

Laat-ontstane psychopathologie: een lastige diagnostische puzzel

Commentaar op Kerssens e.a. (2x) en Vleugel e.a.

T. J. HEEREN

Psychiatrische diagnostiek bij mensen die op oudere leeftijd voor het eerst psychische klachten en verschijnselen krijgen kan zeer lastig zijn, zoals geïllustreerd wordt in de artikelen van Kerssens e.a., en van Vleugel e.a. elders in dit nummer. Zowel het stellen van een syndromale diagnose als het zoeken naar de mogelijke etiologie van de stoornis kunnen problemen geven. Dit heeft voor een belangrijk deel te maken met de leeftijdsgereleerde toename van neurodegeneratieve of andere (met name vasculaire) hersenschade, die gevolgen (kunnen) hebben voor cognitie en gedrag.

Tot in de jaren vijftig van de vorige eeuw was het gebruikelijk om bij ouderen ervan uit te gaan dat psychiatrische stoornissen een organische (voornamelijk neurodegeneratieve) oorzaak hadden. Hier kwam een eind aan toen langetermijn-follow-uponderzoek bij ouderen met psychiatrische stoornissen van met name Britse psychiaters (Post 1951; Roth 1955) liet zien dat er twee duidelijke groepen te onderscheiden waren met betrekking tot het beloop. Het bleek dat er inderdaad een groep was die geleidelijk (cognitief) achteruitging en een hoge mortaliteit kende, maar er was ook een groep bij wie het beeld tamelijk stabiel was en de klachten zelfs verbeterden. Hiermee legden zij de basis voor meer aandacht voor en onderzoek naar de psychiatrische stoornissen bij ouderen. ‘Seniliteit’ was niet langer een afdoende verklaring voor psychische stoornissen op oudere leeftijd.

Dat neemt niet weg dat Roth, en velen na hem wel verschillen zagen tussen de psychiatrische stoornissen die voor het eerst op oudere leef-

tijd optraden en die van jongeren. Zo introduceerde hij het begrip ‘late parafrenie’, als beschrijving van het psychotische syndroom dat op hoge leeftijd (55-60 jaar) ontstaat en dat wel op schizofrenie lijkt, maar daarvan afwijkt door een meer intacte persoonlijkheid, de afwezigheid van formele denkstoornissen, een relatie met doofheid en sociaal isolement en een mogelijk gunstiger beloop. De discussie over dit concept is uitgemond in de beschrijving van de laat-ontstane schizofrenie en de zeer laat-ontstane op schizofrenie lijkende psychose, waarvan Kerssens e.a. in dit nummer laten zien dat de discussie over de etiologie van deze stoornis nog steeds niet is gesloten. Ook voor de depressieve stoornissen werden in de loop der jaren voorstellen gedaan voor specifieke syndromen van de oudere leeftijd, zoals pseudodementie, waarmee een depressieve stoornis werd bedoeld die gepaard ging met zodanige cognitieve klachten en verschijnselen dat het leek op een dementie; en meer recentelijk de vasculaire depressie, een depressie die zou samenhangen met vasculaire risicofactoren en ischemische veranderingen van de witte stof en met een klinisch beeld dat meer gekenmerkt wordt door motivatiestoornissen en (executieve) cognitieve stoornissen (Heeren 2000).

In de tweede helft van de vorige eeuw ontstond niet alleen meer aandacht voor de zogenaamde functionele psychiatrische stoornissen bij ouderen, maar ook bij de cognitieve stoornissen werd afscheid genomen van de term seniliteit. De ziekte van Alzheimer, tot dan toe gereserveerd voor dementie op jonge leeftijd (< 65 jaar) werd nu

ook gesteld bij hoogbejaarde mensen. Geleidelijk werden steeds meer oorzaken van dementie beschreven, zoals vasculaire dementie, frontaalkwabdementie en lewy-lichaampjesdementie. Daardoor werd duidelijk dat net zo min als seniliteit, dementie voldeed als overkoepelend begrip. Weliswaar gaat het in alle gevallen om combinaties van meervoudige stoornissen in cognitie, stemming of gedrag, maar de aard, distributie en ernst van de afwijkingen in de hersenen bepalen het specifieke klinisch beeld (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO 2005).

Helaas voltrok het onderzoek naar de verschillende typen dementie en de ouderenpsychiatrische stoornissen zich grotendeels in gescheiden werelden. Daardoor is er, zoals Vleugel e.a. laten zien, veel onderzoek beschikbaar waarin gekeken is naar kenmerken die de verschillende typen dementie van elkaar kunnen onderscheiden, maar is er nauwelijks onderzoek waarin dementie vergeleken wordt met psychotische of affectieve stoornissen op oudere leeftijd. Een uitzondering hierop vormt het onderzoek van twintig jaar geleden naar het onderscheid tussen de depressieve pseudodementie en de ziekte van Alzheimer (Stoudemire e.a. 1989).

Ook wordt bij de verschillende typen dementie een sterke nadruk gelegd op de onderliggende oorzaak van het syndroom met het benoemen van de specifieke hersenziekte waaraan het klinisch syndroom waarschijnlijk is toe te schrijven, bijvoorbeeld lewy-lichaampjesdementie (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO 2005). In de psychiatrische diagnostiek is dit (nog) niet mogelijk (Beekman 2005).

Neuroimagingonderzoek heeft in de afgelopen jaren wel meer inzicht gegeven in de veranderingen in volume of functie van bepaalde hersengebieden bij veelvoorkomende psychiatrische ziekten, zoals depressie, manie en schizofrenie. Daarbij gaat het in het bijzonder om veranderingen in (neuronale circuits in) de prefrontale cortex, de mediale temporaalkwab (met name de hippocampus) en de basale ganglia (Campbell & MacQueen 2006; Honea e.a. 2005). Bij veroudering blijkt

ook juist in deze gebieden de meeste volumeafname te worden gezien (Burke & Barnes 2006) en verstoren diepe wittestofafwijkingen mogelijk de communicatie tussen (pre)frontale cortex en de subcorticale gebieden (Pugh & Lipsitz 2002). Al dan niet pathologische hersenveroudering zou dus kunnen leiden tot een vergelijkbare verandering van de hersenfuncties als die op jonge leeftijd ten gevolge van tot op heden nog onbekende oorzaken, en tot een vergelijkbare mix van stoornissen in cognitie, stemming en gedrag, zoals bijvoorbeeld het klinisch beeld van de frontaalkwabdementie en van schizofrenie.

Het vaststellen van structurele of functionele veranderingen in bepaalde hersengebieden of neuronale netwerken geeft nog geen inzicht in de oorzaak van deze veranderingen. Zo lang dat onbekend is, is het onverstandig terug te keren naar vijftig jaar geleden en aan te nemen dat bij ouderen sprake moet zijn van neurodegeneratie (Andreassen 1999), maar is het beter om ervoor te zorgen dat meer onderzoek wordt gedaan naar deze stoornissen.

Bij gebrek aan duidelijk onderscheidende verschijnselen en/of biomarkers is het aangewezen om, zoals Kerstens e.a. en Vleugel e.a. in dit nummer beschrijven, zo systematisch mogelijk het ziektebeeld te beschrijven, gedegen neuropsychiatrisch onderzoek te doen en open te staan voor meerdere mogelijke etiologiën. Met behulp van (hetero-)anamnestische informatie over de voorgeschiedenis, de familiegeschiedenis, het beloop en het aanvullend onderzoek kan men dan een waarschijnlijkheidsdiagnose stellen. Bij gerede twijfel over een 'functionele' dan wel 'organische' etiologie van een frontaal syndroom is het verstandig deze twijfel te bespreken met de patiënt en zijn familie en uit te leggen dat in beide gevallen de behandeling gericht is op het verminderen van de klinische verschijnselen en niet op de onderliggende oorzaak.

LITERATUUR

- Andreasen, N.C. (1999). I don't believe in late onset schizophrenia. In R. Howard, P.V. Rabins & D.J. Castle (Red.), *Late onset schizophrenia* (pp.111-123). Philadelphia: Wrightson Biomedical Publishing.
- Beekman, A.T.F. (2005). Etiopathogenese. Algemene aspecten. In M.W. Hengeveld & A.J.L.M. van Balkom (Red.), *Leerboek Psychiatrie* (pp. 78-87). Utrecht: De Tijdstroom.
- Burke, S.N., & Barnes, C.A. (2006). Neural plasticity in the ageing brain. *Nature Reviews. Neuroscience*, 7, 30-40.
- Campbell, S., & MacQueen, G. (2006). An update on regional brain volume differences associated with mood disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 25-33.
- Heeren, T.J. (2000). De etiologie van depressie op oudere leeftijd: de vasculaire-depressiehypothese. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 605-611.
- Honea, R., Crow, T.J., Passingham, D., e.a. (2005). Regional deficits in brain volume in schizophrenia: a meta-analysis of voxel-based morphometry studies. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 2233-2245.
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. (2005). *Richtlijn Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie*. Alphen aan den Rijn: Van Zuilen Communications.
- Post, F. (1951). The outcome of mental breakdown in old age. *British Medical Journal*, 4704, 436-440.
- Pugh, K.G., & Lipsitz, L.A. (2002). The microvascular frontal-subcortical syndrome of aging. *Neurobiology of Aging*, 23, 421-431.
- Roth, M. (1955). The natural history of mental disorder in old age. *The Journal of Mental Science*, 101, 281-301.
- Stoudemire, A., Hill, C., Gulley, L.R., e.a. (1989). Neuropsychological and biomedical assessment of depression-dementia syndromes. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 1, 347-361.

AUTEUR

T.J. HEEREN is hoogleraar Ouderenpsychiatrie aan het UMC Utrecht en lid van de Raad van Bestuur van de Symfora Groep in Amersfoort.

Correspondentieadres: T.J. Heeren, Symfora Groep, Postbus 3051, 3800 DB Amersfoort.

E-mail: T.Heeren@symfora.nl.

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 5-7-2006.