

Steeds meer mensen bereiken een hoge leeftijd. Het aantal ouderen dat te maken krijgt met gerontopsychiatrische aandoeningen neemt evenredig toe. De aandoeningen die men met name bij ouderen ziet zijn stoornissen in de persoonlijkheid, depressies, dementieën, achtervolgingswaan, delier, slaapstoornissen en angsten. Het lijden ten gevolge van deze verouderingsziekten is immens. Toch staat het onderzoek naar de oorzaken van de verschillende ziekten nog in de kinderschoenen. In de rede wordt een pleidooi gehouden voor intensivering van onderzoek naar gerontopsychiatrische aandoeningen, met name als het gaat om preventie en om behandeling in een zeer vroeg stadium. De pathofysiologie van gerontopsychiatrische aandoeningen bevat een uitdagend relatief nieuw gebied binnen de geneeskunde. Veel onderzoek moet hier nog gedaan worden en veel onderwijs is nog nodig. Het streven in dit vakgebied is er op gericht de mens de mogelijkheid te geven om tot op hoge leeftijd en tot zijn dood van zijn geestelijke gezondheid te laten genieten. Hoewel het ouder worden met vooral lichamelijk en sociaal verlies gepaard gaat is er voor diegenen die dat willen juist geestelijke winst mogelijk door toename van overzicht en door veel zaken te accepteren en te relativiseren.

SOLSTITIUM

Rede, uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van

bijzonder hoogleraar in de Pathofysiologie van

Gerontopsychiatrische Aandoeningen aan de Erasmus

Universiteit Rotterdam op donderdag 21 juni 1990

door dr. E.J. Colon

*Mijnheer de Rector Magnificus,
Zeer gewaardeerde toehoorders*

De titel van de oratie is solstitium. Solstitium betekent voor onze planeet de dag waarop "de zon stil blijft staan" en dat is vandaag.

Voor het zuidelijk halfrond treedt nu een periode aan van winst en groeikracht, voor ons noordelijk – halfrond van verlies. De coincidentie met het onderwerp van mijn leeropdracht zal U duidelijk zijn, het is winst maar vooral ook verlies dat het ouder worden karakteriseert.

Ik wil U twee schilders voorstellen die het ouder worden visualiseerden. Allereerst Lidov uit 1979 die zichzelf weergeeft op verschillende leeftijden, het schilderij laat winst zien in het uiterlijk bij het ouder worden van deze man.

Dit in tegenstelling tot het schilderij van Klimt uit 1905 waarbij de veroudering van een vrouw wordt weergegeven, veroudering vooral gepaard gaande met verlies. Vooral dit laatste schilderij is een zeer gevoelige weergave van datgene wat wij zien bij mensen die lijden aan een gerontopsychiatrische aandoening. Beide schilderijen kunt U op de voorzijde van dit boekje vinden.

De inhoud van mijn leeropdracht richt zich op het gebied van de psychiatrische aandoeningen bij ouderen, en dus op het gebied van de gerontopsychiatrie, en is daarmee de eerste leerstoel die specifiek op dit gebied in Nederland is ingesteld.

Gerontopsychiatrische aandoeningen nemen toe met het toenemen van de leeftijd. Eén van deze aandoeningen is de dementie, een ziekte waarbij allerlei psychische mogelijkheden meer en meer verloren gaan. Vooral deze aandoening neemt sterk toe bij het stijgen der jaren. Zo is de frequentie van "probable" dementie van het gevreesde Alzheimer type bij mensen tussen 65 en 75 jaar 3%, bij mensen tussen 75 en 85 jaar 20% en bij mensen boven de 85 jaar zelfs bijna 50% ⁽¹⁾. Door dergelijke zeer hoge frequenties van gerontopsychiatrische aandoeningen bij hoogbejaarde mensen heeft de veel gehoorde stellingname



FIGUUR 1 Frederik van Eeden

dat mensen momenteel ouder worden de consequentie dat gerontopsychiatrische aandoeningen niet alleen kwantitatief maar ook relatief zouden toenemen. Met andere woorden, indien het juist is dat de kans dat U als individu hoogbejaard wordt in de afgelopen tijd toegenomen zou zijn dan hebt U zoals U hier zit een toenemende kans op een of andere geronto-psihiatrische aandoening; een kans die zeer waarschijnlijk zelfs de 50% benadert.

Is dit laatste juist, worden mensen momenteel ouder dan vroeger en dan met name ouder dan eeuwen geleden? Veel gegevens zijn daarover niet voorhanden.

Een van de weinige beroepen waarbij een redelijke administratie van de leeftijd is bijgehouden is die van keizer van het Romeinse rijk. Wanneer we de levensloop van de keizers die in de eerste eeuw van onze jaartelling in Rome regeerden nalopen dan valt op dat 50% onder de leeftijd van 50 jaar vermoord werd, waarvan dan weer de helft door of met medeweten van de echtgenote. Eén keizer, te weten Nero, pleegde suïcide op 32-jarige leeftijd. De overige keizers werden allen ouder dan 50 jaar en bereikten een gemiddelde leeftijd van 74.5 jaar.

Volgens het CBS was de gemiddelde leeftijd van mannen in onze samenleving in het jaar 1988 73.7 jaar. Mannen die eenmaal 50 jaar geworden zijn worden gemiddeld 76.3 jaar. De veranderingen die zich de afgelopen eeuwen hebben voorgedaan in levensverwachting van – niet vermoorde – mannen met een redelijke levensstandaard lijkt dan ook maar marginaal. De mensen lijken dus niet absoluut ouder te worden. Het andere voedingspatroon en de medische voorzieningen hebben tot op heden naar het schijnt geen invloed op de duur van het proces dat uiteindelijk tot de dood leidt.

U wordt dus niet echt ouder dan vroeger, de kans dat U oud wordt is natuurlijk wel groter.

Zoals hiervoor al aangegeven is, is een van de meest karakteristieke fenomenen bij het oud worden het verlies. Verlies dat zeer schrijnend kan zijn. Frederik van Eeden (figuur 1) werd 72 jaar oud en ontwikkelde een gerontopsychiatrische ziekte waarbij geheugenstoornissen zich meer en meer manifesteerden ⁽²⁾.

Ik wil U drie op zijn ziekte betrekking hebbende passages uit zijn dagboek voorlezen:

Op 65-jarige leeftijd:

"Ik herinner mij niets van de voorbije dagen. Alleen, dat ik maandag niet sliep en een akelige sensatie van geestesverwarring had. Het was 7 uur ongeveer, waarin ik niet kon slapen, maar iets sprak van een "man", die moest naast mij zitten en een allereendigste somberheid en hopeloosheid. Er was geen goed meer in de wereld. Wat is het vreselijk, dat ontsnappen van het geregelde denkvermogen."

En dan, op 67-jarige leeftijd:

"Den ganschen dag is vervuld met mijn abnormale verstrooidheden, een uitputtend getob. Is 't ene gevonden dan is 't ander weg. En de arme zoeker wordt geen woord gegund, maar integendeel, meewarige humor."

Omstreeks 4 jaar voor zijn dood uiteindelijk:

"Ik ben zeer suf en droomerig. Elken morgen weer die nevelen over mijn geest. Ik kan niet meer optellen, ik weet niet welke dag het is. Ik weet dat een massa gedachten en neigingen in mij zweeft, maar het komt niet naar voren. Soms voel ik het oude leven weer opduiken, dan komt het vuile en sliert er weer overheen, als een neevel, die mijn gedachten weer opsloopt. EN TOCH VOEL IK MIJ VRIJ WEL. Als men mij vrijheid laat en rust, dan ben ik kalm en tevreden. Alleen verschiet van reisjes brengt mij dan weer van streek."

Wat U hier op een zeer indringende wijze hoort is het aanvankelijk treuren om het verlies, maar daarna het merkwaardig zachte van deze progressieve ouderdomsziekte. Van Eeden geeft aan dat hij als hij met rust gelaten wordt kalm en tevreden is. Op den duur treedt bij deze ziekte vaak in zichzelf gekeerde tevredenheid op. Dit kan een troost zijn voor allen die een dergelijk proces meemaken.

Hoewel over de pathofysiologie van deze ziekte al veel bekend is, is dit echter nog lang niet genoeg, aangezien de op deze kennis gebaseerde therapie tot nu toe nog blijkt te falen. Veel, vaak zeer kostbaar onderzoek zal hier nog nodig zijn.

Ik heb U een voorbeeld gegeven van een dementie, een relatief frequent voorkomende gerontopsychiatrische aandoening, een aandoening waar de meeste mensen in de loop van hun leven direct of indirect mee te maken krijgen. Een aandoening ook die met continu verlies van functies gepaard gaat. Verlies dat in de meeste, zo niet alle, gerontopsychiatrische ziektebeelden een hoofdoorzaak is van de pathofysiologische veranderingen. Verlies dat ook de oorzaak is van het zeer specifieke coloriet van de psychiatrische stoornissen op oudere leeftijd.

Welke ziektebeelden zijn nu min of meer specifiek voor oudere mensen en van welke ziektebeelden is bekend wat de reden van het verstoorde beleven is?

Enkele vaak voorkomende aandoeningen op oudere leeftijd (figuur 2) waarvoor psychiatrische hulp gevraagd wordt zijn:

- Persoonlijkheidsstoornissen
- Dementie
- Depressie
- Delier
- Paranoïde waan
- Angst en paniek
- Slaapstoornissen

Van de *persoonlijkheidsstoornissen* is bekend, en dat herkent U waarschijnlijk ook, dat de storende trekken bij het ouder worden toenemen. Reden hiervan is het feit dat ouderen hun verdediging tegen deze trekken laten vallen omdat het rendement van een dergelijke verdediging klein wordt. Men hoeft op oudere leeftijd steeds minder. De maatschappij eist niet zo veel meer en waarom dan nog inspannen. "Laat mij nu maar, zo ben ik nu eenmaal" is een



FIGUUR 2 Gerontopsychiatrische patiënten zijn nauwelijks in de schilderkunst te vinden. Een van de weinige is dit schilderij van Géricault (Lyon)

veel gehoorde opmerking bij ouderen. U kunt zich voorstellen wat dit voor effect heeft bij ouderen die trekken van persoonlijkheidsstoornissen in zich bergen.

Beschreven zijn families waarin huilen van generatie op generatie bij oude mensen, maar ook bij jonge mensen, optreedt. Echte huilebalken, zonder dat er sprake is van het ervaren van ziek zijn ⁽³⁾.

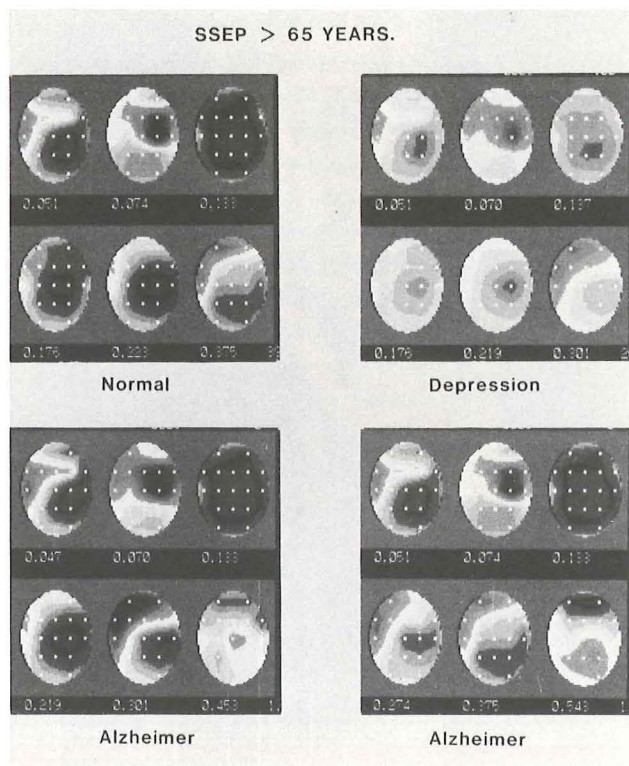
Voor waar het betreft de persoonlijkheidsstoornissen lijkt het er op dat erfelijke factoren sterk bijdragen in het ontstaan hiervan. Het onderliggende ziekelijke mechanisme is echter nog volledig onbekend.

Tot nu toe is er voornamelijk onderzoek gedaan naar de *dementie*. Dementie is een aandoening waarbij er blijvend en veelal toenemend verlies is van verstandelijke vermogens en waarbij vooral het geheugen mede aangetast is. Op den duur is opname in een instelling van gezondheidszorg meestal onontkoombaar.

Hiervoor heb ik al aangegeven dat de aandoening zeer frequent optreedt bij ouderen.

Niet alleen de diagnose is vaak moeilijk te stellen, de differentiaal diagnose geeft zeer grote problemen. In het Delta-ziekenhuis is een speciale afdeling welke een supraregionale functie heeft op het gebied van de diagnostiek en de therapie van onder andere de dementie. Dit onderzoek gebeurt strikt protocollair en bestaat uit psychiatrische en verpleegkundige observatie, psychologisch onderzoek, röntgenologische imageing en uitgebreid klinisch neurofysiologisch onderzoek. Een voorbeeld van de resultaten van het klinisch neurofysiologisch onderzoek door middel van geëvoceerde potentialen wil ik U laten zien in figuur 3. Hierin wordt de verwerking van informatie in het brein gevisualiseerd bij een oudere zonder problemen, bij een oudere met een depressie en bij twee ouderen met een dementie (Alzheimer). Wat opvalt is dat er alleen in het laatste "plaatje" van elke serie van 6 bij de dementie afwijkingen optreden.

Dit lijkt er op te wijzen dat de verwerking van informatie bij deze patiënten normaal verloopt, alleen de opslag gaat fout ⁽⁴⁾. Er is in dat geval maar een enkel onderdeel van de



FIGUUR 3 Voorbeeld van enkele electrocerebrale reacties op aangeboden somatosensibele informatie

informatieverwerking gestoord. Het onderzoek en in de toekomst ook de preventie van deze aandoeningen zal zich dus waarschijnlijk alleen op dat onderdeel hoeven te richten.

Het onderzoek naar de pathofysiologie van dit ziektebeeld richt zich momenteel op een groot aantal mogelijke oorzaken:

- Stoornissen in doorbloeding
- Stoornissen in neurotransmitters
 - serotonine
 - acetylcholine
 - dopamines
 - allerlei andere neuropeptiden
- Membraan-afbraak o.a. door O_2 -radicalen
- Chromosomen
- Tekort aan geestelijke activiteit (use it or lose it)
- Slow virus infecties en late gevolgen van schedeltraumata

Therapie gericht op de huidige resultaten van dergelijk onderzoek, maar ook therapie gericht op herstel van neuro-nervenverlies door transplantatie van enzymssystemen of embryonaal hersenweefsel, is nog niet effectief gebleken.

In de aan U voorgelezen korte stukken uit het dagboek van Van Eeden komt de dementie duidelijk naar voren, maar wordt ook nog een depressieve toestand genoemd (allerellendigste somberheid en hopeloosheid) en een delier (een akelige sensatie van geestesverwarring). Bij de *depressie* is er sprake van geremdheid van voelen en willen. Zeer opvallend in het onderzoek naar de pathofysiologie van de depressie bij ouderen is het toenemen van MAO activiteit, dit ondanks het verder afnemen van alle andere bij de neurotransmissie betrokken stoffen. Reversibele MAO remmers lijken dan ook het medicament bij voorkeur te zijn voor ouderen. Dit zal, zo mogelijk, in de nabije toekomst door mij verder onderzocht worden.

Van de eveneens karakteristieke gerontopsychiatrische aandoening, het *delier*, is ook iets over de pathofysiologie bekend. Waarschijnlijk is een stoornis in de hersenstam (reticulaire formatie) de oorzaak van de ziekte. Aangezien ouderen al een fors verlies van neurotransmitters in de hersenstam hebben zijn zij bij allerlei ziektes extra gevoelig voor het delier.

Angst en paniekstoornissen komen bij ouderen vaak voor en zijn nogal eens gerelateerd aan actuele traumatische gebeurtenissen zoals beroving, inbraak of telefonische bedreiging. Paniekstoornissen zonder oorzakelijk moment komen echter bij ouderen zeer zelden, en mogelijk zelfs nooit, als eerste manifestatie voor. Indien zich bij ouderen toch een paniekstoornis voordoet dan moet aan allerlei vormen van onttrekkingssyndromen gedacht worden, met name aan alcohol, koffie, slaapmiddelen en rustmiddelen. Vooral het gebruik van medicatie en alcohol als oorzaak van paniek, maar ook van delier, is berucht. Naarmate iemand ouder wordt neemt de hoeveelheid vet in het lichaam relatief af ten opzichte van het lichaamswater. De consequentie hiervan is dat slaap- en rustmiddelen veel langer in het lichaam blijven en dat alcohol een veel sterker effect krijgt. U bent dus gewaarschuwd!

Nog een speciale opmerking over *slaapstoornissen* bij oudere mensen. Wanneer men de hoeveelheid slaap en de slaapsoort analyseert bij mensen van verschillende leeftijd dan valt op dat na de vroege jeugd er nauwelijks veranderingen optreden⁽⁵⁾. Pas boven de 70 jaar is er toename van het doezelen te constateren ten koste van een minimale vermindering van de overige slaapstadia. In wezen is er dus geen aanleiding om klachten over het slapen te verwachten. Waarschijnlijk is de reden van de frequente klachten gelegen in het feit dat de verdeling van het slaappatroon over de dag wijzigt. Doezelen en slapen treedt overdag op waardoor de hoeveelheid nachtslaap iets afneemt. Het zal Uzelf mogelijk bekend zijn dat U wanneer U zorgen hebt het doezelen en wakker zijn in de nacht vaak vult met onlustvolle gedachten. Dit geeft subjectief het ervaren van slecht slapen.

Het komt mij voor dat het leren accepteren van deze verandering door ouderen verre te prefereren is boven de – zoals boven aangegeven – potentieel zeer schadelijke slaapmedicatie.

En daarmee is eigenlijk al onze huidige kennis op het gebied van de pathofysiologie van gerontopsychiatrische aandoeningen samengevat.

Wanneer U bedenkt dat het aantal ouderen in onze maatschappij nog steeds toe zal blijven nemen, dan zal het duidelijk zijn dat onderwijs en onderzoek betreffende de gerontopsychiatrische aandoeningen bitterhard nodig is. Op dit moment is omstreeks 30% van de patiënten in de psychiatrische ziekenhuizen boven de 65 jaar, terwijl verwacht wordt dat dit percentage over 40 jaar tot 60% zal zijn gestegen⁽⁶⁾.

Een recent ter publicatie aangeboden onderzoek in het Deltaziekenhuis heeft uitgewezen, dat de opbouw van psychiatrische stoornissen bij de oudere patiënten wezenlijk anders is dan bij de overige patiënten van dit ziekenhuis. Het is dan ook gerechtvaardigd dat de gerontopsychiatrie een specificiteit wordt toegekend. Daarom pleit ik ook voor een toename van onderwijs in de gerontopsychiatrie aan medische studenten en voor een sterke fundering hiervan binnen de opleiding tot psychiater.

In het Deltaziekenhuis, een van de grootste APZ'en van Nederland, is bijna 50% van de patiënten 65 jaar of ouder. Het zijn mede de patiënten van het Deltaziekenhuis die, door het mogelijk maken van mijn leeropdracht, gekozen hebben voor een speerpuntfunctie van dit ziekenhuis op het gebied van de gerontopsychiatrie.

Gerontopsychiatrie heeft de toekomst, tenminste dat hoop ik. Een van de ontwikkelingen die de toekomst een sterke impuls kan geven is het onderzoek naar de pathofysiologie, het onderzoek naar de onderliggende functiestoornis. Veel van de functiestoornissen zijn terug te voeren op de veranderingen die zich bij het ouder worden voordoen op het gebied van de anatomie, fysiologie en neurochemie. Indien er therapeutische mogelijkheden ontwik-

keld worden dan zal veel daarvan zich op deze gebieden bevinden. Een van de veelbelovende ontwikkelingen is die welke gericht is op het onderzoek naar de oorzaak van celmembraanafbraak, een afbraak waar de zuurstof (O₂), die in basis juist levensbrenkend is, een zeer agressieve rol in lijkt te hebben. Zogenaamde zuurstofradicalen lijken naarmate men ouder wordt als giftige stof te gaan functioneren⁽⁷⁾. Als een dergelijke celvergiftiging inderdaad de basis zou vormen van het pathofysiologische verlies dan zijn preventieve maatregelen mogelijk. Gezien het onherroepelijke van verlies is preventie of zeer vroegtijdige therapie ter correctie van aangetoonde "stofwisselingsstoornissen" door het activeren van de zgn. trophische systemen ook het meest aangewezen doel voor de toekomstige ontwikkelingen binnen de gerontopsychiatrie. Wat dat betreft is het dan ook verheugend dat de gemeente Rotterdam onderzoek ondersteunt dat sinds kort bij de GGD is gestart. Bij dit onderzoek wordt o.a. gezocht naar de beste methode tot vroegtijdige onderkenning van gerontopsychiatrische aandoeningen bij ouderen in Rotterdam.

Ik wil U ter illustratie nog twee beschrijvingen geven van in het Deltaziekenhuis opgenomen gerontopsychiatrische patiënten en wel van de eerste patiënt die na de opening van het ziekenhuis in 1909 werd opgenomen en van een van de meest recent opgenomen patiënten in 1990. Een tijdsverschil van 81 jaar en dus een hoogbejaard verschil. Deze beschrijvingen wil ik U geven om enig inzicht te geven in het schrijnende lijden dat gedragen moet worden door psychiatrische patiënten in het algemeen en door gerontopsychiatrische patiënten in het bijzonder. Een vorm van lijden waar onze maatschappij nog steeds zo huiverig tegenover staat, dat sociale en financiële isolatie in zekere zin opgedrongen wordt.

Met uitzondering van de dementie is dit overigens een lijden waar meer en meer therapie mogelijk is en waarvan gelukkig de meeste patiënten momenteel, met het huidige therapeutische arsenaal, binnen redelijke tijd herstellen.

De eerste patiënt boven de 65 jaar die na de opening in 1909 in het Deltaziekenhuis werd opgenomen was een man van 72 jaar (figuur 4). In de status staat: "Met uitdrukking van lichte "rathlosigheid" komt de patiënt binnen. In plaats en tijd voldoende georiënteerd. Hij is rustig, meent niet ziek te zijn, wel heeft hij zich erg aangetrokken, zegt hij, dat hij verdacht is geworden van knoeierijen. In het armenhuis heeft men hem "gezocht", allen hadden het op hem begrepen. Stukken in de krant verschenen, beledigend voor boven hem geplaatsten en met zijn naam ondertekend. Hij heeft ze nooit zelf gelezen, maar was er bij als anderen ze voorlazen."

Na twee weken wordt geconcludeerd dat gestichtsverpleging noodzakelijk is en patiënt verblijft dan nog gedurende 18 jaar in het ziekenhuis, alwaar hij tot op zeer hoge leeftijd werkt onder andere in de spoelkeuken.

De tweede patiënt, opgenomen in 1990, is een vrouw van 77 jaar. Sinds enkele jaren is er sprake van langzaam toenemende spraakstoornissen. Door deze handicap viel nauwelijks op dat zij ook snel toenemende geheugenstoornissen kreeg. Zij wist niet meer waar zij dingen achtergelaten had. Doordat zij dat niet kon uiten leek het er op dat er alleen enige radeloosheid optrad en werd zij al zeer snel met van alles en nog wat opgevangen. Het dichtdoen van een knoopje was moeilijk, het in goede volgorde aankleden ook. Opvallend was dat wanneer er vreemden in de buurt waren nauwelijks problemen in handelen opvielen, terwijl ook de spraakstoornis verdoezeld werd. Dit zogenaamde facade gedrag is uiterst klassiek voor mensen die aan dementie lijden. Daarbij valt het degene die intensief met de patiënt omgaan op dat er stoornissen zijn, diegenen die omstreeks een uur met de patiënt samenzijn en dan weer vertrekken, valt niets op. Dit is overigens een van de redenen waarom er vaak laat en dan in wezen ook te laat, medische hulp wordt gevraagd. Bij deze patiënte waren de spraakstoornissen zo toegenomen dat zij niet meer in staat was tot communicatie. Bij opname in het Deltaziekenhuis valt direct op dat zij wanneer er iemand naar haar toekomt op-

staat en steeds herhalend zegt: ja, ja, ja,... of zee, zee, zee,... tientallen malen. Zeer grote eenzaamheid is hiervan, zoals U hopelijk aan kunt voelen, het gevolg. Ook zij zal het nooit meer alleen kunnen redden.

U hebt van mij in deze openbare les een overzicht gekregen van de stand van zaken betreffende de kennis van de pathofysiologie van gerontopsychiatrische aandoeningen. De gemiddelde leeftijd van de Europeaan neemt toe. Met het toenemen van die gemiddelde leeftijd is een toenemende behoefte aan gerontopsychiatrische voorzieningen nodig. De prognose is zelfs zo dat verwacht moet worden dat de totale huidige capaciteit aan psychiatrische voorzieningen in de regio van het Deltaziekenhuis compleet opgeslokt zal worden door de gerontopsychiatrische patiënten. Het toenemen van de vraag naar psychiatrische hulp door ouderen geeft ook consequenties voor het onderwijs aan studenten in de geneeskunde en aan psychiaters in opleiding.

Het wetenschappelijk onderzoek zal zich meer en meer op de oudere mens moeten gaan richten om in ieder geval enig soelaas te zoeken in de hierboven geschetste en te verwachten ontwikkelingen binnen de psychiatrie.

Voor de preventie van aandoeningen is altijd eerst kennis nodig van de oorzaak van deze aandoening. Hiervoor is basaal wetenschappelijk klinisch onderzoek onontbeerlijk. Vaak zal dergelijk onderzoek zich op het grensgebied van een van de preventievormen en toegepast wetenschappelijk onderzoek bevinden. Meer gerichte ondersteuning van dergelijk onderzoek mede door het preventiefonds zou dan ook zeker zinvol zijn.

Een van de gebieden die veelbelovende mogelijkheden in zich bergt voor waar het betreft het vinden van oorzaken van gerontopsychiatrische aandoeningen is het gebied van de pathofysiologie. Research op dit gebied zou gestimuleerd moeten worden.

De gerontopsychiatrische research zou zich in de Erasmus Universiteit, gezien zijn ligging binnen de "Poort van Europa", met name in kunnen zetten voor het ontwikkelen

30 nov. og. Met uittreding van Bette „zakloosheid“ op het plaats komt pakeit binen. De pleiter en toel. veldbouwde gorie. teerd. Hij is nietig, neemt niet zek te zyn, wie heeft by zek og. aangehouden, zegt hij, dat by verduid is gevonden van knoos eger. In het aandelste heeft men hem „groot“, alle latten het ogs hen bejopen. Stelken in de hand ver. fkenen o. bledijed voor boren hen geplaten en met zt aan abelken. Hij heeft ze nooit zelf gelien, men wan e by ab. anken en veldaren.

1 Dec. og. Rentij, zelfde veldaren. Van niddij wat ogewent. 2. " Als boren. Beeld zelf niddij dat by heden nadel. Hande raast zt bed in veldaren.

3. " Als boren

4. " Veruudt dat fopodij, gheerd veldaren, voo nteruud in zake de duffel van veldaren.

5. " Als boren

6. " Als boren

7. " Als boren. Veruudt dat de justitie hen

8. " Als boren

9. " Als boren

10. " Als boren

11. " Als boren

12. " Als boren

13. " Als boren

14. " Als boren

15. " Als boren

16. " Als boren

17. " Als boren

18. " Als boren

19. " Als boren

20. " Als boren

21. " Als boren

22. " Als boren

23. " Als boren

24. " Als boren

25. " Als boren

26. " Als boren

27. " Als boren

28. " Als boren

29. " Als boren

30. " Als boren

31. " Als boren

32. " Als boren

33. " Als boren

34. " Als boren

35. " Als boren

36. " Als boren

37. " Als boren

38. " Als boren

39. " Als boren

40. " Als boren

41. " Als boren

42. " Als boren

43. " Als boren

44. " Als boren

45. " Als boren

46. " Als boren

47. " Als boren

48. " Als boren

49. " Als boren

50. " Als boren

51. " Als boren

52. " Als boren

53. " Als boren

54. " Als boren

55. " Als boren

56. " Als boren

57. " Als boren

58. " Als boren

59. " Als boren

60. " Als boren

61. " Als boren

62. " Als boren

63. " Als boren

64. " Als boren

65. " Als boren

66. " Als boren

67. " Als boren

68. " Als boren

69. " Als boren

70. " Als boren

71. " Als boren

72. " Als boren

73. " Als boren

74. " Als boren

75. " Als boren

76. " Als boren

77. " Als boren

78. " Als boren

79. " Als boren

80. " Als boren

81. " Als boren

82. " Als boren

83. " Als boren

84. " Als boren

85. " Als boren

86. " Als boren

87. " Als boren

88. " Als boren

89. " Als boren

90. " Als boren

91. " Als boren

92. " Als boren

93. " Als boren

94. " Als boren

95. " Als boren

96. " Als boren

97. " Als boren

98. " Als boren

99. " Als boren

100. " Als boren

FIGUUR 4 Onderdeel van de status van de eerste gerontopsychiatrische patiënt, 1909

van onderzoek dat binnen de Europese Gemeenschap geëntameerd wordt. Wetenschappelijk onderzoek binnen de nauwe grenzen van Nederland alleen heeft vaak als probleem dat het aantal patiënten dat voor gedegen – en vaak zeer kostbaar – onderzoek in aanmerking komt klein tot veel te klein is.

Ik zal deze oratie beëindigen met een gedicht van een collega, een gedicht dat de ambivalentie van ons allen ten aanzien van de gerontopsychiatrische patiënt sterk weergeeft. Het heet "Een gedicht" en is van Vasalis ⁽⁸⁾.

*Is het vandaag of gisteren, vraagt mijn moeder,
bladstil, gewichtloos drijvend op haar witte bed.
Altijd vandaag, zeg ik. Ze glimlacht vaag
en zegt: zijn we in Roden of Den Haag?
Wat later: kindje ik wordt veel te oud.
Ik troost haar, dierbare sneeuwwitte astronaut
zo ver al van de aarde weggedreven,
zo moedig uitgestapt en in de ruimte zwevend
zonder bestek en her en der.
Zij zoekt – het is een S.O.S. –
haar herkomst en haar zijn als kind
en niemand niemand, die haar vindt
zoals zij was. Haar franse les
herhaalt zij: van haar 8e jaar:
'bijou, chou, croup, trou, clou, pou, du,
die eerste juffrouw, weet je wel
die valse oude mademoiselle
hoe heet ze nou. Ik ben zo moe.'*

*Had ik je maar als kind gekend,
die nu mijn kind en moeder bent.*

Dames en heren, patiënten van het Deltaziekenhuis,
U bent de enigen die in staat bent ervaringen uit te wisselen over uw ziek zijn. Ervaringen die voor ons vaak heel moeilijk op te nemen en te verstaan zijn. Ik dank U en het *bestuur van de Stichting Beheer Patiëntengelden* voor het vertrouwen dat U in mij gesteld hebt en hoop dat ik in staat zal zijn dit waar te maken.

Dames en heren, medewerkers, directie en bestuur van het Deltaziekenhuis,

Ik heb tot nu toe veel respect voor U gekregen. Uw inzet, vriendelijkheid en competentie zijn groot. Uw geduld en incasseringsvermogen indrukwekkend. In de gerontopsychiatrie heb ik op de afdeling "de Aanloop" met steun van velen al een eerste aanzet kunnen geven tot wetenschappelijk gefundeerd protocollair psychiatrisch onderzoek. Ik hoop dat U mij de gelegenheid zult geven dit verder uit te bouwen, niet alleen op de opnameafdeling maar zo mogelijk ook op de moderne verblijfsafdeling genaamd "de Brink".

Een speciale professorale opmerking voor de aan mij toevertrouwde hoog gemotiveerde *assistenten in opleiding tot psychiater*. Blijft zoals U bent: warm, invoelend, positief ingesteld, kritisch en relativerend.

Dames en heren leden van het wetenschappelijk personeel van de faculteit der geneeskunde en gezondheidswetenschappen, Dames en heren leden van de raad van bestuur en medewerkers van het academisch ziekenhuis, ik dank u hierbij voor de gelegenheid die U mij biedt om binnen de Erasmus Universiteit en het Dijkzigtziekenhuis nieuwe ontwikkelingen in het onderzoek naar gerontopsychiatrische aandoeningen in gang te kunnen zetten. Gezien de toenemende vergrijzing zal de noodzaak tot kennis op het gebied van de gerontopsychiatrie binnen de geneeskunde en daarmee zeker binnen de opleiding tot arts alleen maar toenemen. Ik ben blij dat ik ook hieraan iets kan bijdragen.

Geachte Klinisch Neurofysiologen, een speciale opmerking naar U toe wil ik toch hier ook maken. Veel van mijn onderzoek bij veroudering heeft zich op het gebied van de klinische neurofysiologie afgespeeld. Meer dan de meesten van U vermoeden bestaat er een tendens binnen het medisch specialisme psychiatrie om te vragen naar de neurofysiologische afwijkingen die al dan niet oorzakelijk zijn voor de psychiatrische ziektebeelden. Uw opleiding en uw keuze om aan het huidige specialisme neurologie gekoppeld te blijven doen geen aan uw opstelling ten aanzien van de psychiatrie. Ik hoop dat U zich in de toekomst ook hierop zult bezinnen. De waarde van uw vakgebied wordt door mij hoog aangeslagen.

Waarde collega Schudel, medewerkers van de afdeling psychiatrie van het Dijkzigtziekenhuis, het is mij een genoegen om naast de functie van opleider in het Deltaziekenhuis ook een plaats binnen uw afdeling psychiatrie te hebben gekregen. De invulling zal nog gestalte moeten krijgen, ik zit in ieder geval vol plannen.

Dames en Heren Studenten,

het raadsel van de sfinx is als volgt geformuleerd: in de ochtend loopt het op vier benen, in de middag op twee benen en in de avond heeft het drie benen nodig. Wanneer U de oplossing van dit raadsel weet en ook nog in overdrachtelijke zin kunt interpreteren, dan zal het U duidelijk zijn dat onderwijs in de gerontopsychiatrie nodig is. Kunt U echter dit raadsel niet oplossen dan is onderwijs in de gerontopsychiatrie voor U zelfs onontbeerlijk.

Mijnheer de rector, dames en heren, de zon staat vandaag stil, wij bevinden ons in het solstitium. Hierna zal in de natuur evenals in de gerontopsychiatrie verlies op gaan treden, verlies dat echter aanleiding geeft tot uiterst boeiende en zeer kleurrijke fasen. Degene die daarvan kan genieten zal eerder genoegen dan leed beleven.

Ik besluit met de verwachting dat het voor de mens in de nabije toekomst haalbaar is om in goede geestelijke gezondheid een gevorderde leeftijd te bereiken, een leeftijd waarop zonder langdurige aftakeling het onherroepelijke einde wordt bereikt.

Dames en Heren de zon zet zich weldra weer in beweging.

Ik heb gezegd.

- 1 D. A. Evans, H. H. Funkenstein, M. S. Albert et.al.: Prevalence of Alzheimer's disease in a community population of older persons. Higher than previously reported. J. Am. Med. Assoc., 262, 18, 1989.
- 2 E. van Loo: Beleving van dementie bij Frederik van Eeden. Denkbeeld, 12-13, Mei 1989.
- 3 M. A. Jenike: Geriatric Psychiatry and Pharmacology. Year Book Med. Publ., Chicago, ISBN 0-8151-4891-7, 1989.
- 4 E. J. Colon, S. Visser (eds): Evoked Potential Manual. 2nd edition. Nijhoff Publ., Boston, 1990, in press.
- 5 H. I. Kaplan, B. J. Sadock (eds): Comprehensive textbook of psychiatry. Williams and Wilkins, Baltimore, 5th edition, 89, 1989.
- 6 G. Brook, G. H. M. M. ten Horn, S. Sytema: Beddentekort verwacht voor ouderen in psychiatrie. HZH, 19, 863-870, 1989.
- 7 J. H. Dowson: Neuronal Lipopigment: a marker for cognitive impairment and long-term effects of psychotropic drugs. Brit. J. Psychiatry, 155, 1-11, 1989.
- 8 M. Vasalis, Een gedicht. In: Tirade, nr. 200, jubileumnummer 19, z.j., pag. 718.

Ernst Colon, geboren op 18 november 1939 in Batavia, is bijzonder hoogleraar aan de faculteit der Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen van de Erasmus Universiteit Rotterdam. De benoeming heeft plaatsgevonden vanwege de Stichting Patiëntengelden Deltaziekenhuis. De leeropdracht luidt: "Pathofysiologie van de gerontopsychiatrische aandoeningen".

Colon studeerde medicijnen in Amsterdam en promoveerde in 1968 aan het Nederlands Centraal Instituut voor Hersenonderzoek op een onderwerp uit de cybernetica over de kwantitatieve structuur van hersencellen in de hersenschors. In Nijmegen specialiseerde hij zich vervolgens in de psychiatrie en de neurologie en behaalde de aantekening klinische neurofysiologie. Van 1974 tot 1988 was hij wetenschappelijk hoofdmedewerker van de Universiteit van Nijmegen waar hij een groot aantal onderzoeken verrichtte o.a. op het gebied van verouderingsziekten. Naast zijn universitaire werk was hij als psychiater verbonden aan het RIAGG en had een eigen psychiatrisch/neurologische praktijk. In 1988 werd hij benoemd tot A-opleider psychiatrie in het Deltaziekenhuis in Poortugaal.

SOLSTITIUM

De dag dat de zon stil blijft staan

Dr. E. J. Colon

