wordt gehandhaafd. Deze hoogte — bij levende wezens meestal noodzakelijk voor het leven — ligt anders dan de omgeving. Kenmerkend is de lichaamstemperatuur, constant, en onafhankelijk van de buitentemperatuur. De werkelijke lichaamstemperatuur wordt vergeleken met een norm — ongeveer 37° — en afwijkingen van de norm worden bijgestuurd door meerdere of mindere warmteproductie. Zoiets veronderstelt een soort thermostaat waar de norm vast ligt, en waar deze afwijkingen worden waargenomen. Verder moet er vanaf deze thermostaat een verbinding zijn, een terugkoppeling of feed-back, naar de plaats waar de productie van warmte wordt geregeld. Populair gezegd: Het lichaam 'voelt' dat zijn temperatuur niet juist is, en corrigeert de afwijking zelf. Door vele van dergelijke terugkoppelingen is het lichaam in staat om een constante toestand te handhaven, hetgeen we homeostase noemen.

Deze gedachte kunnen we naar het psychische overbrengen. Het kleine kind merkt al, wanneer het van de norm afwijkt, en het leert hoe zich te corrigeren. Het gehele leerproces berust hierop, en het menselijk gedrag is voor een groot deel hierop terug te brengen. Veel van dit gedrag berust op ingeslepen en onbewust geworden reacties. De cybernetica, en ook de neurologie, ziet de mens als een zeer complex en gigantisch reflex-apparaat met allerlei homeostatische mechanismen. Bij de cybernetica komt er wel een nieuw element bij, n.l. de norm, ook al wordt in het midden gelaten hoe die norm is bepaald. We moeten de terugkoppeling ook als een feitelijke handeling zien. De normale mens ziet feitelijk dat de klok stilstaat, en hij windt haar op. Hij ziet dat de broodtrommel leeg is, en hij gaat naar de winkel. Hij voelt dat hij de burens ergert door te blijven kletsen, en hij stapt op.

Het bovenstaande principe kan overgebracht worden op het dementie gedrag. Hierbij faalt het terugkoppelingsmechanisme herhaaldelijk. Het kan zijn, dat de bejaarde onvoldoende de afwijkingen van de norm waarneemt, en daardoor geen correctie-maatregelen neemt. Maar er kunnen ook afwijkingen zijn van het normgevoel, zoals b.v. bij het bekende decorumverlies. Tenslotte is het mogelijk dat de betrokkene wel de afwijkingen van de norm waarneemt en beseft, maar de verkeerde tegenmaatregelen neemt. Wanneer hij b.v. iets kwijt is gaat hij niet zoeken, maar hij beschuldigt anderen van diefstal. In dit licht gezien wordt dement gedrag dus falen bij de waarneming, beoordeling en compensatie van foutief gelopen zaken. Het is daarom altijd duidelijk situatief bepaald. Omdat de correctie nodig is voor zich ook telkens wijzigende maatschappelijke omstandigheden, botst de betrokkene met zijn omgeving, hij wordt 'afwijkend' en 'gestoord'. De norm is niet iets persoonlijks, maar wordt in de samenleving door gewoonten, voorschriften en conventies, dus kortom cultureel bepaald.

9. *Het systeem-theoretische model.* In het laatste decennium is de algemene systeemtheorie van Von Bertalanffy (1968) in de psychiatrie doorgedrongen. Von Bertalanffy gebruikt de term 'systeem' niet in de zin van methode, zoals b.v. het Morse-systeem in de telegrafie. Een systeem is in zijn terminologie een gestructureerd en georganiseerd geheel, zowel op biologisch, psychologisch, maatschappelijk en politiek gebied. Zo is een cel een systeem, maar ook organen, mensen, gezinnen, bedrijven en naties zijn systemen. Elk systeem is opgebouwd uit onderling afhankelijke systemen, subsystemen genoemd, met een eigen functie. Zo zijn er subsystemen voor opname van stof, energie en informatie, subsystemen om deze dingen te verwerken, te verteren, te decoderen, subsystemen om nieuwe stoffen of nieuwe informatie te vervaardigen, verder subsystemen met beslissingsmogelijkheden, subsystemen die beslissingen uitvoeren, en tenslotte subsystemen voor afvoer van overtollige dingen. Elk systeem is weer een subsysteem van grotere suprasystemen. Von Bertalanffy stelt nu dat de organisatie van elk systeem, zij het een klein subsysteem of een groot suprasysteem, in wezen dezelfde is. De systemen zijn volledig afhankelijk van elkaar, ook al vormt elk systeem toch een eenheid.

Het is niet moeilijk om een en ander te herkennen in het systeem van het menselijk individu. De mens is opgebouwd uit organen, die weer uit organellen, en die op hun beurt uit cellen. Het cerebrum is een subsysteem van de mens met meerdere functies, maar zelf ook weer een systeem met eenzelfde scala van kleinere systemen. De mens is zelf weer een subsysteem van b.v. een gezin, waarin ook weer eenzelfde taakverdeling heerst van opname van stof, energie en informatie, verwerking ervan, besluitvorming, uitvoering van besluiten, en afvoer van overtollige zaken. De mens maakt deel uit van meerdere suprasystemen, naast die van het gezin ook die van zijn werk of bedrijf, van zijn verenigingen, van zijn buurt, wijk, woonplaats enz.

Levende systemen hebben eigenschappen die van belang kunnen zijn voor de psychiatrie. Elk systeem is een eigen eenheid, een organisme, een individu, zoals elk mens een eigen eenheid is. Het is echter niet een in zichzelf besloten geheel dat als een robot alleen maar reageert op prikkels van buiten. Het heeft integendeel eigen activiteit, waardoor het zichzelf kan aanpassen aan veranderende in- en uitwendige omstandigheden. Het heeft de mogelijkheid om zijn eigen organisatie te vereenvoudigen in moeilijke tijden, terwijl het zich kan uitbreiden bij voorspoed. Elk systeem is verder open, d.w.z. het heeft velerlei verbindingen met suprasystemen en subsystemen waarlangs informatie stroomt en wordt uitgewisseld, en waarlangs ook energie en stof kan worden verplaatst. Zo heeft ieder individu verbindingen en banden met gezin, werk, bedrijf, vereniging, kerk, enz.

De systeemtheorie geeft daarmee een duidelijk mensbeeld: De mens is een organisme met een zeer efficiënte, actieve, psychofysische organisatie. Hij is actief verbonden met zijn omgeving,

maakt daarvan zelfs deel uit, maar blijft toch een eigen eenheid en is zelfs uniek, ook met mogelijkheden tot groei en zo nodig inkrimping. De mens is meer dan een hoog ontwikkeld dier, want het leven wordt bij de mens medebepaald door idealen en ethische normen. Daardoor is een mens veel meer dan een besloten cybernetische reflex-machine. We vinden in dit model veel terug van andere biologische, psychologische, sociologische en wijsgerige opvattingen. Het knappe van Von Bertalanffy is de overzichtelijke organisatorische structuur, waarin hij alles brengt. Daarentegen komt het gevoelsmatige er wat bekaaid af, b.v. wanneer emotionele banden worden aangeduid als informatie-stroom of -kringloop. In wezen is de systeembenadering alleen maar een gedachten-raamwerk, waarin voor het individuele geval nog heel veel moet worden ingevuld. Daarin schuilt dan tegelijk de zwakte van deze benadering. Niemand kan alle implicaties overzien, iedereen vult juist in wat hij zelf het belangrijkste vindt, dus vaak zijn eigen stokpaardjes. Misschien juist daardoor is in ons psychiatrisch spraakgebruik 'systeembenadering' en 'systeemtherapie' vrijwel synoniem geworden met gezinsbenadering. Dit is op zichzelf een zeer waardevolle zaak, juist voor geestelijk gestoorde bejaarden. Systeembenadering is echter heel wat veelzijdiger. Het kan naast gezinstherapie tevens leiden tot medicamenteuze of fysiotherapie, wanneer dit voor het biologische subsysteem nodig is.

Hoe is nu de systeem-benadering van dement gedrag? In de eerste plaats schieten sommige biologische subsystemen van de mens tekort, vooral natuurlijk het cerebrum, met zijn informatie-ontvangende, -verwerkende en beslissende functies, maar ook andere zoals het circulatie-apparaat. Verder zijn er problemen in de overwegend sociale suprasystemen. Dat van de werkkring valt weg, althans bij mannen. De systemen van gezin en de maatschappelijke positie verschromelen door vertrek of overlijden van gezinsleden of leeftijdsgenoten. In de derde plaats is er een verschromeling van de informatie-kringloop, de maatschappelijke en emotionele contacten worden moeilijker en minder. De betrokken mens, als centraal systeem van dit alles, decompenseert. 'Hij kan zich niet anders dan dement gedragen' aldus Lit (1978), die dement gedrag in systeem-gedachtengangen tracht te beschrijven. Belangrijk is dat de mens met dement gedrag ondanks alle desintegratie toch zijn organisatie behoudt, mens blijft, ook al wordt de organisatie rammelend en simpeler. Verbetering van de toestand kan optreden door de informatie-kringloop weer op gang te brengen, door de suprasystemen van gezin en maatschappelijk aanzien zoveel mogelijk te verbeteren, en door de toestand van het cerebrum en andere biologische subsystemen te optimaliseren.

In het bovenstaande vinden we elementen terug van de in de vorige paragrafen beschreven modellen, zo het defect-model, de verlaging van het psychische niveau, wanverhouding tussen draaglast en draagkracht, en ook de sociale problematiek met alle psycho-dynamische gezichtspunten. Alleen wordt veelal een andere

terminologie gebruikt. Van die modellen moet zelfs heel veel worden ingevuld in het raamwerk van de systeem-benadering, als we de individuele bejaarde met dement gedrag willen begrijpen. Het essentiële van het demente gedrag begrijpen we er echter niet mee. Is het waar, dat de betrokkene zich niet anders dan dement kan gedragen? Waarom gedraagt hij zich niet op psychotische of hysterische wijze? Dit zijn vragen, die de systeem-theorie niet kan beantwoorden.

Samenvatting en eigen mening

Uit het voorgaande is wel duidelijk geworden dat een eenzijdige benadering van een bejaarde met dement gedrag geen recht doet aan zijn mens-zijn en evenmin aan zijn ziek-zijn. De verschillende gezichtspunten moeten een plaats vinden bij de beoordeling, niet in de zin van een optelsom, maar van een structuur. Structuurdiagnostiek is al een oude zaak. Het meest bekend is de structuuranalyse van Birnbaum (1954). Ook de systeem-benadering zoekt allerlei structurele samenhangen. Daarnaast is er de waarschuwing van Rümke (1954): 'De structuur, die wij in de verschijnselen zien, wordt uitermate sterk beïnvloed door de theorieën, die wij omtrent psychiatrie huldigen'. Het navolgende is daarom een persoonlijke mening, die vrijblijvend wordt aangeboden.

Wanneer wij een bejaarde met dement gedrag beoordelen en onderzoeken, gaat het er niet in de eerste plaats om welke vragen wij hem stellen, maar welke vragen aan onszelf. Een en ander kan als volgt worden geformuleerd:

De belangrijkste vraag is wel: Wat is deze bejaarde voor een mens, en wat voor een mens was hij vroeger? Hoe is zijn karakter geweest, en hoe was dit begrijpelijk uit zijn levensgeschiedenis, zijn jeugd, zijn ontwikkeling, zijn positie in gezin en maatschappij? Dit is de basis van de beoordeling van bejaarden met dement gedrag.

De tweede vraag is: Wat is er nu aan de hand, en hoe is dat ontstaan? Het gaat er daarbij nog niet om, in hoeverre er b.v. geheugen- en oriëntatiestoornissen zijn. Het gaat erom hoe nu zijn gedrag is. Gedrag is altijd mede maatschappelijk bepaald omdat niemand zich kan losmaken van de omgeving waarin hij verkeert.

Een volgend punt, als basis voor begrip van de demente mens, is de beoordeling van de psycho-sociale situatie waarin hij verkeerde in de periode dat het demente gedrag ontstond. Men moet zich de vraag voorleggen of het dreigende of zelfs al actuele vastlopen van de situatie alleen maar samenhangt met de vermindering van de draagkracht van de betrokkene, dan wel of de situatie tevoren ook al problemen in zich borg.

Pas in de vierde plaats komt een nadere analyse van de dieper liggende, meestal beperkende stoornissen, en wel in 4 categorieën:

- a. stoornissen van geheugen en oriëntatie;
- b. stoornissen van inzicht, begrip, overzicht, van intellectueel functioneren;
- c. neuro-psychologische stoornissen zoals afasie, apraxie, stoornis

nissen van het ruimtelijk inzicht, agnosie;

d. stoornissen van initiatief, activiteit, vitaliteit, en van tempo.

Wij zijn het ermee eens, dat van dement gedrag geen sprake kan zijn zonder stoornissen van althans a. en b. Geen van de andere eerder beschreven modellen kan verklaren, waarom de betrokkenen — als ze in moeilijkheden zijn gekomen — juist reageren met dement gedrag, en niet met b.v. psychotisch of hysterisch gedrag. Aan de andere kant willen we uitdrukkelijk afstand nemen van de opvatting, dat het manifeste demente gedrag uitsluitend hierdoor wordt bepaald. Dit hele artikel is juist geschreven om aan te tonen hoe vele andere factoren dit gedrag bepalen. Het is verder een misverstand dat de mate van gestoordheid bij a, b, c en d steeds even sterk zou zijn. Er is integendeel voor iedereen een aparte verdeling, en bovendien zijn binnen elke groep nog variaties mogelijk. Mede daardoor is de vormenrijkdom van dement gedrag te verklaren.

Een volgend aspect is de lichamelijke basis van dement gedrag. Voorop staat natuurlijk een gestoorde functie van het cerebrum. Het is aannemelijk dat corticale afwijkingen verantwoordelijk zijn voor stoornissen van het geheugen, oriëntatie, intelligentie, en ook voor de neuro-psychologische stoornissen. Afwijkingen van de diepere structuren hebben meer invloed op activiteit, tempo en vitaliteit. Meestal hebben we echter te maken met diffuse cerebrale afwijkingen, zij het niet gelijkmatig over het cerebrum verdeeld. Hierdoor wordt de vormenrijkdom mede in de hand gewerkt. Afwijkingen van de interne toestand van de betrokkene kunnen diens cerebrale functies nadelig beïnvloeden, en dit schept nogal eens therapeutische mogelijkheden. Maar ook langs andere lichamelijke weg kan het demente gedrag in de hand worden gewerkt, b.v. door afwijkingen van het zien of het horen, en ook door stoornissen van de lichaamsmotoriek, vooral wanneer deze hebben geleid tot invaliditeit en hulpbehoefendheid.

Vervolgens is er de vraag of, en in hoeverre andere psychiatrische toestanden het beeld compliceren, b.v. een lichte vitale depressie, een hypomane stemmingsschommeling, paranoïde verschijnselen, een hyperaesthetisch-emotioneel syndroom, delirante toestandsbeelden, en natuurlijk ook de gevolgen van medicamenten, soms onjuist voorgeschreven of verkeerd ingenomen. Lindeboom e.a. (1979) suggereren, dat het gaat om het een of het ander, en verpleeghuisartsen vragen wel eens: 'Is het dementie of is het psychiatrie?' Deze vraagstelling is onjuist. Het is meestal het een en het ander. Dementie is overigens ook een psychiatrisch syndroom! Tenslotte kan men zich de vraag voorleggen hoe de betrokkene staat tegenover zijn eigen symptomen en de gevolgen daarvan. Worden ze door hem opgemerkt, bestaat er iets van ziekte-inzicht? Of reageert hij alleen maar op de negatieve gevolgen? Verweert hij zich tegen alles, vecht hij ertegen, of weert hij af door te ontkennen, te vergeten, façade-vorming of paranoidie? Hoe compenseert hij zijn tekorten? Welke mogelijkheden zijn hem daartoe overgebleven, en hoe gebruikt hij die?

Nadat de gegevens volgens de bovengenoemde 7 punten zijn verzameld, moet worden getracht om het geheel in een structuur te gaan zien. Nauwkeurige aanwijzingen hiervoor zijn onmogelijk, wel kunnen enkele vrijblijvende richtlijnen worden gegeven:

- a. Hoe is het huidige gedrag van de betrokkene — met inbegrip van de dementiesymptomen — begrijpelijk uit de vroegere karakterstructuur enerzijds, en de gevonden defecten anderzijds?
- b. In hoeverre zijn de afweermechanismen van betrokkene onaangepast, waardoor hij de situatie voor zich juist moeilijker maakt in plaats van gemakkelijker?
- c. Is de betrokkene zelf de oorzaak van spanningen in zijn naaste omgeving, of wordt hij min of meer het slachtoffer van spanningen waaraan hij zelf nauwelijks deel heeft, dan wel: is het een combinatie van beide?

Dit zijn geen theoretische vragen, het zijn vragen van groot praktisch belang omdat de oplossing van de problemen van de bejaarde vaak juist in die hoek moet worden gezocht. Er zijn zo nog zovele andere vragen te bedenken. De antwoorden zijn geen objectieve werkelijkheid, maar subjectieve interpretaties, mede afhankelijk van de denkmodellen van de beoordelaars.

De bovengenoemde 7 punten geven tegelijk aanwijzingen voor een valide onderzoek van een bejaarde met dement gedrag. Zulk een onderzoek moet het volgende omvatten:

- a. hetero-anamnese betreffende de levensgeschiedenis, betreffende het ontstaan en de bijzonderheden van het afwijkende gedrag, en betreffende de psycho-sociale situatie;
- b. gesprek met de betrokkene zelf, auto-anamnese, waarbij ook de actuele problemen moeten worden besproken;
- c. experimenteel-psychologisch onderzoek;
- d. lichamelijk onderzoek;
- e. gedrags-observatie in verschillende situaties.

Dit laatste is vooral mogelijk wanneer de betrokkene wordt opgenomen, maar een klinische observatie is lang niet altijd aangewezen of mogelijk.

Het *experimenteel-psychologische onderzoek* is bij dit alles belangrijk, maar toch niet meer dan een onderdeel. Belangrijk omdat het de kenmerkende stoornissen van geheugen, inzicht en initiatief aan het licht kan brengen, en ook verschillende neuropsychologische afwijkingen. In elk psycho-geriatrisch centrum vinden we deze laatste in een hoogst interessante overvloed, en het is verleidelijk deze alle uit te zoeken. Toch dient de vraagstelling te luiden: Van welke afwijkingen heeft de betrokkene werkelijk last, en hoe beïnvloeden die zijn gedrag? Nog belangrijker is de vraag: Welke mogelijkheden zijn hem nog overgebleven en wat doet hij daarmee?

Aan het experimenteel-psychologische onderzoek van bejaarden met dement gedrag zitten echter wel haken en ogen. Veel vaker dan bij niet-bejaarden het geval is, scoren zij tijdens het onderzoek heel anders dan overeenkomt met hun gemiddeld prestatiepeil. Soms veel slechter door angst, geremdheid, zenuwachtigheid

of wantrouwen. Maar zo nu en dan onder de druk van de test-situatie veel beter; zij kunnen dan gedurende korte tijd hun spankracht aanzienlijk verhogen, om na het onderzoek af te zakken tot hun gewone en veel lagere niveau. Zo kunnen grote discrepanties ontstaan tussen het resultaat van het psychologische onderzoek en het oordeel bij de gedragsobservatie.

Er zijn verder een groot aantal methodische problemen. Zo is er de vraag, wat als maatstaf moet worden genomen voor de prestaties van bejaarden, al dan niet met dement gedrag. De maatstaven voor b.v. intelligentie bij niet-bejaarden worden mede bepaald door overwegingen van onze competitieve westerse cultuur, waarbij snelheid, doeltreffendheid en praktisch overzicht zeer belangrijk zijn. Zwanikken (1978) stelt in dit verband: 'In feite zijn alle psychologische tests snelheidsproeven'. Een en ander kan niet zo maar geëxtrapoleerd worden naar de ouderdom, waar bezonnenheid en wijsheid veel waardevoller zijn dan snelheid. Dementie-onderzoek met behulp van intelligentie-onderzoek, zeker als dit geschiedt met een typisch op niet-bejaarden ingestelde testbatterij zoals de methode Wechsler (of varianten daarvan), is daarom van geen waarde. Hierboven is uiteen gezet dat dement gedrag heel wat anders is dan alleen maar intelligentie-verval. Er zijn dan ook vele speciale testmethoden ontwikkeld. Het valt buiten het kader van dit artikel om de problematiek van deze methoden verder te bespreken.

Tot slot enkele opmerkingen over de behandeling. In de psychogeriatric moet men zich telkens weer afvragen, wat men kan en wat men wil. Voorop staat het belang van de betrokkene zelf. Dit belang is niet alleen met zuiver rationele geneeskundige overwegingen te bepalen. Levensbeschouwelijke, emotionele en irrationele overwegingen spelen er doorheen. Bejaarden met dement gedrag staan dicht bij de dood. Meestal weten ze dat wel, ze zijn er niet bang voor, en als regel wachten ze berustend tot hun tijd komt. Het komt erop neer dat hun laatste stuk leven zo 'leefbaar' mogelijk wordt gemaakt. Als het enigszins mogelijk is, moeten we hun welbevinden en levensvreugde zien te verbeteren. Dat kan lang niet altijd. Meermalen zitten de betrokken bejaarden al in de neergaande lijn, en de behandeling kan dan alleen maar gericht zijn op het in een 'aanvaardbare' toestand houden, waarmee zij kunnen worden begeleid naar het einde. Over wat 'leefbaar' en 'aanvaardbaar' is, valt veel te zeggen, maar het valt buiten het kader van dit artikel.

Er heerst veel pessimisme over therapeutische mogelijkheden voor deze bejaarden, vooral bij de aanhangers van het defect-model. Prick spreekt al van een irreparabele afbraak. Een defect is nu eenmaal niet meer goed te maken, hoogstens te compenseren of te aanvaarden. Er zijn ook vrijwel geen middelen om defecten van het cerebrum te herstellen. Alle door de farmaceutische industrie hoog aangeprezen preparaten hebben nauwelijks of geen effect. Vaak wordt echter vergeten dat het demente gedrag sterk kan ver-

beteren door behandeling van extra-cerebrale afwijkingen zoals ziekten van hart, longen of nieren, diabetes, avitaminosen, ondervoeding, enz. Ook kan verbetering van gehoor of gezichtsscherpte een groot effect hebben.

Daarnaast zijn er een aantal wel effectieve therapeutische mogelijkheden, vooral op psycho-sociaal gebied. Men herkent hierin veel van de bovengeschetste denkmodellen.

- a. Vermindering van de draaglast, de belasting moet meer aangepast worden aan zijn draagkracht.
- b. Structurering van de leefsituatie, overzichtelijke en vaste regels ten aanzien van o.a. verantwoordelijkheden, eigen taken, tijdsindeling, enz.
- c. Verbetering en verruiming van de contacten met de omgeving; tegengaan van vereenzaming en isolatie; het aantal en de aard van de contacten dienen echter weer aangepast te zijn aan de draagkracht.
- d. Activering, verruiming van de interessesfeer, belangstelling wekken voor het dagelijks gebeuren, ook activering via handenarbeid of lichamelijke activiteit.
- e. Verbetering van de relaties in de eigen (gezins-)omgeving, eventueel door middel van gezinstherapie c.q. milieutherapie.
- f. Psychotherapeutische benadering, individueel of in groepsverband.
- g. Overplaatsing naar een beschermde, aangepaste omgeving, bv. in een verpleeghuis. Uiteraard is dit een maatregel bij gebrek aan beter, maar het is vaak nodig.

Uit het bovenstaande blijkt, dat alleen een multi-disciplinaire behandeling zinvol is.

De studie van dement gedrag heeft ons gebracht langs vele probleemgebieden van de psychiatrie en aanverwante praktische wetenschappen. De belangstelling voor bejaarden met dement gedrag is bij psychiaters en andere artsen nog niet groot, maar neemt gelukkig toe, vooral doordat het probleem snel groeit. In algemene ziekenhuizen worden deze bejaarden helaas maar al te gauw als lastig en storend voor de gang van zaken beschouwd. Als overplaatsing naar een specifieke instelling lang op zich laat wachten, dan komt het helaas voor dat deze bejaarden letterlijk lichamelijk en geestelijk worden verwaarloosd en in een onherstelbare toestand komen. Dit artikel wil de aandacht vestigen op deze groep medemensen, die evengoed onze volledige aandacht verdienen als alle andere.

Literatuur

- Ajuriaguerra, J. de, & H. Hecaen (1960), *Le cortex cérébral*, Masson, Paris.
- Baartman, N. (1978), Het begrip (van) kinderpsychosen, *T. Psychiat.* 20, 623-642.
- Bertalanffy, L. von (1968), *General system theory*, Braziller, New York.
- Birnbaum, K, gecit. d. Rümke (1954).

- Bleuler, E. (1949), *Lehrbuch der Psychiatrie*. 8 Aufl., Springer, Berlin.
- Boelen, K. J. W., & G. J. Zwanikken (1967), *Psychische stoornissen bij bejaarden*, Stafleu, Leiden.
- Cahn, L. A. (1964), *Psychiatrische problemen van de oude dag*, Mouton, 's Gravenhage.
- Cahn, L. A., & H. F. A. Diesfeldt (1973), Psychologisch onderzoek van psychisch gestoorde bejaarden met hulp van diapositieven, *N. T. Geront.* 4, 256-263.
- Cumming, E., & W. E. Henry (1961), *Growing old, the process of disengagement*, Basis Books Inc., New York.
- Dijk, E. W. (1964), *Intelligentie en intelligentie-verval; een klinisch-psychologisch onderzoek bij patiënten in een psychiatrische inrichting*, v. Gorcum, Assen.
- Janet, P. (1903), *Les obsessions et la psychasthénie*, Masson, Paris.
- Jaspers, K. (1923), *Allgemeine Psychopathologie*, Springer, Berlin.
- Kraft, T. B. (1972), *Overspanning*, Bohn, Haarlem.
- Kuiper, P. C. (1973), *Hoofdsom der psychiatrie*, Bijleveld, Utrecht.
- Lehr, U. (1972), *Psychologie des Alterns*, Quelle & Meyer, Heidelberg.
- Lehr, U. (1974), *Gerontologie, een psychologisch overzicht*, Spectrum, Utrecht.
- Lindeboom, J., D. van de Wijngaard & C. Jonker, Een neurologische procedure voor dementie-onderzoek, *T. psychiat.* 21, 241-252.
- Lit, A. (1978), *Nieuwe psychiatrie*, Stenfert Kroese, Leiden.
- Miller, E. (1977), *Abnormal ageing*, Wiley, London.
- Munnichs, J. M. A. (1964), *Ouderdom en eindigheid; een bijdrage tot de psycho-gerontologie*, v. Gorcum, Assen.
- Prick, J. J. G. (1970), De dementieën; In: *Nederlands Handboek der Psychiatrie IV*, ed. J. J. G. Prick & H. C. van der Waals, Agon-Elsevier, Amsterdam.
- Rümke, H. C. (1954), *Psychiatrie I*, Scheltema & Holkema, Amsterdam.
- Silbermann, R. M. (1971), *CHAM, a classification of psychiatric states*, Excerpta medica, Amsterdam.
- Speyer, N. (1970), Mens, maatschappij, medicus, *Med. Cont.* 25, 1121-1124.
- Stam, F. C. (1972), Dementie, In: *Neurologie*, red. R. van den Bergh & Folkerts, Agon-Elsevier, Amsterdam.
- Stam, F. C. (1974), Dementie, een verouderd begrip? *Ned. T. Geneesk.* 118, 45-48.
- Tiggelen, C. van (1978), in de film: *Gestoorde bejaarden, een cultuurverschijnsel* (cineast J. Sala Santonja). Verslag Studiedag 'Psychogeriatric' 4-11-1977, Utrecht.
- Verwoerd, A. (1976), *Clinical geropsychiatry*, Williams & Wilkins, Baltimore.
- Wechsler, D. (1944), *The measurement of adult intelligence*, Williams & Wilkins, Baltimore.
- Zeh, W. (1961), *Die Amnesien*, Thieme, Stuttgart.
- Zwanikken, W. (1975), *Tijdsbeleving en ouderdom*, van Loghum Slaterus, Deventer.