



in gesprek over:

Dementie

NEDERLANDSE
VERENIGING VOOR
PSYCHIATRIE 

Colofon

Uitgave 2010 (herziene druk) met dank aan auteurs R.M. Kok en F.R.J.Verhey

Redactie:

L.H.M. van Lin (eindredacteur)
E.A.M. Knoppert - van der Klein
E. van Meekeren
A.W.M.M. Stevens
M. van Verschuer

Publicatie:

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Drukkerij en distributie:

Secrass, Schoolstraat 24, 3451 AD Vleuten

Grafisch ontwerp:

Studio PXL, Maastricht, info@studiopxl.nl

Copyright ©:

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2010

Geheugenproblemen of dementie

Iedereen vergeet wel eens wat, daar hoeft je niet oud voor te zijn. Ook jongere mensen vergeten wel eens welke dag het is, raken de weg wel eens kwijt, of herkennen iemand zonder te weten wie het is of waarvan ze hem of haar kennen. Vergeten is normaal, onze hersenen zouden het niet lang volhouden als we alles zouden onthouden wat we meemaken. Het geheugen gaat wel met het stijgen van de leeftijd langzaam achteruit en dat begint al op jongvolwassenen leeftijd. Bij de meeste ouderen leidt de geheugenachteruitgang niet tot een verstoring van het dagelijkse leven, er is dan sprake van normale ouderdomsvergeetachtigheid.

Bij dementie zijn de geheugenstoornissen ernstiger. Bovendien zijn er veel meer problemen dan met het geheugen alleen. Daarbij nemen deze problemen zo'n omvang aan dat het dagelijkse leven verstoord raakt.

Dementie komt voor bij ongeveer 5% van alle mensen ouder dan 65 jaar, terwijl veel meer ouderen geheugenklachten hebben. Vergeetachtigheid is dus niet hetzelfde als dementie.

Dementie is een abnormale achteruitgang van verschillende verstandelijke functies, waaronder het geheugen. Deze achteruitgang verstoort het dagelijkse functioneren.

De meeste ouderen die klagen over hun geheugen hebben normale vergeetachtigheid en zijn niet dement.

Verschijselen van dementie

Meestal begint dementie met toenemende vergeetachtigheid. Vooral gebeurtenissen van vandaag en gisteren worden vergeten, waardoor dezelfde vragen steeds herhaald worden. In het beginstadium van dementie weten mensen dit vaak goed te verbergen door bijvoorbeeld de gaten in het geheugen op te vullen met verzinsels. Zowel van de achteruitgang zelf, als van de verzinsels is de patiënt zich vaak niet bewust. Herinneringen aan vroeger blijven meestal juist lang bewaard. In het begin gaat ook vaak het besef van tijd, bijvoorbeeld welke dag het is, achteruit. Meestal ontstaan pas later problemen in het besef waar men is, of kunnen bekenden niet meer worden herkend. Soms begint dementie niet met al deze geheugenstoornissen, maar met

andere verschijnselen zoals hieronder genoemd.

Behalve geheugenstoornissen zijn er bij dementie ook nog één of meer andere geestelijke functies verstoord, zoals:

- rekenen: waardoor omgaan met geld niet meer lukt.
- taal: waardoor voorwerpen niet meer kunnen worden benoemd, problemen met de communicatie en begrip optreden of de taaluitingen steeds meer beperkt worden.
- schrijven en tekenen.
- eenvoudige dagelijkse handelingen: waardoor steeds meer hulp nodig is bij wassen, kleden, eten, toiletgang.
- herkennen en gebruik van voorwerpen: waardoor bijvoorbeeld thee in de suikerpot wordt geschonken.
- vermogen om problemen op te lossen: waardoor vreemde beslissingen worden genomen.
- het vermogen om te oordelen: waardoor men sociale situaties slecht inschat.
- gedrag: zoals initiatiefverlies, onverschilligheid, ontremming, agressiviteit, onrust of juist traagheid, of een verstoring van het dag-nachtritme. Bepaalde karaktertrekken kunnen verscherpen, maar ook juist milder worden.
- stemming: zoals somberheid, angst, prikkelbaarheid, onbegrepen huil- en lachbuien.
- waarneming en denken: waardoor hallucinaties en wanen kunnen voorkomen. Bij hallucinaties worden dingen waargenomen die er niet zijn. Wanen zijn denkbeelden die niet op waarheid berusten, maar die voor de patiënt wel reëel zijn. Het gebeurt nogal eens dat anderen beschuldigd worden van diefstal van iets dat men gewoon kwijt is.

De verschijnselen van dementie verschillen van persoon tot persoon.

Verloop

Het verloop is afhankelijk van de oorzaak van de dementie. Aanvankelijk is er meestal een periode waarin met een beetje begeleiding thuis wonen en functioneren nog goed mogelijk is. Dit kan een aantal jaren duren. In het algemeen geldt dat het psychische, lichamelijke en sociale functioneren na een aantal jaren geleidelijk

vermindert. Zo gaat de belangstelling voor de omgeving steeds verder achteruit. Het wordt moeilijk het eigen huis en soms zelfs de eigen partner te herkennen. Gesprekken zijn nauwelijks meer mogelijk. Er ontstaan problemen met het ophouden van urine of ontlasting. Het lopen gaat steeds slechter. De zorg wordt dan steeds zwaarder. Uiteindelijk moet de patiënt overal mee worden geholpen. Opname in een psychogeriatrisch verpleeghuis is dan noodzakelijk. Demente patiënten overlijden vaak enkele jaren eerder dan gemiddeld.

Vormen en oorzaken

Dementie is de uiting van een stoornis in de hersenen. Er zijn vele verschillende ziekten die dementie kunnen veroorzaken.

De belangrijkste is de ziekte van Alzheimer, die verantwoordelijk is voor 50-60% van alle gevallen van dementie. Naarmate de leeftijd hoger is, doen zich meestal combinaties van ziektes voor: vooral de ziekte van Alzheimer samen met vasculaire dementie.

Bij de ziekte van Alzheimer gaan hersencellen ten gronde, de oorzaak hiervan is nog niet goed bekend. Waarschijnlijk raken de hersencellen beschadigd door een stofwisselingsstoornis van een eiwit, waardoor neerslagen (plaques geheten) in het hersenweefsel worden gevormd. De ziekte begint geleidelijk, waarna een langzame verdere achteruitgang volgt. Meestal begint de ziekte van Alzheimer na het 70e jaar. Bij deze vorm is de rol van erfelijke factoren nog niet zo duidelijk. Soms begint de ziekte echter al voor het 50e jaar. Bij deze vroege vorm lijkt een erfelijke factor wel een duidelijke rol te spelen. Dit betekent niet dat alle familieleden dement zullen worden, maar wel dat de 1e graads familieleden (kinderen, broers en zusters) een grotere kans op dementie hebben.

Er is een groot aantal verschillende oorzaken van dementie. De ziekte van Alzheimer is de meest voorkomende oorzaak. Bij de ziekte van Alzheimer is er een geleidelijk begin met geheugenstoornissen, en een langzame verergering met vele andere soorten klachten en symptomen.

De tweede belangrijke vorm is dementie ten gevolge van stoornissen in de bloedtoevoer naar de hersenen. Hierbij gaat het meestal om dementie ten gevolge van de afsluiting van meerdere kleine of grote

bloedvaten in de hersenen, de zogenaamde vasculaire dementie. De verschijnselen verschillen overigens meestal niet van die bij de ziekte van Alzheimer.

De derde vorm is de Lewy Body dementie. Bij deze vorm zijn de geheugenfuncties in het begin vaak nog normaal. Bij deze dementievorm treedt vaak een verminderde aandacht op, zien patiënten vaak dingen die er niet zijn (hallucinaties), of vertonen verschijnselen die lijken op de ziekte van Parkinson. De klachten kunnen sterk wisselen, soms zelfs van uur tot uur.

Er zijn nog andere, zeldzame vormen van dementie, zoals de frontalekwabdementie of frontotemporale dementie - vroeger ook wel de ziekte van Pick genoemd- en de ziekte van Creutzfeldt-Jacob.

Dementie kan tenslotte ontstaan door bepaalde hersenaandoeningen zoals de ziekte van Parkinson, hersentumoren of een hersenbeschadiging ten gevolge van een ongeval. Ook lichamelijke aandoeningen buiten de hersenen kunnen dementie veroorzaken. Dit kan bijvoorbeeld voorkomen bij schildklierziekten, tekort aan bepaalde vitamines, alcoholmisbruik, onbehandelde suikerziekte en AIDS. Vele van deze ziekten leiden tot een dementie, waarbij traagheid van denken en handelen zeer op de voorgrond staat, en niet zozeer geheugenstoornissen.

Soms ontstaat in de loop van een paar dagen een toestand van verwardheid. Hierbij is dan meestal geen sprake van een dementie, maar van een delier. Een delier kan voorkomen bij onder andere infectieziekten, bloedarmoede, verkeerd medicijngebruik, ontregelde suikerziekte, of na een narcose. Als de oorzaak te behandelen is, is ook het delier meestal goed te behandelen. Dementie en delier kunnen soms ook samen voorkomen. Voor meer informatie over het delier verwijzen wij u naar de aparte folder hierover van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

Tenslotte kan een depressie soms op een dementie lijken, doordat bij een depressie ook een bepaalde vorm van geheugenstoornissen kan optreden.

Onderzoek, behandeling en begeleiding

Zodra vergeetachtigheid storend is voor het algemeen functioneren en vrijwel dagelijks optreedt, is een bezoek aan de huisarts aan te raden. Iemand met dementie doet dat zelden uit zichzelf, zodat familieleden hierbij vaak de helpende hand moeten bieden. Het kan heel pijnlijk zijn om de achteruitgang van een geliefd persoon onder ogen te zien, maar niemand is erbij geholpen de ogen hiervoor te sluiten. Ook ouderen die zichzelf zorgen maken over hun eigen geheugen hebben er belang bij hulp in te roepen. Hoe eerder u weet wat er aan de hand is, des te beter, zeker als het om een vorm van dementie gaat die te behandelen is. Als u twijfelt of er sprake is van dementie of normale vergeetachtigheid, kunt u eventueel gebruik maken van informatie van Alzheimer Nederland onder andere te verkrijgen via hun website.

De huisarts kan zelf of met hulp van een medisch specialist, een gespecialiseerde geheugenpolikliniek of de ouderenafdelingen van instellingen voor de Geestelijke Gezondheidszorg uitzoeken of er sprake is van dementie of van normale vergeetachtigheid, van depressie of een delier. Naast een gesprek met de patiënt en diens partner of familielid, is lichamelijk onderzoek en bloedonderzoek nodig. Psychologisch testonderzoek is vaak belangrijk om de soort en de ernst van de eventuele dementie te bepalen. Soms is nader onderzoek van de hersenen nodig met een bepaalde 'hersenfoto' (meestal een CT-scan of MRI-scan). Geen van deze onderzoeken is erg belastend of riskant. Overigens geldt voor de ziekte van Alzheimer, dat deze nooit met 100% zekerheid is vast te stellen.

Het is onjuist om te denken dat aan dementie nooit iets te doen is. Ga naar de huisarts voor verder onderzoek, behandeling of begeleiding.

In totaal kunnen waarschijnlijk zo'n 5-10% van de ziekten die dementie veroorzaken goed worden behandeld, mits men er vroeg bij is. Dit geldt vooral voor de dementieën ten gevolge van oorzaken buiten de hersenen. Een delier of depressie kan meestal ook goed worden behandeld. Goede, normale voeding en hygiëne zijn van groot belang. Van geen van de alternatieve (vaak dure!) voedingssupplementen of vitaminepreparaten is een effect op dementie aangetoond. Voor de ziekte van Alzheimer is geen genezing mogelijk. Het is

echter niet zo, dat er niets gedaan kan worden. Regelmatig treden bij de ziekte van Alzheimer verschijnselen op die wel te behandelen zijn. Voorbeelden hiervan zijn delier, depressie, hallucinaties en wanen, en gedragsstoornissen.

Er zijn medicijnen die de verschijnselen van de ziekte van Alzheimer bij sommige mensen tijdelijk vertragen. De ziekte zelf wordt er niet mee geremd. Daarnaast zijn er medicijnen die bij bepaalde verschijnselen van dementie goed kunnen helpen. Bijvoorbeeld bij het optreden van een delier, depressie, hallucinaties, wanen en gedragsstoornissen.

Het begeleiden van de patiënt en de familie is erg belangrijk. Behalve door de huisarts wordt dit onder andere ook door de ouderenafdelingen van de psychiatrische instellingen gedaan. De dagelijkse zorg voor een dementerende is een moeilijke opgave. Het kan vele gevoelens op roepen, zoals boosheid, angst, verdriet, machteloosheid, schuld of schaamte. Geduld, begrip, acceptatie en aanpassing zijn de belangrijkste elementen. Er bestaat echter niet zoiets als één goede benadering die bij iedereen werkt. Als de zorg thuis te zwaar wordt, zijn vele vormen van hulp beschikbaar: thuiszorg, wijkverpleging, of maaltijdverstrekking aan huis is mogelijk. Soms is er een vrijwilligerscentrale voor oppas, of een praatgroep voor emotionele steun aan de verzorger van een dementerende. De regionale Alzheimer afdelingen organiseren Alzheimer Cafés, waar partners, patiënten, familieleden, hulpverleners en andere belangstellenden maandelijks samenkomen. In verpleeghuizen, maar ook in verzorgingshuizen bestaan vaak mogelijkheden voor dagopvang, nachtopvang, of voor tijdelijke opname (zogenaamde vakantieplaatsingen). Bovendien kan in deze instituten een groot aantal vormen van psychosociale hulp worden aangeboden. Wanneer de zorg thuis niet meer op te brengen is, zal definitieve opname in een psychogeriatrisch verpleeghuis of soms op een speciale afdeling van een verzorgingshuis de beste oplossing zijn. Het idee dat aan dementie niets meer te doen valt, is dus onjuist: genezing is een enkele keer mogelijk, verlichting van de symptomen is regelmatig mogelijk. Begeleiding van de patiënt en zijn familie is altijd belangrijk en zinvol.

Tips voor familieleden en bekenden

- Besef dat er geen sprake is van pesterij of ‘ondeugendheid’ als de dementerende iets vergeet of gaten in het geheugen opvult met verzinsels. Zij zijn zich dit veelal niet bewust.
- Probeer uw eigen gevoelens niet weg te stoppen, maar praat erover met anderen, zorg dat u er niet alleen voor staat.
- Durf tijd voor uzelf te nemen en geef niet alle kontakten en hobby’s op.
- Probeer het leven voor de dementerende zo vertrouwd mogelijk te maken met bekende, dierbare voorwerpen, foto’s, muziek en dergelijke. Regelmaat, een vaste dagindeling en omgeving geven houvast. Vermijd teveel drukte in huis.
- Behandel een dementerende niet als een kind, maar als een volwassene.
- Betrek de dementerende bij de dagelijkse dingen.
- Gebruik eenvoudige, duidelijke taal.
- Geef uitleg over wat u doet, of wat er gebeurt. Zeg bijvoorbeeld ‘kijk, daar komt je broer Jan op bezoek’. Probeer een examensfeer te voorkomen (‘wie is die man die nu op bezoek komt?’).
- Eis niet teveel, maar moedig hem of haar aan eenvoudige dingen die hij/zij nog leuk vindt te blijven doen, zelfs al gaat het niet meer zo goed als vroeger.
- Neem niet te snel iets over, help net zoveel als nodig is om hem/haar zelfstandig de taak te laten volbrengen, maar blijf niet stimuleren wat hij/zij niet meer kan.
- Confronteren met fouten (zelfs al gaat het over het feit dat vader of moeder allang zijn overleden) heeft weinig zin en kan iemand zelfs angstig of somber maken.
- Probeer beschuldigingen te negeren of zelfs een eindje mee te praten om zo iemand langzaam af te leiden. Vermijd welles-nietes discussies. Boos worden heeft weinig zin en maakt de dementerende veelal angstig, verdrietig of boos.
- Probeer het gevoel achter een opmerking te begrijpen in plaats van teveel in te gaan op wat er feitelijk gezegd wordt. Bijvoorbeeld: ‘wat naar dat u de werkster niet meer vertrouwt sinds uw zilveren theelepeltjes kwijt zijn’.
- Lichamelijk contact tenslotte, een zoen of een arm om de schouder, kan meer doen dan vele woorden.

Brochures en boeken

- Stichting Alzheimer Nederland (adres: zie hieronder) geeft brochures uit over de verschillende oorzaken van dementie. Daarnaast zijn er brochures over onder meer medicijnen bij dementie, omgaan met dementie, erfelijkheid, gedragsproblemen bij dementie, autorijden.
- Buijsen, H.: De heldere eenvoud van dementie. Een gids voor de familie.
Uitgeverij Het Spectrum, Houten.
- Ponds, R. en Verhey, F.: Zorgwijzer Geheugen. Een praktische gids over de werking van het geheugen, ouderdomsvergeetachtigheid en dementie met tips, oefeningen, activiteiten.
Hersenstichting Nederland.
- Dautzenberg, P., en Braam, W.: Ik ben steeds meer kwijt.
(serie Spreekuur thuis)
- Mace, N. en Rabins, P. (Nederlandse bewerking: Van de Bosch, H. en Van de Bosch, M.): Een dag van 36 uur.
Uitgeverij De Tijdstroom, Utrecht.
- Braam, S.: Ik heb Alzheimer.
Uitgeverij Nijgh & Van Ditmar, Amsterdam.
- Bernlef, J.: Hersenschimmen.
Uitgeverij Querido, Amsterdam.
- Ignatieff, M.: Reis naar het ongerijmde.
Cossee uitgeverij, Amsterdam.

Patiëntenorganisaties en adressen

Alzheimer telefoon: (030) 656 75 11 (dag en nacht bereikbaar)
Voor alle vragen over dementie of behoefte aan een luisterend oor.

Alzheimer Nederland
Postbus 183, 3980 CD Bunnik.
Telefoon: (030) 659 69 00
www.alzheimer-nederland.nl

Deze folder maakt deel uit van een serie folders, bedoeld om informatie te geven over psychiatrische ziekten en de behandeling ervan. Deze serie is bestemd voor mensen met psychiatrische klachten, voor mensen uit hun omgeving en hulpverleners. Bekendheid met psychiatrische problematiek kan leiden tot een meer gerichte hulpvraag. Het kan ook helpen taboes rond psychiatrische ziekten te doorbreken. Door de beperkte omvang kan deze folder geen uitvoerige informatie over de ziekte geven. Praat er daarom verder over met uw behandelend arts.

Beschikbare titels in de serie “In gesprek over.....” zijn:

- Als uw kind te druk is (ADHD)
- ADHD bij volwassenen
- Autisme spectrum stoornissen bij kinderen en jeugdigen
- Autisme spectrum stoornissen bij volwassenen
- Borderline persoonlijkheidsstoornis
- Delier (acute verwardheid)
- Dementie
- Depressie*
- Dwangstoornissen*
- Eetstoornissen
- Elektroconvulsietherapie (ECT)
- Gedragsstoornissen bij kinderen
- Gegeneraliseerde angststoornis*
- Manisch-depressieve stoornissen
- Medicijnen bij manisch-depressieve stoornissen
- Medicijnen tegen angststoornissen*
- Medicijnen tegen depressies*
- Medicijnen tegen psychose
- Onverklaarde lichamelijke klachten
- Oorzaken van psychiatrische stoornissen
- Paniekstoornis en agorafobie*
- Persoonlijkheidsstoornissen
- Posttraumatische stress-stoornis*
- Psychiatrie rond zwangerschap en bevalling
- Psychose
- Psychotherapie
- Schizofrenie
- Slaapstoornissen
- Sociale fobie*
- Verslaving

* Ook Turkse en klassiek Arabische vertaling.

Bestelinformatie

De verschillende folders zijn los of als serie bestelbaar.

Ze kunnen schriftelijk, per fax of per e-mail worden aangevraagd bij:

Secrass, Schoolstraat 24, 3451 AD Vleuten

Fax 030-6776376, e-mail: secrass@xs4all.nl