

Ouderen met een bipolaire stoornis: achtergronden van speciale aanbevelingen in richtlijn

A. DOLS, S. SCHOUWS

- ACHTERGROND** Oudere patiënten met een bipolaire stoornis vormen een groeiende groep die om een gespecialiseerde benadering vraagt. Aanbevelingen, zoals in de richtlijn, voor deze groep worden veelal gebaseerd op onderzoek bij jongere patiënten of op Amerikaanse studies, als beste beschikbare bewijs.
- DOEL** Behandelaars bewust maken van de beperking van richtlijnen voor de groep oudere patiënten met een bipolaire stoornis.
- METHODE** Bespreken van een selectie van de Nederlandse studies naar oudere patiënten met een bipolaire stoornis en vergelijken van de resultaten met gegevens gevonden bij hun Amerikaanse leeftijdsgenoten en jongere patiënten met een bipolaire stoornis.
- RESULTATEN** Psychiatrische comorbiditeit is relatief zeldzaam bij oudere patiënten met een bipolaire stoornis. Oudere patiënten hebben gemiddeld wel twee comorbide lichamelijke ziektes en er is een hoog medicijngebruik. De cognitie is bij oudere patiënten gestoord, maar blijft ook na langere tijd stabiel. Het sociaal functioneren hangt samen met de cognitie. Minder dan de helft van de patiënten had onvervulde behoeftes en die betroffen met name behoefte aan gezelschap en dagelijkse activiteiten.
- CONCLUSIE** Het Nederlandse onderzoek bij oudere patiënten met een bipolaire stoornis bevestigt de verschillen met jongere patiënten met een bipolaire stoornis en hun Amerikaanse leeftijdsgenoten. Aanbevelingen kunnen niet zonder meer geëxtrapoleerd worden. Meer onderzoek is nodig om wetenschappelijk gefundeerde aanbevelingen voor deze groep te doen.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)11, 693-701

TREFWOORDEN behandeling, bipolaire stoornis, ouderen, richtlijn



693

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE | JAARGANG 58 | NOVEMBER 2017

Tegenwoordig is 25% van alle patiënten met een bipolaire stoornis ouder dan 60 jaar en dit zal nog verder toenemen, als gevolg van de vergrijzing, waarmee ouderen met een bipolaire stoornis niet langer als een kleine subgroep gezien moeten worden waarvoor specifieke aanbevelingen niet noodzakelijk zijn (Sajatovic e.a. 2015).

In richtlijnen tracht men klinisch en wetenschappelijk onderzoek te vertalen naar algoritmen die handzaam zijn voor klinici in de dagelijkse praktijk en die voorkómen dat

beslissingen en keuzes in de praktijk niet ondersteund worden door wetenschappelijk bewijs. Kritiek op richtlijnen is dat ze alleen gebaseerd zijn op placebogecontroleerde studies die geselecteerde patiënten includeren (Fountoulakis e.a. 2005).

Waarschijnlijk is dit een belangrijke reden dat in de meeste internationale richtlijnen voor het behandelen van een bipolaire stoornis specifieke aanbevelingen voor ouderen ontbreken (Dols e.a. 2016).

Specifieke aanbevelingen voor ouderen in richtlijn

In de recente multidisciplinaire richtlijn Bipolaire stoornissen (Kupka e.a. 2015) worden wel specifieke aanbevelingen voor ouderen geformuleerd. Samengevat:

- In de diagnostische fase wordt aanvullend onderzoek geadviseerd bij een eerste manie op latere leeftijd om eventuele neurologische, systemische en farmacologische oorzaken te traceren.
- De behandeladviezen komen, zowel psychologisch als farmacologisch, overeen met die bij jongere volwassenen. Met de kanttekening dat bij het voorschrijven van psychofarmaca rekening gehouden dient te worden met de lichamelijke conditie en overig medicatiegebruik.
- Somatische comorbiditeit bij ouderen is eerder regel dan uitzondering, waardoor een goede samenwerking met huisarts, andere specialisten en apotheek onontbeerlijk wordt geacht.
- Cognitieve stoornissen worden in verschillende mate gevonden bij oudere patiënten met een bipolaire stoornis. Een inventarisatie van de cognitieve status van oudere patiënten met een bipolaire stoornis zou dan ook standaard onderdeel van de behandeling moeten zijn.

Onderbouwing

Het relatieve gebrek aan onderzoek bij oudere patiënten met een bipolaire stoornis maakt dat de opstellers van de richtlijn de adviezen voor deze groep veelal baseren op het beschikbare onderzoek gedaan bij jongere volwassenen of bij oudere patiënten met een bipolaire stoornis in de Verenigde Staten.

Recent werd de zorgbehoefte van oudere psychiatrische patiënten behandeld door gespecialiseerde teams voor ouderenpsychiatrie vergeleken met die van patiënten in behandeling bij algemene psychiatrieteams. De zorgbehoefte in beide groepen was gelijk, maar er waren minder onvervulde zorgbehoeftes bij de groep die behandeld werd door gespecialiseerde ouderenpsychiatrieteams (Abdul-Hamid e.a. 2015). De zorgconcepten gebaseerd op effect bij jongere volwassenen lijken geëxtrapoleerd niet te voldoen aan de behoeften van oudere psychiatrische patiënten (Warner 2015).

Onderzoek in een groot cohort met jongere volwassenen met een bipolaire stoornis die geïncludeerd werden in de Verenigde Staten, Nederland en Duitsland laat zien dat Amerikaanse patiënten een ongunstiger beloop hadden (Post e.a. 2014a), met meer stressvolle gebeurtenissen voor en tijdens het beloop (Post e.a. 2013), meer somatische comorbiditeit (Post e.a. 2014b), een vroegere leeftijd waarop de stoornis zich openbaart en meer familiale belasting voor een psychiatrische aandoening bij hun kinderen (Post e.a. 2016). Het klinisch profiel van patiënten met een bipolaire stoornis uit de Verenigde Staten lijkt dus

AUTEURS

ANNEMIEK DOLS, psychiater en senior onderzoeker bij GGZ inGeest en VUmc, Amsterdam.

SIGFRIED SCHOUWS, klinisch neuropsycholoog en senior onderzoeker, GGZ inGeest en VUmc, Amsterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Sigfried Schouws, GGZ inGeest, en VUmc,
locatie De Nieuwe Valerius, Amstelveenseweg 589,
1081 JC, Amsterdam.
E-mail: s.schouws@ggzingeest.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 19-4-2017.

verschillend, en vooral ernstiger. Zowel het klinisch profiel als de behandelmogelijkheden van de Amerikaanse patiënten lijken niet te extrapoleren naar de patiënten met een bipolaire stoornis in Nederland; of dit ook geldt voor oudere patiënten met een bipolaire stoornis werd niet onderzocht.

In dit essay presenteren we het Nederlandse onderzoek dat gedaan is naar ouderen met een bipolaire stoornis en vergelijken dat met de uitkomsten bij jongere patiënten met een bipolaire stoornis en met internationale studies. Hiermee willen we de achtergrond schetsen van de aanbevelingen die in de recente richtlijn gedaan zijn.

METHODE

In Nederland zijn voor zover bekend twee cohortstudies gedaan bij ouderen met een bipolaire stoornis: een landelijke studie van 119 patiënten en een Amsterdamse studie van 101 patiënten.

Cohort 1 bestond uit 119 euthyme ambulante patiënten met een bipolaire I- en II-stoornis en 78 gezonde ouderen, allen 60 jaar en ouder. Patiënten met een bipolaire stoornis werden geworven bij poliklinieken van ggz-instellingen in vier verschillende regio's in Nederland en via een oproep van de patiëntenvereniging. Zij moesten ten minste drie weken euthym zijn volgens hun behandelaar. Patiënten met alcohol- of middelenmisbruik of diagnose dementie volgens de DSM-IV-criteria werden geëxcludeerd. Gezonde controlepersonen werden geworven bij activiteitencentra voor ouderen en via een oproep in huis-aan-huisbladen. De controlepersonen mochten geen huidige psychiatrische stoornis of verslaving aan middelen hebben of in het verleden hebben gehad en geen recente geheugenklachten aangeven.

Na twee jaar en na vijf jaar werden patiënten en controlepersonen weer benaderd om mee te doen aan een follow-uponderzoek. De uitval bedroeg na twee jaar 45% van de patiënten- en 46% van de controlegroep.

Cohort 2 bestond uit patiënten ouder dan 60 jaar van GGZ inGeest die behandeld werden in de regio's Zuid en Nieuw West van Amsterdam in 2012. Via het elektronisch patiëntendossier (Quarant Psygis) werd gezocht naar patiënten met een bipolaire stoornis. 25 van de 139 patiënten werden geëxcludeerd, 13 patiënten weigerden deelname en 23 patiënten gaven alleen toestemming voor gebruik van gegevens uit hun medisch dossier.

De studies werden goedgekeurd door de medisch-ethische commissie van het VU Medisch Centrum, Amsterdam.

Metingen

Kenmerken van de onderzoekspopulaties worden gepresenteerd in **TABEL 1**. De *Mini-Mental State Examination* (MMSE; Folstein e.a. 1975) werd gebruikt om een inschatting van het algehele cognitief functioneren te maken. De aanwezigheid van manische symptomen werd beoordeeld met de *Young Mania Rating Scale* (YMRS; Young e.a. 1978) en van depressieve symptomen met de *Center for Epidemiological Studies Depression Scale* (CES-D; Radloff 1977). De *Global Assessment of Functioning score* (GAF-score) is een maat voor psychologisch, sociaal en maatschappelijk functioneren (APA 2000).

TABEL 1 Demografische en klinische beschrijving

	Cohort 1	Cohort 2
Totaal aantal patiënten	119 ^a	101
Gem. leeftijd (SD)	70,4 (7,2)	68,9 (7,8)
Man	48%	46,5%
Opleiding ^b (SD)	5,2 (1,5)	5,2 (1,9)
Ziekte duur, in jaren (SD)	29,6 (14,8)	35,8 (13,6)
Lithiumgebruik	66%	54,5%
YMRS (SD)	1,1 (1,7)	5,2 (6,6)
CES-D (SD)	9,8 (7,3)	11,1 (10,2)
MMSE (SD)	28,2 (1,8)	27,8 (2,0)
Periode van dataverzameling	2005-2012	2012-2013

YMRS: Young Mania Rating Scale; CES-D: Center for Epidemiological Studies Depression Scale; MMSE: Mini Mental State Examination.

^aGezonde controlepersonen: n = 78; gemiddelde leeftijd 71,9 (SD 8,0) 28% man en gemiddeld opleidingsniveau 5,3 (SD 1,2).

^bVerhagescore: 1 = enkele jaren lager onderwijs, 2 = lager onderwijs, 3 = vervolgonderwijs minder dan 2 jaar, 4 = lager vervolgonderwijs, 5 = middelbaar vervolgonderwijs, 6 = hoger vervolgonderwijs, 7 = universiteit.

PSYCHIATRISCHE COMORBIDITEIT

In een diagnostisch interview (*Mini International Neuropsychiatric Interview*; Sheehan e.a. 1998) werd de psychiatrische comorbiditeit onderzocht.

PSYCHIATRISCHE VOORGESCHIEDENIS, MISBRUIK, FAMILIAIRE BELASTING EN STRESSOREN

De Nederlandse versie van *Questionnaire for Bipolar Disorder* (QBP) is aangepast na eerder gebruik in de Verenigde Staten (Suppes e.a. 2001). In de QBP-NL wordt de familiale belasting voor psychiatrische aandoeningen uitgevraagd. Er wordt ook gevraagd naar verbaal, emotioneel, fysiek en seksueel misbruik in de kindertijd, als ook het voorkomen van 16 negatieve en 8 positieve stressoren voor de eerste en de laatste episode.

LICHAMELIJKE GEZONDHEID

In een gestructureerd interview werd gevraagd naar somatische voorgeschiedenis, inclusief huidige klachten (Kriegsman e.a. 1996).

Tevens was er een screening op metabool syndroom: bloeddruk en buikomvang, en laboratoriumbepalingen van nuchtere glucose, triglyceriden en HDL-cholesterol conform ATP-III-criteria (Expert Panel on Detection and Treatment of High Blood Cholesterol 2001).

Medicatiegebruik werd uitgevraagd bij patiënt en in dossier en bij apotheek nagekeken.

COGNITIE

Een testbatterij werd afgenomen die vijf cognitieve domeinen omvatte (voor referenties van tests zie Schouws e.a. 2009):

- Aandacht/werkgeheugen: cijferreeksen (*Wechsler Adult Intelligence Scale*; WAIS-III); *Trail Making Test* versie A.
- Verbaal geheugen: 10 *Woordentest* (een aangepaste versie van de *Auditory Verbal Learning Test*).
- Visuoconstructie: natekenen (*Amsterdamse Dementie Screeningtest*) en klok tekenen.
- Executieve functies: *Trail Making Test* versie B; verkorte versie van de *Stroop Kleur Woord Test*; doolhoven (*Wechsler Intelligence Scale for Children*); regelwisseltest (*Behavioral Assessment of Dysexecutive Syndrome*).
- Verbale fluency (woordvlotheid): dieren en beroepen noemen (*Groninger Intelligentie Test*); letters D-A-T (*Control Oral Word Association Test*).

Premorbide intelligentie werd geschat met de *Nederlandse Leestest voor Volwassenen* (NLV). Subjectieve cognitieve klachten werden aangegeven op de *Cognitive Failures Questionnaire* (CFQ; Broadbent e.a. 1982).

SOCIAAL FUNCTIONEREN

Het sociaal functioneren werd gescoord van 1 tot 100, waarbij een score van ≥ 61 inhield dat er weinig tot geen beperkingen waren de afgelopen week (*Social and Occupational Functioning Assessment Scale* (SOFAS; APA 2000)). Deelname aan tien sociale activiteiten (bijv. op visite gaan en kerkbezoek) werden uitgevraagd (Depla e.a. 2003). Het sociale netwerk werd ook in kaart gebracht (zoals aantal personen met wie er betekenisvol contact was).

ZORGBEHOEFTE

De Nederlandse vertaling van de *Camberwell Assessment of Need in the Elderly* (CANE) werd gebruikt om zorgbehoefte, tegemoetgekomen en niet, vanuit patiënt- en hulpverlenerperspectief te inventariseren (Dröes e.a. 2004). Deze omvat 4 domeinen: omgeving, lichamelijk, psychologisch en sociale behoeften. Er zijn in totaal 24 items die gescoord kunnen worden als 0, 'geen probleem/geen behoefte', 1, 'geen of klein probleem als gevolg van continue hulp/interventie, tegemoetgekomen behoefte', 2, serieus probleem, onafhankelijk van continue interventie.

RESULTATEN

Cognitie (cohort 1)

In vergelijking met een groep ouderen zonder gezondheidsklachten presteren de oudere patiënten met een bipolaire stoornis lager op aandacht en tempo, geheugen, executieve functies en verbal fluency tests (Schouws e.a. 2009), waarbij patiënten met een laat begin het zwakst presteerden. Cardiovasculaire risicofactoren ($B = -0,20$; $p = 0,02$) en een groter aantal opnames in een psychiatrisch ziekenhuis ($B = 0,19$; $p = 0,04$) hadden een negatieve invloed op het cognitief functioneren (Schouws e.a. 2010). Patiënten die lithium gebruikten, presteerden minder op verschillende tests, maar niet wat betreft geheugen. Als andere risicofactoren erbij werden betrokken (ernst en duur van ziekte, cardiovasculaire risicofactoren), werd er geen verband meer gevonden tussen het gebruik van lithium en cognitieve prestaties. Bijna 60% van de oudere patiënten met een bipolaire stoornis had ook aanzienlijke subjectieve geheugenklachten (Schouws e.a. 2012a). Een heel verrassende bevinding was dat patiënten met een

TABEL 2 Overzicht van Nederlandse studies bij ouderen met een bipolaire stoornis volgens jaar van publicatie

1 ^e auteur jaar	Cohort	Onderwerp	Resultaat
Schouws 2009	1	Cognitie in relatie tot 'age at onset'	Ouderen met een bipolaire stoornis presteren zwakker dan even oude controlegroep op alle cognitieve domeinen; patiënten met een laat ontstane bipolaire stoornis presteren minder dan patiënten met een vroeg ontstane bipolaire stoornis
Schouws 2010	1	Risicofactoren voor verminderde cognitie	Cardiovasculaire risicofactoren en aantal psychiatrische opnames zijn risicofactoren voor verminderde cognitie; lithium niet
Schouws 2012a	1	Subjectieve cognitieve klachten	Patiënten met weinig subjectieve klachten hebben vaak veel objectieve cognitieve stoornissen, er is geen verschil met controlegroep
Schouws 2012b	1	Follow-up cognitie na 2 jaar	Geen verschil in achteruitgang tussen ouderen met een bipolaire stoornis en de even oude gezonde controlegroep
Dols 2014	2	Psychiatrische en somatische comorbiditeit van ouderen met een bipolaire stoornis	Comorbide psychiatrische diagnoses zijn zeldzaam, behalve middelenmisbruik; ouderen met een bipolaire stoornis hebben veel lichamelijke aandoeningen; ze gebruiken gemiddeld 2 psychofarmaca
Van Liempt 2016	2	Sociaal functioneren	Er zijn weinig of geen beperkingen in sociaal functioneren, er is een relatie tussen cognitie en sociaal functioneren
Dautzenberg 2016	2	Zorgbehoeftes	Onvervulde zorgbehoeftes van ouderen met een bipolaire stoornis betreffen vooral gezelschap en dagelijkse activiteiten
Schouws 2016	1	Follow-up cognitie na 5 jaar	Geen verschil in cognitieve achteruitgang tussen patiënten met bipolaire stoornis en gezonde controlegroep

bipolaire stoornis die minder subjectieve geheugenklachten hadden cognitief slechter functioneerden.

Na 2 jaar vertoonden oudere patiënten met een bipolaire stoornis ($n = 65$) zwakkere prestaties op cognitieve tests vergeleken met de controlegroep ($n = 42$), maar niet een sterkere achteruitgang (Schouws e.a. 2012b). Dezelfde resultaten werden ook gevonden na een follow-up van 5 jaar bij patiënten ($n = 56$) vergeleken met de controlegroep ($n = 44$) (Schouws e.a. 2016). Na 5 jaar had ongeveer de helft (29 van de 56 patiënten) in de tussentijd een niet-stabiele fase meegemaakt.

Diagnose en comorbiditeit (cohort 2)

56,4% had een bipolaire I-diagnose, en 75,6% had een eerste stemmingsepisode voor het 50ste levensjaar. Er waren geen verschillen tussen patiënten met respectievelijk bipolaire I- of II-stoornis, of vroeg of laat ontstane bipolaire stoornis wat betreft leeftijd, etniciteit, huwelijkse staat, opleidingsniveau, woonsituatie, roken en cognitie (gemeten met MMSE).

De prevalentie van psychiatrische comorbide diagnoses was laag, behalve voor alcoholafhankelijkheid (life-time 24,8%) en -misbruik (13,9%), als ook middelenmisbruik (life-time 8,9%).

Psychotische symptomen (bij manie of depressie) werden gevonden bij 52,5% van de patiënten.

Lichamelijke gezondheid (cohort 2)

Gemiddeld hadden oudere patiënten met een bipolaire stoornis 1,7 comorbide somatische aandoeningen (SD 1,6), voornamelijk hypertensie (27,8%), artrose (29,1%), allergieën (25,6%) en perifere atherosclerose (18,8%) (Dols e.a. 2014). 21,8% van de patiënten had geen lichamelijke aandoening. Patiënten gebruikten gemiddeld 1 medicijn voor een somatische aandoening (IQR 4), en 31,7% van de patiënten gebruikte 6 of meer medicijnen. 28,7% van de patiënten had metabool syndroom.

Medicatie (cohort 2)

Patiënten gebruikten gemiddeld 2 psychofarmaca (IQR 2), 54,5% gebruikte lithium, 35,6% anticonvulsiva en 27,7% antidepressiva (Dols e.a. 2014). Twee op de vijf patiënten werden behandeld met antipsychotica (39,6%) en sedativa (43,6%). Patiënten met een vroeg begin van de bipolaire stoornis gebruikten meer psychofarmaca, met name sedativa.

Hoewel 58,7% van de lithiumgebruikers bijwerkingen rapporteerde, hadden ze een positievere houding ten opzichte van de medicatie vergeleken met niet-lithiumgebruikers en rapporteerden een beter lichamenlijk en sociaal functioneren (Rej e.a. 2016)

Familiaire belasting en misbruik, life-events en eerste stemmingsepisode (cohort 2)

Familiaire belasting bij eerstegraads familieleden kwam voor bij 76,9% van de patiënten, en dan met name depressie (32,1%), gevolgd door bipolaire stoornis (24,4%) (Theising e.a. 2015). Familiaire belasting voor psychiatrische aandoeningen was geassocieerd met een vroeg begin van de bipolaire stoornis, dit was onafhankelijk van stressoren of misbruik.

Seksueel misbruik in de kinderleeftijd was relatief zeldzaam (7,7%) en lager dan gevonden bij ouderen met een depressie (22,6%), maar iets hoger dan bij ouderen zonder gezondheidsklachten (5,3%) (Comijs e.a. 2013).

Sociaal functioneren (cohort 2)

Er waren weinig of geen sociale beperkingen bij oudere patiënten met een bipolaire stoornis. Patiënten hadden gemiddeld drie vertrouwenspersonen met wie zij regelmatig contact hadden en aan wie zij ook steun ontleenden (van Liempt e.a. 2016). Een regelmatige participatie werd bij een meerderheid van de activiteiten genoemd. Cognitie was positief geassocieerd met sociaal functioneren ($\beta = 0,40$; $t = 3,00$; $p = 0,004$).

Zorgbehoefte (cohort 2)

Patiënten ($n = 78$) rapporteerden gemiddeld 4,3 behoeften (SD 3,5; uitersten 0-17), hetgeen overeenkwam met het aantal gescoord door de hulpverleners (4,4 behoeften) (Dautzenberg e.a. 2016). Patiënten rapporteerden vaker onvervulde behoeften dan de hulpverleners.

56,4% van de patiënten had geen onvervulde behoeften; vervulde behoeften betroffen met name individuele behoeften, huishouding, lichamelijke gezondheid, medicatie en psychische stress. Onvervulde behoeften betroffen gezelschap en dagelijkse activiteiten.

Er was matige overeenstemming tussen patiënten en hulpverleners over de behoeften (gemiddeld κ 0,45; $SD = 0,21$).

Het psychisch functioneren, en met name depressieve symptomen en cognitie, hing samen met het aantal behoeften volgens patiënten ($r = -0,41$) en hulpverleners ($r = -0,47$).

DISCUSSIE

De oudere patiënten met een bipolaire stoornis in de 2 cohorten waren in een euthyme fase en in poliklinische zorg, waarmee de bevindingen niet geëxtrapoleerd kunnen worden naar patiënten met actuele stemmingsklachten die opgenomen zijn, in een verzorgings- of verpleeghuis verblijven of voor wie de zorg is overgedragen aan de huisarts. Deze selectiebias is een beperking voor de representativiteit van de door ons beschreven onderzoeksresultaten.

Cognitie

Uit het Nederlandse onderzoek kunnen we concluderen dat de cognitie (aandacht, geheugen en executieve functies) van oudere patiënten met een bipolaire stoornis meer beperkt is vergeleken met ouderen zonder gezondheidsklachten (Schouws e.a. 2009; 2010; 2012a; 2012b). Dit sluit aan bij de internationale onderzoeken op dit gebied (zie voor een recent overzicht (Samame e.a. 2013)). Deze beperkingen zijn wel stabiel over langere tijd (5 jaar) (Schouws e.a. 2016). Dit is een belangrijke bevinding omdat dit een van de weinige longitudinale studies is bij oudere patiënten met een bipolaire stoornis en een even oude controle-groep. Deze bevinding past niet in de 'neuroprogressie'-hypothese waarbij iedere stemmingsepisode toxisch zou zijn voor het brein en een versnelde veroudering in gang zou zetten (Rizzo e.a. 2014).

Uit het onderzoek blijkt verder dat vooral cardiovasculaire risicofactoren een negatieve invloed hebben op het cognitief functioneren. Een andere bevinding uit het Nederlandse onderzoek is dat objectieve cognitieve beperkingen niet automatische samengaan met meer subjectieve klachten; dit sluit aan bij de internationale literatuur. Het advies is om oudere patiënten in de loop van de behandeling minstens één keer cognitief te laten screenen (Dols e.a. 2012; Kupka e.a. 2015). Dit is van belang als er klachten zijn over de cognitie en het algeheel functioneren of als de behandelaar die vermoedt, maar ook om een uitgangsmeting te hebben.

Lichamelijke gezondheid en medicatie

Oudere patiënten met een bipolaire stoornis hebben gemiddeld 1,7 comorbide lichamelijke ziektes; dit is lager dan de 3-4 comorbide lichamelijke ziektes die gevonden zijn bij een review van voornamelijk Amerikaanse studies (Lala & Sajatovic 2012). Metabool syndroom (28,7%) kwam niet vaker voor dan bij gezonde ouderen (44-48%) (Blokstra e.a. 2012) of jongere patiënten met een bipolaire stoornis (37,3%) (Vancampfort e.a. 2013). In een prospectief onderzoek werd bij 43% van de oudere patiënten met een ernstig psychiatrische aandoening (gemiddelde leeftijd 69 jaar; 52% met een bipolaire stoornis, 48% met schizofrenie) metabool syndroom gevonden, dit was niet hoger dan bij een populatie ouderen zonder psychiatrische stoornis (39,5%; $p = 0,60$) (Konz e.a. 2014; 2016).

Ouderen met een bipolaire stoornis hebben echter een hogere mortaliteit: als gevolg van cardiovasculaire en andere ziektes sterven zij gemiddeld 10 jaar eerder (Westman e.a. 2013).

Medicamenteuze behandeling bestaat bij ongeveer de helft van de oudere patiënten met een bipolaire stoornis uit lithium (Dols e.a. 2014), in tegenstelling tot de klinische praktijk in bijvoorbeeld de Verenigde Staten waar anticon-

vulsiva en antipsychotica veelal gebruikt worden (Shulman e.a. 2003).

Beginleeftijd en familiale belasting

Het belang van de leeftijd waarop zich een eerste stemmingsepisode voordoet en het afkappunt daarvan is vaak onderwerp van discussie. In de Nederlandse studie waren er klinisch weinig verschillen tussen patiënten met een bipolaire stoornis met een vroeg of laat begin, behalve dat er meer cognitieve beperkingen gevonden werden bij patiënten met een laat begin (Schouws e.a. 2009).

Het is een opvallende bevinding dat 46,1% van de Nederlandse patiënten met een bipolaire stoornis een ouder heeft met een psychiatrische aandoening, want dit is veel lager dan de 75,5% die gevonden wordt in de Verenigde Staten (Antypa & Serretti 2014). Studies waarin Europese patiënten met een bipolaire stoornis vergeleken werden met Amerikaanse concludeerden ook dat de familiale belasting in Europa lager is (Post e.a. 2013; 2016).

Sociaal functioneren

Het blijkt dat met name een verminderde cognitie samenhangt met minder sociaal functioneren (van Liempt e.a. 2016). Hoewel minder dan de helft van de oudere patiënten met een bipolaire stoornis onvervulde zorgbehoeften rapporteerde, betroffen deze voornamelijk het sociaal functioneren, zoals behoefte aan gezelschap en dagelijkse activiteiten (Dautzenberg e.a. 2016). Interventies gericht op sociale vaardigheden en rehabilitatie bij ouder patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen zijn succesvol gebleken om terugval te voorkomen en zelfstandig wonen te behouden (Mueser e.a. 2010).

'Survivors'

Patiënten met een bipolaire stoornis die ouder worden en in poliklinische zorg blijven, hebben andere kenmerken dan jongere volwassenen met deze stoornis. Er is minder psychiatrische, maar meer somatische comorbiditeit (Dols e.a. 2014). Een mogelijke verklaring is dat patiënten met een bipolaire stoornis die ouder zijn dan 60 jaar 'overlevers' zijn.

CONCLUSIE

De resultaten van onderzoeken zoals die de laatste jaren in Nederland zijn gedaan, sluiten aan bij de internationale opvattingen dat oudere patiënten met een bipolaire stoornis een groep vormen waarvoor speciale aanbevelingen gelden. Aandacht voor de somatische toestand is bij oudere patiënten van groot belang. Cognitie speelt een belangrijke rol bij sociaal functioneren en zorgbehoefte. Een interventie voor oudere patiënten met een bipolaire stoornis gericht op verbetering van hun sociaal functioneren zou

veelbelovend kunnen zijn omdat hiermee de zorgbehoefte af zou kunnen nemen en het cognitief functioneren zou kunnen verbeteren.

Nederlandse oudere patiënten met een bipolaire stoornis lijken andere kenmerken te hebben dan Amerikaanse, waardoor we voorzichtig kunnen concluderen dat (medicatie)studies bij Amerikaanse patiënten zich niet laten extrapoleren naar de Nederlandse situatie. In de Verenigde Staten lijkt, naast hogere genetisch kwetsbaarheid, het slechtere beloop van een bipolaire stoornis ook bepaald door gebrekkige primaire en secundaire preventie (Post e.a. 2014a).

Toekomstig onderzoek zal zich moeten richten op wat het effect is van de lichamelijke toestand, cognitief functione-

ren en kenmerken van de behandeling op een eventuele achteruitgang en welke copingstijlen en interventies de toestand van een patiënt kunnen bevorderen. Studies waarin oudere patiënten met een bipolaire stoornis direct worden vergeleken met hun Amerikaanse leeftijdsgenoten en met jongere patiënten kunnen verder verduidelijken wat de verschillen en overeenkomsten zijn. Om beter te begrijpen welke factoren bijdragen aan succesvol ouder worden met een bipolaire stoornis zouden jongere patiënten met een bipolaire stoornis longitudinaal onderzocht moeten worden.

 Max Stek en Piet Eikelenboom gaven commentaar op de eerdere versie van het manuscript.

LITERATUUR

- Abdul-Hamid WK, Lewis-Cole K, Holloway F, Silverman AM. Comparison of how old age psychiatry and general adult psychiatry services meet the needs of elderly people with functional mental illness: cross-sectional surveydagger. *Br J Psychiatry* 2015; 207: 440-3.
- Antypa N, Serretti A. Family history of a mood disorder indicates a more severe bipolar disorder. *J Affect Disord* 2014; 156: 178-86.
- APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington DC: American Psychiatric Press; 2000.
- Blokstra A, Vissink P, Venmans LMAJ, Holleman P, van der Schouw YT, Smit HA, e.a. Nederland de maat genomen, 2009-2010: Monitoring van risicofactoren in de algemene bevolking. RIVM Rapport 260152001. Bilthoven: RIVM; 2012.
- Broadbent DE, Cooper PF, Fitzgerald P, Parkes KR. The Cognitive Failures Questionnaire (CFQ) and its correlates. *Br J Clin Psychol* 1982; 21 (Pt 1): 1-16.
- Comijs HC, van Exel E, van der Mast RC, Paauw A, Oude Voshaar R, Stek ML. Childhood abuse in late-life depression. *J Affect Disord* 2013; 147: 241-6.
- Dautzenberg G, Lans L, Meesters PD, Kupka R, Beekman A, Stek ML, e.a. The care needs of older patients with bipolar disorder. *Aging Ment Health* 2016; 20: 899-907.
- Depla MF, de Graaf R, van Busschbach JT, Heeren TJ. Community integration of elderly mentally ill persons in psychiatric hospitals and two types of residences. *Psychiatr Serv* 2003; 54: 730-5.
- Dols A, Kessing LV, Strejilevich SA, Reij S, Tsai SY, Gildengers AG, e.a. Do current national and international guidelines have specific recommendations for older adults with bipolar disorder? A brief report. *Int J Geriatr Psychiatry* 2016.
- Dols A, Rhebergen D, Beekman A, Kupka R, Sajatovic M, Stek ML. Psychiatric and medical comorbidities: results from a bipolar elderly cohort study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2014; 22: 1066-74.
- Dols A, van Gerven H, Oostervink F, Schouws S, Tolner I, Kupka RW, e.a. Aandachtspunten voor de behandeling van ouderen met een bipolaire stoornis. *Tijdschr Psychiatr* 2012; 54: 75-80.
- Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001; 285: 2486-97.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. 'Mini-mental state'. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12: 189-98.
- Fountoulakis KN, Vieta E, Sanchez-Moreno J, Kaprinis SG, Goikolea JM, Kaprinis GS. Treatment guidelines for bipolar disorder: a critical review. *J Affect Disord* 2005; 86: 1-10.
- Konz HW, Meesters PD, Paans NP, van Grootheest DS, Comijs HC, Stek ML, e.a. Screening for metabolic syndrome in older patients with severe mental illness. *Am J Geriatr Psychiatry* 2014; 22: 1116-20.
- Konz HW, Meesters PD, Paans NP, van Grootheest DS, Comijs HC, Stek MS, e.a. Metabole screening bij oudere patiënten met ernstige psychiatrische aandoening. *Tijdschr Psychiatr* 2016; 58: 61-6.
- Kriegsman DM, Penninx BW, van Eijk JT, Boeke AJ, Deeg DJ. Self-reports and general practitioner information on the presence of chronic diseases in community dwelling elderly: A study on the accuracy of patients' self-reports and on determinants of inaccuracy. *J Clin Epidemiol* 1996; 49: 1407-17.
- Kupka R, Goossens P, van Bendegem M, Daemen P, Daggenvoorde T, Daniels M, e.a. Multidisciplinaire richtlijn Bipolaire Stoornis. Utrecht: De Tijdstroom; 2015.
- Lala SV, Sajatovic M. Medical and psychiatric comorbidities among elderly individuals with bipolar disorder: a literature review. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2012; 25: 20-5.

- Liempt S van, Dols A, Schouws S, Stek ML, Meesters PD. Comparison of social functioning in community-living older individuals with schizophrenia and bipolar disorder: a catchment area-based study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2016.
- Mueser KT, Pratt SI, Bartels SJ, Swain K, Forester B, Cather C, e.a. Randomized trial of social rehabilitation and integrated health care for older people with severe mental illness. *J Consult Clin Psychol* 2010; 78: 561-73.
- Post RM, Altshuler L, Kupka R, McElroy S, Frye MA, Rowe M, e.a. More pernicious course of bipolar disorder in the United States than in many European countries: implications for policy and treatment. *J Affect Disord* 2014a; 160: 27-33.
- Post RM, Altshuler L, Leverich G, Nolen W, Kupka R, Grunze H, e.a. More stressors prior to and during the course of bipolar illness in patients from the United States compared with the Netherlands and Germany. *Psychiatry Res* 2013; 210: 880-6.
- Post RM, Altshuler LL, Kupka R, McElroy SL, Frye MA, Rowe M, et al. More illness in offspring of bipolar patients from the U.S. compared to Europe. *J Affect Disord* 2016; 191: 180-6.
- Post RM, Altshuler LL, Leverich GS, Frye MA, Suppes T, McElroy SL, e.a. More medical comorbidities in patients with bipolar disorder from the United States than from the Netherlands and Germany. *J Nerv Ment Dis* 2014b; 202: 265-70.
- Radloff LS. The CES-D scale: A self report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas* 1977; 1: 385-401.
- Rizzo LB, Costa LG, Mansur RB, Swardfager W, Belangero SI, Grassi-Oliveira R, e.a. The theory of bipolar disorder as an illness of accelerated aging: implications for clinical care and research. *Neurosci Biobehav Rev* 2014; 42: 157-69.
- Sajatovic M, Strejilevich SA, Gildengers AG, Dols A, Al Jurdi RK, Forester BP, e.a. A report on older-age bipolar disorder from the International Society for Bipolar Disorders Task Force. *Bipolar Disord* 2015; 17: 689-704.
- Samame C, Martino DJ, Strejilevich SA. A quantitative review of neurocognition in euthymic late-life bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2013; 15: 633-44.
- Schouws SN, Comijs HC, Dols A, Beekman AT, Stek ML. Five-year follow-up of cognitive impairment in older adults with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2016; 18: 148-54.
- Schouws SN, Comijs HC, Stek ML, Beekman AT. Self-reported cognitive complaints in elderly bipolar patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2012a; 20: 700-6.
- Schouws SN, Comijs HC, Stek ML, Dekker J, Oostervink F, Naarding P, et al. Cognitive impairment in early and late bipolar disorder. *Am J Geriatr Psychiatry* 2009; 17: 508-15.
- Schouws SN, Stek ML, Comijs HC, Beekman AT. Risk factors for cognitive impairment in elderly bipolar patients. *J Affect Disord* 2010; 125: 330-5.
- Schouws SN, Stek ML, Comijs HC, Dols A, Beekman AT. Cognitive decline in elderly bipolar disorder patients: a follow-up study. *Bipolar Disord* 2012b; 14: 749-55.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, e.a. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Suppl 20): 22-33.
- Shulman KI, Rochon P, Sykora K, Anderson G, Mamdani M, Bronskill S, et al. Changing prescription patterns for lithium and valproic acid in old age: shifting practice without evidence. *BMJ* 2003; 326: 960-1.
- Suppes T, Leverich GS, Keck PE, Nolen WA, Denicoff KD, Altshuler LL, et al. The Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network. II. Demographics and illness characteristics of the first 261 patients. *J Affect Disord* 2001; 67: 45-59.
- Thesing CS, Stek ML, van Grootheest DS, van de Ven PM, Beekman AT, Kupka RW, e.a. Childhood abuse, family history and stressors in older patients with bipolar disorder in relation to age at onset. *J Affect Disord* 2015; 184: 249-55.
- Vancampfort D, Vansteelandt K, Correll CU, Mitchell AJ, De Herdt A, Sienaert P, e.a. Metabolic syndrome and metabolic abnormalities in bipolar disorder: a meta-analysis of prevalence rates and moderators. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 265-74.
- Warner JP. Old age psychiatry in the modern agedagger. *Br J Psychiatry* 2015; 207: 375-6.
- Westman J, Hallgren J, Wahlbeck K, Erlinge D, Alfredsson L, Osby U. Cardiovascular mortality in bipolar disorder: a population-based cohort study in Sweden. *BMJ Open* 2013; 3(4).
- Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry* 1978; 133: 429-35.

SUMMARY

Older patients with a bipolar disorder, a distinctive group

A. DOLS, S. SCHOUWS

- BACKGROUND** The number of older adults with bipolar disorders is growing and warrants a specific approach. Recommendations, as in the current guideline, are mostly based on research in samples with younger patients or from the United States, as best available evidence.
- AIM** To raise awareness of the limitations of the current guidelines for older adults with bipolar disorder.
- METHOD** We present a selection of Dutch studies on older adults with bipolar disorder and compared these findings with research done in younger patients or older patients from the United States.
- RESULTS** Psychiatric comorbidity is relatively rare, somatic comorbidity is more frequent as is medication use. Cognition is impaired, but stable after 5 years of follow-up. Social functioning is associated with cognition. Less than half of the older adults with bipolar disorders reported unmet needs, mostly on company and daily activities.
- CONCLUSION** Dutch research on older adults with bipolar disorder confirms the differences with younger patients with bipolar disorder and their American peers. Recommendations can't be extrapolated to older adults with bipolar disorders. More research is needed to provide evidence based guidelines for this special population.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)11, 693-701

KEY WORDS bipolar disorder, elderly, guidelines, treatment