

Het verloop van dementie op hoge leeftijd

door Dr. L. A. Cahn en H. F. A. Diesfeldt*

Een algemeen pessimisme ten aanzien van oude mensen, die lijden aan chronische cerebrale aandoeningen, remt nog steeds onze therapeutische inspanningen. Dit pessimisme bestaat reeds vele eeuwen. Maar toch is het niet moeilijk, zelfs in de vroegere literatuur opvattingen terug te vinden, die in strijd zijn met dit pessimisme. Zo merkte in 1936 Carp op, dat bij lijdens aan dementia paralytica de dementie aanzienlijk kan verbeteren, wanneer deze patiënten maar op tijd intensief werden behandeld. Daaruit concludeert hij, dat bij een dementie, zeker in het begin, de hersenfunctie niet verloren is gegaan en zich geheel of gedeeltelijk kan herstellen. Bij een dementie gaan niet alle cellen voorgoed verloren; grote groepen functioneren slechts op lager niveau. De afwijking is dus in principe reversibel. Dit verminderd functioneren uit zich bij de patiënten vooral in een verminderde activiteit. Hoewel de intellectuele functies behouden zijn gebleven, is de patiënt evenwel niet in staat over deze op het juiste moment te beschikken, zodat het lijkt, alsof zij blijvend verloren zijn gegaan. Deze opvattingen vindt men reeds in het begin van onze eeuw terug. Met onze huidige opvattingen komen zij in hoge mate overeen. Zenuwcellen kunnen blijkbaar lange tijd op een lager niveau functioneren. Het is dit functioneren, dat in hoofdzaak de doorbloeding en de oxygenatie van het cerebrum bepaalt en niet omgekeerd. Daardoor is de bloedvoorziening van de hersenen veel minder primair van belang dan men vroeger aannam. Zij is veel eerder secundair aan de hersenfunctie.

Dementia arteriosclerotica blijkt een vrij zeldzame ziekte, die voornamelijk berust op multiple embolieën in de hersenen en veel minder op een arteriosclerotische vernauwing van vaten. Deze patiënten zijn ook doorgaans jonger dan de doorsnee der 'demente bejaarden'. Bovendien vindt men veel eerder hypertensie en komt deze afwijking meer bij mannen voor (Hachinsky e.a. 1974).

Uit deze radicaal gewijzigde opvattingen vloeit voort, dat 'demente bejaarden' doorgaans lijden aan degeneratieve afwijkingen van zenuwcellen. Het grote aantal oorzaken en de talloze bijkomende factoren maken de 'demente bejaarden' tot een zeer heterogene

* resp. psychiater en psycholoog. Stichting Verpleeghuizen Nederland, Psychiatrische Dienst, Laren.

groep. Daarom is ook het verloop van de ziekte uiterst wisselvallig en beïnvloedbaar.

De mogelijkheden van demente bejaarden worden nog voortdurend onderschat. Aan zichzelf overgelaten, lijkt het, alsof deze patiënten tot heel weinig meer in staat zijn, maar indien men de juiste behandeling instelt, is men verrast te vinden hoeveel in werkelijkheid nog behouden bleef. Daarbij gaat het er primair om de patiënt te stimuleren en te activeren.

Een belangrijke oorzaak van een te pessimistische visie komt voort uit de resultaten van psychologisch testonderzoek. Wij zien die resultaten bij het toenemen van de leeftijd verminderen. Bij oude mensen, die lijden aan dementie, zijn de resultaten nog belangrijk slechter dan bij hun leeftijdgenoten. Veel daarvan wordt echter verklaarbaar, indien men bedenkt, dat de tests oorspronkelijk niet ontworpen zijn voor oude mensen. Bovendien zijn hun activiteit en motivatie onvoldoende. Er is een verlies aan snelheid, waardoor de resultaten zeer ongunstig worden beïnvloed. Vooral de demente bejaarden laat zich bijzonder snel ontmoedigen.

Bij jonge mensen ligt de nadruk op ervaring: het toetsen van nieuwe problemen aan oplossingen van vroeger. Dit ziet men wel zeer duidelijk bij een door ons ontworpen experiment. Indien men demente bejaarden een probleem voorlegt, zoals dit voorkomt in de bekende 'Raven's Coloured Matrices', dan vinden zij doorgaans de goede oplossing niet. Het zelfde probleem echter voorgelegd met behulp van gewone speelkaarten wordt dikwijls wel goed opgelost. Dit wijst op enkele principes, die men in het oog moet houden bij het testen van bejaarden en vooral demente bejaarden. De tests moeten aansluiten bij bekend materiaal, de interesse moet worden gewekt en de test moet vooral met veel geduld worden uitgevoerd.

Bij het onderzoek van cognitieve functies maken wij daarom graag gebruik van dia's. Zij houden de aandacht beter vast. Het onderzoek mist het bedreigende karakter, dat ieder onderzoek heeft. Hoewel de meeste van onze patiënten lijden aan een ernstige dementie en zij gemiddeld bijna 80 jaar oud zijn, bleek het mogelijk op deze wijze bij ongeveer 90% van hen belangrijke functies na te gaan: benoemen van voorwerpen, geheugen, lezen, herkenning en perceptie. Ook desoriëntatie in plaats en tijd kan worden nagegaan (Cahn, Diesfeldt, 1973).

Maar dementie is meer dan een stoornis van geheugen en oriëntatie. De meeste patiënten worden aanzienlijk belemmerd door het toenemend onvermogen eenvoudige handelingen uit te voeren. Deze dyspraxie is een belangrijk symptoom, waardoor de patiënt in sterke mate afhankelijk wordt van zijn omgeving. Deze dyspraxie draagt een eigenaardig karakter. De patiënt, die niet meer in staat is de knopen van zijn kleding vast te maken, blijkt toch nog in staat aardappels te schillen. Vooral de vrouwelijke patiënten houden hiervan en er is er nog nooit één geweest, die zich daarbij in de vingers heeft gesneden! Die zelfde patiënten blijken dikwijls weer niet in staat eenvoudige figuurtjes na te leggen. Ook hier dus weer het

zelfde: de prestaties zijn veel beter, wanneer het materiaal vertrouwd is en wanneer de patiënten goed gemotiveerd zijn.

Al deze observaties werpen een nieuw licht op het functioneren van bejaarden in hun omgeving. Hoewel zij in de eerste plaats gebruik maken van datgene, dat hun uit hun verleden vertrouwd is, kunnen zij met behulp van vertrouwd materiaal zeer wel nieuwe mogelijkheden aanleren. Zo blijft bij demente bejaarden de betekenis van cijfers lang bewaard. Het kost daarom weinig moeite met hen 'lotto' te spelen, ook al kenden zij voordien het spel niet. Het is daarom veel juister te letten op datgene, dat behouden bleef, dan steeds weer de nadruk te leggen op datgene dat verloren ging.

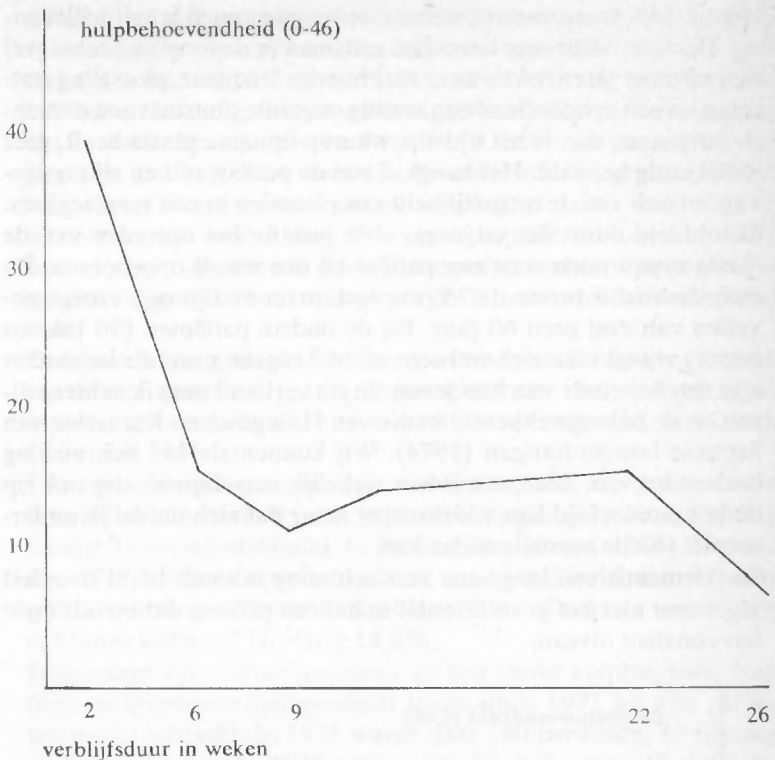
Psychologische tests hebben doorgaans het nadeel, dat zij geen beeld geven van het gedrag van de patiënt buiten de test-situatie. Dit gedrag kan bovendien sterk wisselen. Het wordt belangrijk beïnvloed door de woonsituatie, maar ook door b.v. de gezondheidstoestand. Er is steeds sprake van een groot aantal interne en externe factoren, die het gedrag beïnvloeden. Het gedrag van zieke bejaarden wordt in Nederland beoordeeld met een gedragsbeoordelingsschaal, de Beoordelingsschaal voor Oudere Patiënten (Van der Kam e.a., 1971). Zij is ontwikkeld uit de Stockton Geriatric Rating Scale (Meer, Baker, 1966). De B.O.P. is gebleken een betrouwbare en valide methode te zijn. Bovendien heeft men thans met deze schaal een zeer uitgebreide ervaring. De schaal is door middel van factoranalyse verdeeld in zes sub-schalen. Eén subschaal bevat 23 items en meet vooral de hulpbehoevendheid. Een tweede subschaal geeft een maat voor de agressiviteit en bevat 5 items. Zeer belangrijk is ook de subschaal, die een maat geeft voor de inactiviteit (7 items). Bij onze onderzoeken richten wij ons in de eerste plaats op die subschaal, die de hulpbehoevendheid meet.

Zoals reeds eerder werd opgemerkt, wordt dementie vooral gekenmerkt door een grotere afhankelijkheid van de omgeving, vooral ook door de optredende dyspraxie. Het volgende voorbeeld illustreert dit.

Een oude dame is bij opname in september 1974 77 jaar oud. Zij komt uit een zeer goed, intellectueel milieu. Zij vertoonde nooit tekenen van emotionele labiliteit. Na haar pensionering nam zij haar intrek in een uitstekend verzorgingstehuis. In 1971, toen zij 74 jaar oud was, begon zij zich meer terug te trekken, zij werd steeds inactiever en tenslotte verergerde haar toestand dusdanig, dat zij moest worden opgenomen in één van onze verpleeghuizen. Bij opname verkeerde zij geestelijk in een slechte staat, maar er werden geen tekenen van een acute ziekte of van een verwardheidstoestand gevonden. De diagnose werd gesteld op dementia senilis. Figuur 1 geeft haar scores op de beoordelingsschaal (B.O.P. 1) weer.

Na opname treedt dus een zeer belangrijke verbetering op, die zeker twee maanden aanhoudt. Dan volgt enkele maanden lang enige achteruitgang, misschien omdat de patiënte inmiddels is overgeplaatst naar een afdeling voor patiënten van een beter niveau.

Het verloop van dementie op hoge leeftijd

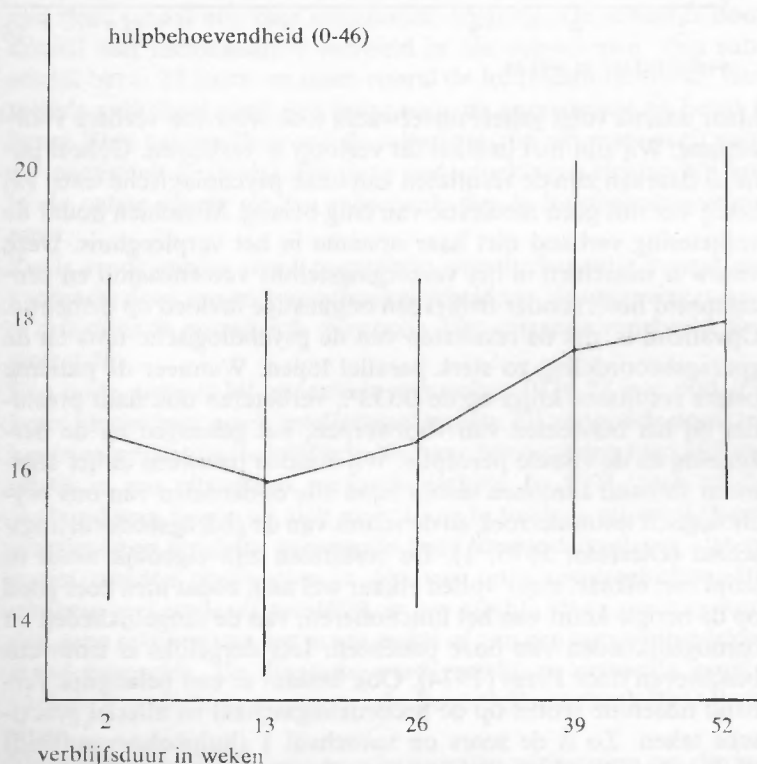


Maar daarna volgt geheel onverwacht toch weer een verdere vooruitgang. Wij zijn niet in staat dit verloop te verklaren. Geheel parallel daaraan zijn de resultaten van onze psychologische tests. Zij kreeg van ons geen medicatie van enig belang. Misschien houdt de verbetering verband met haar opname in het verpleeghuis. Deze vrouw is misschien in het verzorgingstehuis vereenzaamd en eenzaamheid heeft zonder twijfel een ongunstige invloed op dementie. Opvallend is, dat de resultaten van de psychologische tests en de gedragsbeoordeling zo sterk parallel lopen. Wanneer de patiënte betere resultaten krijgt op de B.O.P., verbeteren ook haar prestaties bij het benoemen van voorwerpen, het geheugen en de herkenning en de visuele perceptie. Wij konden trouwens in het algemeen verband aantonen tussen bijna alle onderdelen van ons psychologisch testonderzoek en de scores van de gedragsbeoordelingsschaal (Diesfeldt 1975, 1). De resultaten zijn eigenlijk nooit in strijd met elkaar, maar vullen elkaar wel aan, zodat men zeer goed op de hoogte komt van het functioneren, van de mogelijkheden en onmogelijkheden van onze patiënten. Iets dergelijks is trouwens beschreven door Ferm (1974). Ook bestaat er een belangrijk verband tussen de scores op de beoordelingsschaal en allerlei praktische taken. Zo is de score op subschaal 1 (hulpbehoevendheid) sterk gecorreleerd met het kunnen uitvoeren van taken op de bezigheidstherapie.

Zo kunnen wij dus nu aan de hand van onze beoordelingsschalen iets meedelen over het verloop van dementie op hoge leeftijd.

Het tijdstip, waarop een patiënt wordt opgenomen is vrij willekeurig. Dementie kan zeer langzaam ontstaan in de loop van zeker wel tien of meer jaren, of zij kan, veel minder frequent, plotseling ontstaan na een apoplexie of een ernstig ongeluk. Ontstaat een dementie langzaam, dan is het tijdstip, waarop opname plaats heeft, zeer willekeurig bepaald. Het hangt af van de patiënt zelf en zijn omgeving en ook van de mogelijkheid van plaatsing in een verpleeghuis. Gemiddeld duurt het ongeveer drie jaar na het optreden van de eerste symptomen voor een patiënt bij ons wordt opgenomen. De meerderheid is boven de 75 jaar oud, maar er zijn ook vroege gevallen van nog geen 60 jaar. Bij de oudste patiënten (90 jaar en ouder) vraagt men zich wel eens af, of het geen normale bejaarden zijn aan het einde van hun leven. In dit verband mag ik echter wijzen op de belangwekkende studie van Hasegawa en Karasawa van Japanse honderdjarigen (1974). Wij kunnen slechts hun mening onderschrijven: dementie is een ziekelijk verschijnsel, dat ook op de hoogste leeftijd kan vóórkomen, maar dat zich duidelijk onderscheidt van de normale ouderdom.

Dat dementie een langzame verslechtering inhoudt blijkt over het algemeen niet het geval. Eerder is het een proces, dat opvalt door een constant niveau.



Figuur 2 toont dit zeer duidelijk: 50 patiënten uit één van onze verpleeghuizen (gemiddelde leeftijd 80 jaar) werden met gelijke tijdsintervallen aan de hand van de gedragsbeoordelingsschaal beoor-

deeld. Vooral in het begin vertonen zij als groep enige vooruitgang in hun hulpbehoevendheid. Dat wil dus zeggen, dat er meer vooruitgang is dan achteruitgang. Na 9 maanden zijn zij als groep weer iets boven het uitgangsniveau teruggekeerd. Dat wil dus zeggen, dat er patiënten zijn, die na 9 maanden beter waren dan aan het begin en natuurlijk ook anderen, die achteruit zijn gegaan. Onderwerpt men de scores aan een variantieanalyse, dan komt men tot de verrassende ontdekking, dat er geen significante trend in de cijfers voorkomt gedurende de eerste negen maanden na opname. Dat wil dus zeggen, dat het verloop van de dementie niet te voorspellen valt.

Ook leeftijd en geslacht hebben geen invloed. Bovendien kunnen we in ons materiaal geen groepen patiënten onderscheiden, die worden gekenmerkt door een specifiek verloop van hun ziekte (Diesfeldt 1975, 2).

Dat dementie na opname kan verbeteren, was ons reeds eerder bekend uit een studie van de bejaarden, opgenomen in de Psychiatrische Universiteitskliniek te Amsterdam (Cahn, 1964). Er werden 179 patiënten opgenomen met een ziektebeeld, dat wel aangeduid wordt met 'dementia senilis simplex'. Daarvan verbeterden er binnen korte tijd 26, dat is 14,5%.

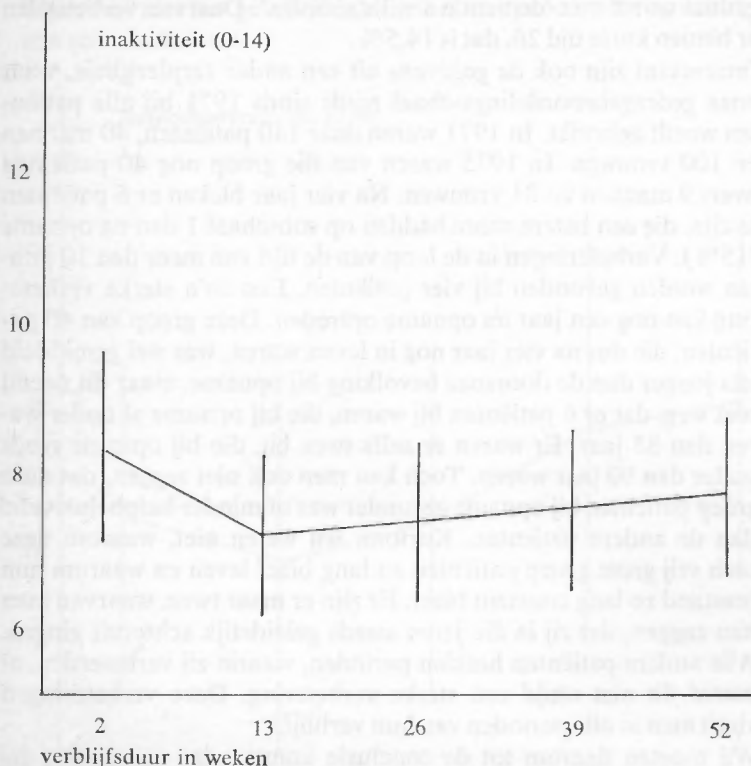
Interessant zijn ook de gegevens uit een ander verpleeghuis, waar onze gedragsbeoordelingsschaal reeds sinds 1971 bij alle patiënten wordt gebruikt. In 1971 waren daar 140 patiënten, 40 mannen en 100 vrouwen. In 1975 waren van die groep nog 40 patiënten over: 9 mannen en 31 vrouwen. Na vier jaar bleken er 6 patiënten te zijn, die een betere score hadden op subschaal 1 dan na opname (15%). Verbeteringen in de loop van de tijd van meer dan 10 punten werden gevonden bij vier patiënten. Een zo'n sterke verbetering kan nog een jaar na opname optreden. Deze groep van 40 patiënten, die dus na vier jaar nog in leven waren, was wel gemiddeld iets jonger dan de doorsnee bevolking bij opname, maar dit neemt niet weg, dat er 6 patiënten bij waren, die bij opname al ouder waren dan 85 jaar. Er waren er zelfs twee bij, die bij opname reeds ouder dan 90 jaar waren. Toch kan men ook niet zeggen, dat deze groep patiënten bij opname gezonder was of minder hulpbehoevend dan de andere patiënten. Kortom: wij weten niet, waarom deze toch vrij grote groep patiënten zo lang bleef leven en waarom hun toestand zo lang constant bleef. Er zijn er maar twee, waarvan men kan zeggen, dat zij in die jaren steeds geleidelijk achteruit gingen. Alle andere patiënten hadden perioden, waarin zij verbeterden, al betrof dit niet altijd een sterke verbetering. Deze verbeteringen vindt men in alle perioden van hun verblijf.

Wij moeten daarom tot de conclusie komen, dat verbetering bij dementie altijd mogelijk blijft, waarschijnlijk tot het einde toe. De mentie is een chronische ziekte, die in alle fasen kan verbeteren en globaal gezien sterk de neiging heeft tot een constant verloop. Er is geen duidelijk verloopspatroom. Dit komt, omdat de ziekte een groot aantal nog onbekende oorzaken heeft en tal van factoren haar beïnvloeden. Daardoor ontstaat een zeer grote individuele va-

riabiliteit. Dit komt overéén met de bevindingen van M. Boehme (1973).

In een andere studie werden de overleden patiënten nader bezien (Diesfeldt, 1975, 3). In onze verpleeghuizen overlijdt ieder jaar $\pm 37\%$ van de patiënten. Daarvan verbleef de helft daar nog geen jaar. Het ligt nu voor de hand te veronderstellen, dat patiënten, die na opname kort leven zich onderscheiden van patiënten, die langer te leven hebben. Dit bleek inderdaad het geval te zijn. Bij opname in ons verpleeghuis bleken patiënten, die binnen het eerste half jaar overleden, een significant hogere agressiviteit en lichamelijke invaliditeit te vertonen dan patiënten, die anderhalf jaar na opname nog in leven waren. Deze gegevens stemmen overeen met het Amerikaanse onderzoek van Kleban e.a. (1974) en met dat van Naaykens (1975) in ons land.

Het verloop van dementie op hoge leeftijd blijft ondanks al deze gegevens toch zeer grillig en onvoorspelbaar. Eén van de factoren, die het verloop beïnvloeden, is het therapeutisch milieu. Deze gaat de inactiviteit tegen, die voor dementie zo kenmerkend is. Wij zien dit afgebeeld in figuur 3.



Hoewel de hulpbehoevendheid van de patiënten in de eerste negen maanden na opname weer is gestegen boven het niveau van uitgang, geldt dit zelfde niet voor de inactiviteit. Deze is dan nog onder het beginniveau! De therapeutische activiteiten werken activerend, zodat het leven weer een werkelijk leven wordt en net een uitzichtloos vegeteren.

Welke 'items' vormen deze subschaal 4, die een maat vormt voor de activiteit? In hoofdzaak gaat het hier om het helpen van anderen, het zichzelf zinvol bezig houden en het leggen van contacten. Toch blijkt ook bij het toepassen van variantieanalyse op deze gegevens, dat er geen duidelijke 'trend' bestaat. Dat wil zeggen, dat ook hier het verloop grillig en onvoorspelbaar is. Zo kan men ook nu geen groepen van patiënten onderscheiden met een specifiek verloop. Meer onderzoek is noodzakelijk om de factoren die het verloop van dementie beïnvloeden aan het licht te brengen.

Samenvatting

Het verloop van dementie op hoge leeftijd blijft in belangrijke mate onvoorspelbaar. Het blijkt niet mogelijk groepen van patiënten te onderscheiden, gekenmerkt door een specifiek ziekteverloop. Er bestaat een zeer grote variabiliteit tussen de individuele patiënten. Zeker is het ziekteverloop niet gekenmerkt door een geleidelijk achteruitgang. Veel eerder neigt de ziekte tot een zekere stabiliteit. Verbetering blijft altijd mogelijk. Deze kan zeer aanzienlijk zijn zonder een naspeurbare reden. Het ziektebeeld is doorgaans beïnvloedbaar zowel ten goede als ten kwade. Ten goede is het ziektebeeld beïnvloedbaar door onder meer therapeutische maatregelen, die zich vooral uiten in een toenemen van activiteit. Deze studie werd eerst mogelijk door de ontwikkeling van een daartoe geëigende gedragsobservatieschaal en van psychologische testmethoden. Tussen beide bestaat een statistisch verband. Verdere longitudinale studies blijven noodzakelijk om een beter inzicht te krijgen omtrent het verloop van de dementie op hoge leeftijd. Enkele nieuwe opvattingen werden kort besproken.

Literatuur

- Boehme, M., *La détérioration dans la démence sénile*. Neuchâtel, Delachaux et Nestlé, 1973
- Cahn, L. A., *Psychiatrische problemen van de oude dag*. Den Haag, Mouton, 1964
- Cahn, L. A., Diesfeldt, H. F. A., Psychologisch onderzoek van psychisch gestoorde bejaarden met behulp van diapositieven. *Ned. T. Geront.* 4, 256-263, 1973
- Carp, E. A. D. E., De dementie. *Ned. T. Geneesk.* 80, 3930-3934, 1936
- Diesfeldt, H. F. A., Psychologisch testonderzoek en gedragsobservatie bij 200 psychogeriatrische patiënten. *Interne publicatie Psychogeriatrische Dienst S.V.N.*, 75, 02/1975, 1
- Diesfeldt, H. F. A., Een longitudinaal onderzoek met de Beoordelingschaal voor Oudere Patiënten (B.O.P.). *Interne publicatie Psychogeriatrische Dienst S.V.N.*, 75, 08/1975, 2
- Diesfeldt, H. F. A., Longitudinaal onderzoek met de Beoordelingschaal voor Oudere Patiënten (B.O.P.). Relaties tussen B.O.P.-scores en levensverwachting. *Interne publicatie Psychogeriatrische Dienst S.V.N.*, 75, 09/1975, 3
- Ferm, L., Behavioural activities in demented geriatric patients. *Geront. clin.* 16, 185-202, 1974

- Hachinsky, V. C., Lassen, N. A., Marshall, J., Multi-infarct dementia, a cause of mental deterioration in the elderly. *The Lancet*, 27, 207-210, 1974
- Hasegawa, K., Karasawa, A., Psychiatric study on Japanese centenarians. *Voordracht gehouden op het Congres voor Klinische Gerontologie*, Manchester sept. 1974
- Kam, P. van der, Mol, F., Wimmers, M. F. H. G., *Beoordelingschaal voor Oudere Patiënten*. Deventer, Van Loghum Slaterus, 1971
- Kleban, M. H., Brody, E. M. e.a., Behavioral observations of mentally impaired aged: those who decline and those who do not. *Voordracht gehouden op de 27th Annual Scientific meeting of the Gerontological Society*. Portland (Or.), 1974
- Meer, B., Baker, J. A., The Stockton geriatric rating scale. *J. Geront.*, 21, 392-403, 1966
- Naaykens, A., Onrustige bejaarden in een psychogeriatrisch verpleeghuis. *Ned. T. Geront.*, 6, 74-81, 1975

N.B. De vermelde interne publicaties kunnen worden besteld bij de Stichting Verpleeghuizen Nederland, Psychogeriatrische Dienst. Naarderstraat 81, Laren (N.H.).