

VU Research Portal

Herfst in de hersenen, over stemmingsstoornissen en veroudering

Stek, M.L.

2010

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Stek, M. L. (2010). *Herfst in de hersenen, over stemmingsstoornissen en veroudering*.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

Oratie

'Herfst in de hersenen, over stemmingsstoornissen en veroudering'

Max L. Stek

Mijnheer de Rector, beste collega's, vrienden en familie, gewaardeerde
toehoorders,

Inleiding

Een verstoorde stemming en veroudering lijken al heel lang hand in hand
te gaan, zo blijkt uit meerdere geschriften. Het meest plastisch drukt

Robert Burton zich hierover uit als hij in 1621 in zijn essay *The Anatomy
of Melancholy* schrijft: 'After 70 years, all is trouble and sorrow...'

Op zich lijkt de gedachte dat veroudering leidt tot somberheid begrijpelijk,
immers ouder worden gaat per definitie gepaard met verlies van functies
en wie zou daar niet somber van worden? Dit idee wordt echter niet
gestaafd door de feiten. Zo bleek in bevolkingsonderzoek onder de oudste
ouderen van 85 jaar in Leiden dat verreweg het grootste deel van de
deelnemers, ondanks het bestaan van beperkingen en handicaps,
tevreden en gelukkig was met het bestaan (2). In lijn met de resultaten
van dit onderzoek, waarbij kwantitatieve en kwalitatieve methodes zijn
toegepast, staat het concept 'Succesvolle veroudering' de laatste tijd weer
sterk in de belangstelling. Uit empirisch onderzoek blijkt dat de
aanwezigheid van beperkingen en handicaps niet per se tot somberheid
en pessimisme hoeft te leiden (3). Dit is de prettige boodschap,

geruststellend voor ons allen, jong en oud, hier aanwezig. Echter vanuit een ander perspectief bekeken is er ook een andere boodschap, namelijk dat verstoorde stemming in allerlei verschijningsvormen juist veel voorkomt bij ouderen en dat deze stemmingsproblemen grote gevolgen hebben. Laat ons eens kijken naar de feiten. In veel grootschalige studies in de bevolking is het voorkomen van depressie bij ouderen bestudeerd in de afgelopen decaden. Aan onze universiteit is in de toonaangevende Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) gevonden dat ernstige depressie bij 2% van de 55 plussers voorkomt, een cijfer dat vrijwel constant blijft tot op hoge leeftijd (4). 'Mildere vormen van depressie' kwamen echter veel vaker voor, namelijk bij 10-15% van de nu nog pensioengerechtigde 65-plussers. Bij vergelijking met andere landen van West Europa werden dergelijke cijfers ook gevonden (5). Bij kwetsbare ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen en in het algemeen ziekenhuis werden, zoals ook te verwachten valt, aanmerkelijk hogere percentages van 35 tot 50% gevonden. Hierbij moet de term 'mild' in 'mildere vormen van depressie' sterk worden gerelativeerd. Ook deze lichtere vormen van verstoorde stemming hebben grote effecten voor welbevinden, dagelijks functioneren, zorgafhankelijkheid en de kans op het ontwikkelen van ernstiger psychische stoornissen. Daarnaast gaan deze vormen van depressie, ook wanneer gecorrigeerd wordt voor de belangrijkste andere factoren, gepaard met een aanzienlijke oversterfte, vooral door hart en vaatziekten (6). Bovendien bleek het beloop van deze depressieve klachten ongunstig zowel bij de jongere groep (55 plus) als bij de oudste ouderen, de 85 plussers (7,8).

Wat betekenen deze cijfers in het licht van de verwachte ontwikkeling van de bevolkingsamenstelling voor Nederland? Op dit moment is 15% ofwel 2.5 miljoen van onze totale bevolking van ruim 16 miljoen 65 jaar en ouder. Dit percentage neemt snel toe tot bijna 20% in de komende 5 jaar tot 3 miljoen oudere inwoners, waarbij de sterkste stijging optreedt bij de groep oudste ouderen, de 80 plussers. Deze demografische ontwikkeling in combinatie met de genoemde cijfers over het voorkomen en het beloop van depressie, maakt dat stemmingsproblemen bij ouderen beslist een belangrijk fenomeen zijn voor de maatschappij als geheel, voor onderzoeksprogramma's en voor de organisatie van zorg en behandeling.

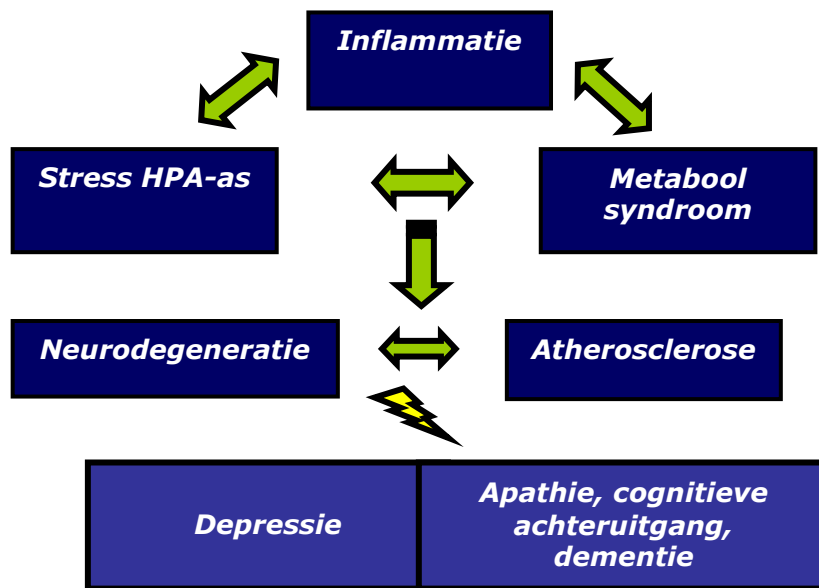
Samenhang depressie en veroudering, comorbiditeit.

Maar wat is dan eigenlijk die verstoorde stemming, die depressie bij ouderen? Het depressiemodel vanuit de klinische psychiatrie veronderstelt een samenhangend geheel van symptomen met een bepaalde tijdsduur en beloop dat het logisch gevolg is van een onderliggend ziekteproces. Zo mooi is het echter niet gesteld met het concept depressie in het algemeen, zoals regelmatig ook in de lekenpers wordt besproken en dit geldt mogelijk in nog sterkere mate voor depressie bij ouderen (9).

Nuchter beschouwd, is depressie volgens de meest gebruikte definitie immers niet veel meer dan een verzameling symptomen met een gedefinieerde tijdsduur en met negatieve effecten voor het functioneren, een nogal armoedig ziektebegrip, waar geen goede geneeskunde op te bedrijven valt. Om het ontstaan en het beloop van ouderdomsdepressie beter te begrijpen loont het de moeite precies te kijken naar mogelijk samenhangende factoren die een prominente rol spelen bij veroudering.

Bij ouderen, zeker bij de 75 plussers is het voorkomen van een enkele aandoening een uitzonderlijke situatie, vrijwel altijd zijn er meerdere stoornissen of ziektes tegelijk. Het tegelijkertijd bestaan van ziekteverschijnselen wordt comorbiditeit genoemd. De ene aandoening kan de andere beïnvloeden of in de loop van de tijd leiden tot een volgende. Dit maakt de diagnostiek en behandeling van afzonderlijke stoornissen bij ouderen veel meer complex. Zo komt depressie bij ouderen, zeker de meest voorkomende laat-ontstane vorm, erg vaak voor in combinatie met cognitieve achteruitgang en soms kan dit uitmonden in dementie (10, 11, 12, 13).

Zou er sprake kunnen zijn van gemeenschappelijke, onderliggende fenomenen bij beide aandoeningen en op welke wijze zouden depressie en cognitieve achteruitgang dan samen kunnen hangen? Inderdaad zijn er op dit vlak spannende ontwikkelingen in het epidemiologisch-biologisch onderzoek de laatste jaren. Dit onderzoek spitst zich toe op tenminste drie waarschijnlijk ook weer onderling samenhangende processen: de vaak gevonden ontregeling van de afgifte van bijnierschors hormoon bij depressie, de rol die ontstekingsfactoren spelen bij depressie en cognitieve achteruitgang en de uitingen van een verstoorde stofwisseling, het metabool syndroom en hart- en vaatziekte (14, 15, 16, 17). In de volgende figuur worden deze factoren en de mogelijke verbindingen samengevat (figuur 1).



Figuur 1. Depressie, cognitie en veroudering

Een van de belangrijke taken van onze onderzoeksgroep voor de komende jaren ligt in onderzoek dat bijdraagt aan het ontwarren van de opeenvolgende ketens van factoren die uiteindelijk leiden tot uitingen van depressie. Het zal u duidelijk zijn, gezien de aard van de genoemde factoren dat er hierbij vermoedelijk sprake is van langlopende processen van ontregeling, mogelijk al vanaf middelbare leeftijd. In dit opzicht is er een sterke analogie met de zienswijze op de pathogenetische processen bij de ziekte van Alzheimer.

Hebben we daar iets aan? Ja, op termijn zeer waarschijnlijk wel, want als dit model wordt bevestigd in onderzoek en de richting van de onderlinge beïnvloeding meer duidelijk wordt, kan dit leiden tot een beter begrip van de ziekteprocessen, met wellicht gerichte preventieve maatregelen of behandeling. Een tweede gevolg van deze ontwikkeling in onderzoek is dat typering van depressie bij ouderen mogelijk wordt gemaakt, waaruit betere behandeladviezen kunnen voortvloeien. Dit kan door de klinische

symptomatologie van depressie, zoals bijvoorbeeld een verstoring van het slaap/waakpatroon, en neurobiologische gegevens, bijvoorbeeld stoornissen in de cortisolhuishouding of bij aanwijzingen voor verhoogde kans op eiwitafzetting in de hersenen bij bloedonderzoek (18), en de resultaten van beeldvormend onderzoek van de hersenen te combineren. Het zal u duidelijk zijn dat deze benadering alleen succesvol kan plaatsvinden in nauwe samenwerking met andere disciplines, zoals interne-geriatrie, neurologie, radiologie, klinische chemie en pathologische anatomie. Onderzoek naar het ontstaan en beloop van stemmingsstoornissen bij ouderen is dan ook bij uitstek een multidisciplinaire bezigheid. Het bestaan van twee onderzoeksinstituten, het EMGO+ onder leiding van de hooggeleerde Brug en de NeuroscienceCampus Amsterdam met als hoofd prof. Brussaard, waarin de onderzoeksprojecten zijn ingebed, faciliteert deze interdisciplinaire samenwerking aanzienlijk. De geschetste benadering vindt op dit moment al plaats in de grote Nederlandse Studie naar Depressie en Angst met een kleine 3000 patiënten (<http://www.nesda.nl/>) en wordt ook deels toegepast in diverse oudere cohorten door de groep van de hooggeleerde Penninx en Beekman (19, 20). Binnenkort wordt de dataverzameling van de pendant van een vergelijkbare studie bij ouderen in 6 centra in Nederland, NESDO, slechts 1 letter verschil, de O van Ouderen (<http://nesdo.amstad.nl/>) afgesloten. De initiatiefnemer en studietoelichting van NESDO doctor Comijs kan dan het startschot geven voor het uitvoeren van analyses en verslaglegging. Deze studie zal naar verwachting een krachtige impuls geven aan dit onderzoeksthema tezamen met de genoemde gegevens uit de NESDA-studie en het eerder

genoemde langlopend bevolkingsonderzoek bij ouderen, LASA, onder leiding van professor Deeg.

Het thema pathogenese van de ouderdomsdepressie raakt ook aan het recente werk van doctor Van Exel, die een studie verrichtte in samenwerking met de hooggeleerde Westendorp, hoofd afdeling ouderengeneeskunde van het Leids Universitair Medisch Centrum, en professor Eikelenboom over immuniteit en ontstekingsfactoren bij kinderen van ouders met de ziekte van Alzheimer (21, 22). Gezien de genoemde comorbiditeit van cognitieve stoornissen en de overlap van dementie met sommige typen van depressie, is deze benadering ook relevant voor het stemmingsonderzoek. Betere kennis over de onderliggende ziekteprocessen kan leiden tot een betere typering en vervolgens tot onderzoek naar de effectiviteit van meer specifiek toegesneden preventieve interventies en behandeling op subtypes van depressie bij ouderen (23).

Interventieonderzoek bij depressieve thuiswonende ouderen.

Dit alles gezegd hebbende betekent niet dat er, in afwachting van de 'heilige graal' van een perfecte subtypering van depressie bij ouderen, stilstand is op het vlak van behandeling. Depressie bij ouderen is daarvoor te belangrijk, zowel voor patiënten en hun familie, als in maatschappelijk opzicht.

Dit lijkt me dan ook een goed moment om met u naar de huidige praktijk te kijken, wat kunnen wij als behandelaars nu al voor depressieve ouderen en hun familie betekenen? Een eerste stap, dichtbij huis, is betere herkenning en stapsgewijze behandeling van kwetsbare ouderen

met lichte symptomen, die anders niet in behandeling komen, een gecombineerde vorm van selectieve en geïndiceerde preventie. Een goed voorbeeld hiervan is het onderzoek van Dozeman naar de implementatie van een laagdrempelige interventie bij kwetsbare verzorgingshuisbewoners met depressieve kenmerken. Dit onderzoek vindt plaats in samenwerking met doctor van Marwijk van de afdeling huisartsgeneeskunde onder leiding van hoogleraar Van der Horst. Een tweede voorbeeld van 'zorg dicht bij de mensen thuis' is het project 'Levenslust' aan thuiswonende ouderen in Amsterdam en West Friesland in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg. Dit programma stimuleert met het oog op de te verwachten demografische verandering de ontwikkeling van nieuwe kosteneffectieve zorg en behandeling met een duidelijker rol van de oudere zelf (<http://www.ouderennet-vumc.nl>). Voortbordurend op de gunstige resultaten van de Hoorn studie (24), waarbij met betrekkelijk simpele interventies bij depressieve ouderen goede en kosteneffectieve resultaten werden geboekt, worden in het project 'Levenslust' van collega van Exel stapsgewijs interventies aangeboden ter verbetering van de stemming. De oudere zelf heeft de regie over de keuze van de eerste interventies, variërend van bewegen met een coach tot bibliotherapie. Wanneer er sprake is van ernstiger depressie, vindt evenwel juist sneller behandeling volgens de daarvoor geldende richtlijnen plaats in de tweede lijn na consultatie van de huisarts (25).

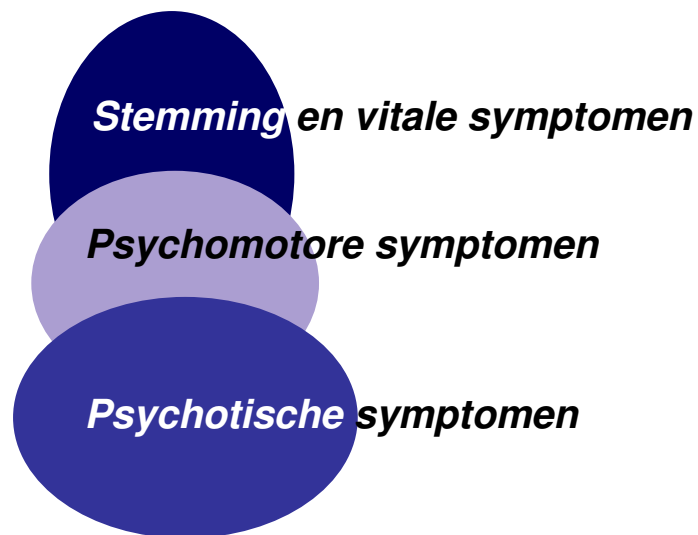
Klinisch onderzoek bij depressie en ECT.

Een volgende stap, aanmerkelijk verder van huis, is het onderzoek naar de behandeling van ernstig depressieve ouderen met complexe comorbide stoornissen in de kliniek. Naar analogie van de eerder genoemde queeste naar de verschijningsvormen en onderliggende pathologie van 'milde' depressie is hier onderzoek gestart naar de klinische heterogeniteit van ernstige depressie en hiermee verbonden neurobiologische maten. Enkele aspecten die in de ontwikkeling van deze onderzoekslijn een belangrijke rol hebben gespeeld, wil ik noemen.

Eind jaren negentig vorige eeuw bleek bij een follow-up onderzoek dat de prognose voor klinisch behandelde ouderen met een ernstige depressie in onze kliniek op langere termijn ronduit slecht was (26). Dit was deels te wijten aan het ontbreken van elektroconvulsietherapie in het behandelarsenaal, meer bekend als elektroshockbehandeling. Met de hernieuwde introductie van elektroconvulsietherapie, afgekort ECT, in 1996 op de ouderenafdeling in de Valeriuskliniek werd daarna ruime ervaring opgedaan met de effectiviteit en veiligheid van deze behandeling bij ernstige depressie tot op zeer hoge leeftijd. [*Filmfragment 1.30 min*]

Inmiddels vindt deze behandeling in het VUmc plaats in een van de eerste gezamenlijke zorgpaden van VUmc en GGZinGeest, het zorgpad ECT, in uitstekende samenwerking met de afdeling anesthesie onder leiding van de hooggeleerde Loer. De resultaten van ECT op korte termijn waren goed bij onze kwetsbare groep oudere patiënten met veel comorbide aandoeningen en vaak met een depressie die resistent was voor medicijnen: ruim de helft knapte zeer goed op en over het geheel ervoer driekwart van de patiënten een aanmerkelijke klinische verbetering (27).

Het blijft echter moeilijk voorspelbaar welke patiënten goed zullen reageren op deze behandeling, welke patiënten veel last van cognitieve bijwerkingen krijgen en hoe de kans op terugval moet worden ingeschat, allemaal uiterst relevante zaken voor patiënten, familie en behandelaars (28). Een van de belangrijke uitdagingen ligt ook hier, bij deze ernstige vormen van depressie, om de verschillende verschijningsvormen beter te typeren, in de hoop dat dit aanknopingspunten biedt voor een effectievere en veiliger behandeling op korte en lange termijn. Zoals eerder geschetst is depressie in het huidige, meest gebruikte diagnostisch classificatiesysteem een containerbegrip voor een aantal symptomen met een bepaalde tijdsduur, waarbij slechts terloops ruimte is gelaten voor begeleidende kenmerken. Deze keuze is in de jaren 70 vorige eeuw tot stand gekomen aangezien voldoende wetenschappelijke onderbouwing voor subtypering leek te ontbreken (29). Belangrijke klinische noties, zoals bijvoorbeeld de aanwezigheid van verstoorde beweging, lichamelijke symptomen en psychotische gedachte-inhoud bij ernstige depressie, zijn daarbij verloren gegaan. Deze ontwikkeling heeft in de afgelopen decaden duidelijk zijn weerslag gehad op het wetenschappelijk onderzoek naar een betere typering van ernstige depressie, er is sprake van achterstand op dit terrein (30). Tegelijkertijd is wel bekend dat juist deze fenomenen bij ouderen vaker een rol spelen in de klinische presentatie en mogelijk bepalend kunnen zijn voor therapiekeuze en prognose (31).



Figuur 2. Subtypering van ernstige vormen van depressie.

Vanuit deze klinische interesse heeft collega Rhebergen op de afdeling ouderenpsychiatrie van onze vandaag jubilerende Valeriuskliniek onderzoek opgezet naar de aard van psychomotore symptomen bij ernstig depressieve patiënten (32, 33, 34). Neurobiologische maten, zoals neuroimaging en een gestoorde cortisolhuishouding zouden voorts bij kunnen dragen aan een betere typering van depressie met mogelijke behandelconsequenties (35, 36). Met professor Barkhof van de afdeling radiologie en Scheltens van de afdeling neurologie ontstond zo een vruchtbare samenwerking rond ECT en beeldvormend onderzoek, waarin ook collega van den Heuvel van de psychiatrisch consultatieve dienst en collega Wattjes van de radiologie een belangrijke rol spelen (37).

De academische werkplaats ouderenpsychiatrie, patiëntenzorg, onderwijs en opleiding.

Onderzoek naar stemmingstoornissen bij ouderen is een belangrijk onderdeel van mijn leeropdracht, maar niet het enige thema. Minstens net zo belangrijk is het vorm geven aan goede gespecialiseerde

patiëntenzorg, het scheppen van een goed opleidingsklimaat voor psychiaters en het mede vorm geven aan het onderdeel ouderengeneeskunde in de medische opleiding. Wat patiëntenzorg betreft wil ik graag een van de recente gezamenlijke initiatieven van GGZ inGeest en VUmc noemen, het Centrum Ouderen Geneeskunde Amsterdam, kortweg COGA. Hierin is de diagnostiek van complexe functiestoornissen bij ouderen in de vorm van een dagbehandeling multidisciplinair vormgegeven vanuit interne geneeskunde/geriatrie en vanuit neurologie en ouderenpsychiatrie tezamen, een initiatief van de hooggeleerde Danner, collega de Vries, neurologie en ouderenpsychiatrie. De hieruit voortvloeiende adviezen worden dezelfde dag nog met patiënten, familie en verwijzer besproken.

Dat brengt mij op het volgende thema.

Het zal u mogelijk zijn opgevallen dat het primaire focus van onderzoek in de ouderenpsychiatrie verschoven is van de pathogenese van dementie naar stemmingsstoornissen. Echter, kan ouderenpsychiatrie een volwaardig vakgebied zijn zonder aandacht te besteden aan dementie en de gevolgen hiervan voor de omgeving? Natuurlijk niet. Aandacht voor dementie zal hiervan onderdeel blijven uitmaken, zowel in de primaire patiëntenzorg in de wijken als in ketenzorgprojecten voor patiënten en familie in nauwe samenwerking met professor Droës, recent benoemd als hoogleraar Psychosociale hulpverlening voor mensen met dementie aan deze faculteit. De lopende consultatieprojecten voor gedragsstoornissen bij verschillende vormen van dementie in samenwerking met de Verpleeg- en Verzorgingshuis sector zullen voorts naar behoefte worden uitgebreid. Op wetenschappelijk vlak is het onderzoek naar differentiële diagnostiek

van bijzondere vormen van dementie en laat-ontstane 'functionele' psychiatrische stoornissen in nauwe samenwerking met doctor Pijnenburg, neuroloog en medisch hoofd van het Alzheimercentrum en collega Kerssens te noemen (38, 39). Daarnaast vormen cognitie en dementie de belangrijkste comorbide aandoeningen of uitkomsten bij stemmingsstoornissen op latere leeftijd en zijn aldus onderwerp van studie, zoals in het begin van de rede al werd geschetst.

Uit de geschetste demografische ontwikkeling in de komende decaden komt zonneklaar naar voren, dat vrijwel iedere arts, van chirurg tot huisarts, intensief bij de behandeling van oudere patiënten betrokken raakt. Het is dan ook van groot belang dat ouderengeneeskunde, inclusief ouderenpsychiatrie sterker in het medisch curriculum van onze faculteit tot uitdrukking komt. Ik verheug me op de verdere samenwerking met de afdeling interne geneeskunde/geriatrie, neurologie en verpleeghuisgeneeskunde om dit verder vorm te geven. Wat betreft de opleiding tot psychiater zijn er grote veranderingen op til; per 1 januari 2011 gaat HOOP in, het nieuwe opleidingsprogramma (40). Voor het eerst in de Nederlandse geschiedenis ontstaat daarmee de mogelijkheid tot een vorm van subspecialisatie als ouderenpsychiater. In afstemming met de hooggeleerde Van Balkom en met collega Schwartz, A-opleiders in GGZinGeest kan een aantrekkelijk opleidingsprogramma voor ouderenpsychiaters worden samengesteld, temeer daar in het VUmc uitstekende mogelijkheden zijn voor stages bij ziekenhuispsychiatrie, geriatrie en neurologie bij het Alzheimercentrum. Reciproke uitwisseling met internisten/geriaters, neurologen huisartsen en specialisten

ouderengeneeskunde in opleiding die psychiatrische ervaring willen opdoen past ook in dit plan. Deze gezamenlijke aanpak van opleidingsactiviteiten kan de kloof tussen specialisten van het lijf en die van de ziel, beiden betrokken bij ouderengeneeskunde, dichten. Collega Sonnenberg speelt in de coördinatie van deze complexe programmering en uitvoering een belangrijke rol. De kennis, kunde en het enthousiasme van de betrokken stafleden zijn verder cruciaal bij het vormgeven van een goed opleidingsklimaat. Wanneer hier voldoende tijd voor beschikbaar wordt gesteld, kan dit avontuur de komende jaren dan ook met vertrouwen tegemoet worden gezien.

Verbetering van patiëntenzorg en wetenschappelijk onderzoek.

De academische werkplaats ouderenpsychiatrie GGZ inGeest/VUmc is gelokaliseerd in een groot ouderencircuit van bijna 300 medewerkers op 10 locaties in een groot verzorgingsgebied en wordt aangestuurd door een driehoofdige directie. Dit betekent dat er een zorgvuldige balans moet zijn tussen de academische taken en de klinische praktijk van alledag. Een van de grote voordelen van dit model is dat er een goed gedifferentieerd patiëntenaanbod is, wat noodzakelijk is voor een goede opleiding. Een gunstig effect hiervan kan ook zijn dat hiaten in kennis rond de reguliere diagnostiek en behandeling en wetenschappelijke blinde vlekken in het vakgebied worden opgemerkt. Deze kunnen de aanleiding zijn om patiëntgebonden onderzoeksprojecten te starten. Ik wil in dit kader twee zulke projecten noemen. Collega neuropsycholoog Schouws signaleerde in het recente verleden het probleem van de soms lastige differentiaal diagnostiek van dementie en cognitieve stoornissen bij oudere manisch-

depressieve patiënten en slaagde erin een fraaie cohortstudie op dit thema succesvol te voltooien. Dit onderzoek had ook directe spin-off voor de patiëntenzorg, de bevindingen en adviezen werden in een themanummer van het blad voor manisch-depressieve patiënten en verwanten en in een informatiefolder gepubliceerd (41,42). Doctor Dols en collega's zullen onder meer deze bevindingen vertalen naar een te ontwikkelen specifiek zorgprogramma voor ouderen met een bipolaire stoornis.

Een tweede aansprekend voorbeeld van succesvol onderzoek in een sterk achtergebleven gebied van de ouderenpsychiatrie is het onderzoek bij oudere schizofrene patiënten. Op dit vlak is er sprake van een duidelijke wetenschappelijke achterstand: terwijl de 60 plussers ruim 20% van deze patiëntenpopulatie uitmaken is er slechts mondjesmaat wetenschappelijk onderzoek naar verricht, immers nog geen 1% van alle artikelen over schizofrenie gaat over ouderen (43). Daarnaast is er onder invloed van vermaatschappelijking van de zorg bij ernstige chronisch psychiatrische aandoeningen een duidelijke verschuiving opgetreden in de verstrekte zorg en behandeling voor deze patiënten. In contrast met vroeger woont verreweg het grootste deel van de oudere schizofrene patiënten thuis met vormen van ambulante ondersteuning. We weten echter niet goed wat deze patiënten aan behandeling en zorg nodig hebben, zeker niet wanneer effecten van veroudering optreden zoals achteruitgang van de mobiliteit of de zintuiglijke functies. Kortom, goed onderzoek is uiterst gewenst, maar hoe kan dit worden uitgevoerd? Oudere psychotische patiënten vormen bepaald niet de makkelijkste groep om systematisch in kaart te brengen en te vervolgen. Ze hebben soms letterlijk wel wat anders aan hun hoofd,

stemmen bijvoorbeeld, die hen toespreken dat de antwoorden op de goed bedoelde vragen van de onderzoeker bestemd zijn voor een CIA database. Het zal u duidelijk zijn dat wetenschappelijk onderzoek bij deze groep alleen mogelijk is als het wordt uitgevoerd door behandelaars met ruime klinische ervaring die dicht bij de patiënten staan. Meesters en collega's zijn hierin zeer goed geslaagd ook weer met een direct gunstig effect voor de kwaliteit van de patiëntenzorg (44, 45). Onder meer doctor Lieuwe de Haan verbonden aan de afdeling psychiatrie van het AMC en professor Smit, recent benoemd tot hoogleraar methodologie bij onze afdeling participeren actief in deze studie.

Dankwoord

Graag wil ik aan het einde van deze rede nog een dankwoord uitspreken. Er zijn erg veel mensen die hebben bijgedragen aan mijn loopbaan en mijn benoeming als hoogleraar. Een speciaal dankwoord wil ik uitspreken voor alle patiënten en familieleden die hebben toegestemd in het participeren in wetenschappelijk onderzoek, onderwijs en opleiding in de afgelopen jaren.

Het college van bestuur van de Vrije Universiteit, de raad van bestuur van het VU medisch centrum, de leden van de raad van bestuur van GGZ inGeest, het managementteam van de academische afdeling psychiatrie, en de leden van mijn benoemingscommissie wil ik danken voor het in mij gestelde vertrouwen. In het eerste deel van mijn rede is een aantal namen gepasseerd in samenwerkingsprojecten, overigens zonder volledigheid na te streven. Het moge duidelijk zijn dat hier ook sprake is van een impliciete dankbetuiging. In het kader van lopende onderzoeksprojecten wil ik voorts nog noemen, doctor Kok hoofd van de

afdeling onderzoek en opleiding ouderenpsychiatrie bij Parnassia en de zeergeleerde Sienaerts verbonden aan de Katholieke Universiteit van Leuven. Voorts verheug ik me op verdere samenwerking met mijn hooggeleerde collega's Frans Verhey, Roos van der Mast en met doctor Richard Oude Voshaar, mooi geografisch over Nederland verspreid in respectievelijk Maastricht, Leiden en Groningen, in ons gezamenlijk streven om ouderenpsychiatrie in Nederland op de kaart te zetten.

De academische werkplaats ouderenpsychiatrie maakt deel uit van een regulier GGZ circuit ouderenpsychiatrie, wat de academie vele malen in omvang overtreft en is op weg naar een fusie met een universitair algemeen ziekenhuis, een volstrekt unieke situatie voor Nederland. Dit gegeven brengt lusten en lasten met zich mee voor de reguliere patiëntenzorg; mijn grote dank en waardering geldt alle collega's en medewerkers die het dagelijkse klinische handwerk uitvoeren met compassie en enthousiasme voor patiënten, hun familie en het vak zelf.

Ook de collega's die de voorwaarden hiervoor scheppen, niet in de laatste plaats mijn mededirecteuren van dit grote circuit, Audrey van Schaik en Jan Willem Pijpers, veel dank. Ook de 'belendende' collega's uit de niet-ouderen hoek dank ik voor de plezierige samenwerking op velerlei vlakken.

Dank ook aan alle collega's van AMSTAD en NESDO, de beide A-opleidingen en de andere medewerkers van onze afdeling psychiatrie voor de goede samenwerking in een prettige, vaak wat anarchistische sfeer.

Nadrukkelijk wil ik collega Piet Eikelenboom bedanken voor de vele jaren van intensieve, inspirerende en vriendschappelijke samenwerking op alle denkbare terreinen in ons vak. Deze 'kongsi' heeft beslist mede geleid tot

de goede uitgangspositie van het ouderencircuit en de academische werkplaats ouderenpsychiatrie. Wat verder terug in de tijd werd de basis voor de organisatie als geheel gelegd door de unieke, bindende stijl van leidinggeven door professor Willem van Tilburg.

De samenwerking met de hooggeleerde Beekman, ons afdelingshoofd psychiatrie, stamt eveneens uit het verleden. Dank Aartjan, voor het vertrouwen en je stimulerende enthousiasmerende aanpak.

Tenslotte, het laatst, maar het meest belangrijk, bedank ik mijn familie en vrienden. Het is erg fijn dat mijn ouders in goede gezondheid en beslist niet 'herfstig' vandaag aanwezig kunnen zijn. Mijn schoonvader, een goede representant van het begrip succesvol ouder worden, dank ik voor zijn stijlvolle steun op de achtergrond door de jaren heen. Dan de kinderen en hun aanhang. Tessa en Nicola, jullie hebben ons Filippa, het leukste kleinkind ter wereld, bezorgd. Laura en Jop, jullie maken wat van het leven en inspireren ons. Van Roos, onze Benjamin, maar toch al zo groot, genieten we nog dagelijks in voor en tegenspoed, dat houdt ons fris. Lieve Anne, we zijn al heel lang bij elkaar en ik vind het nog altijd zomer met je. Je liefde en nuchtere steun maken deze dag tot een echt feest.

Ik heb gezegd.

Ref's

1. Burton R. The anatomy of melancholia. 1621; 16^e Edition, London 1836.
2. Von Faber M, Bootsma–van der Wiel A, van Exel E et al. Successful Aging in the oldest old. Who can be characterized as successfully aged? Arch Intern Med 2001; 161: 2694-2700.
3. Depp CA & Jeste DV Succesfull Cognitive and Emotional Aging, 2010 American Psychiatric Publishing Inc.
4. Beekman AT, Deeg DJH, van Tilburg T, et al., Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. J Affect Disord 1995; 36: 65-75.
5. Beekman AT, Copeland JRM, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. Br J of Psychiatry 1999; 174: 307-311.
6. Cuijpers P, Schoevers RA. Increased mortality in depressive disorders: a review. Curr Psychiatry Rep 2004; 6: 430-437.
7. Beekman AT, Geerlings SW, Deeg DJ, et al., The natural history of late life depression. A 6-year prospective study in the community. Arch Gen Psychiatry 2002; 59:605-611.
8. Stek ML, Vinkers DJ, Gussekloo et al., The natural history of depression in the oldest-old: Population based prospective study. Br J of Psychiatry 2006; 188: 65-69.
9. Dehue T. De depressie-epidemie. 2008, Uitgeverij Augustus.
10. Kohler S, van Boxtel MPJ, van Os J et al, Depressive symptoms and cognitive decline in community dwelling older adults. JAGS 2010; 58: 873-879.
11. Comijs HC, van Tilburg T, Geerlings SW, et al, Do severity and duration of depressive symptoms predict cognitive decline in older persons? Results of the Longitudinal Aging Study Amsterdam. Aging Clin Exp Res 2004; 16:226-232.
12. Ganguli m, Du Y, Dodge HH, et al., Depressive symptoms and cognitive decline in late life: A prospective epidemiological study. Arch Gen Psychiatry 2006; 63: 153-160.
13. Corsentino EA, Sawyer K, Sachs-Ericsson, et al., Depressive symptoms moderate the influence of the apolipoproteine epsilon-4 allele on cognitive decline in a sample of community dwelling older adults. Am J Geriatr Psychiatry 2009; 17: 155-165.

14. Zeugmann S, Quante A, Heuser I, et al., Inflammatory biomarkers in 70 depressed inpatients with and without the metabolic syndrome. *J Clin Psychiatry* 2010; 7: 1007-16.
15. Penninx BW, Beekman AT, Bandinelli S, et al., Late-life depressive symptoms are associated with both hyperactivity and hypo activity of the hypothalamo-pituitary-adrenal axis. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007; 15: 522-9.
16. Vogelzangs N, Beekman AT, Dik MG, et al., Late-life depression, cortisol and the metabolic syndrome. *Am J Geriatr Psychiatry* 2009; 17: 716-21.
17. Vogelzangs N, Kritchevsky SB, Beekman AT et al., Depressive symptoms and change in abdominal obesity in older persons. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65: 1386-93.
18. Sun X, Steffens DC, Au R, et al., Amyloid-associated depression: a prodromal depression of Alzheimer disease? *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65: 542-50.
19. Vogelzangs N, Kritchevsky SB, Beekman AT et al., Obesity and onset of significant depressive symptoms: results from a prospective community based study of older men and women. *J Clin Psychiatry* 2010; 71: 391-9.
20. Vreeburg SA, Hoogendijk WJ, van Pelt J, et al., Major depressive disorder and hypothalamic –pituitary-adrenal axis activity: results from a large cohort study. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66: 617-26.
21. van Exel E, Eikelenboom P, Comijs HC, et al., Vascular factors and markers of inflammation in offspring with a parental history of late-onset Alzheimer disease. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66: 1263-70.
22. Eikelenboom P, van Exel E, Hoozemans JJ, et al., Neuroinflammation-an early event in both the history and pathogenesis of Alzheimer's disease. *Neurodegener. Dis* 2010; 7: 38-41.
23. Steffens DC. A multiplicity of approaches to characterize geriatric depression and its outcomes. *Curr Opin Psychiatry* 2009; 522- 526.
24. Van 't Veer-Tazelaar, Smit F, van Hout H, et al., Cost-effectiveness of a stepped care intervention to prevent depression and anxiety in late life: randomised trial. *Br J Psychiatry* 2010; 196: 319-325.
25. Addendum Ouderen Multidisciplinaire Richtlijn Depressie 2008.
26. Stek ML, van Exel E, van Tilburg W, et al., The prognosis of depression in old age: outcome six to eight years after clinical treatment. *Aging Ment Health* 2002; 6: 282-285.

27. Dols A, Stek ML, Electro convulsion therapy, a review. *Ned Tijdschr Geneesk* 2009; 153: A588.
28. Tielkes C, Comijs HC, Verwijk EE, et al., The effects of ECT on cognitive functioning in the elderly: a review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 23: 789-95.
29. Kendell RE. The classification of depressions: a review of contemporary confusion. *Br J Psychiatry* 1976; 129: 15-28.
30. Shorter E. *Before Prozac: The Troubled History of Mood Disorders in Psychiatry*. 2007 Oxford University Press.
31. Husain MM, Rush AJ, Sackeim HA, et al., Age-related characteristics of depression, a preliminary STAR-D report. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005; 13: 852-860.
32. Parker G. (2007) Defining melancholia: The primacy of psychomotor disturbance. *Acta Psychiatr Scand* 2007 suppl; 115; 21-30.
33. Rhebergen D, Rouwenhorst A, Comijs HC, et al., De inter-beoordelaars betrouwbaarheid van de Nederlandse versie van de CORE. Een studie bij opgenomen depressieve ouderen. *TVP*. In press.
34. Dols A, Rhebergen D, Eikelenboom P, et al., Melancholia: psychomotor disturbance or depressed mood? *Tijdschr Psychiatr* 2010; 52: 583-8.
35. Parker G, Fink M, Shorter W. Issues for DSM-V: whither melancholia? The case for its classification as a distinct mood disorder. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 745-47.
36. Rothschild AJ,. *Clinical manual for diagnosis and treatment of psychotic depression*. 2009. APA Inc. Washington
37. Oudega ML, van Exel E, Wattjes MP, et al., White matter hyper intensities, medial temporal lobe atrophy, cortical atrophy and response to electroconvulsive therapy in severely depressed elderly. *J Clin Psychiatry* 2010; 24, E-pub ahead.
38. Pijnenburg YA, Mulder JL, van Swieten JC, et al., Diagnostic accuracy of consensus diagnostic criteria for frontotemporal dementia in a memory clinic population. *Dement Cogn Disord* 2008; 25: 157-64.
39. Kerssens CJ, Pijnenburg YA, Schouws S, et al., Late-onset schizophrenia: is it a dementia nonpraecox? Review article with advice on differential diagnosis. *Tijdschr Psychiatr* 2006; 48: 717-27.
40. Hengeveld MW, Vleugel EE, van der Gaag RJ, et al., *Herziening Opleiding en Onderwijs Psychiatrie (HOOP) 2009 De Tijdstroom*, Utrecht.

41. Schouws SN, Comijs HC, Stek ML, et al., Cognitive impairment in early and late bipolar disorder. *Am J Geriatr Psychiatry* 2009; 17: 508-15.
42. Schouws SN, Stek ML, Comijs HC, et al., Risk factors for cognitive impairment in elderly bipolar patients. *J Affect Disord* 2010; 125: 330-5.
43. Howard RJ. Schizophrenia in later life: Emerging from the shadows. *Am J Geriatr Psychiatry* 2010; 18: 859-861.
44. Meesters PD, Stek ML, Comijs HC, et al., Social functioning among older community-dwelling patients with schizophrenia: a review. *Am J Geriatr Psychiatry* 2010; 18: 862-78.
45. Meesters PD, Comijs HC, de Haan L, et al., Symptomatic remission and associated factors in a catchment area based population of older patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2010; 29: E-pub ahead.