

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Cognitieve gedragstherapie bij ouderen met angststoornissen

Gert-Jan Hendriks¹

SAMENVATTING

Ouderen met angststoornissen worden in het algemeen niet of onjuist behandeld. Onderdiagnostiek en onderbehandeling zijn de regel terwijl de ervaren lijdensdruk niet substantieel minder is in vergelijking met jongere volwassenen. Minder dan 14% van hen krijgt een gerichte behandeling in de geestelijke gezondheidszorg met onder andere cognitieve gedragstherapie. In dit artikel wordt een zestal factoren besproken die een mogelijke verklaring zijn waarom ouderen met angststoornissen vaak niet gediagnosticeerd en behandeld worden volgens de geldende (inter)nationale richtlijnen. Tevens wordt een overzicht gegeven van de actuele beschikbare evidentie voor het behandelen van angststoornissen bij ouderen en passeren vier recent verschenen meta-analyses op dit terrein de revue.

INLEIDING

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is bij uitstek geschikt voor de psychologische behandeling van angststoornissen¹. Dit wordt ondersteund door een groot aantal meta-analyses (o.a. Hofmann & Smits, 2008; Olatunji, Cisler & Tolin, 2010). Deze beperken zich echter tot de leeftijdsgroep 18-65 jaar. Hoewel men ervan uitgaat dat CGT ook effectief is op oudere leeftijd (> 60 jaar) is de empirische onderbouwing daarvan bescheiden. Er zijn tot op heden nauwelijks gerandomiseerde, gecontroleerde behandelstudies bij deze doelgroep uitge-

* Angst om te vallen is een specifiek bij ouderen voorkomend probleem. De belangrijkste voorspeller is een eerdere val. Trainingsprogramma's gericht op houding en motoriek zijn ontwikkeld om dit te behandelen. Het betreft dus meer een adaptatieprobleem en geen specifieke angststoornis. Daarom valt bespreking buiten het kader van dit manuscript (zie o.a. (Zijlstra et al., 2007).

¹ Pro Persona, Centrum voor Angststoornissen 'Overwaal', Pastoor van Laakstraat 48, 6663 CB Lent Radboud Universiteit Nijmegen, Behavioural Science Institute, Universitair Medisch Centrum Nijmegen, Afdeling Psychiatrie

voerd. Hoewel systematisch onderzoek ontbreekt, zijn een aantal plausibele redenen hiervoor aan te voeren.

Onderdiagnostiek en onderbehandeling

Angststoornissen zijn de meest voorkomende psychische aandoeningen bij ouderen. De prevalentie is ongeveer 15% (Kessler et al., 2005). Er blijkt echter een substantiële kans op onderdiagnostiek en onderbehandeling. Slechts 20% van de ouderen met een angststoornis consulteert de huisarts (Grenier et al., 2012). Ongeveer 14% van de ouderen met een angststoornis wordt doorverwezen naar de 2^e-lijns GGZ en 7% wordt met antidepressiva behandeld (Schuurmans et al., 2005). Vergeleken met ouderen met een depressie, worden ouderen met angststoornissen driemaal minder vaak (i.c. 17% versus 55%) naar de 2^e-lijns GGZ doorverwezen (Ettner & Hermann, 1997). Dit contrasteert met de gemiddeld 2.4 - 4.8 maal frequentere doorverwijzing naar de 2^e-lijns GGZ bij jongere volwassenen met angststoornissen (Wang et al., 2005).

Differentiatie tussen angststoornissen en depressie

Omdat bij ouderen angst en depressie vaak samen voorkomen zou het niet zinvol zijn hier onderscheid in te maken (o.a. (Flint, 2005). Het voorkomen van een gemengd angst-depressie syndroom is echter relatief zeldzaam, i.c. 1.8% (Schoevers, Beekman, Deeg, Jonker & Van Tilburg, 2003). Van de ouderen met een angststoornis heeft 25% ook een depressie, terwijl bij de depressieve ouderen 50% een angststoornis heeft (Beekman et al., 2000). Ook de risico- en incidentieprofielen zijn bij ouderen verschillend. Het dominante verschil is dat het hebben van een chronische somatische ziekte, ingrijpende oorlogservaringen en recente verlieservaringen predisponeren voor angststoornissen (Beekman et al., 2000). De mediane ontstaansleeftijd is bij angststoornissen 11 jaar terwijl dit bij depressieve stoornissen 30 jaar is. Respectievelijk 5% en 1% van de angststoornissen ontstaan na het 51^e en 65^e jaar, bij depressieve stoornissen gelden deze percentages voor respectievelijk 63 en 73 jaar (Kessler et al., 2005). Er is overlap, maar er zijn ook duidelijke verschillen in risicofactoren, incidentie en beloop. In tegenstelling tot depressies worden angststoornissen gekenmerkt door een jonge incidentieleeftijd en een meer chronisch beloop.

Angststoornissen zijn een gezondheidsprobleem

Verondersteld wordt dat angststoornissen op oudere leeftijd geen grote impact hebben op het welbevinden. Dit blijkt echter niet uit beschikbare data. Er is substantiële comorbiditeit tussen de verschillende angststoornissen en met depressie (Beekman et al., 2000; Van Balkom et al., 2000). De impact op gezondheid, geheel welbevinden en sociaal-maatschappelijk functioneren is evident negatief. Als gevolg van het voorgaande blijkt bij ouderen met angststoornissen de ervaren lijdensdruk vergelijkbaar te zijn met die van depressieve ouderen (Wetherell, Thorp, et al., 2004).

Hogere leeftijd belemmert diagnostiek

Angststoornissen kenmerken zich deels door een scala aan fysieke symptomen. Veroudering gaat gepaard met meer fysieke klachten en somatische aandoeningen. De diagnostiek is daarom allereerst hierop gericht. Daarnaast zijn ouderen geneigd angstklachten toe te schrijven aan een somatische oorzaak (Sheehan, Philpot & Banerjee, 2002). Een angststoornis kan daardoor gemist worden (Wetherell, Maser & Van Balkom, 2005). Bij gerichte screening wordt meer angst en depressie gediagnosticeerd dan bij gebruikelijke huisartsconsultaties (Volkers, Nuyen, Verhaak, & Schellevis, 2004; Watts et al., 2002). Diagnostiek van angststoornissen bij ouderen wordt mede bemoeilijkt vanwege het vaak voorkomen van cardiovasculaire en chronische obstructieve pulmonale aandoeningen (Kim, Braun & Kunik, 2002).

Afnemende ernst van angststoornissen is een voorbarige conclusie

Emotionaliteit en het ervaren van negatieve gevoelens nemen af met het ouder worden (Gross et al., 1997; Jorm, 2000). Gericht onderzoek naar leeftijdgerelateerde fenomenologische verschillen en ernst van symptomatologie is echter schaars. Ouderen met angstklachten hebben, vergeleken met jongeren, minder ernstige cognitieve, emotionele en fysieke symptomen (o.a. Brenes, 2006; Goldberg, Breckenridge & Sheikh, 2003; Hunt, Wisocki & Yanko, 2003; Lau, Edelstein & Larkin, 2001). Behoudens de paniekstoornis, ontbreekt onderzoek bij specifieke angststoornissen. De fysiologische, emotionele en cognitieve symptomen van een paniekstoornis nemen bij ouderen af (Flint et al., 1998; Griez, Colasanti, van Diest, Salamon & Schruers, 2007; Segui et al., 2000; Sheikh, Swales, Carlson & Lindley, 2004). Het vermijdingsgedrag, wat een indicatie is voor de ernst van de paniekstoornis, is bij ouderen echter niet verminderd (Hendriks, Keijsers, Kampman, Oude Voshaar & Hoogduin, 2010). De veronderstelling dat de ernst van paniekstoornis bij ouderen is afgenomen, lijkt voorbarig. Over de andere angststoornissen kunnen geen uitspraken gedaan worden.

Oudere leeftijd voorspelt een ongunstig behandelresultaat

Clinici, patiënten en hun familie hebben lage verwachtingen ten aanzien van een gerichte psychologische behandeling voor angststoornissen. Dit verschijnsel wordt 'ageism' genoemd (o.a. Lindsay, 1991). Het beschikbare empirische materiaal wijst echter uit dat psychologische behandeling wel degelijk effectief is bij ouderen met angststoornissen. De meest gebruikte psychologische behandeling is cognitieve gedragstherapie.

EMPIRISCH FUNDAMENT VAN CGT

Ouderen hebben een voorkeur voor psychologische behandeling (Wetherell, Kaplan, et al., 2004). In de afgelopen 10 jaar zijn er, naast enkele tientallen

kwalitatieve reviews, vijf systematische reviews en meta-analyses gepubliceerd over de psychologische behandeling van angststoornissen bij ouderen (Goncalves & Byrne, 2012; Gould, Coulson, & Howard, 2012; Hendriks, Oude Voshaar, Keijsers, Hoogduin, & Van Balkom, 2008; Nordhus & Pallesen, 2003; Pinquart & Duberstein, 2007). De meta-analyses van Nordhus & Pallesen (2003) en Pinquart & Duberstein (2007) includeren zowel ongecontroleerde als gecontroleerde studies bij zowel specifieke angststoornissen als algemene angstklachten. Tussen deze twee meta-analyses is veel overlap. Daarom wordt de studie van Nordhus & Pallesen (2003) in deze bespreking niet meegenomen. In tabel 1 wordt een overzicht gegeven.

Tabel 1: Overzicht van de besproken analyses

studie	N	GAS	Leeftijd	Vrouw	CGT (% DO)	AC (% DO)	WL (%DO)
Pinquart et al., 2007	444	68%	68.2	73.2 %	273 (27)	112 (24)	59 (-)
Hendriks et al., 2008	353	79.5%	68.6	75.8%	182 (24.7)	135 (20.7)	36 (16.7)
Gould et al., 2012	592	91.8%	68.2	69.2%	310 (20.3)	234 (20.1)	48 (14.6)
Gonçalves & Byrne, 2012	502	100%	68.5	75%	292 (16.1)	183 (20.2)	53 (9.4)

GAS = gegeneraliseerde angststoornis; CGT = cognitieve gedragstherapie; AC = actieve controle; WL = wachtlijst controle

Pinquart & Duberstein (2007)

Er werd een systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd naar psychotherapie (PT) en farmacotherapie (FT). De belangrijkste inclusiecriteria waren een gemiddelde of mediane leeftijd van 60 jaar (de inclusieleeftijd was bij nagevoeg alle studies ≥ 55 jaar), gediagnosticeerde angststoornis of klinisch significante angstsymptomen (Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAMA) > 18), gebruik van angst-specifieke observatie- of zelf-rapportage instrumenten. Er werden 32 studies ($n = 2.484$) geïncludeerd, waarvan 19 PT-studies (15 studies over de werkzaamheid van CGT of GT, 4 studies over de werkzaamheid van supportieve therapie, counseling of een discussiegroep). Het percentage studies met hoofddiagnose GAS was 47%, waarvan 29% studies met FT ($n = 2.116$) en 68% studies met PT ($n = 368$). De gemiddelde ziekteduur was 19.1 jaar: bij de FT- en PT-studies respectievelijk 5.4 en 26.0 jaar. Bij 67% was sprake van een gerandomiseerd, gecontroleerd design. Vanwege het kader van deze bespreking blijven de gegevens over de medicamenteuze behandeling buiten beschouwing. De gemiddelde leeftijd in de PT-studies was 68.2 jaar. Het percentage vrouwelijke participanten was 73.2%.

Vergeleken met een controlegroep (meestal een wachtlijst) had PT een ES van 0.80. De pre- en post-ES was bij PT 0.90 voor CGT, 0.58 voor andere psychologische interventies en 0.10 voor de controle-conditie. De ES voor follow-up was

0.88. Dit wijst op behoud van effectiviteit na afronden van de actieve behandeling. De gemiddelde drop-out was 27%.

De auteurs concludeerden dat PT een groot effect heeft op angstklachten en een gemiddeld effect op comorbide depressieve klachten. Er bleek geen significant verschil tussen CGT en andere psychologische interventies. Er waren een aantal beperkingen: ook ongecontroleerde studies en studies met subjectieve angstklachten werden geïncludeerd en er waren verschillen in studie-design en behandelduur.

Hendriks et al. (2008)

In vergelijking met de vorige studie hanteerde deze meta-analyse strengere inclusiecriteria. Er werden alleen gerandomiseerde, gecontroleerde studies geselecteerd waarin CGT één van de behandelcondities was. CGT was gedefinieerd als een protocollaire psychologische behandeling met minimaal psycho-educatie, relaxatietraining, cognitieve herstructurering van irrationele en mal-adaptieve angstgedachten en exposure aan angstopwekkende situaties en/of activiteiten. Er werden alleen participanten ≥ 55 jaar (gemiddelde of mediane leeftijd van ≥ 60 jaar) met een gediagnosticeerde (mbv een semi-structureerd interview), specifieke angststoornis geïncludeerd. De effecten op angst, piekeren en/of depressie waren voor elke behandelconditie afzonderlijk gepresenteerd met valide zelfrapportage instrumenten of klinische interviews. Het doel was om een kwantitatief overzicht te geven over de effectiviteit van CGT in vergelijking met een wachtlijstgroep en een actieve controle conditie en om de specifieke toegevoegde waarde van CGT duidelijk maken.

Er werden 9 gerandomiseerde studies (7 referenties) geïncludeerd van gemiddelde tot goede kwaliteit. Er waren 4 studies ($n = 146$) die CGT vergeleken met een wachtlijst. De gemiddelde leeftijd was 68 jaar en 73% was vrouw. Drop-out was 22% ($n = 32$) en er was geen significant verschil tussen beide condities. Vijf studies ($n = 243$) vergeleken CGT met een actieve controle. De leeftijd was gemiddeld 69 jaar (77% was vrouw). Het uitvalpercentage was 25% ($n = 60$) en verschilde niet tussen beide condities. Bij de meeste studies was de hoofddiagnose GAS. Er waren twee studies met gemengde angststoornissen: paniekstoornis, sociale fobie of angststoornis niet anders omschreven. Comorbiditeit met een andere angststoornis of depressie (depressieve stoornis in engere zin of dysthymie) was toegestaan. De actieve behandelduur varieerde van 8 tot 15 sessies, zowel individueel (4 studies) als in groepen (5 studies). De actieve controle conditie bestond uit wekelijkse telefoongesprekken en consultatie op verzoek, gebruikelijke behandeling, supportieve therapie, of een discussiegroep.

Zowel ten opzichte van een WL als een actieve controle bleek CGT effectief met een Standardized Mean Difference (SMD) van respectievelijk 0.44 en 0.51. De SMD kan beschouwd worden als een gemiddelde ES. Voor de secundaire uitkomstmaten depressie en piekeren was CGT superieur in vergelijking met

wl. In vergelijking met actieve controle was CGT superieur voor depressie, en was er een trend naar superioriteit voor piekeren. Tot slot werd er gecontroleerd voor publicatiebias. Eén kleine studie bleek hier mogelijk op te wijzen. Wanneer deze studie uit de meta-analyse werd verwijderd, bleek dit echter niet te leiden tot andere uitkomsten.

De belangrijkste beperking van deze meta-analyse was het bescheiden aantal geïncludeerde studies met relatief kleine steekproeven en hoofdzakelijk de diagnose GAS. Daarom waren subgroup-analyses met differentiatie per angststoornis niet mogelijk. Omdat alle studies een hoge comorbiditeit hadden met andere angststoornissen en depressie en de uitkomstmaten niet specifiek waren voor de verschillende angststoornissen werden deze verschillen als niet relevant beschouwd. Omdat GAS op oudere leeftijd toch de meest prevalentie angststoornis lijkt, werd met deze meta-analyse het belang van behandeling met CGT bij een steeds groter wordende populatie ouderen onderbouwd.

Gould et al. (2012)

Vergeleken met de vorige meta-analyse waren er de volgende verschillen: inclusie van de meest recente studies, het beoordelen van de effectiviteit bij follow-up en het onderzoeken van mogelijke predictoren. De auteurs waren geïntrigeerd door aanwijzingen uit gecontroleerd onderzoek dat CGT bij ouderen met angststoornissen een geringer effect zou hebben in vergelijking met werkende, jongere volwassenen.

De inclusieleeftijd was ≥ 55 jaar. Studies met gemengde leeftijdsgroepen werden ook opgenomen mits er leeftijdsspecifieke analyses werden gerapporteerd. De overige inclusiecriteria zijn vergelijkbaar met de vorige meta-analyse.

Er werden 12 studies geïncludeerd. De gemiddelde leeftijd was 68.2 jaar. Er waren 7 studies met GAS als hoofddiagnose, 4 met een gemengde populatie en één studie met paniekstoornis. Het gemiddelde percentage met een comorbide diagnose was 41.5%. Zes studies hadden een actieve controle. Bij 11 studies waren follow-up data beschikbaar. In de CGT-conditie was het gemiddelde aantal sessies 12 (bij 75% op individuele basis).

CGT had ten opzichte van de controleconditie een kleine ES van 0.20 voor angst en 0.16 voor depressie vergeleken met een actieve controle. Deze verschillen bleken niet significant. Ten opzichte van de niet-actieve controle had CGT een significante, middelmatige ES van 0.66 voor angst en 0.47 voor depressie. Bij follow-up waren de ESS voor zowel angst als depressie klein tot middelmatig, en meestal niet significant vergeleken met actieve controle. Er bleken geen aanwijzingen voor publicatiebias. Meta-regressie analyse resulteerde niet in de identificatie van predictoren voor het behandel-effect.

In deze meta-analyse kon de superioriteit van CGT voor zowel angst als depressie alleen aangetoond worden in vergelijking met niet-actieve controle. In vergelijking met actieve controle waren de verschillen klein en niet-significant. De auteurs concludeerden dat de effectiviteit van CGT bij de behandeling

van angststoornissen op oudere leeftijd mogelijk geringer is in vergelijking met jongere volwassenen.

Gonçaves & Byrne (2012)

In deze meta-analyse is de effectiviteit van FT en PT onderzocht bij de behandeling van GAS bij individuen ≥ 55 jaar met een gemiddelde of mediane inclusieleeftijd van ≥ 60 jaar. Alleen gerandomiseerde, gecontroleerde studies werden opgenomen. Er werden 25 artikelen (27 studies) geïncludeerd, waarvan er 20 (van gemiddelde kwaliteit) werden geanalyseerd. Om binnen het kader van de bespreking te blijven, worden de FT-studies niet besproken. Er waren 13 PT-studies met gemiddelde duur van 12 weken. Bij 12 van de 13 was één van de condities in ieder geval CGT (in één studie werd modulaire psychotherapie (een combinatie van oplossingsgerichte en moduels, relaxatietraining en CGT-modules) vergeleken met reguliere behandeling door de huisarts). Bij 9 studies was er sprake van individuele behandeling, en bij 4 groepsbehandeling. De meest voorkomende controlecondities waren een wachtlijst, 'treatment as usual' (TAU) met soms extra contactmomenten (bijvoorbeeld telefonisch). Bij twee studies was er een vergelijking met een actieve controle, bij drie studies werden twee psychologische interventies met elkaar vergeleken. Bij 10 van de 12 PT-studies was er sprake van follow-up. Respons was heterogeen gedefinieerd, variërend van geen, naar 25% of 50% verbetering tot het afwezig zijn van de diagnose GAS. Het drop-out-percentage was 0 - 33%. Het effect van behandeling was gedefinieerd door de ratio te nemen van de Odds ratio van de experimentele conditie ten opzichte van de Odds ratio van de controleconditie. PT was significant superieur ten opzichte van wachtlijst en TAU. Echter, wanneer er sprake was van een actieve controle (discussiegroep, supportieve therapie, acceptance and commitment therapy (ACT)) bleek er geen verschil te zijn. Er kon niet worden aangetoond dat CGT superieur was vergeleken met andere psychologische interventies.

DISCUSSIE

Hoofdbevindingen

Alle tot nu toe gepubliceerde meta-analyses over de behandeling van angststoornissen bij ouderen hebben vastgesteld dat PT effectief is. CGT was de meest toegepaste vorm van PT. Andere vormen van PT waren supportieve therapie, discussiegroep, ACT en modulaire psychotherapie. CGT bleek superieur t.o.v. wachtlijst. Drie meta-analyses (Hendriks et al., 2008; Gould et al., 2012; Gonçaves & Byrne, 2012) includeerden vrij stringent en alleen gecontroleerde studies. Hierbij werden vergelijkingen tussen CGT en actieve controlecondities of andere psychologische interventies geanalyseerd. Slechts één meta-analyse, i.c. Hendriks et al. (2008) kon superioriteit van CGT aantonen t.o.v. andere psychologische interventies. Bij de meta-analyses van Gould et al. (2012) en

van Gonçalves & Byrne (2012) bleek geen verschil te bestaan tussen CGT en actieve controles. Het is voorbarig om te concluderen dat het bij ouderen met angststoornissen niet uitmaakt met welk type psychologische interventie zij behandeld worden. De met afstand meest voorkomende diagnostische categorie bij alle meta-analyses is GAS. Bij ouderen met GAS zijn meerdere psychologische interventies mogelijk. Wanneer echter de actieve condities in de verschillende studies kritisch beschouwd worden, is de vraag gerechtvaardigd in hoeverre ook in deze condities niet een sterk appèl wordt gedaan op 'gezond verstand denken' en het formuleren van praktische, oplossingsgerichte strategieën. Het is dan de vraag of de actieve controleconditie wel voldoende differentieert van CGT bij de behandeling van GAS. Daarnaast blijft het aantal geïncludeerde, gecontroleerde studies bij deze drie meta-analyses bescheiden met een relatief geringe steekproef. Hierdoor kan de invloed van een enkele studie relatief groot zijn. Een volgende beperking is dat alle meta-analyses gebruik maakten van zelfrapportage-instrumenten die niet leeftijd-specifiek gevalideerd zijn. Er zijn aanwijzingen dat ouderen met angstklachten anders of minder duidelijk rapporteren waardoor scores op de gebruikelijke zelfrapportage-instrumenten lager kunnen uitvallen (Hendriks et al., 2010). Een laatste beperking is dat er geen studies voorhanden zijn die CGT bij ouderen en jongeren rechtstreeks vergelijken.

Klinische implicaties

Angststoornissen worden op oudere leeftijd nauwelijks behandeld. Dit is schrijnend en vermindert de kwaliteit van leven. Bovenstaande bevindingen bevestigen dat CGT ook bij ouderen een adequate behandeling is. Hoewel antidepressiva effectief zijn bij de behandeling van angststoornissen hebben veel ouderen weerstand tegen het gebruik (Givens et al., 2006). Bovendien hebben ouderen vaak ook last van bepaalde somatische aandoeningen, zoals cardiovasculaire aandoeningen en artrose. Het gelijktijdig gebruik van moderne antidepressiva, zoals de serotonine heropname remmers (SSRI's), en bijvoorbeeld bloedverdunners (Aspirine) of pijnstillers/ontstekingsremmers (Ibuprofen) verhoogt het risico op maag-darmbloedingen (Weinrieb, Auriacombe, Lynch & Lewis, 2005; Yuan, Tsoi & Hunt, 2006). Omdat het gebruik van benzodiazepines (wat bij ouderen veelvuldig voorkomt) of antidepressiva het risico op cognitieve beperkingen (verminderde concentratie, verminderd geheugen), vallen en fracturen 1.4 tot 2.4 maal verhoogt, is CGT wellicht voor ouderen een aantrekkelijker en constructiever alternatief dan medicamenteuze behandeling (o.a. Hartikainen, Lonnroos & Louhivuori, 2007).

Echter, bij ouderen kunnen zich bij het toepassen van CGT moeilijkheden voordoen. Er zijn aanwijzingen dat ouderen moeite hebben om strikt cognitieve technieken toe te passen en zich aan het protocol te houden (Hyer, Kramer & Sohnle, 2004; Rainsford, 2002; Schuurmans et al., 2006). Om de therapietrouw te bevorderen en daarmee het effect van CGT te vergroten, is het van

belang specifieke aandacht te schenken aan de therapeutische relatie en motiverende strategieën te implementeren. Extra aandacht voor psycho-educatie, hulp bij het uitvoeren van huiswerk, contact met de familie en patiënten thuis bezoeken zijn hierbij behulpzaam (o.a. Barrowclough et al., 2001; Mohlman et al., 2003). Het is echter de vraag of deze maatregelen zo specifiek zijn voor ouderen en niet gewoon een vast onderdeel zijn van adequaat professioneel handelen.

Conclusie

Cognitieve gedragstherapie is een bewezen effectieve behandeling voor ouderen met angststoornissen. Bij de behandeling van GAS is geen superioriteit van CGT aangetoond, vergeleken met andere psychologische interventies. Het is aangewezen dat de gebruikelijke zelfrapportage-instrumenten gevalideerd worden voor de populatie ouderen met angststoornissen dan wel dat er voor deze leeftijdscategorie specifieke instrumenten ontwikkeld worden. Vergelijkende studies tussen jongere en oudere volwassenen met angststoornissen zijn nodig om na te gaan of de gebruikelijke CGT-protocollen aanpassing behoeven. Deze doelgroep verdient meer aandacht van zowel wetenschappers als professionals die werkzaam zijn in de 1^e-lijns zorg en gespecialiseerde 2^e-lijns geestelijke gezondheidszorg.

SUMMARY

Treatment of anxiety disorder in later life

Elderly people suffering from anxiety disorders usually remain under diagnosed and undertreated. However, the burden of disease is substantial and comparable in both younger and older adults with anxiety disorders. Less than 14% of the older adults suffering from persistent, chronic anxiety are offered specialised mental health care treatment. Plausible explanations why late-life anxiety disorders remain untreated are discussed. Additionally, the available empirical evidence for the treatment of anxiety disorders in later life presented in four recently published meta-analyses is reviewed.

Key words: anxiety disorders, aged, cognitive behavior therapy, systematic review

LITERATUUR

- Balkom, A. J. van, Beekman, A.T., Beurs, E. de, Deeg, D.J., Dyck, R. van, & Tilburg, W. van (2000). Comorbidity of the anxiety disorders in a community-based older population in The Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 37-45.
- Barrowclough, C., King, P., Colville, J., Russell, E., Burns, A., & Tarrrier, N. (2001). A randomized trial of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and supportive

- counseling for anxiety symptoms in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 756-762.
- Beekman, A.T., Beurs, E. de, Balkom, A.J. van, Deeg, D.J., Dyck, R. van, & Tilburg, W. van (2000). Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 157, 89-95.
- Brenes, G.A. (2006). Age differences in the presentation of anxiety. *Aging Mental Health*, 10, 298-302. doi:10.1080/13607860500409898
- Ettner, S.L., & Hermann, R.C. (1997). Provider specialty choice among Medicare beneficiaries treated for psychiatric disorders. *Health Care Finance Review*, 18, 43-59.
- Flint, A.J. (2005). Anxiety and its disorders in late life: moving the field forward. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(1), 3-6. doi:10.1176/appi.ajgp.13.1.3
- Flint, A.J., Koszycki, D., Vaccarino, F.J., Cadieux, A., Boulenger, J.P., & Bradwejn, J. (1998). Effect of aging on cholecystokinin-induced panic. *American Journal of Psychiatry*, 155, 283-285.
- Givens, J.L., Datto, C.J., Ruckdeschel, K., Knott, K., Zubritsky, C., Oslin, D.W., & Barg, F.K. (2006). Older patients' aversion to antidepressants. A qualitative study. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 146-151. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.00296.x
- Goldberg, J.H., Breckenridge, J.N., & Sheikh, J.I. (2003). Age differences in symptoms of depression and anxiety: examining behavioral medicine outpatients. *Journal of Behavioural Medicine*, 26, 119-132.
- Goncalves, D.C., & Byrne, G.J. (2012). Interventions for generalized anxiety disorder in older adults: systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 1-11. doi:10.1016/j.janxdis.2011.08.010
- Gould, R.L., Coulson, M.C., & Howard, R.J. (2012). Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in older people: a meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. *Journal of American Geriatric Society*, 60(2), 218-229. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03824.x
- Grenier, S., Potvin, O., Hudon, C., Boyer, R., Preville, M., Desjardins, L., & Bherer, L. (2012). Twelve-month prevalence and correlates of subthreshold and threshold anxiety in community-dwelling older adults with cardiovascular diseases. *Journal of Affective Disorders*, 136, 724-732. doi:10.1016/j.jad.2011.09.052
- Griez, E.J., Colasanti, A., Diest, R. van, Salamon, E., & Schruers, K. (2007). Carbon dioxide inhalation induces dose-dependent and age-related negative affectivity. *PLoS One*, 2, e987. doi:10.1371/journal.pone.0000987
- Gross, J.J., Carstensen, L.L., Pasupathi, M., Tsai, J., Skorpen, C.G., & Hsu, A.Y. (1997). Emotion and aging: experience, expression, and control. *Psychological Aging*, 12, 590-599.
- Hartikainen, S., Lonnroos, E., & Louhivuori, K. (2007). Medication as a risk factor for falls: critical systematic review. *Journal Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 62, 1172-1181.
- Hendriks, G. J., Keijsers, G. P., Kampman, M., Oude Voshaar, R. C., & Hoogduin, C. A. (2010). Agoraphobic cognitions in old and young patients with panic disorder. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 1155-1158. doi:10.1097/JGP.0b013e3181dba6ba
- Hendriks, G.J., Oude Voshaar, R.C., Keijsers, G.P., Hoogduin, C.A., & Balkom, A.J. van (2008). Cognitive-behavioural therapy for late-life anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117, 403-411. doi:10.1111/j.1600-0447.2008.01190.x
- Hofmann, S.G., & Smits, J.A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 621-632.
- Hunt, S., Wisocki, P., & Yanko, J. (2003). Worry and use of coping strategies among older and younger adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 547-560.
- Hyer, L., Kramer, D., & Sohnle, S. (2004). CBT with older people: Alterations and the value of the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 276-291.
- Jorm, A.F. (2000). Does old age reduce the risk of anxiety and depression? A review of epidemiological studies across the adult life span. *Psychological Medicine*, 30, 11-22.

- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, *62*, 593-602. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593
- Kim, H.F. Seung, Braun, U., & Kunik, M.E. (2001). Anxiety and depression in medically ill older adults. *Journal of Clinical Geropsychology*, *7*, 117-130.
- Lau, A. W., Edelstein, B. A., & Larkin, K. T. (2001). Psychophysiological arousal in older adults: a critical review. *Clinical Psychological Review*, *21*, 609-630.
- Lindesay, J. (1991). Phobic disorders in the elderly. *British Journal of Psychiatry*, *159*, 531-541.
- Mohlman, J., Gorenstein, E.E., Kleber, M., Jesus, M. de, Gorman, J.M., & Papp, L.A. (2003). Standard and enhanced cognitive-behavior therapy for late-life generalized anxiety disorder: two pilot investigations. *Am J Geriatr Psychiatry*, *11*, 24-32.
- Nordhus, I.H., & Pallesen, S. (2003). Psychological treatment of late-life anxiety: an empirical review. *Journal of Consulting Clinical Psychologist*, *71*, 643-651.
- Olatunji, B.O., Cisler, J.M., & Tolin, D.F. (2010). A meta-analysis of the influence of comorbidity on treatment outcome in the anxiety disorders. *Clinical Psychological Review*, *30*, 642-654. doi: 10.1016/j.cpr.2010.04.008
- Pinquart, M., & Duberstein, P.R. (2007). Treatment of anxiety disorders in older adults: a meta-analytic comparison of behavioral and pharmacological interventions. *Am J Geriatr Psychiatry*, *15*(8), 639-651. doi: 10.1097/JGP.0b013e31806841c8
- Rainsford, C. (2002). Counseling older adults. *Review Clinical Gerontology*, *12*, 159-164.
- Schoevers, R.A., Beekman, A.T., Deeg, D.J., Jonker, C., & Tilburg, W. van (2003). Comorbidity and risk-patterns of depression, generalised anxiety disorder and mixed anxiety-depression in later life: results from the AMSTEL study. *Int Journal of Geriatric Psychiatry*, *18*, 994-1001. doi: 10.1002/gps.1001
- Schuurmans, J., Comijs, H.C., Beekman, A T., Beurs, E. de, Deeg, D.J., Emmelkamp, P.M., & Dyck, R. van (2005). The outcome of anxiety disorders in older people at 6-year follow-up: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *111*, 420-428. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00531.x
- Schuurmans, J., Comijs, H., Emmelkamp, P. M., Gundy, C. M., Weijnen, I., van den Hout, M., & van Dyck, R. (2006). A randomized, controlled trial of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and sertraline versus a waitlist control group for anxiety disorders in older adults. *Am J Geriatr Psychiatry*, *14*, 255-263. doi: 10.1097/01.JGP.0000196629.19634.00
- Segui, J., Salvador-Carulla, L., Marquez, M., Garcia, L., Canet, J., & Ortiz, M. (2000). Differential clinical features of late-onset panic disorder. *Journal of Affective Disorders*, *57*, 115-124.
- Sheehan, B., Philpot, M., & Banerjee, S. (2002). Attributions of physical symptoms in patients of an old age psychiatry service. *Int Journal of Geriatric Psychiatry*, *17*, 61-64.
- Sheikh, J. I., Swales, P. J., Carlson, E.B., & Lindley, S.E. (2004). Aging and panic disorder: phenomenology, comorbidity, and risk factors. *Am J Geriatr Psychiatry*, *12*, 102-109.
- Volkers, A.C., Nuyen, J., Verhaak, P.F., & Schellevis, F.G. (2004). The problem of diagnosing major depression in elderly primary care patients. *Journal of Affective Disorders*, *82*, 259-263. doi: 10.1016/j.jad.2003.11.003
- Wang, P.S., Berglund, P., Olfson, M., Pincus, H.A., Wells, K.B., & Kessler, R.C. (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, *62*, 603-613. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.603
- Watts, S.C., Bhutani, G.E., Stout, I.H., Ducker, G.M., Cleator, P.J., McGarry, J., & Day, M. (2002). Mental health in older adult recipients of primary care services: is depression the key issue? Identification, treatment and the general practitioner. *Internal Journal of Geriatric Psychiatry*, *17*, 427-437. doi: 10.1002/gps.632
- Weinrieb, R.M., Auriacombe, M., Lynch, K.G., & Lewis, J.D. (2005). Selective serotonin reuptake inhibitors and the risk of bleeding. *Expert Opin Drug Saf*, *4*, 337-344.

- Wetherell, J.L., Kaplan, R.M., Kallenberg, G., Dresselhaus, T.R., Sieber, W.J., & Lang, A.J. (2004). Mental health treatment preferences of older and younger primary care patients. *Internal Journal of Psychiatry Med*, *34*, 219-233.
- Wetherell, J.L., Maser, J.D., & Balkom, A. van (2005). Anxiety disorders in the elderly: outdated beliefs and a research agenda. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, *111*, 401-402. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00545.x
- Wetherell, J.L., Thorp, S.R., Patterson, T.L., Golshan, S., Jeste, D. V., & Gatz, M. (2004). Quality of life in geriatric generalized anxiety disorder: a preliminary investigation. *Journal of Psychiatric Research*, *38*, 305-312. doi: 10.1016/j.jpsychires.2003.09.003
- Yuan, Y., Tsoi, K., & Hunt, R.H. (2006). Selective serotonin reuptake inhibitors and risk of upper GI bleeding: confusion or confounding? *American Journal of Medicine*, *119*, 719-727. doi: 10.1016/j.amjmed.2005.11.006
- Zijlstra, G.A., Haastregt, J.C. van, Rossum, E. van, Eijk, J.T. van, Yardley, L., & Kempen, G. I. (2007). Interventions to reduce fear of falling in community-living older people: a systematic review. *Journal of American Geriatric Society*, *55*, 603-615. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01148.x