

# Ouderen met later ontstane schizofrenie

J. PEUSKENS

Men kan stellen dat het concept 'late-onset schizofrenia' even oud is als het concept van 'dementia praecox' of 'early-onset schizofrenia'. Volgens Emil Kraepelin en Eugen Bleuler zou, zij het volgens hen bij een klein aantal patiënten, het schizofrene ziektebeeld zich ook op latere leeftijd kunnen ontwikkelen. Manfred Bleuler (1943) zette als eerste een systematische studie op naar laat ontstane schizofrenie.

## CONCEPTUELE ONDUIDELIJKHEID

Waar in de DSM-III (1980) wordt vereist voor de diagnose schizofrenie dat de prodromen of eerste symptomen zijn opgetreden vóór de leeftijd van 45 jaar, vraagt de DSM-III-R daarentegen 'late-onsetschizofrenie' te vermelden bij een begin na 44 jaar, een specificatie die niet terugkeert in DSM-IV of DSM-IV-R.

Een internationale consensusgroep (Howard e.a. 2000) stelde voor de psychotische syndromen die optreden tussen 40 en 59 jaar als 'late-onset schizofrenia' (LOS) te benoemen en die met een eerste optreden na 60 jaar als 'very late-onset schizofrenia like psychosis' (VLOSLP). Hoewel vroeg en laat ontstane schizofrenie gekenmerkt worden door sterk gelijkende symptomen, zouden de psychotische symptomen, de desorganisatie en de negatieve symptomen minder uitgesproken en de uitkomsten gunstiger zijn bij laat ontstane syndromen (Reeves & Brister 2008; Vahia e.a. 2010). Howard en Levy (1994) en Howard en Jeste (2003) pleiten ervoor de laat ontstane vormen van schizofrenie als afzonderlijke diagnostische groepen te specificeren, maar het lijkt erop dat ook de DSM-5 aan deze verwachting niet zal tegemoetkomen (J. van Os, schriftelijke mededeling 2011).

Als etiologische factoren noemt men genetische belasting. Daarnaast wordt gewezen op het belang van sensorische tekorten en sociale isolatie, al dan niet samengaand met premorbide problemen in het sociaal functioneren. Aangezien 60-85% van de patiënten met LOS van het vrouwelijk geslacht is, veronderstelt men dat veranderingen in oestrogeenspiegels een belangrijke neuro-endocrinologische mediator zijn (Howard e.a. 2000; Howard & Jeste 2003).

Onderzoek naar LOS of VLOSLP is vrij beperkt. Bovendien zijn interpretatie en vergelijking van de resultaten van vroegere studies naar psychotische syndromen die op latere leeftijd optreden moeilijk, gezien de verwarrende terminologie, het gebruik van verschillende leeftijdsgrenzen en de selectie van patiëntengroepen (Rajji & Mulsant 2008).

## ONDERZOEK

Studies die specifiek gericht zijn op de groep van oudere patiënten die lijden aan schizofrenie, zoals het Amsterdamse SOUL-onderzoek dat Meesters en Stek (2011) in dit nummer bespreken, zijn daarom belangrijk. Dit geldt temeer daar het hier om een populatie gaat met een groot risico op een hoge graad van invaliditeit en kwetsbaarheid en waarvan verondersteld wordt dat het aantal patiënten over de volgende 20 jaar zal verdubbelen (Cohen e.a. 2008). Bovendien zijn er weinig systematische gegevens over mogelijkheden, zorgbehoeften en levenskwaliteit van enerzijds (oud geworden) patiënten met een vroeg ontstane schizofrenie, anderzijds van de groep patiënten met LOS en VLOSLP.

Meesters e.a. (2011) rapporteerden elders dat 29,5% van deze oudere patiënten met schizofrenie in symptomatische remissie was. Symptomatische remissie correleerde significant met het niveau van sociaal functioneren, grootte van het sociale netwerk en het aanwezig zijn van steunende relaties. Daar dit een transversaal (cross-sectioneel) onderzoek betrof, was de richting van het gevonden verband niet uit te maken. De resultaten spreken echter wel tegen dat, zoals gesuggereerd in de literatuur, beloop en uitkomsten van laat ontstane schizofrenie gunstiger zouden zijn en ook dat vroeg ontstane schizofrenie op oudere leeftijd symptomatisch minder ernstig zou zijn.

Zo blijkt ook uit een Deense studie dat het risico op dementie in de jaren volgend op de eerste psychotische symptomen tot 2 maal zo groot is bij patiënten met LOS en VLOSLP als bij controlepersonen (Kørner e.a. 2009), hoewel in de literatuur beklemtoond wordt dat we later ontstane schizofrenie moeten onderscheiden van een dementieel proces.

#### SPECIFIEKE BEHANDELING

In de behandeling van psychotische ziektebeelden bij oudere patiënten moeten we, waarschijnlijk meer nog dan bij jonge patiënten, vermijden hen aan hun sociale context te onttrekken en zijn het voorkómen en verhelpen van sociale isolatie belangrijk. Aandacht dient gegeven aan mogelijke sensorische moeilijkheden. Goede evaluatie van de somatische toestand is vereist. Bij de behandeling met psychotrope medicatie dient men rekening te houden met het hoge risico op comorbide, somatische aandoeningen, evenals met mogelijke (farmacodynamische en -kinetische) interacties tussen psychotrope medicatie en geneesmiddelen voorgeschreven voor de somatische aandoeningen (Howard & Jeste 2003; Reeves & Brister 2008; Vahia e.a. 2008).

Behandelen met nieuwe antipsychotica biedt mogelijk voordelen in vergelijking tot behandelen met klassieke neuroleptica door de grotere gevoeligheid voor extrapiramidale stoornissen en onge-

twijfeld het grotere risico op tardieve dyskinesie bij oudere patiënten (Jeste e.a. 1999). De aangera- den dosis voor deze oudere patiënten, ook van nieuwe antipsychotica, is 50% lager dan de gemid- delde dosis bij jongere patiënten (Howard & Jeste 2003; Reeves & Brister 2008). Verder is bij oudere patiënten nauwkeurige controle van metabole parameters aangewezen, zelfs indien men lagere doses gebruikt: er is namelijk geen duidelijke rela- tie tussen risico op metabole afwijkingen en de toegediende dosis (Simon e.a. 2009).

#### CONCLUSIE

Ik moet toegeven dat we opvallend weinig weten over behoeften van en behandelopties bij oudere patiënten met schizofrenie. We hebben dringend behoefte aan gerandomiseerde gecon- troleerde studies met psychofarmaca en aan stu- dies naar sociale interventies en levensstijlinte- renties met het oog op het optimaliseren van de kwaliteit van leven van deze steeds groter wor- dende patiëntengroep (Howard 2010). Het onder- zoek van Meesters en Stek is een goede aanzet hier- voor.

#### LITERATUUR

- Bleuler M. Die spätschizophrenen Krankheitsbilder. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1943; 15: 259-90.
- Cohen CI, Vahia I, Reyes P, Diwan S, Bankole AO, Palekar N, e.a. Focus on geriatric psychiatry: schizophrenia in later life: clinical symptoms and social well-being. *Psychiatr Serv* 2008; 59: 232-4.
- Howard R, Levy R. Late onset schizophrenia, current status and future developments in schizophrenia exploring the spectrum of psychosis. Chichester: Wiley; 1994. p. 327-38.
- Howard R, Rabins PV, Seeman MV, Jeste DV. Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus. The International Late-Onset Schizophrenia Group. *Am J of Psychiatry* 2000; 157: 172-8.
- Howard R, Jeste D. Late onset schizophrenia in schizophrenia. In: Hirsch S, Weinberger D, red. *Schizophrenia*. Oxford: Blackwell; 2003. p. 68-77.
- Howard RJ. Schizophrenia in later life: emerging from the shadows. *Am J Geriatr Psychiatry* 2010; 18: 859-61.

- Jeste D, Lacro J, Palmer B. Incidence of tardive dyskinesia in early stages of low-dose treatment with typical neuroleptics in older patients. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 309-11.
- Kørner A, Lopez A, Lauritzen L, Andersen P, Kessing L. Late and very-late first-contact schizophrenia and the risk of dementia a nationwide register based study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009; 24: 61-7.
- Meesters P, Comijs H, de Haan L, Smit H, Eikelenboom P, Beekman A, Stek M. Symptomatic remission and associated factors in a catchment area based population of older patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2011; 126: 237-44.
- Meesters PD, Stek ML. Ouderen met schizofrenie: prevalentie en verdeling naar ontstaansleeftijd in een psychiatrisch verzorgingsgebied in Amsterdam. *Tijdschrif Psychiatr* 2011; 53: 669-675.
- Rajji T, Mulsant B. Nature and course of cognitive function in late-life schizophrenia: A systematic review. *Schizophr Res* 2008; 102: 122-40.
- Reeves R, Brister J. Psychosis in late life. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2008; 46: 45-52.
- Simon V, van Winkel R, De Hert M. Are weight gain and metabolic side effects of atypical antipsychotics dose dependent? A literature review. *J Clin Psychiatry* 2009; 70: 1041-50.
- Vahia IV, Diwan S, Bankole AO, Kehn M, Nurhussein M, Ramirez P, Cohen CI. Adequacy of medical treatment among older persons with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2008; 59: 853-9.
- Vahia IV, Palmer BW, Depp C, Fellows I, Golshan S, Kraemer HC, Jeste DV. Is late onset schizophrenia a subtype of schizophrenia? *Acta Psychiatr Scand* 2010; 122: 414-26.

AUTEUR

JOSEPH PEUSKENS is hoogleraar Psychiatrie, UPC KU Leuven, campus Kortenberg.

Correspondentieadres: prof. dr. Joseph Peuskens, UPC KU Leuven, campus Kortenberg, Leuvensesteenweg 517, B 3070 Kortenberg, België.

E-mail: joseph.peuskens@uc-kortenberg.be.

Strijdige belangen: de auteur ontving honoraria van AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly, Janssen-Cilag, Lundbeck en Pfizer.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 6-6-2011.

TITLE IN ENGLISH Elderly with late-onset schizophrenia