

Over de spraakverwarring rond het begrip dementie en de ziekte van Alzheimer

Citation for published version (APA):

Verhey, F. R. J., & Jolles, J. (1988). Over de spraakverwarring rond het begrip dementie en de ziekte van Alzheimer. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 19, 89-96.

Document status and date:

Published: 01/01/1988

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.

Over de spraakverwarring rond het begrip dementie en de ziekte van Alzheimer

F.R.J. Verhey en J. Jolles*

Samenvatting. Er bestaat onduidelijkheid over de definiëring van het begrip dementie en omtrent de met dementie samenhangende ziektebeelden. Deze onduidelijkheid belemmert niet alleen de voortgang van het wetenschappelijk onderzoek, maar is ook schadelijk voor de gezondheidszorg. De laatste jaren zijn hierin aanzienlijke verbeteringen bereikt, door duidelijke afspraken, gemaakt in consensusconferenties. De toepassing hiervan in de dagelijkse praktijk verloopt evenwel niet optimaal. In dit artikel worden de verschillende betekenissen van het begrip dementie en de ziekte van Alzheimer besproken. Een voorstel wordt vervolgens gedaan om onduidelijkheid in de praktijk zoveel mogelijk te voorkomen.

Summary: *On the confusion about the concept dementia and Alzheimer's disease.* Much confusion exists about the definition of the term dementia and about diagnostic criteria of dementing diseases. This confusion not only forms an impediment in the progress of scientific research, but is also potentially harmful for patient care. Recently, considerable improvements are made by consensus conferences in designing operational diagnostic criteria. However, application of these in daily practice is still not optimal. In this publication, differences in meaning of the concept of dementia and Alzheimer's Disease are discussed. A proposal is made how to overcome misunderstandings in daily practice.

Trefwoorden: dementie, ziekte van Alzheimer, definities, spraakverwarring, consensusconferenties.

Tijdschr Gerontol Geriatr 1988; 19: 89-96.

Inleiding

De laatste decennia wordt in toenemende mate aandacht gevraagd voor de problemen die de zg. dubbele vergrijzing van de maatschappij met zich meebrengt.¹ Met name de problemen rond dementie staan steeds meer in de belangstelling, niet alleen van talrijke gezondheidszorginstellingen, maar ook van de overheid en diverse wetenschappelijke centra. Met deze toegenomen belangstelling wordt ook steeds duidelijker dat aan het begrip dementie niet door iedereen dezelfde inhoud wordt toegekend. Ook met betrekking tot de definiëring van dementie veroorzakende aandoeningen, in het bijzonder de ziekte van Alzheimer, worden uiteenlopende diagnostische criteria gehanteerd. Dit kan een spraakverwarring met zich mee brengen wanneer datgene wat de één bedoelt met 'dementie' door de gespreks-

partner op andere wijze opgevat wordt. Het is te verwachten dat onduidelijk gebruik van de gehanteerde begrippen schadelijke gevolgen heeft voor de zorg voor de individuele patiënt en voor de voortgang van het wetenschappelijk onderzoek.

In deze publikatie wordt nader ingegaan op de verschillende betekenissen, die aan het begrip dementie werden en worden verleend en op de verschillen in diagnostische criteria voor de meest voorkomende oorzaak van dementie, de ziekte van Alzheimer.

Het doel van deze publikatie is de dubbelzinnigheid van de gehanteerde terminologie te expliciteren en zo een bijdrage te leveren aan een bewuster taalgebruik. Vervolgens zal worden ingegaan op recente afspraken, 'in concensus' gemaakt door belangrijke internationale werkgroepen. Een voorstel voor de dagelijkse praktijk wordt gedaan om spraakverwarring te voorkomen.

Verskillende betekenissen

Er bestaat veel onduidelijkheid over wat men verstaat onder dementie. Het is, om met Wells te spreken, een onmogelijk begrip dat met veel succes alle pogingen tot een duidelijker omschrijving heeft kunnen trotseren.² De term werd het eerst gebruikt door Pinel in 1797 om een toestand aan te duiden 'waarin geen oordeel bestaat, zowel voor het goede als voor het kwade; de ideeën zijn als eilanden en komen los van elkaar, zonder verbinding, het vermogen tot associëren is verloren gegaan'.³ Sinds de introductie van de term zijn in de loop van de tijd vele definities gehanteerd onder invloed van de toename van kennis over de verschillende aandoeningen die intellectuele achteruitgang veroorzaken en van wisselende concepten met betrekking tot diagnostische criteria voor dementie.⁴ De belangrijkste betekenissen waarin het woord dementie thans wordt gebruikt staan samengevat in tabel 1.

Zoals uit dit overzicht blijkt, wordt door sommigen het begrip dementie gereserveerd voor een klinisch syndroom, dat gekarakteriseerd kan worden louter door een beschrijving van observeerbare gedragskenmerken. Anderen breiden de betekenis uit in die

* Resp. zenuwarts en neuropsycholoog-neurochemicus, tevens projectleider. Hoofdproject veroudering en Deelproject Neuropsychologie en Psychobiologie, vakgroep Neuropsychologie en psychobiologie i.o. aan de Rijksuniversiteit Limburg.

Tabel 1: Verschillende betekenissen van het begrip dementie (different meanings of the word dementia).

- a. klinisch syndroom zonder uitspraak over etiologie^{5,7}
- b. klinisch syndroom zonder uitspraak over etiologie met progressief beloop en irreversibiliteit⁶
- c. klinisch syndroom met organische etiologie^{2,9-14}
- d. klinisch syndroom met organische etiologie en progressief beloop¹⁵
- e. klinisch syndroom met organische etiologie, progressief beloop en irreversibiliteit
- f. klinisch syndroom met organische etiologie, progressief beloop, irreversibiliteit en typische patholoog-anatomische kenmerken.¹⁶

zin, dat aan deze groep symptomen in ieder geval een organische afwijking ten grondslag moet liggen, al dan niet nader gespecificeerd. Weer anderen voegen daar de eigenschappen van progressiviteit en irreversibiliteit (onbehandelbaarheid) aan toe. Deze laatsten gebruiken het begrip dementie als equivalent voor de dementie van het Alzheimerstype, dus als het klinisch syndroom van langzaam toenemende mentale achteruitgang ten gevolge van een veronderstelde, onbehandelbare primair degeneratieve aandoening van de hersenen. Ten slotte wordt het woord dementie ook wel synoniem gebruikt met de histopathologisch bewezen ziekte van Alzheimer.

De spraakverwarring ontstaat doordat de verschillende betekenissen door elkaar gebruikt worden en doordat in de kliniek zelden expliciet wordt gemaakt in welke betekenis men het woord bedoelt. Recentelijk werd ook door Van Tilburg c.s. gewezen op het verwarrend taalgebruik in dezen.¹⁷ Terwijl voor de één het vaststellen van dementie noopt tot gedegen onderzoek naar de oorzaken, betekent het voor de ander juist dat dit onderzoek reeds uitputtend heeft plaatsgevonden. Sommige onderzoekers hebben voorgesteld het begrip maar beter helemaal af te schaffen en te beginnen met een nieuw woord, waarover van tevoren duidelijke afspraken zijn gemaakt. Een dergelijk voorstel betreft het woord 'para-skepsis' (de Griekse vertaling van het latijnse dementie).^{6,18} Een dergelijk nieuw woord zal waarschijnlijk echter hetzelfde lot ten deel vallen als het woord dementie. Deze term is zo vast geworteld in het taalgebruik dat uitroeiing daarvan onbegonnen werk zou zijn. Meer om historische dan didactische redenen hebben ook thans officiële classificatiesystemen als de DSM III de term overgenomen, zij het onder licht protest.¹⁹

Huidige conventies

Door de meesten wordt thans dementie opgevat als syndromale diagnose zonder uitspraak over specifieke etiologie, beloop of mate van reversibiliteit. Er zijn dan geen externe criteria, aan de hand waarvan

men kan bepalen of er sprake is van dementie. Dementie is zo een construct, dat is gedefinieerd door onderlinge afspraken. De meest laconieke definitie is wel dat dementie betekent dat de patiënt in ieder geval ouder en minder intelligent moet zijn dan zijn dokter.²⁰ Ten aanzien van meer serieuze afspraken is de laatste jaren redelijke consensus bereikt, hoewel op bepaalde punten verschillen bestaan, met name tussen de neurologische en psychiatrische literatuur.

In de neurologische literatuur wordt dementie gedefinieerd als: 'een globale achteruitgang van de cognitieve functies bij helder bewustzijn'.¹² De laatste jaren is dit verder door o.a. Cummings geoperationaliseerd als: 'een verworven achteruitgang van intellectuele functies met zekere duur op ten minste drie van de volgende gebieden: taal, geheugen, visuospatiële vaardigheden, emoties, persoonlijkheid en cognities (abstractie, rekenen, oordeel etc.)'.¹⁴ Ook deze definitie heeft nog onduidelijkheden in zich. Het onderscheid met niet pathologische leeftijdsafhankelijke cognitieve achteruitgang is niet duidelijk en evenmin wat verstaan moet worden onder 'achteruitgang op het gebied van emoties en persoonlijkheid'. Ook het begrip cognitie is weinig eenduidig. Het gebruik van de term cognitie of cognitieve functie moet worden gezien in het licht van momenteel invloedrijke theorieën die de mens beschouwen als een adaptief informatieverwerkend systeem. De term cognitie staat dan voor het geheel aan adaptieve informatieverwerkingsprocessen waartoe de mens in staat is, dus taal, denken, geheugen, waarnemen, aspecten van de emotie, (psycho)motoriek e.d. Het is in deze zin dat de oorspronkelijke term 'mentale functies' en de nu gebruikte term 'cognitieve functies' naar hetzelfde verwijzen. Door sommigen echter worden met de cognitieve functies de zg. 'hogere functies' bedoeld. Deze worden in de neuropsychologische en neurologische literatuur doorgaans synoniem beschouwd aan de 'corticale' functies. In deze ingeëngde definitie staan de cognitieve functies *naast* o.a. emotionele functies, motoriek en enkelvoudige sensorische functies. Het geheel hiervan zou, onder de algemene noemer 'psychologische functies' ondergebracht, onderscheiden moeten worden van psychologische verwerkingsprocessen.²¹

In de psychiatrie gaat men thans in het algemeen uit van de criteria, zoals die in de DSM III, of in de onlangs gereviseerde versie DSM-III-R, geformuleerd worden.⁹ Deze komen grotendeels overeen met de neurologische criteria. Er zijn echter ook enkele interessante verschillen. De DSM-III-R criteria bestaan uit vijf hoofdcriteria, waarbij aan alle vijf voldaan moet worden (zie tabel 2).

Tabel 2: DSM-III-R criteria Dementie*

- A. Duidelijk aantoonbare stoornissen van het korte en lange termijn geheugen. Stoornissen van het korte termijn geheugen (onvermogen tot het aanleren van nieuwe informatie) kunnen blijken uit het onvermogen drie voorwerpen na vijf minuten te herinneren. Stoornissen van het lange termijn geheugen (onvermogen om informatie te herinneren, die in het verleden gekend was) kunnen blijken uit het niet herinneren van persoonlijke informatie uit het verleden (b.v. wat gebeurde er gisteren; geboorteplaats; beroep) of algemene kennis-feiten (b.v. minister-presidenten uit het verleden, bekende historische feiten).
- B. Minstens één van de volgende criteria:
1. Stoornissen van het abstract denken, zoals blijkt uit het onvermogen overeenkomsten en verschillen te herkennen tussen verwante woorden, moeilijkheden om de betekenis van woorden en begrippen te omschrijven en andere soortgelijke tests.
 2. Oordeel- en kritieksstoornissen, zoals blijkt uit het onvermogen tot het maken van rationele plannen bij het omgaan met problemen of gebeurtenissen en interpersoonlijke contacten, in het gezin of op het werk.
 3. Andere stoornissen van hogere corticale functies, zoals afasie (taalstoornis), apraxie (onvermogen om motorische activiteiten uit te voeren bij intacte begrips- en motorische functies), agnosie (onvermogen objecten te herkennen of te identificeren ondanks intacte sensorische functies) en 'constructieve' moeilijkheden (b.v. onvermogen driedimensionele figuren te kopiëren, blokken te rangschikken of stokjes in een bepaald patroon te leggen).
 4. Persoonlijkheidsverandering, d.w.z. verandering of scherper worden van premorbide karaktertrekken.
- C. De stoornissen in A en B leiden duidelijk tot een verstoring van werk of normale sociale activiteiten of relaties met anderen.
- D. De verschijnselen doen zich niet uitsluitend voor tijdens een delirante toestand.
- E. Of (1), of (2)
1. Het lichamelijk onderzoek, de anamnese of het laboratoriumonderzoek wijzen op een specifieke organische factor, welke geacht wordt een oorzakelijk verband te hebben met de stoornis.
 2. Wanneer zulke aanwijzingen ontbreken kan een oorzakelijke organische factor worden aangenomen als de stoornis niet toegeschreven kan worden aan een niet-organische factor, b.v. depressie met cognitieve stoornissen.

* vertaling door auteurs

De DSM-III-R criteria zijn, ten opzichte van de DSM III criteria, concreter omschreven maar niet principieel verschillend. In het hiervolgende zullen de criteria kort worden besproken.

Criterion A vereist duidelijk aangetoonde korte- en lange termijn geheugenstoornissen. In tegenstelling tot de DSM III wordt in de gereviseerde versie aangegeven hoe men hiertoe kan besluiten: door een driewoordentest, na 5 minuten te herhalen, en door het vragen naar persoonlijke en algemene feiten uit het verleden. Nu is een driewoordentest nogal grof en met name bij lichte vormen van dementie onvoldoende om stoornissen te detecteren.²² Het item gaat voorts voorbij aan de diverse aspecten, die aan

geheugenprocessen te onderscheiden zijn, zoals opslag (consolidatie), herinnering (retrieval) en herkenning (recognition) en aan het tempo waarmee deze processen zich voltrekken.²³ Het differentiëren tussen deze processen is van belang bij het onderscheid tussen corticale en subcorticale dementie. Bij deze laatste vorm van dementie worden niet zozeer geheugenopslagstoornissen gevonden maar stoornissen van het opdiepen van eerder opgeslagen materiaal en van het tempo waarmee deze processen zich voltrekken.²⁴ Niettemin is duidelijk dat het uiten van geheugenklachten onvoldoende is, maar dat met testonderzoek daadwerkelijk een geheugenstoornis aangetoond moet zijn. Bovendien is, in tegenstelling tot in de neurologische definities, hier een stoornis van het geheugen een noodzakelijke voorwaarde.

Criterion B is onderverdeeld in 4 aparte subcriteria; aan minstens één daarvan moet zijn voldaan. Waar de neurologische definitie op minstens drie cognitieve functiegebieden stoornissen vereist, is in de DSM-III-R dus twee voldoende. Uit de keuzeopzet met subcriteria blijkt dat de symptomatologie volgens deze definitie sterk kan variëren. Er wordt dus niet een duidelijk omschreven klinisch syndroom mee aangegeven. Dit criterium geeft richtlijnen waarmee het begrip dementie binnen redelijke grenzen kan worden aangegeven.¹⁹ Het omvat zowel typisch corticale verschijnselen (B-3: afasie, apraxie en agnosie) als verschijnselen die bij subcorticale dementie worden waargenomen (B-4: persoonlijkheidsveranderingen, zoals apathie en initiatiefarmoede). Een probleem bij de beoordeling is dat het niet duidelijk is hoe subtiel de symptomen moeten worden beoordeeld. Het gaat hier om verschijnselen met overwegend dimensioneel karakter.²⁵ Met de term afasie bijvoorbeeld kan een scala van symptomen worden aangeduid, van sporadische parafasieën tot volledig mutisme.

Criterion C legt er de nadruk op, dat de stoornissen onder A en B ook duidelijke *gevolgen* moeten hebben voor de patiënt: per definitie is de demente patiënt in zijn normale sociale, beroeps- of gezinsleven gehinderd. Een dergelijke nadruk op de consequenties van cognitieve uitval wordt niet gelegd in de neurologische definitie. Volgens de DSM-III-R hangt de beslissing 'al dan niet dement' dus mede af van de omgeving van de patiënt. Het belang van een heteroanamnese of een observatie van gedrag wordt hierdoor terecht onderstreept. Verder houdt dit criterium in dat er sprake moet zijn van een zekere ernst. Strikt genomen betekent dit, dat dementie niet een noodzakelijk aspect is van de ziekte van Alzheimer of de ziekte van Pick. In de allervroegste stadia van deze aandoeningen kunnen immers wel di-

verse klachten en symptomen optreden (waarvan de aard overigens nog grotendeels onbekend is), zonder dat men al kan spreken van dementie.

Criterium D is in de DSM-III-R concreter omschreven dan in de DSM-III ('niet omneveld bewustzijn') en omzeilt daarmee discussies over de verschillende betekenissen van het begrip bewustzijn. Bovendien wordt nu met de mogelijkheid rekening gehouden, dat delirante toestanden zich in het kader van een dementieel syndroom kunnen voordoen.

Het laatste criterium (*E*) is van een andere categorie dan de vier eerste: De eerste vier criteria hebben betrekking op de klinische toestand van de patiënt; het vijfde brengt deze toestand in een 'organisch kader'. Per definitie is dementie hier iets 'organisch', al dan niet nader gespecificeerd. Hiertoe kan men op twee manieren besluiten. Op grond van het lichamelijk/neurologisch onderzoek, op grond van de anamnese of bij het laboratoriumonderzoek kan men iets vinden (b.v. een afwijkende schildklierwaarde), dat men in causaal verband kan brengen met de eerste vier criteria. Wanneer een dergelijke handelwijze echter geen duidelijke causale factoren oplevert, kan men – volgens DSM-III-R – een organische factor *aannemen* als voldaan is aan de eerste vier criteria en als de stoornissen niet toegeschreven kunnen worden aan een niet-organisch (functioneel) syndroom zoals depressie. Het gevaar ontstaat hierdoor dat depressie en dementie opgevat worden als wederzijds exclusieve syndromen. Op de zich hierbij voordoende problemen zal verderop worden ingegaan. Het gaat hier om de vraag, in hoeverre men mag aannemen dat de onder A-D genoemde symptomen berusten op organische hersendysfuncties. Hierover zal in ernstige gevallen nauwelijks discussie zijn, maar problemen kunnen rijzen in lichtere gevallen van cognitieve achteruitgang.

Bovendien blijkt uit dit criterium dat dementie hier niet in strikt syndromale zin is gehanteerd. Er wordt in ieder geval een al dan niet nader omschreven organische oorzaak als voorwaarde gesteld. Er is op gewezen, dat dit laatste de clinicus voor logische problemen kan stellen.²⁶ Het zou de voorkeur verdienen dat dementie in de strikt syndromale betekenis (dus alleen criteria A-D) wordt gebruikt en dat het vaststellen van een dergelijk dementieel syndroom moet nopen tot verder onderzoek naar de oorzaken, *zowel* organisch *als* functioneel. In enkele andere definities is het organiciteitscriterium niet opgenomen. Zo stelde de gezaghebbende NINCDS-ARDRA consensuswerkgroep voor de ziekte van Alzheimer in de Verenigde Staten duidelijk dat de diagnose dementie louter gesteld wordt op grond van gedragskenmerken, onafhankelijk van welke laboratoriumtest of aanvullend onderzoek dan ook.⁵

Ten slotte worden nog twee aspecten niet in de DSM-III-R criteria vermeld, die wel in andere definities genoemd worden. Het eerste is dat sprake moet zijn van een *achteruitgang* van de cognitieve functies t.o.v. een premorbide niveau. Wanneer geen achteruitgang aangetoond kan worden is geen sprake van dementie, maar van b.v. geboortetrauma of aangeboren hersenletsel. Het tweede aspect, dat in de DSM-III-R-criteria niet, maar in andere definities wel is opgenomen, is de eis, dat sprake moet zijn van een *zekere tijdsduur*. Korte periodes van cognitieve achteruitgang, b.v. na een narcose, zouden volgens de DSM-III-R als dementie gekarakteriseerd kunnen worden, maar niet volgens andere definities.¹⁴

Dementie en pseudodementie

Het bestaan van verschillende definities naast elkaar scheidt een ongewenste spraakverwarring. Deze verwarring kan wellicht het best geïllustreerd worden aan de hand van het even onduidelijke begrip pseudodementie. Het prefix 'pseudo' duidt erop dat er sprake is van een bepaalde gelijkenis met dementie, die schijn is. De term werd in 1961 door Kiloh geïntroduceerd als begrip met vooral educatieve waarde, als waarschuwing dat niet alle geestelijke problemen op bejaarde leeftijd toegeschreven kunnen worden aan organische hersenaftakeling.²⁷ Tegenwoordig wordt aan het begrip verschillende betekenissen gegeven, afhankelijk van welke definitie van dementie men hanteert. Voor hen die een zuiver syndromaal standpunt innemen heeft de term geen zin ofwel wordt er het – al dan niet bewust – nabootsen van dementie mee bedoeld.^{16,7,28} Voor hen die dementie per definitie verbinden met organiciteit duidt de term pseudodementie op cognitieve stoornissen bij functionele psychiatrische stoornissen, m.n. depressie.²⁹⁻³² Ten slotte wordt de term ook wel gebruikt voor alle reversibele dementieën.³³

Een ongewenst effect van het woord pseudodementie is dat het teveel uitnodigt tot denken in dichotomieën. Behandelbaar *óf* onbehandelbaar, functioneel *óf* lichamenlijk. Een te strikt onderscheid werkt in dezen niet erg vruchtbaar. Behandeling van zg. reversibele dementie (b.v. normopressure hydrocephalus) leidt niet altijd tot verbetering van cognitieve functies. Omgekeerd is bij de ziekte van Alzheimer weliswaar geen genezing mogelijk, maar is doorgaans wel degelijk behandeling (somatisch, psychisch en/of sociaal) aangewezen. Wanneer men voorts organische en functionele aandoeningen als wederzijds exclusief beschouwt, gaat men voorbij aan de complexe relatie die tussen beide categorieën bestaat. De meest relevante relaties staan samengevat in tabel 3 (naar Roberts³⁵).

Tabel 3: Mogelijke relaties tussen depressie en dementie (Possible relationships between depression and dementia).

-
- a. depressie met demente symptomatologie ('pseudodementie')^{27 29-32}
 - b. organische hersenlaesie met depressieve symptomatologie ('pseudodepressie')³⁵
 - c. depressie als voorloper van dementie³⁶
 - d. depressie als reactie op dementie
 - e. depressie gemaskeerd door hersenbeschadiging
 - f. depressie en dementie (geen verband)³⁷
-

Ook hier is een te strikt onderscheid ongewenst, zeker als men daarbij uitgaat van het idee, dat organische aandoeningen organisch behandeld moeten worden en voor functionele stoornissen psychologische methodes moeten worden aangewend.

Diagnostische criteria bij de ziekte van Alzheimer

De lijst van oorzaken van dementie is lang.³⁸ De volgende beschrijving zal worden beperkt tot de verschillende diagnostische criteria bij de ziekte van Alzheimer, die de meest voorkomende oorzaak van dementie is (40-60%).^{2 10-14} De benaming 'ziekte van Alzheimer' werd en wordt op verschillende manieren gehanteerd. Sommige onderzoekers geven er de voorkeur aan de aanduiding 'ziekte van Alzheimer' te beperken tot die primaire vormen van dementie, die ontstaan vóór de leeftijdsgrens van 65 jaar. Daarna spreken zij van seniele dementie.^{8 39} Anderen reserveren de naam voor die gevallen van dementie, waarbij sprake is van de trias afasie-apraxie-agnosie en gebruiken de term 'dementia simplex' voor die gevallen waar deze trias niet bij aanwezig is.^{16 40} Weer anderen stellen, dat men alleen op grond van P.A.-gegevens kan besluiten tot de ziekte van Alzheimer, en spreken bij onbekendheid daarvan alleen van '(seniele) dementie van het Alzheimerstype' (DAT of SDAT).²⁸ De naam Alzheimer wordt dus naast elkaar gebruikt om het tijdstip van ontstaan aan te duiden, om een specifiek klinisch beeld te omschrijven of als pathologisch anatomisch begrip. Dit gebrek aan eenduidige diagnostische criteria heeft lange tijd geleid tot grote onbetrouwbaarheid bij het stellen van de klinische diagnose 'ziekte van Alzheimer'. Uit literatuurstudies die deze diagnose aan de hand van het beloop in de tijd evalueerden blijkt dat in gemiddeld 30% (5-50%) van de gevallen de diagnose ten onrechte werd gesteld⁴¹. De volgende factoren spelen daarbij vaak een rol: hersenatrofie op de CT-scan of bij pneumencefalografie gelijk stellen aan dementie ('dementia sine dementia'), het niet onderkennen van depressie en geen onderscheid maken tussen focale en globale cognitieve achteruitgang.⁴¹⁻⁴³ Een andere bron van misdiagnoses lijkt te

genwoordig samen te hangen met onoordeelkundig gebruik van eenvoudige bedside screenings tests zoals de momenteel veel gebruikte Mini-Mental-State Examination, als middel om 'dementie op te sporen'.⁴⁴ Net zoals voor het begrip dementie geldt ook bij de ziekte van Alzheimer dat de behoefte aan afspraken omtrent diagnostische criteria steeds groter werd. De laatste jaren zijn hierin aanzienlijke vooruitgang gemaakt door consensuswerkgroepen waarvoor tal van experts op het gebied zijn uitgenodigd. De eerder genoemde diagnostische criteria volgens de DSM-III-R kwamen zo tot stand.⁹ Daarnaast verschenen recentelijk belangrijke publikaties van de NINCDS-ARDRA workgroup on Alzheimer's Disease⁵ en van National Institute of Health Consensus Development.¹³ Het is een verheugende ontwikkeling dat ook in eigen land initiatieven tot een dergelijke consensusvergadering genomen zijn.

In de DSM-III-R wordt gesproken van primair degeneratieve dementie van het Alzheimer type. Criteria hiervoor zijn 1. dementie, 2. een sluipend begin en geleidelijk progressief beloop en 3. afwezigheid van alle andere specifieke oorzaken van dementie bij anamnese, lichamelijk onderzoek en laboratoriumtests. Het betreft hier een as I diagnose (toestandsbeeld). De onderliggende ziekte (ziekte van Alzheimer) wordt apart op as III vermeld (een as voor relevante somatische problemen). De NINCDS-ARDRA criteria van de consensuswerkgroep onder leiding van McKhann komen grotendeels met de DSM criteria overeen, maar zijn beter geoperationaliseerd. Dit voorstel omvat criteria volgens welke men spreekt van mogelijke (possible), waarschijnlijk (probable) en zekere (definite) ziekte van Alzheimer.

De term *mogelijke* ziekte van Alzheimer verwijst naar die gevallen van dementie, waarbij men geen specifieke lichamelijke of neurologische afwijkingen kan vaststellen, maar waarbij het beloop niet typisch is, of waarbij men wel bij lichamelijk en/of neurologisch onderzoek afwijkingen vindt, waarvan onzeker is of deze ook *dé* oorzaak van de dementie vormen. Men spreekt van *waarschijnlijke* ziekte van Alzheimer bij afwezigheid van een systemische of neurologische ziekte, en wanneer de dementie een geleidelijk begin en beloop heeft. Dit komt overeen met de klinische diagnose ziekte van Alzheimer. De diagnose *waarschijnlijke* ziekte van Alzheimer kan worden ondersteund door aanwezigheid van de trias afasie-agnosie-apraxie, tekorten in de ADL-functies, een voor de ziekte van Alzheimer belaste familieanamnese, door niet specifieke veranderingen in het EEG (vertraging van het alfa-ritme) en door progressieve atrofie op opeenvolgende CT-scans. De term *zekere* ziekte van Alzheimer wordt gebruikt

voor die gevallen waarin klinisch sprake is van *waarschijnlijke* ziekte van Alzheimer en waarin men over de kenmerkende histopathologische gegevens beschikt, hetzij door biopsie, hetzij door obductie.

Deze NINCDS-ARDRA criteria zijn, net als alle andere consensuscriteria, tentatief bedoeld: verdere wijzigingen en aanvullingen zijn in de toekomst te verwachten bij het toenemen van kennis over de ziekte. Het voordeel van dit voorstel is dat men expliciet uitgaat van de pathologisch-anatomische diagnose (PA-diagnose), en met de aanduidingen 'mogelijk' en 'waarschijnlijk' de graad van zekerheid beschrijft, waarmee het klinisch beeld wijst op het voorkomen van de specifieke hersenafwijkingen. Een tweede aanwinst is, dat de werkgroep niet alleen de criteria formuleerde, maar ook duidelijke richtlijnen gaf voor de operationalisatie daarvan. Zo doet zij aanbevelingen over het gebruik van kwantitatieve beoordelingsschalen en neuropsychologische onderzoeksmethodes en wordt verder aangegeven welke specifieke aandoeningen met welke onderzoeksmethodes redelijkerwijze uitgesloten kunnen worden. Het voert te ver om hierop in detail in te gaan.

Het maken van duidelijke afspraken over de diagnostiek bij de ziekte van Alzheimer is een belangrijke stap in het wetenschappelijk onderzoek. Uit recente studies blijkt, dat het hiermee mogelijk is op grond van het klinisch beeld in 85% van de gevallen het voorkomen van de typische Alzheimerveranderingen in de hersenen te voorspellen.⁴⁵

Het nadeel dat ook aan deze recentere criteria kleef is het feit dat de ziekte van Alzheimer durante vita nog steeds grotendeels een diagnose per exclusionem is. Alleen het typische sluipende en progressieve beloop en de aanwezigheid van dementie zijn bruikbare positieve criteria. Dit is inherent aan de huidige stand van kennis. Er zijn op dit moment geen andere positieve criteria voorhanden. Er zijn geen klinische symptomen die pathognomonisch zijn voor de ziekte, noch bestaat enig aanvullend onderzoek, hoe geavanceerd ook, dat met zekerheid wijst op de ziekte. Ten slotte is er nog de vraag in hoeverre de ziekte van Alzheimer überhaupt ook een echte ziekte-*eenheid* is. Tot dusver is het niet mogelijk geweest om een specifieke oorzaak te achterhalen. Er zijn aanwijzingen dat de typische PA-veranderingen door meer factoren veroorzaakt kunnen worden. Zo is gebleken dat deze veranderingen in verhoogde frequenties aangetroffen worden bij bijvoorbeeld zeer hoog bejaarden zonder dementie, bij het syndroom van Down, bij bokserdementie (*dementia pugilistica*) en bij dementie bij de ziekte van Parkinson. Het is dus zeer wel mogelijk dat de ziekte van Alzheimer in feite een verzameling aandoeningen is, met het uiteindelijke PA-beeld als een soort 'final common

pathway'.⁴⁶ Ook op klinische gronden zijn binnen de groep Alzheimerdementieën subtypes te onderscheiden, hetgeen steun geeft aan deze hypothese.⁴⁷⁴⁸

Slotopmerkingen en aanbevelingen

In deze publikatie zijn de verschillende definities aan de orde gekomen van het begrip dementie en de ziekte van Alzheimer, alsmede de begripsverwarring die hiermee samenhangt. Door het werk van belangrijke consensuswerkgroepen is in het wetenschappelijk onderzoek in korte tijd een duidelijke vooruitgang geboekt. Toepassing van deze consensusafspraken over definities en criteria vindt in de dagelijkse praktijk van de gezondheidszorg echter nog onvoldoende plaats. Zolang hier een eenduidig gebruik van de begrippen geen gemeengoed is, kan men de kans op misverstanden reduceren door expliciet alle aspecten van de diagnose te vermelden. In de Maastrichtse Geheugenkliniek⁴⁹ worden de diagnostische uitspraken vorm gegeven volgens de richtlijnen, die staan vermeld in tabel 4.

Tabel 4: Richtlijnen over het gebruik van het begrip dementie, zoals gehanteerd in de Maastrichtse Geheugenkliniek (Guidelines for the use of the term dementia as used in the Maastricht Memory Clinic).

1. Het begrip dementie wordt als zodanig niet meer gebruikt, maar men spreekt alleen nog van dementieel syndroom. Hiermee wordt expliciet dat het begrip in *syndromale zin* wordt gehanteerd.
2. Voor definiëring van het begrip dementieel syndroom wordt gebruik gemaakt van de DSM-III-R criteria, omdat deze het meest omschreven zijn. Deze criteria worden aangevuld met het *tijdsduurcriterium* (minstens 3 maanden) en het criterium dat sprake moet zijn van een *achteruitgang* t.o.v. het premorbide niveau.
3. Expliciet wordt een uitspraak gedaan over de *oorzaak* van het dementieel syndroom. Voor de ziekte van Alzheimer gelden de NINCDS-ARDRA criteria.
4. Apart wordt het *beloop* vermeld. Bij de ziekte van Alzheimer is sprake van een geleidelijk beginnend en langzaam progressief dementieel syndroom.
5. Apart worden ook de *belangrijkste cognitieve en gedragsafwijkingen* genoemd die bij de individuele patiënt op de voorgrond staan.
6. Expliciet wordt ook de *ernst* van het dementieel syndroom aangegeven. Hiervoor zijn verschillende indelingen mogelijk. In de gereviseerde versie van de DSM III worden hiervoor criteria gegeven.

(Fictieve) voorbeelden van diagnostische uitspraken volgens deze richtlijnen zijn de volgende:

— 72-jarige vrouw met een geleidelijk beginnend en progressief ernstig dementieel syndroom met achteruitgang van alle onderzochte cognitieve functies,

waarschijnlijk veroorzaakt door de ziekte van Alzheimer.

– 42-jarige man met een acuut ontstaan, niet-progressief licht dementieel syndroom met geheugenstoornissen en persoonlijkheidsveranderingen, veroorzaakt door ernstig hersentrauma 2 jaar geleden.

– 81-jarige man met geleidelijk ontstaan, progressief matig-ernstig dementieel syndroom met geheugen-, oordeels- en kritiekstoornis alsmede persoonlijkheidsverandering. Oorzakelijke factoren zijn hierbij chronisch alcoholgebruik en mogelijk de ziekte van Alzheimer.

– 65-jarige man met acuut ontstaan, niet progressief ernstig dementieel syndroom met achteruitgang van alle onderzochte cognitieve functies, waarschijnlijk door overmatig gebruik van psychofarmaca.

De ervaringen, die tot nu toe zijn opgedaan met deze richtlijnen geven steun aan de verwachting dat dergelijke afspraken over de vormgeving van de diagnostische uitspraak meer duidelijkheid kunnen scheppen in de spraakverwarring die momenteel heerst met betrekking tot het begrip dementie en de ziekte van Alzheimer.

Literatuur

1. Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. *Ouder worden in de toekomst 1984-2000*. Utrecht: Jan van Arkel, 1985.
2. Wells CE. Dementia: definition and description. In: Wells, Dementia 2e ed. *Contemporary Neurology series*. Philadelphia: F.A. Davis, 1977.
3. Torack RM. *The Pathologic Physiology of Dementia*. New York: Springer Verlag, 1978: chap 1.
4. Cohen GD. Historical views and evolution of concepts. In: Reisberg B, ed. *Alzheimer's Disease*. New York: the Free Press, 1983: 23-8.
5. Mckhann G, Drachman D, Folstein M et al. Clinical Diagnosis of Alzheimer's disease. Report of NINCDS-AR-DRA workgroup on Alzheimer's Disease. *Neurology* 1984; 34: 939-44.
6. Small GW, Jarvik LF. The dementia syndrome. *Lancet* 1982; 284: 1443-5.
7. Horsman LTh, Tilburg W van. Pseudodementie, een achterhaald begrip. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 1984; 26: 458-71.
8. Kuiper PC. *Hoofdsom der Psychiatrie*. Utrecht: Erven J. Bijleveld, 1973.
9. Spitzer RL. (ed). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (DSM III)*. Washington: American Psychiatric Association, 1980. Gereviseerde versie: 1987.
10. Marsden CD. Assessment of Dementia. In: Vinken en Bruyn, red. *Handbook of Clinical Neurology*. Amsterdam: Elseviers Science Publisher BV 1985; 2 (46): Chap. 12.
11. Crevel J van. Clinical Approach to Dementia. In: *Progress in Brain Research*. Amsterdam: Elseviers Science Publishers BV, 1986; 70: 3-13.
12. Frederiks JAM. The Neurology of aging and dementia. In: Vinken en Bruyn red. *Handbook of Clinical Neurology*. Amsterdam: Elsevier Science Publishers B.V. 1985; 2 (46): chap 11.
13. Consensus Conference on Dementia. Differential diagnosis of Dementing Diseases. *JAMA* 1987; 23: 3411-6.
14. Cummings JL, Benson DF. *Dementia, a clinical approach*. London: Butterworths, 1983.
15. Godderis J. *Gerontopsychiatrie*. Leuven: Acco, 1985.
16. Stam FC. *Dementie*. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1985: chap 1.
17. Tilburg T van, Jonker C, Eikelenboom P. Classificatie in de Psychogeriatric. *SOOM-Werkdocument nr 13*. Nijmegen: Nederlands Instituut voor Gerontologie, 1987.
18. Small GW, Jarvik LF. DSM-III diagnosis of Dementia. *Am J Psychiatr* 1983; 140: 948.
19. Lipowski ZJ. Organic Mental Disorders. In: Kaplan HI, Freedman A, Sadock BJ ed. *Comprehensive textbook of Psychiatry*. Baltimore/London: Williams and Wilkens, 1980; 3e ed: chap 20.
20. Anonymus. Last scene of all (editorial). *Brit Med J* 1981; 283: 1559.
21. Jolles J. Cognitive, emotional and behavioral dysfunctions in aging and dementia. In: *Progress in Brain Research*. Amsterdam: Elseviers Science Publishers, 1986; 70: chap 2.
22. Anonymus. *Memory Testing: No thermometers available*. *Lancet*; ii: 604-6.
23. Jolles J. Leren en geheugen. In: Stam FC, red. *Dementie*. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1985: chap 2.
24. Cummings JL. Subcortical Dementia. *Brit J Psychiatr* 1986; 149: 682-6-97.
25. Jorm AF, Henderson AS. Possible improvements to the diagnostic criteria of dementia in DSM III. *Brit J Psychiatr* 1985; 147: 394-9.
26. Mahendra B. Pseudodementia: abandon the term? *Am J Psychiatr* 1984; 141: 471-2.
27. Kiloh LG. Pseudodementia. *Acta Psychiatr Scand*. 1961; 37: 336-51.
28. Lishman WA. *Organic Psychiatry*. Sec. ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1986.
29. Wells CE. Pseudodementia. *Am J Psychiatr* 1979; 136: 895-900.
30. McAllister ThW. Overview: Pseudodementia. *Am J Psychiatr* 1983; 140: 528-33.
31. McAllister ThW. Severe depressive pseudodementia with and without dementia. *Am J Psych*. 1982; 139: 626-629.
32. Post F. Dementia, depression and pseudodepression. In: Benson and Blumer ed. *Psychiatric aspects of neurologic diseases*. London: Grune and Stratton, 1975; 99-120.
33. Bulbena A, Berrios GE. Pseudodementia: Facts and Figures. *Brit J Psychiatr* 1986; 148: 87-94.
34. O'Connor M. Disturbed behaviour in dementia: psychiatric or medical problem? *Med J Austral* 1987; 14: 481-5.
35. Roberts JKA. Pseudo-dementia. In: Roberts JKA, *Differential Diagnosis in neuropsychiatry*. Chischester: John Wiley and Sons, 1984: 192-204.
36. Reding M, et al. Depression in Patients referred to a dementia clinic. *Arch Neurol* 1985; 42: 894-6.
37. Reifler BV, Larson E, Hanley R. Coexistence of cognitive impairment and depression in geriatric outpatients. *Am J Psychiatr* 1982; 139(5): 623-16.
38. Haase GR. Diseases presenting as Dementia. In: ed. Wells Dementia Ed. 2, *Contemporary neurological series*, Philadelphia: FA Davis 1977, chap 2.
39. Katzman R, Terry RD. *The neurology of aging*. Philadelphia: F.A. Davis company, 1983.
40. Constantinidis J, Richard J. Alzheimer's Disease. In: Vinken en Bruyn red. *Handbook of Clinical Neurology*. Amsterdam: Elseviers Science Publishers BV 1985; vol 2 (46): Chap 14.
41. Gurland B, Toner J. Differentiating Dementia from

- nondementing conditions. In: Mayeux and Rosen Ed. *The Dementia*. New York: Raven Press 1983.
42. Garcia CA, Reding MJ, Blass JP. Overdiagnosis of dementia. *J Am Geriatr Soc* 1981; 29 (9): 407-10.
 43. Liston EH. The Clinical Phenomenology of Presenile Dementia. A critical review of the literature. *J Nerv Ment Dis* 1979; 167: 329-40.
 44. Nelson A, Fogel BS, Faust D. Bedside Cognitive Screening Instruments. A critical assessment. *J Nerv Ment Dis* 1986; 174 (2): 73-83.
 45. Wade JPH, et al. The clinical diagnosis of Alzheimer's disease. *Arch Neurology* 1987; 44: 24-9.
 46. Gottfried CG. Nosological Aspects of Differential Typology of Dementia of Alzheimer Type. In: *Dimensions in Aging*. London: Academic Press, 1986.
 47. Chang Chui, H, et al. Clinical subtypes of dementia of the Alzheimer type. *Neurology* 1985; 35: 1544-50.
 48. Mayeux T et al. Heterogeneity in dementia of the Alzheimer type, evidence of subgroups. *Neurology* 1985; 35: 453-61.
 49. Verhey FRJ, Reyersen van Buuren EJ, Jolles J. De Geheugenkliniek: Multidisciplinaire benadering bij stoornissen van het geheugen en andere cognitieve functies. In: 'Ouder worden nu'. Amsterdam: Gerontologisch Instituut Amsterdam, 1987; 82-8.

Correspondentie: drs. F.R.J. Verhey, vakgroep Neuropsychologie en psychobiologie, Rijksuniversiteit Limburg, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

Ontvangen: maart 1988; geaccepteerd: april 1988.

Bockbesprekingen

Edward T. Zawada Jr. and Domenic A. Sica, *Geriatric Nephrology and Urology*. Littleton: PSG Publishing Company, 1985. 558 p., £ 49.50.

De beide redacteuren van dit handboek hebben ernaar gestreefd een zo volledig mogelijk overzicht te geven van de nefrologische en urologische problemen bij de oudere mens, zodat het boek als naslagwerk zou kunnen dienen. Daartoe hebben zij de hulp ingeroepen van ruim 30 Amerikaanse auteurs. In het algemeen zijn ze in hun opzet redelijk geslaagd. Het boek geeft een goed overzicht van het hele terrein. Zoals te verwachten, hebben zij echter hierbij één belangrijk probleem niet kunnen omzeilen: veel nefrologische en urologische afwijkingen zijn in hun presentatie en beloop niet specifiek voor de oudere leeftijdsklasse. Dat heeft tot gevolg dat men nogal wat informatie vindt die ook in een algemeen nefrologisch handboek is aan te treffen. Dat geldt het sterkst voor de hoofdstukken over glomerulonefritis, pyelonefritis, chronische nierinsufficiëntie, stoornissen in het zuur-base-evenwicht, renovasculaire hypertensie en nierstenen. De twee hoofdstukken

over botziekten en operatie-risico's bij ouderen horen zelfs eigenlijk in een boek over nefrologie niet thuis. Het hoofdstuk over farmacokinetiek is erg basaal en gaat te weinig in op de praktische problemen die het gebruik van geneesmiddelen bij oudere mensen met gestoorde nierfunctie met zich meebrengt. Daarnaast bevat het boek in andere gedeelten veel praktisch belangrijke informatie over veranderingen in de nierfunctie op oudere leeftijd. Genoemd moeten hier worden een fraaie uiteenzetting over de interpretatie van de serumcreatininewaarden bij oude mensen in het eerste hoofdstuk, een bespreking van het verminderd dorstgevoel (hypodipsie) bij ouderen in het hoofdstuk over stoornissen in de water- en natriumhuishouding, een volledig overzicht over de urineweginfectie en een klein, maar erg informatief hoofdstukje over de calcium- en fosfaatstofwisseling. Bij de overigens redelijke bespreking van de acute nierinsufficiëntie introduceren de auteurs jammer genoeg een nieuwe terminologie (vasomotor nephropathy) die slechts tot verwarring kan leiden. In het hoofdstuk hypertensie ontbreekt helaas een bespreking van de nieuwe 'angiotensin-converting enzyme'-remmers. Bij de bespreking van dialyse en transplantatie wordt er terecht op gewezen dat vaste leeftijds grenzen voor behandeling niet langer gelden, gezien de vooruitgang die geboekt is. Aan de urologische aandoeningen wordt terecht ruime aandacht besteed.

Indien de auteurs zich beperkt zouden hebben tot de specifiek-geriatrische problematiek, zou het boek half zo volumineus kunnen zijn. Desondanks is het als naslagwerk op dit terrein goed bruikbaar.

R.A.P. Koene

W. Hoogers en M. Stokvis, *Geheugentraining voor ouderen: gehouden in het voorjaar van 1987 in het St. Elisabethshuis te Etten-Leur*. (Verslag). Etten-Leur, juli 1987, 34 p., f 10.

Het verdient waardering dat bejaardenwerkers verslagen maken van hun ervaringen met een poging tot geheugentraining bij hoogbejaarde bewoners van een verzorgingshuis. Stokvis benadrukt in de inleiding dat het slechts om een handreiking gaat voor degenen die een soortgelijke training willen opzetten. Tevens beschouwen ze het als een uitgangspunt voor eigen verder onderzoek.

Wie vooral praktisch ingesteld is en steun zoekt voor zijn eigen vormingsactiviteiten kan aan dit verslag iets hebben. Wie een theoretische verantwoording zoekt voor de praktijk van de 'geheugentraining' of een model voor een wetenschappelijk verantwoorde trainingsstudie zal uit dit verslag niets leren. Het komt ons voor dat de term geheugentraining momenteel een vlag is die (te) veel ladingen dekt. De hooggewaardeerde bijeenkomst n.7 bijvoorbeeld, is niet meer – maar ook niet minder – dan een geleide collectieve herinneringssessie. Belangrijk, maar geen geheugentraining.

A. Marcoen