

Psychiatrische aandoeningen bij ouderen: interindividuele variabiliteit, specifieke presentatie en leeftijdsdiscriminatie

S.P.J. van Alphen, A.C. Videler, S. Sobczak

- Achtergrond** De ouderenpsychiatrie is nog een relatief jong vakgebied, maar heeft zich de laatste jaren onmisbaar gemaakt. Psychiatrische aandoeningen bij ouderen hebben specifieke kenmerken.
- Doel** Beschrijven wat ouderen 'anders' maakt vergeleken met jongere cohorten.
- Methode** Niet-systematisch literatuuronderzoek.
- Resultaten** Ouderen worden gekenmerkt door een grote interindividuele variabiliteit, soms specifieke klinische presentatie van psychiatrische aandoeningen en/of multimorbiditeit, inclusief polyfarmacie, hetgeen resulteert in een eigen ketenzorg met aandacht voor leeftijdsspecifieke aanpassingen in de behandeling.
- Conclusie** Psychiatrische aandoeningen bij ouderen vraagt om specialistische expertise en multidisciplinaire samenwerking. Om ouderen optimaal te behandelen dient 'leeftijdsdiscriminatie' eveneens grondig te worden aangepakt.

De ouderenpsychiatrie is nog een relatief jong vakgebied, maar heeft zich de laatste jaren onmisbaar gemaakt in zowel de klinische praktijk, het wetenschappelijk onderzoek als het onderwijs. Dit houdt vooral verband met de sociaal-demografische trend van een alsmat toenemende dubbele vergrijzing: het aandeel Nederlanders van 65 jaar en ouder neemt toe van ongeveer 20% in 2020 tot 25% in 2030 en daarnaast stijgt de levensverwachting van 81,5 jaar in 2015 naar bijna 86 jaar in 2040 (RIVM 2018). Door dit snelgroeiende segment van de bevolking met specifieke fysieke en mentale behoeften neemt de vraag naar het aantal ouderenpsychiaters toe.

In dit artikel gaan wij in op specifieke kenmerken van psychiatrische aandoeningen bij ouderen met als kernvraag: wat maakt ouderen 'anders' vergeleken met jongere cohorten? Hiertoe leggen we het accent op de interindividuele variabiliteit van ouderen, gevolgd door veelvoorkomende of specifieke klinische presentatie van psychiatrische aandoeningen op latere leeftijd, multimorbiditeit en aanpassingen in de behandeling van ouderen.

Interindividuele variabiliteit

Accumulatie van individuele levenservaringen, ingebed in een bepaalde fysieke en sociale context en getekend door historische gebeurtenissen leiden tot grote interin-

dividuele variabiliteit onder ouderen (Knipscheer 2006). Maar wat is oud? Kalenderleeftijd is een arbitrair criterium om de leeftijdsgrens voor ouderen aan te geven. Doorgaans liggen de grenzen voor 'oud' tussen 55 en 75 jaar, waarbij men ook onderscheid maakt tussen jongere ouderen tot 75 jaar en oudere ouderen vanaf 75-plus of 80-plus (Laslett 1987).

Kalenderleeftijd is echter een suboptimaal criterium voor ouderdom. De mate van biopsychosociale kwetsbaarheid doet meer recht hieraan en bevat meerdere domeinen: het biologische domein (het aantal aanwezige lichamelijke ziekten), het psychische domein (geheugen, affect en persoonlijkheid) en het sociale domein (verandering van rol, zingeving en contacten met anderen) (Akwa-GGZ 2017). Met de leeftijd neemt ook de interindividuele spreiding toe in termen van biopsychosociale kwetsbaarheid. Dit betekent dat het totaal aan fysieke en mentale beperkingen (multimorbiditeit) bij ouderen behoorlijk kan verschillen, en daarmee ook de zorgbehoeften.

Deze verschillen maken de ketenzorg voor ouderen uniek waarbij type, ernst en aantal van genoemde kwetsbaarheden mede richting geven waar ouderen met psychiatrische aandoeningen in de keten van huisartsenpraktijk, klinische geriatrie, ggz en de verpleging-, verzorging- en thuiszorgsector (VVT) worden behandeld.

AUTEURS

Bas van Alphen, bijzonder hoogleraar Klinische ouderenpsychologie, Vrije Universiteit Brussel; bijzonder hoogleraar Gezondheidszorgpsychologie, Tilburg University; hoofd topklinisch centrum voor ouderen met persoonlijkheidsstoornissen, Mondriaan, Heerlen-Maastricht.

Arjan Videler, psychotherapeut en manager behandeling, PersonaCura, topklinisch centrum voor persoonlijkheidsstoornissen en autisme, GGz Breburg; Tranzo, Tilburg University.

Sjacko Sobczak, ouderenpsychiater, Mondriaan, senior onderzoeker, Department of Neuropsychology and Psychopharmacology, Faculty of Psychology and Neuroscience, Maastricht University.

Correspondentie

Prof. dr. S.P.J. van Alphen (b.van.alphen@mondriaan.eu).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 16-3-2022.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2022;64(8):494-496

Specifieke klinische presentatie van psychiatrische aandoeningen

Biopsychosociale veroudering heeft gevolgen voor de prevalentie van psychische aandoeningen en de klinische presentatie van psychiatrische aandoeningen bij ouderen. Zo zijn neurocognitieve stoornissen, zoals de ziekte van Alzheimer, de meest vóórkomende vorm van psychiatrische aandoeningen bij ouderen. De prevalentie van dementie bij 65-jarigen is ruim 8%, bij 80-plussers ruim 25% en bij 90-plussers ruim 40% (<https://www.alzheimer-nederland.nl/factsheet-cijfers-en-feiten-over-dementie>).

Zeer laat ontstane schizofrenie heeft een prevalentie van 0,55%, vergelijkbaar met het voorkomen van schizofrenie bij jongere patiëntenpopulaties. Wel heeft deze stoornis een specifieke klinische presentatie waarbij symptomen pas na het 60ste levensjaar manifest worden en waarbij formele denkstoornissen en negatieve symptomen veelal ontbreken. Verder wordt de partitiewaan, de overtuiging dat mensen, voorwerpen, of stralen door o.a. muren of plafonds het huis binnenkomen, bij ouderen met enige regelmaat gezien (Meesters 2018).

De prevalentie van depressies en angststoornissen bij ouderen is 14% respectievelijk 25% (Andreas e.a. 2017). Bij depressies vertonen ouderen vaker somatische symptomen, zoals maag-darmklachten of algehele malaise. Ouderen zijn pessimistischer over de toekomst, vertonen zowel meer slaapproblemen en dagschommelingen als anhedonie, maar minder prikkelbaarheid, concentratieproblemen, twijfelzucht, schuldgevoelens, interpersoonlijke sensitiviteit, angstsymptomen of libidoverlies vergeleken met jongere volwassenen (Hendriks & Oude Voshaar 2021). Daarnaast laten de *depression-executive dysfunctioning*- en de 'vasculaire depressie'-syndromen als gevolg van disfunctie in de frontostriatale hersencircuits een afwijkend klinisch beeld zien omdat de depressieve stemming, suïcidaliteit en

somatische symptomen minder op de voorgrond staan terwijl apathie, psychomotore traagheid, anhedonie en oordeel- en kritiekstoornissen vaker worden waargenomen (Alexopoulos 2019).

Bepaalde angststoornissen bij ouderen vertonen een specifieke klinische presentatie, zoals de val-, incontinentie- en vergeetfobie (Oude Voshaar e.a. 2018). Daarnaast blijkt, door vooraansnog onduidelijke oorzaken, dat de gegeneraliseerde angststoornis zeven keer vaker voorkomt bij ouderen dan bij jongere volwassenen. Voor persoonlijkheidsstoornissen ten slotte geldt dat de prevalentie daarvan bij ouderen in de algemene bevolking tussen 10-15% ligt en daarmee vergelijkbaar is met die bij jongere cohorten (Penders e.a. 2020); wel kan de presentatie van deze chronische aandoening op latere leeftijd veranderen. Zo staat bij ouderen met cluster B-persoonlijkheidsstoornissen agressief of impulsief gedrag minder op de voorgrond en ligt het accent meer op passieve-agressieve, hypochondrische en depressieve uitingen (van Alphen e.a. 2012).

Multimorbiditeit

Lichamelijke ziekten, cognitieve stoornissen en psychiatrische aandoeningen gaan vaak samen bij ouderen. De relatie tussen deze multimorbiditeit en ouderenpsychiatrie is tweeledig. Enerzijds verhoogt een voorgeschiedenis van psychische aandoeningen in het leven het risico op het ontstaan van allerlei aandoeningen, zoals cardiovasculaire aandoeningen, diabetes, overgewicht, cognitieve disfuncties en dementie (Bahorik e.a. 2017). Zo is uit een meta-analyse gebleken dat mensen met een posttraumatische stressstoornis een verhoogde kans hebben op het ontstaan van dementie (gepoolde hazardratio 1,61-2,11) (Günak e.a. 2020). Een aantal psychiatrische aandoeningen, zoals dementie, lijkt gerelateerd aan gedeelde risicofactoren, zoals een ongezonde leefstijl, lage sociaal-economische status, gebruik van middelen

en chronische polyfarmacie (Elias e.a. 2020). Anderzijds kunnen somatische aandoeningen en dementie ook weer ten grondslag liggen aan op latere leeftijd debuterende psychische symptomen, zoals neuropsychiatrische symptomen bij dementie.

Multimorbiditeit gaat gepaard met polyfarmacie; ongeveer 45% van de ouderen in Nederland gebruikt 5 of meer medicijnen tegelijk en voor bijna 20% van de 75-plussers loopt dit op tot meer dan 9 (Lemmens & Weeda 2013). Polyfarmacie brengt risico's met zich mee, zoals ongewenste bijwerkingen, risico's op complicaties en cognitieve bijwerkingen, zoals het cumulatieve anticholinerge effect op cognitie waar vooral ouderen gevoelig voor zijn (Jyrkkä e.a. 2011).

Behandeling

Het therapeutische pessimisme bij ouderen is een stevige erfenis van Freud uit 1905 vanwege zijn overtuiging dat psychoanalytische psychotherapie faalt bij mensen vanaf vijftig jaar omdat er te veel te verwerken valt en het vermogen om psychische processen ongedaan te maken afneemt (van Alphen 2019).

Deze uiting van leeftijdsdiscriminatie en stereotypering wordt 'ageism' genoemd. Dit ongewenst fenomeen, dat breed voorkomt in de maatschappij (Levy e.a. 2020), kan niet alleen leiden tot onderbehandeling, maar ook dat psychische klachten als 'passend bij de leeftijd' worden beschouwd, met onderdiagnostiek tot gevolg. Zo zochten ouderen met depressieve klachten die deze symptomen toeschreven aan hun leeftijd, 4,3 keer zo weinig hulp bij hun huisarts (Sarkisian e.a. 2003). In recent Duits onderzoek bleken ouderen met eenzelfde behoefte aan psychotherapie een veel kleinere kans te hebben om daarvoor te worden verwezen, vergeleken met jongvolwassenen (65-74-jarigen met OR 2,72 en 75+-ers met OR 4,76; Gellert e.a. 2021). Ageism is momenteel de meest voorkomende en ingrijpendste vorm van discriminatie tegen mensen op basis van hun leeftijd met ernstige negatieve gevolgen voor de lichamelijke en psychische gezondheid van ouderen (Officer e.a. 2016).

Hoopvol daarentegen is dat de wetenschappelijke bewijsvoering gestaag toeneemt dat ouderen even goed kunnen profiteren van psychotherapie als jongere cohorten. Zo blijkt dat leeftijd op zich geen betekenisvolle factor vormt in de effectiviteit van psychotherapie voor depressie voor jongere en oudere volwassenen (Cuijpers e.a. 2020).

Op onderdelen vraagt psychotherapie bij ouderen wel aanpassing. Voorbeelden zijn het ter discussie stellen van negatieve opvattingen bij de patiënt over ouder worden, psychotherapie en psychiatrie (Laidlaw & Thompson 2014) of de omgang met existentiële thema's als de dood, rouw en de zin van het leven (Videler 2022). Life-reviewtherapie is speciaal voor ouderen met depressies ontwikkeld, waarbij men systematisch terugkijkt op het leven en zoekt naar nieuwe reconstructies van het levensverhaal (Westerhof & Slatman 2019). Ook het heractiveren van positieve zelfopvattingen of sche-

ma's, die minder ondersteund worden met het ouder worden, lijkt een zinvolle aanpassing (Videler e.a. 2020).

CONCLUSIE

Ouderen worden gekenmerkt door een grote interindividuele variabiliteit, soms specifieke klinische presentatie van psychiatrische aandoeningen en/of multimorbiditeit, inclusief polyfarmacie, hetgeen resulteert in een specifieke ketenzorg met aandacht voor leeftijdsspecifieke aanpassingen in de behandeling. Dit vraagt om specialistische expertise, niet alleen van de ouderenpsychiater, maar ook van een multidisciplinair team waarbij naast de ouderenpsychiater, de klinisch (ouderen)psycholoog, de klinisch geriater, de specialist ouderengeneeskunde en de verpleegkundig (ouderen-) specialist niet mogen ontbreken.

Het overstijgende doel is de behandeling en zorg zoveel mogelijk aan te laten sluiten bij de persoonlijke behoeften van ouderen zodat zij het leven kunnen blijven leiden dat zij wensen, ondanks dat zij medische zorg en veelal zorg van anderen nodig hebben. Een voorwaarde is wel dat ageism, zowel in de zorg als in de maatschappij, grondig wordt aangepakt om onderdiagnostiek en onderbehandeling van ouderen met psychiatrische aandoeningen te voorkomen.

LITERATUUR

- Akwa-GGZ. Ggz standaarden: Ouderen met psychische aandoeningen. 2017 <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/ouderen-met-psychische-aandoeningen/>
- Alexopoulos GS. Mechanisms and treatment of later-life depression. *Transl Psychiatry* 2019; 9: 188.
- Alphen SPJ van, Bolwerk N, Videler AC, e.a. Age related aspects and clinical implementations of diagnosis and treatment of personality disorders in older adults. *Clin Gerontol* 2021; 35: 27-41.
- Alphen SPJ van. Een persoonlijke kwestie. Inaugurale rede leerstoel beroepsopleiding tot gezondheidszorgpsycholoog. Tilburg University; 2019.
- Andreas S, Schulz H, Volkert J, e.a. Prevalence of mental disorders in elderly people: The European MentDis_ICF65+study. *Br J Psychiatry* 2017; 210: 125-31.
- Alzheimer Nederland. Factsheet feiten en cijfers over dementie. <https://www.alzheimer-nederland.nl/factsheet-cijfers-en-feiten-over-dementie>.
- Bahorik AL, Satre DD, Kline-Simon AH, e.a. Serious mental illness and medical comorbidities: Findings from an integrated health care. *J Psychosom Res* 2017; 100: 35-45.
- Cuijpers P, Karyotaki E, Eckshtain D, e.a. Psychotherapy for depression across different age groups: A systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2020; 77: 694-702.
- Elias A, Rowe C, Hopwood M. Risk of dementia in posttraumatic stress disorder. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2020; 34: 555-64.
- Gellert P, Lech S, Kessler EM. Perceived need for treatment and non-utilization of outpatient psychotherapy in old age: two cohorts of a nationwide survey. *BMC Health Serv Res* 2021; 21: 442.
- Günak MM, Billings J, Carratu E, e.a. Post-traumatic stress disorder as a risk factor for dementia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2020; 217: 600-8.

De overige literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.