

De Geheugenkliniek

Citation for published version (APA):

Verhey, F. R. J., Reyersen van Buuren, E. J., & Jolles, J. (1987). De Geheugenkliniek: multi-disciplinaire benadering bij stoornissen van het geheugen en andere cognitieve functies. In *Ouder worden nu* (pp. 82-88). Gerontologisch Instituut.

Document status and date:

Published: 01/01/1987

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

DE GEHEUGENKLINIEK. MULTI-DISCIPLINAIRE BENADERING BIJ STOORNISSEN VAN HET GEHEUGEN EN ANDERE COGNITIEVE FUNKTIES

FR J Verhey, E J Reyersen van Buuren en J Jolles

1 INLEIDING

Het laatste decennium staat het dementieprobleem volop in de belangstelling. In vervolg op deze ontwikkeling is men steeds meer het belang gaan inzien van vroegdiagnostiek van dementie (1,2). Het merendeel van patienten met dementie blijkt om uiteenlopende redenen pas laat onder de aandacht komen van behandelaars (3). hetgeen dan vaak naar aanleiding van een krisissituatie gebeurt. Niettemin is het aannemelijk dat, voorzover er sprake is van beïnvloedbare factoren bij dementie, het effect van die beïnvloeding het grootst zal zijn in de vroegste stadia. Bovendien blijken electieve beslissingen t.a.v. de begeleiding van cognitief gestoorde patienten beter dan wanneer van krisisinterventie sprake is. In verband hiermee zijn op diverse plaatsen in de wereld gespecialiseerde geheugenklinieken opgericht (4-7). Deze voorzieningen richten zich in het bijzonder op reeds dementerende patienten, die nog niet als zodanig bekend zijn. Geheugenproblemen zijn dan gewoonlijk de marker om dementie op het spoor te komen (6). Het accent ligt in deze voorzieningen op de medische diagnostiek ("dementie screening") en veel minder aandacht gaat uit naar patienten met cognitieve problemen zonder dementie. Hoewel gedegen diagnostiek en advisering/ begeleiding ook van deze laatste categoriepatienten van belang is, zijn er te weinig voorzieningen, waarin deze patienten adequaat onderzocht kunnen worden. Het voorliggende stuk beschrijft de achtergronden, werkwijze en resultaten van de geheugenkliniek in Maastricht, die in 1986 is opgezet om in deze leemte te voorzien. Een uitvoeriger beschrijving zal elders worden gepubliceerd (8).

2 DE GEHEUGENKLINIEK. ACHTERGRONDEN EN UITGANGSPUNTEN

In mei 1986 werd aan de Rijksuniversiteit Limburg in Maastricht in het kader van een wetenschappelijk onderzoekprogramma naar veroudering en verouderingsprocessen (het zg. "hoofdprojekt Veroudering") een begin gemaakt met een geheugenkliniek. Hierin wordt een geprotocolleerde en multi-disciplinaire vorm van diagnostiek geboden aan patienten, die klagen over cognitieve functies, ook als (nog) geen sprake is van een dementieel syndroom. De doelen van deze Maastrichtse Geheugenkliniek hebben betrekking op zowel gezondheidszorg, als op wetenschappelijk onderzoek. Er is in die zin sprake van ontwikkelingsgeneeskunde dat de resultaten van wetenschappelijk onderzoek toepasbaar worden gemaakt voor de gezondheidszorg.

a) gezondheidszorgdoelen:

1. Geprotocolleerde diagnostiek bij patienten met problemen (klachten en/of stoornissen) van cognitieve functies m.b.v. multi-disciplinaire methoden (neuropsychiatrie/neuropsychologie).

2. Het identificeren en - zo mogelijk - beïnvloeding van de factoren, die een rol spelen bij het ontstaan van de cognitieve problemen. Er wordt hiertoe gelet op zowel organische als psychiatisch/psychosociale factoren en hun samenhang.

3. Het uitvoeren van een dusdanige diagnostiek, dat op grond daarvan een individuele en kwalitatieve beschrijving mogelijk is van cognitieve processen. Op grond daarvan kan aan de patient en/of diens omgeving inzicht gegeven worden in de stoornissen en adviezen in het omgaan daarmee.

Het wetenschappelijk onderzoek heeft o.a. betrekking op de volgende thema's:

Onderzoek naar allereerste verschijnselen bij pathologische verouderingsprocessen, evaluatie van tot dusver gehanteerde diagnostische instrumenten, samenhang en beloop van neuropsychiatrische en -psychologische stoornissen bij pathologische veroudering en risikofactoren daarbij, ontwikkeling, toepassing en evaluatie van experimentele (biologische en niet-biologische) behandelmethoden en van gecomputeriseerde expertsystemen, behulpzaam in de differentiaal diagnostiek van dementie syndromen.

3 DE GEHEUGENKLINIEK: ORGANISATIE EN WERKWIJZE

De Maastrichtse Geheugenkliniek ging op 1 mei 1986 op experimentele basis van start en is toegevoegd aan de poliklinieken neurologie en psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Maastricht. Er worden diagnostische werkzaamheden verricht t.b.v. deze twee poliklinieken bij patienten met problemen van het geheugen en andere cognitieve functies. Daarnaast werden enkele patienten vanuit de afdeling geriatrie verwezen, als ook van buiten de regio voor second opinion.

3.1. Het neuropsychiatrisch onderzoek neemt ongeveer 2 uur in beslag en behelst: 1) een uitvoerige anamnese en heteroanamnese, 2) algemeen lichamelijk; 3) (gedrags)neurologisch en 4) psychiatrisch onderzoek. Tenslotte wordt een viertal schalen gebruikt:

1. Global Deterioration Scale, GDS (9), schaal 1-7, waarin globaal de ernst van de cognitieve stoornissen wordt vastgelegd (zie tabel 1).
 2. Blessed Dementia Scale, BDS (10), 22 items, schaal 0-28, waarin de mate van stoornissen op gedrags- en persoonlijkheidsnivo vastgelegd wordt.
 3. Hachinski-Ischemic Score, HIS (11), 13 items, schaal 0-18, waarin de mate van cerebrovasculaire problemen vastgelegd wordt.
 4. Hamilton Depression Rating Scale, HDRS (12), 21 items, schaal 0-63, waarin mate van depressieve symptomatologie vastgelegd wordt.
- 3.2. Het neuropsychologisch onderzoek neemt ongeveer 2 uur in beslag en omvat psychometrische testen, gedragsneurologische en informatieverwerkingstaken. Hiermee worden aanwijzingen verkregen over mentale functies als waarneming, diverse geheugenaspecten, taal, visuo-constructie, gedragsplanning, aandacht en snelheid van informatieverwerking. De uitspraken worden deels gebaseerd op bestaande normen, deels op vergelijking van gestoorde en intacte functies binnen een patient (profielanalyse) (13,14). Naast de vaststelling dat sprake is van normafwijkende prestaties wordt veel belang gelegd in het doen van kwalitatieve uitspraken: hoe komt iemand tot een bepaald resultaat en hoe kan men dit beïnvloeden.

tabel 1: stadia van Global Deterioration Scale (Reisberg, 1982):

stadium	
1 normaal	: Geen klachten. Geen afwijkingen in functioneren.
2 zeer licht	: Alleen subjectieve cognitieve klachten. Geen stoornissen aantoonbaar bij klinisch interview.
3 licht	: Lichte cognitieve stoornissen komen bij een zorgvuldig klinisch interview aan het licht. Geen beperking in ADL-functies.
4 matig	: Duidelijke cognitieve stoornissen komen bij het interview aan het licht. Kan redelijk zelfstandig leven, hoewel verminderd vermogen bij b.v. boodschappen doen en financieën.
5 matig ernstig	: Patient kan niet zonder enige hulp leven t.g.v. cognitieve stoornissen.
6 ernstig	: Patient is volledig afhankelijk van omgeving.
7 zeer ernstig	: Eindstadium dementie: patient is bedlegerig en mutistisch.

3.3. Aanvullend onderzoek wordt, voorzover nog niet verricht, op indicatie uitgevoerd. Vanaf GDS 3 wordt bepaald: hematologie, electrolyten, glucose, nier-, lever- en schildklierbepalingen, vitamines en TPHA. Voorts EEG en/of C.T.-scan.

3.4. Teambespreking vindt hierna plaats. De gegevens worden vastgelegd in een rapport aan de verwijzer. Hierin worden, naast de (differentiaal) diagnostische overwegingen adviezen gegeven t.a.v. de verdere begeleiding van de patient. Tot slot worden de gegevens altijd uitgebreid met de patient en diens naasten besproken, waarbij de gevonden stoornissen vertaald worden naar concreet gedrag, getracht wordt inzicht te geven in de gemeten cognitieve stoornissen terwijl, adviezen worden gegeven m.b.t. de omgang daarmee.

3.5. De diagnostische criteria die in de geheugenkliniek gehanteerd worden, zijn zoveel mogelijk gebaseerd op internationaal geaccepteerde afspraken. Voor de psychiatrische diagnoses wordt gebruik gemaakt van de DSM-III (15). Van depressie (depressieve stoornis in engere zin of dysthyme stoornis) als hoofddiagnose wordt gesproken wanneer geen specifieke organische factoren aanwezig zijn. Daarnaast worden dezelfde diagnostische DSM-III criteria voor depressie gebruikt als bijkomende diagnose, met weglating van het z.g. E-kriterium, waarin organiceiteit als oorzakelijke factor uitgesloten moet worden. Hierdoor wordt de diagnose depressie in strikt syndromale zin gebruikt. Ook voor de diagnose dementie worden de DSM-III criteria gehanteerd, echter met die beperking dat aan het criterium van het aantonen of de aanname van een organisch-etologische factor als sine-qua-non voor de diagnose niet voldaan hoeft te worden. Dit laatste conform de aanbevelingen van de consensus werkgroep onder leiding van McKhann(16), waarin expliciet gesteld wordt dat dementie een syndroomdiagnose is, uitsluitend gebaseerd op gedrag. T.a.v. de diagnose ziekte van Alzheimer (AD) worden de richtlijnen van dezelfde werkgroep (16) gevolgd ("possible"/"probable"/"definite" AD oftewel "waarschijnlijke"/"mogelijke"/"definitieve" AD). Daarbij geldt dat de HIS < 4 moet zijn. Bij dementie syndromen met HIS > 8 wordt van multi-infarct dementie (MID) gesproken, bij HIS tussen 4 en 8 van mixed dementie (MIX). Overige diagnoses worden volgens gangbare klinische criteria gesteld.

4 RESULTATEN

4.1. Demografische variabelen: 71 patienten werden tussen 1 mei '86 en 1 juni '87 aangemeld. Bij 5 patienten werd het onderzoek onvolledig uitgevoerd. Deze blijven hier buiten beschouwing. Een patient werd i.v.m. een obsessie stoornis onderzocht (GDS 1), de overige 65 patienten hadden geheugenproblemen, vaak in combinatie met andere cognitieve klachten. De gemiddelde leeftijd ligt in de Maastrichtse Geheugenkliniek 5 tot 15 jaar lager dan in andere geheugenklinieken (4-7) en er werden relatief meer patienten met lichte of subjectieve stoornissen onderzocht. Deze verschillen hangen samen met het feit dat de doelgroep van de Maastrichtse Geheugenkliniek een andere samenstelling heeft, waarin - zoals gezegd - de nadruk meer ligt op cognitieve stoornissen ook als er (nog) niet van dementie sprake is (zie tabel 2). Patienten met uitsluitend subjectieve geheugenklachten (GDS 2) werden voornamelijk via de psychiatrie aangeboden. Patienten met objectieve stoornissen van het geheugen werden voornamelijk, doch niet uitsluitend, via de neurologie verwezen.

tabel 2: Demografische variabelen van 66 patienten, onderzocht op de Maastrichtse Geheugenkliniek in de periode van 1 mei 1986 tot 1 juni 1987.

	N	leeftijd (med./range)	V : M	opl. nivo (1-7) (med.)	verwijzer psychiat. neurol. anderszins.		
GDS 1	1	29 (-)	1: 0	5	1	-	-
GDS 2	17	46.5 (21-64)	6: 11	3.8	9	4	-
GDS 3	14	62 (30-71)	7: 7	4.5	2	12	-
GDS 4	14	64 (37-76)	4: 10	2.9	2	12	-
GDS 5	16	70 (53-83)	7: 9	3.6	2	12	2
GDS 6	4	80.5 (73-88)	4: -	4.0	1	1	2
GDS 7	0	-	-	-	-	-	-
totaal	66	57.2 (21-88)	29: 37	3.8	17	45	4

4.2. Diagnoses: In tabel 3 staan de belangrijkste hoofddiagnoses vermeld, verdeeld over de belangrijkste GDS-stadia.

Bij 62 patienten kon een diagnose gesteld worden, 4 patienten, alleen GDS 4, hadden lichte, maar duidelijke cognitieve stoornissen zonder dat een nadere diagnose (psychiatrisch of neurologisch) te geven was. Dit betreft mogelijk de allervroegste stadia van AD, zonder dat de stoornissen ernstig genoeg waren om van dementie te spreken. Relatief veel ernstige neurologische ziektebeelden komen voor in deze populatie. Dit weerspiegelt het feit dat het een geselecteerde populatie betreft, afkomstig uit een neurologische en psychiatrische polikliniek.

tabel 3: hoofddiagnoses bij 66 patienten van Maastrichtse Geheugenkliniek, ingedeeld naar GDS-stadium.

GDS	1	2	3	4	5	6	7
n	1	17	14	14	16	4	0
<u>Diagnose:</u>							
Obses. comp. st. (1)	1						
Fobische stoornis (1)		1					
Depressie (16)		15	1				
Temporale epilepsie (3)		1	2				
C.V.A., geen dementie (7)				4	2	1	
Probable A.D. (13)				5	5	3	
Possible A.D. (2)					1	1	
MID (8)			2	6			
Cognitieve st. e.c.i. (4)			4				
Overigen (11)			3 ¹	5 ²	3 ³		

1). M. Pick; Frontale contusie; M. Parkinson. 2). Amyotrofische Lateraal sclerose (2); M. Huntington; Multiple Sclerose; zwakbegaafdheid + epilepsie. 3). Polypharmacie; Aquaductstenose/drain/CVA; Mix.

4.3 Diagnostische bijdrage van geheugenpolikliniek

Nagegaan werd hoe groot de bijdragen van de geheugenkliniek is aan de diagnostiek. Daartoe werden de resultaten na onderzoek vergeleken met hetgeen daarvoor bekend was t.a.v. medisch-organische stoornissen, risikofactoren en psychiatrische stoornissen. Het blijkt dat bij 54 patienten (82%) een organische stoornis (risikofactor) werd aangetroffen, relevant voor het cognitief dysfunctioneren. Bij 21 patienten (32%) was deze onbekend. De volgende tot dusver niet onderkende stoornissen kwamen bij deze 21 patienten voor: in 4 gevallen betrof het patienten met waarschijnlijk A.D., tot dusver bekend als "onbegrepen gedragsstoornissen". Voorts: Amyotrofische lateraal sclerose (2); C.V.A. (2); schildklierdysfuncties (2); vitamine B12 tekort (2); hersentrauma (2); slechthorendheid (2); polyfarmacie, boksen, alcoholisme, contact met toxische stoffen en benzodiazepineverlaving. Het merendeel van deze stoornissen werd duidelijk aan de hand van (hetero)anamnese en lichamelijk onderzoek, hetgeen het belang daarvan nog eens onderstreept. Bijna alle patienten ondergingen uitgebreid bloedonderzoek (2 niet). Dit leverde slechts 7 maal een onverwachte bevinding op (schildklierdysfunctie (2), vitamine B12 tekort (2), verhoogde BSE (2), anemie). Bij 52 patienten werd een C.T.-scan verricht: deze liet bij 35 geen, bij 14 patienten afwijkingen zien conform de klinisch gestelde diagnose. In 3 gevallen was er een discrepantie tussen de C.T.-bevindingen en de (eerder) gestelde klinische diagnose: dit betrof in alle 3 gevallen een als waarschijnlijk A.D. gediagnosticeerde patient, waar op de C.T. focale hypodensiteiten zichtbaar waren. Bij 33 patienten werd een psychiatrische stoornis vastgesteld, bij 16 (24%) tot dusver niet onderkend. Meestal betrof dat een depressie. Verder: fobische stoornis, angst-stoornis en een paranoid-hallucinatoire stoornis. 17 patienten hadden zowel een psychiatrische als organische stoornis.

4.4 Neuropsychologisch onderzoek vond plaats bij 58 patienten. Dit liet in 4 gevallen een profiel zien dat dermate anders was dan verwacht, dat ze aanleiding gaf de medische diagnose te herzien. In de overige gevallen bevestigde het de klinische diagnose. Neuropsychologisch onderzoek kan echter meer toepassingen hebben dan alleen hulpdiagnostiek voor de medicus. M.n. in de allervroegste stadia bleek het neuropsychologisch onderzoek verfijnder dan het neuropsychiatrische: dit valt te demonstreren aan de hand van 11 patienten tussen 45 en 65 jaar, die wegens geheugenklachten hulp zochten, maar bij wie, naar het oordeel van de medicus, geen sprake was van objectieve geheugenafwijkingen (GDS 2). Allen vertoonden een mild depressief syndroom. Vanuit medisch en psychiatrisch oogpunt vormden ze een homogene groep. Bij neuropsychologisch onderzoek werden evenwel bij allen subtiele afwijkingen gevonden, terwijl bovendien ieder een onderling verschillend profiel liet zien. De etiologische betekenis hiervan is vooralsnog onduidelijk; follow up onderzoek zal hierbij plaatsvinden. Het is niet onwaarschijnlijk dat een gedeelte van deze groep later A.D. zal blijken te hebben. Een eerste beschrijving van dit onderzoek is elders gerapporteerd (18).

De waarde van dit kwalitatief georiënteerde neuropsychologisch onderzoek is voorts erin gelegen dat het aldus mogelijk wordt om per patient aan te geven, waar naast zijn zwakke zijn sterke kanten te vinden zijn. Neuropsychologie kan zo een specifieke bijdrage leveren aan de gezondheidszorg. Naast de gebruikelijke medische of psychiatrische interventies kan op grond van het gekonstateerde functieprofiel de patient ingelicht worden omtrent de achtergronden van zijn klachten. Middels een dergelijke interventie, door ons "Funktiegerichte Begeleiding" genoemd, kan men de patient op gerichte wijze adviseren hoe hij of zij in het dagelijks leven het best om kan gaan met

zijn/haar cognitieve (on)vermogens, ten einde zo min mogelijk hinder daarvan te ondervinden. Een dergelijke interventie, die zich kan uitstrekken van 1 tot 4 sessies, leidt naar onze ervaring tot een meer effectieve manier van omgaan met klachten en stoornissen, m.n. in de eerdere stadia, meer inzicht en begrip en tot een verlichting van de klachten. In verder gevorderde stadia kunnen de verkregen inzichten aangewend worden voor gerichte begeleiding van de omgeving van de patient.

5 DISKUSSIE. WETENSCHAPPELIJKE MOGELIJKHEDEN

Hoewel per patient de tijdsinvestering groot is, blijkt sprake te zijn van een duidelijk rendement. Het onderzoek bracht bij een derde van de gehele populatie onbekende maar relevante organische stoornissen aan het licht en bij een kwart van de patienten onbekende psychiatrische stoornissen. Dit onderstreept het belang van een betere integratie van somatische en psychiatrische diagnostiek en behandeling bij deze groep patienten. Daarbij kan worden opgemerkt dat de dichotome benadering (organisch versus psychiatrisch) hier omwille van de duidelijkheid werd gemaakt. Een te scherp onderscheid houdt het gevaar in dat therapeutische mogelijkheden onbenut blijven. Een doel van de geheugen- kliniek is dan ook beide categorieën stoornissen met elkaar in verband te brengen.

In de Maastrichtse geheugenkliniek neemt het neuropsychologisch onderzoek een zeer belangrijke plaats in. Dit onderzoek wordt te veel gebruikt als louter hulpdiagnostiek voor de medicus. Hierdoor blijft echter eveneens een unieke mogelijkheid tot verder gerichte advisering en begeleiding onbenut. Door gebruik te maken van kwalitatieve methoden waarmee aangegeven kan worden op welke functiegebieden de zwakke en sterke kanten van de patient zich bevinden, kan men de patient en diens omgeving iets bieden, waar (nog) geen medische behandelmethoden voorhanden zijn.

De geheugenkliniek biedt voorts een geschikt kader waarin patientgebonden research plaats kan vinden. Het is thans niet bekend welke stoornissen in de allereerste fasen van een dementieel proces een voorspellende waarde hebben t.a.v. het verdere beloop. Een van de belangrijkste projecten betreft een longitudinaal onderzoek naar de allereerste stadia van pathologische veroudering, m.n. A.D. De toepassing en het effect van de eerder genoemde Funktiegerichte Begeleiding vormt het onderwerp van ander onderzoek (17). Voorts is onderzoek naar risikofactoren bij het ontstaan van cognitieve klachten lopende: Uit een onlangs afgeronde pilot studie bleek dat bij 8 patienten tussen 45 en 65 jaar met subjectieve geheugen- klachten en lichte depressie verschijnselen significant meer c.q. potentieel hersenbeschadigde factoren in de anamnese aangetroffen werden dan bij hun controles (18). Voorts is een expertsysteem ontwikkeld voor gebruik op een personal computer (IBM) (19). Dit systeem is opgebouwd uit de diagnostische kennis en beslisseregels die door de neuropsychiater worden gebruikt. Een dergelijk systeem kan behulpzaam zijn bij kosten/ baten-analyses t.a.v. de bijdrage van individuele hulpverleningen.

6 SAMENVATTING

De Maastrichtse geheugenkliniek betreft een voorziening waarin op semi-gestructureerde en geprotocoliseerde wijze neurologisch-psychiatrisch en neuropsychologisch onderzoek plaats vindt bij patienten met cognitieve klachten en stoornissen. Dit betreft deels demente patienten, deels patienten met veel lichtere - of betrekkelijk geïsoleerde cognitieve stoornissen.

Uit de resultaten, verkegen aan de hand van de eerste 71 patienten, blijkt dat de

geheugenkliniek een duidelijke bijdrage levert aan de diagnostiek van cognitieve stoornissen. Nadruk wordt daarbij tevens gelegd op het gebruik van neuropsychologische testresultaten bij de begeleiding van de patient en zijn/haar omgeving. De geheugenkliniek biedt een geschikt kader voor gezondheidszorgontwikkeling en patientengebonden research.

7. LITERATUUR

1. Henderson, A.S., Huppert, F.A. The problem of mild dementia. *Psychol. Med.*, (1984), 14, 5-11
2. Berg, L. et al. Mild senile dementia of Alzheimer type. *J. of Neurol., Neurosurg. and psychiatry.* (1982) 45, 962-968.
3. Williamson, J., Stokoe IH, Gray S et al. Old People at home: their unreported needs. *Lancet* (1964); i: 1117-1120.
4. Reifler BV, Eisdorfer C; A Clinic for the impaired elderly and their families. *Am. J. of Psychiatry* (1980), 137: 11, 1399-1403.
5. Van der Cammen TJM, Simpson JM, Fraser RM et al. The memory clinic. A new approach to the detection of dementia. *British J of Psychiatry* (1987), 150, 359-364.
6. Philpot MP, Levy R. A memory clinic for the early diagnosis of dementia. Section of old age psychiatry, Maudsley Hospital London. (1987) niet gepubliceerd.
7. Bayer AJ, Pathy J, Twining Ch. The memory clinic, a new approach to the detection of early dementia. *Drugs* (1987), 33 suppl. 2. 84-89 8.
8. Verhey FRJ, Reyersen van Buuren EJ, Jolles J. De geheugenkliniek: multidisciplinaire benadering bij stoornissen van het geheugen en andere cognitieve functies. *Tijdschrift voor Geriatrie en Gerontologie* (1988), voor publikatie aangeboden.
9. Reisberg B et al. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J of Psychiatry* (1982), 139; 1136-1139.
10. Blessed G, Tomlinson BE, Roth M. The association between quantitative measures of dementia and of senile change in the cerebral gray matter of elderly subjects. *Brit. J of Psychiatry* (1968). 114; 797-811.
11. Hachinski VC, Illif ZE, Zilka E et al. Cerebral bloodflow in dementia. *Arch. of Neurol.* (1975) 32; 632-637
12. Hamilton M. A rating scale for depression. *J of Neurol., Neurosurg. and Psychiatry.* (1960). 23; 56-62.
13. Jolles J. Early diagnosis of dementia: possible contributions from neuropsychology. In: Gispen WH, Traber J. eds. *Aging of the brain.* Springer, Berlin (1985) 84-100.
14. Jolles J. Cognitive, emotional and behavioral dysfunctions in aging and dementia. In: *Progress in Brain Research.* vol. 70. Elsevier Science Publishers B.V. (1986) 15-39.
15. Spitzer R. et al. *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*, 3th ed. American Psychiatric Association Washington D.C. (1980).
16. McKhann G., Drachman D., Folstein M. et al. *Clinical Diagnosis of Alzheimer Disease.* *Neurology* (1984) 34, 939-944.
17. Reyersen van Buuren EJ, Verhey FRJ, Jolles J., Contribution for neuropsychology to early diagnosis of the dementia syndrom and the implication for treatment and care. Abstract. In: *Clinical Neurol. and Neurosurg.* (1987) Supp. vol. 89, 22.
18. Verhey FRJ, Reyersen van Buuren EJ, Jolles J. Neuropsychiatric disturbances in the presenium: possible contribution to early diagnosis of dementia. Abstract In: *Clinical Neurol. and Neurosurg.* (1987) Supp. vol. 89, 22.
19. Plugge LA, Verhey FRJ, Jolles J. EVINCE I: a desk top expertsystem for neuropsychiatric diagnostics. *Medical Decision Making* (1988), aangeboden voor publikatie.

Drs. F.R.J. Verhey, zenuwarts, Rijksuniversiteit Limburg, vakgroep Klinische Psychiatrie, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

SENIELE DEMENTIE TYPE ALZHEIMER: DE BETEKENIS VAN DIAGNOSTISCH ONDERZOEK.

C. Jonker en C. Hooyer.

Er bestaat geen betrouwbare en valide test voor de diagnostiek van de ziekte van Alzheimer. Dit geldt zowel voor de preseniele als voor de seniele variant van dit type dementie (= SDAT). Hoewel de klinische criteria voor SDAT recent zijn aangescherpt (1) en vervolgens operationeel gedefinieerd (2) blijft het moeilijk, zo niet onmogelijk, om SDAT in een vroeg stadium te differentiëren van normale veroudering en van functionele gedragsstoornissen bij bejaarden. Uit beloopstudies (3,4) blijkt dat met name depressieve beelden, vooral wanneer daarbij cognitieve defekten optreden, frequent geduid worden als dementie. In een recent onderzoek (5) waarbij patiënten met een milde vorm van SDAT gedurende 1 jaar werden gevolgd, werd vastgesteld dat slechts de helft van de patiënten het bij SDAT te verwachten beloop vertoonde. Een dergelijke constatering betekent dat in de beginstadia van SDAT, benigne vormen van ouderdomsvergeetachtigheid (6) niet onderscheiden kunnen worden van de maligne vorm, de ziekte van Alzheimer. De klinische diagnose is dus niet eenvoudig. Eerst wanneer het klinisch stadium gekenmerkt wordt door een compleet amnestisch syndroom met goed herkenbare corticale hardverschijnselen zoals afasie, apraxie en agnosie is - na uitsluiting van andere oorzaken - een hoge correlatie met de karakteristieke neuropathologische bevindingen te verwachten. In ruim 8 van de 10 gevallen blijkt dan het klinisch beeld te correleren met het neuropathologisch substraat (7,8).

De vraag is nu welke betekenis aanvullend onderzoek heeft voor de klinische diagnostiek. Dergelijk onderzoek valt uiteen in (neuro) psychologisch onderzoek en medisch-biologisch onderzoek. Met betrekking tot de betekenis van psychologisch testmateriaal voor de diagnostiek van SDAT beperk ik mij in dit verband tot een enkele opmerking.

Allereerst is het goed om vast te stellen dat er geen enkele psychologische test bestaat die met zekerheid SDAT diagnosticeert. Hoewel het cognitieve profiel van SDAT nog niet is opgehelderd, zijn er met enige voorzichtigheid 2 karakteristieken aanwijsbaar. Uit de eerder genoemde prospectieve studie van Berg e.a. (5) blijkt dat licht demente patiënten, die klinisch voornamelijk gekenmerkt worden door mnestiche functiestoornissen en bij wie een Alzheimer type dementie waarschijnlijk is door de exclusie van alle mogelijke oorzaken, in een vroeg stadium taaldefecten vertonen, die voorspellend zijn voor achteruitgang. Taalstoornissen ondersteunen de klinische diagnose SDAT. Hoewel de aard van het geheugendefekt bij de ziekte van Alzheimer nog onduidelijk is, zijn inprentingsstoornissen een vroeg symptoom. Inprentingsdefecten voor visueel materiaal zijn specifiek dan voor verbaal materiaal, zeker als de reproductie