

# Diagnostiek bij ouderen met angststoornissen en depressies

GERT-JAN HENDRIKS & RICHARD OUDE VOSHAAR

## Samenvatting

Angststoornissen en depressies zijn ook bij ouderen de meest prevalentie psychische stoornissen. De herkenning ervan lijkt echter complexer dan bij 18- tot 65-jarigen met deze stoornissen. Ziektebelasting en beperkingen in het functioneren zijn ook bij ouderen onverminderd groot. Toch is de verwijzingsratio voor een gerichte eerste psychologische behandeling een factor 3 tot 4 lager dan op grond van prevalentie verwacht mag worden. Dit blijkt uit diverse studies. De belangrijkste factoren die dit veroorzaken zijn stereotiepe opvattingen over ouderen, en veranderingen in de presentatie en fenomenologie van klachten en symptomen. Hierdoor kan de zorgprofessional op een dwaalspoor worden gebracht. Het doel van deze bijdrage is inzicht verschaffen in de factoren die diagnostiek en behandeling belemmeren. Hiermee krijgt de zorgprofessional handvatten om de klinische besluitvorming bij ouderen met angststoornissen en depressies te optimaliseren.

*Trefwoorden: diagnostiek, ouderen, angststoornissen, depressies*

### Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Zowel bij angststoornissen als depressies doen zich met de leeftijd samenhangende veranderingen voor in de presentatie van klachten en symptomen.
- ▶ Stereotiepe opvattingen en vooroordelen over ouderen kunnen de klinische besluitvorming ongunstig beïnvloeden.
- ▶ Bewustwording van stereotiepe opvattingen, vooroordelen en met de leeftijd samenhangende veranderingen in de fenomenologie van angststoornissen en depressies is nodig om het risico op onderdiagnostiek en onderbehandeling te verminderen bij ouderen met deze stoornissen.

## INLEIDING

.....

De meest prevalentie psychische stoornissen gedurende het leven zijn angststoornissen en depressieve stoornissen. Er is echter sprake van leeftijdsgerelateerde verschillen in prevalentie, incidentie, ontstaansleeftijd (*age of onset*), presentatie, fenomenologie en zorggebruik. In deze bijdrage over diagnostiek bij ouderen met angststoornissen en depressies nemen we de lezer mee in deze verschillen. Centraal daarbij staat dat ouderen met deze stoornissen in vergelijking met hun jongere tegenhangers een grotere kans hebben op onderdiagnostiek en onderbehandeling. We bespreken een aantal factoren die hieraan bijdragen, met als doel instrumenten aan te reiken om deze stoornissen bij ouderen beter te herkennen en daarmee ook gericht te behandelen.

Voor de goede orde merken we op dat wij met ‘ouderen’ de groep volwassenen van 65 jaar en ouder bedoelen. Echter, in de wetenschappelijke literatuur wordt de ondergrens voor ‘ouderen’ wisselend bij 55 tot 65 jaar gelegd. De lezer dient zich er bewust van te zijn dat het merendeel van de beschikbare literatuur doorgaans de groep ‘jongere’ ouderen betreft, namelijk in het leeftijdsgebied tussen 55 en 75 jaar.

ONDERDIAGNOSTIEK EN ONDERBEHANDELING ZIJN BIJ OUDEREN DE  
REGEL

.....

*Prevalentie*

.....

Diverse epidemiologische studies wijzen uit dat zowel angststoornissen als depressies ook bij ouderen de meest prevalentie stoornissen zijn. In de Verenigde Staten vond de National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R) een *lifetime* prevalentie voor angststoornissen en depressies van respectievelijk 15% en 12% (Kessler et al., 2005). De Europese MentDis\_ICF65+ studie vond *lifetime* prevalenties voor angststoornissen en depressies van respectievelijk 25% en 14% (Andreas et al., 2017). Na correctie voor de specifieke fobie (die meestal beperkte lijdensdruk geeft en weinig invloed heeft op het functioneren) is de *lifetime* prevalentie voor angststoornissen nog steeds meer dan 16%. Men dient hierbij wel rekening te houden met verschillen in onderzoeksmethodologie, waardoor epidemiologische studies onderling verschillende prevalentiecijfers kunnen rapporteren.

### *Onderbehandeling*

Ondanks de hoge prevalentie krijgen de meeste oudere patiënten met angststoornissen of depressies geen gerichte behandeling. Een opvallend contrast met de groep 18- tot 65-jarigen is dat ouderen een factor 3 tot 4 minder vaak verwezen worden voor gerichte behandeling van een depressieve of angststoornis. Dit is over de afgelopen 20 jaar een tamelijk consistent patroon. Het werd voor het eerst duidelijk in grote epidemiologische studies in de Verenigde Staten (Mackenzie et al., 2012; Wang et al., 2005). Dit patroon werd ook duidelijk bij het grote project Improving Access to Psychological Therapy (IAPT) in het Verenigd Koninkrijk. Het aantal ouderen met depressies en angststoornissen dat voor gerichte psychologische behandeling werd verwezen was 6% van dat van 18- tot 65-jarigen met deze stoornissen. Dat is een factor 3 lager dan op basis van prevalentie verwacht mocht worden (Pettit et al., 2017). Een dataset van Indigo (generalistische basis-ggz) die wij voor nadere analyse tot onze beschikking hebben gekregen, laat voor ouderen een identiek verwijspatroon zien als het IAPT-project.

### *Onderdiagnostiek*

Een potentieel belangrijke verklaring voor deze bevindingen is een gebrekkige herkenning van depressies en angststoornissen bij ouderen, in vergelijking met de jongere volwassenen. Ongeveer twee derde van de depressieve oudere patiënten wordt in de eerste lijn niet als zodanig herkend en krijgt dus ook geen gerichte behandeling (Licht-Strunk et al., 2009). Bij ouderen met angststoornissen lijkt dit zelfs nog sterker het geval te zijn. Zij hebben een nog veel lagere kans op een gerichte behandeling, vergeleken met depressieve ouderen. Zo blijkt uit data van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) dat slechts 7% van de ouderen met een angststoornis een antidepressivum krijgt voorgeschreven en 14% wordt verwezen voor psychologische behandeling (Schuurmans et al., 2005).

### DIFFERENTIATIE TUSSEN ANGSTSTOORNISSEN EN DEPRESSIES IS BELANGRIJK

De eerdergenoemde NCS-R-studie toonde aan dat angststoornissen en depressies verschillen wat betreft ontstaansleeftijd (Kessler et al., 2005). Ongeveer 75% van de angststoornissen ontstaat voor het 21ste levensjaar, waarbij de mediane ontstaansleeftijd op 11 jaar ligt. Slechts 1% van de angststoornissen ontstaat na het 65ste levensjaar. Het beeld bij depressies is anders. De mediane ontstaansleeftijd daarvan ligt op 30 jaar, terwijl 75% van

de depressies zich voor de eerste keer manifesteert vóór het 43ste levensjaar en toch nog zo'n 5% na het 65ste levensjaar.

Er bestaat de neiging om angststoornissen en depressies bij ouderen niet meer van elkaar te onderscheiden en te spreken van een 'gemengd angst-depressief syndroom' (Flint, 2005). Inderdaad is comorbiteit van angststoornissen en depressies vaak de regel (Penninx et al., 2021). LASA-data hebben echter laten zien dat de prevalentie van gemengd angst-depressieve syndromen lager is dan vooraf werd verondersteld (Schoevers et al., 2000). Hoewel angststoornissen en depressies bij ouderen vaak gezamenlijk voorkwamen, bleken er meer verschillen dan overeenkomsten (Beekman et al., 2000; van Balkom et al., 2000). Van de ouderen met angststoornissen had 25% een comorbide depressie en ongeveer de helft van de ouderen met een depressie had een comorbide angststoornis. Ook het risicoprofiel bleek te verschillen. Ouderen met depressies werden gekenmerkt door een hogere ontstaansleeftijd en ervoeren minder zelfregie. Het risicoprofiel bij ouderen met een angststoornis was complexer, met meer premorbide kwetsbaarheid en actuele sociaal-maatschappelijke stressoren. Recente bevindingen van de Nederlandse Studie naar Depressie bij Ouderen (NESDO) bevestigen dat het belangrijk is om depressies en specifieke angststoornissen bij ouderen van elkaar te onderscheiden, en dat het beloop ongunstiger is wanneer dit niet gebeurt (van der Veen et al., 2014, 2015).

#### ANGSTSTOORNISSEN EN DEPRESSIES BIJ OUDEREN ZIJN GEEN GERING GEZONDHEIDSPROBLEEM

.....

Hoewel men soms veronderstelt dat met het vorderen van de leeftijd ook de ernst van angststoornissen en depressies afneemt, wordt dit niet gestaafd door onderzoek. De ziektelast is ook bij ouderen met angststoornissen en depressies onverminderd groot (Grenier et al., 2011; Hohls et al., 2018; Vos et al., 2012). De eerdergenoemde frequent voorkomende comorbiditeit van angststoornissen en depressies bij ouderen draagt evident bij aan deze ziektelast (Hek et al., 2011; King-Kallimanis et al., 2009; van Balkom et al., 2000). Op oudere leeftijd is er een groter risico op somatische problematiek, wat ook weer het risico op angst en depressiviteit vergroot (El-Gabalawy et al., 2011). Ook hier lijkt sprake te zijn van een wederkerige relatie. Wanneer er zich op oudere leeftijd een angststoornis of depressie voordoet, neemt het risico op cardiovasculaire ziekte toe (Huffman et al., 2008), is het beloop van oncologische therapie ongunstiger (Hasegawa et al., 2019; Klaassen et al., 2019) en is er ook een hoger overlijdensrisico (Brenes et al., 2007; van Hout et al., 2004). Ook zonder zulke somatische comorbiditeit draagt het hebben van angststoornissen en depressies op oudere leeftijd bij aan verminderde kwaliteit van leven en hogere gezondheidszorgkosten, en ligt de levenskwa-

liteit zelfs lager dan die in geval van somatische morbiditeit (Hohls et al., 2018; Puvill et al., 2016; Simning & Seplaki, 2020).

MET DE LEEFTIJD SAMENHANGENDE VARIABELEN DIE DE DIAGNOSTIEK  
COMPLICEREN

.....

Het is zowel opmerkelijk als ongewenst dat ondanks de hoge prevalentie van angststoornissen en depressies bij ouderen er relatief weinig ouderen met deze stoornissen een gerichte psychologische behandeling krijgen. Het lijkt daarom aannemelijk dat er factoren zijn die het diagnostische en verwijzingsproces bemoeilijken. Er zijn in dit verband twee variabelen die eruit springen: (1) factoren die samenhangen met leeftijdsdiscriminatie en stereotiepe opvattingen over ouderen en het proces van ouder worden, en (2) factoren die samenhangen met leeftijdgerelateerde veranderingen in presentatie en fenomenologie. Deze twee variabelen worden in de nu volgende paragrafen besproken.

*Leeftijdsdiscriminatie en stereotypering (ageism)*

.....

Vooroordelen, discriminatie op grond van leeftijd en negatieve stereotiepe opvattingen over ouderen worden ook wel samengevat onder de term *ageism* (Ayalon & Tesch-Römer, 2017). Dit kan ongemerkt voorkomen bij hulpverleners in zowel de eerstelijnszorg als de ggz, bij ouderen zelf en in hun sociale omgeving. Ageism kan ertoe leiden dat klachten van ouderen ten onrechte als passend bij de leeftijd worden geïnterpreteerd, waardoor de juiste diagnose wordt gemist (Burroughs et al., 2006; Chew-Graham et al., 2012; Licht-Strunk et al., 2009; Wolitzky-Taylor et al., 2010) of een hogere leeftijd als ongeschikt wordt beschouwd voor toepassing van veranderingsgerichte psychotherapie (Chew-Graham et al., 2012; Kessler et al., 2015). Verder kan ageism leiden tot onderdiagnostiek en de klinische besluitvorming ongunstig beïnvloeden. Dat dit fenomeen wijdverbreid is, maar grotendeels onder de radar blijft, was voor de Wereldgezondheidsorganisatie reden om er een webpagina over in te richten (WHO, 2021).

Een van de belangrijkste onderzoekers op dit terrein is Becca Levy, de grondlegger van de Stereo Embodiment Theory (SET) (Levy, 2009). De belangrijkste pijlers van SET zijn het ontstaan en de internalisatie van stereotiepe opvattingen op jonge leeftijd die op oudere leeftijd geactiveerd kunnen worden. Zo bleek uit onderzoek bij 80 Facebook-groepen ( $n = \pm 25.000$  personen, gemiddelde leeftijd 29 jaar) dat negatieve opvattingen over leeftijd en ouderen al op jonge leeftijd algemeen en wijdverbreid waren, en sterk discriminerende kenmerken hadden (Levy et al., 2014). Experimenteel onderzoek uit de groep van Levy vond dat het negatief dan wel positief primen van leeftijd de prestaties van oudere proefpersonen op een geheugen- of fysieke

taak in dezelfde richting beïnvloedde (Levy & Leifheit-Limson, 2009). Deze studies zijn slechts twee voorbeelden die de theorie van Levy onderbouwen.

Een meta-analyse uit 2020 over de effecten van ageïsm toonde negatieve effecten op gezondheid en welbevinden aan. Verminderde toegankelijkheid van gezondheidszorg, verminderde toegankelijkheid tot werk en een negatieve impact op zowel de mentale als de fysieke gezondheid waren de belangrijkste effecten (Chang et al., 2020). De impact van deze effecten wordt onderschat en draagt tevens substantieel bij aan hogere zorgkosten, die met zo'n 15% blijken toe te nemen (Levy et al., 2020).

Er zijn een aantal studies die laten zien dat ageïsm een duidelijke rol speelt bij ouderen met depressie. Een overzichtsstudie bij huisartsen in het Verenigd Koninkrijk gericht op verwijzing van ouderen met depressieve klachten voor behandeling, bracht duidelijke knelpunten naar voren in de diagnostiek, herkenning en het verwijsbeleid (Frost et al., 2019). Samengevat waren de belangrijkste bevindingen dat huisartsen ertoe neigden depressiviteit op oudere leeftijd toe te schrijven aan sociaal isolement en eenzaamheid, en dat ze een gemis ervoeren aan gerichte interventies om dit te doorbreken. Tevens werd depressiviteit in verband gebracht met (en als een begrijpelijke reactie beschouwd op) het verlies van de partner, een ernstige ziekte (bijvoorbeeld kanker), of toenemende fysieke fragiliteit en achteruitgang in het algemeen functioneren. Dat sociaal isolement en eenzaamheid ook een gevolg kunnen zijn van een eventuele depressieve stoornis werd niet overwogen. Evenmin werd overwogen dat een depressie geluxeerd kan worden door het verlies van de partner of afnemende somatische gezondheid en toenemende fragiliteit. Daarnaast was evident dat vanwege beperkte consulttijd en drukte op reguliere spreekuren somatische kwesties de meeste aandacht kregen, zeker wanneer er sprake was van verhoogde fysieke kwetsbaarheid, waardoor gerichte screening op depressiviteit uitbleef.

Ook bij ggz-professionals, zelfs als zij werkzaam zijn binnen de ouderenpsychiatrie, kunnen zich ongemerkt vertekeningen voordoen in de klinische besluitvorming. Een Duitse onderzoeksgroep vond dat psychotherapeuten zich lieten leiden door leeftijd en daarmee samenhangende interne opvattingen bij de keuze van het type psychotherapie en de prognose. Men veronderstelde bij ouderen met depressies meer rigiditeit, minder mogelijkheden tot verandering en minder inzicht in de eigen problematiek, en schatte de kans op een goede behandeluitkomst ongunstiger in dan bij hun jongere tegenhangers (Kessler & Blachetta, 2020; Kessler & Schneider, 2019).

Hoewel bij ouderen met angststoornissen geen onderzoek is gedaan naar ageïsm, lijkt het aannemelijk dat ook bij hen vergelijkbare fenomenen spelen. Er lijkt ten aanzien van ouderen een meer algemene neiging te bestaan om symptomen en klachten die samenhangen met angststoornissen te beschouwen als ondergeschikt aan depressieve klachten (van der Veen et al., 2021). Huisartsen in het Verenigd Koninkrijk lijken sowieso terughoudend te zijn in het stellen van een diagnose binnen het domein van de angststoor-

nissen, omdat zij bang zijn daarmee de patiënt te stigmatiseren, terwijl patiënten het juist op prijs stellen als een duidelijke diagnose wordt gesteld (Archer et al., 2021). Dit sluit aan bij Nederlandse bevindingen onder 18- tot 65-jarigen, waarbij er een grote praktijkvariatie onder huisartsen gevonden wordt. In het algemeen worden angstsymptomen de laatste jaren wel beter herkend, maar in de huisartspraktijk veelal aspecifiek gedocumenteerd als algemeen psychisch probleem (Janssen et al., 2012). Echter, als huisartsen moeilijkheden ondervinden bij de herkenning van specifieke angststoornissen bij jongere volwassenen, dan is aannemelijk dat dit ook – en misschien nog wel sterker – het geval zal zijn bij ouderen met angststoornissen.

Bovenstaande bevindingen maken duidelijk dat stereotiepe beelden en vertekeningen over ouderen ongemerkt het klinisch besluitvormingsproces kunnen beïnvloeden. Het is dus belangrijk dat hier aandacht voor komt in onderwijs zowel aan universiteiten als op beroepsopleidingen voor zorgprofessionals.

### *Belemmeringen in de herkenning en diagnostiek*

Een tweede factor die onderdiagnostiek en onderbehandeling van ouderen met angststoornissen en depressies in de hand kan werken, is de met de leeftijd samenhangende verandering in de presentatie van klachten en symptomen. Kennis van deze leeftijdgerelateerde fenomenologische veranderingen is nuttig om de diagnostiek bij ouderen te optimaliseren en om samen met hen tot betere klinische besluiten te komen.

Vergeleken met 18- tot 65-jarigen herkennen ouderen angst- en depressieve symptomen minder goed bij zichzelf (Wetherell et al., 2009). Een depressieve oudere presenteert zich bij de huisarts vaak met een lichamelijke klacht (zoals vermoeidheid, pijn of geheugenverlies) of met een algemene achteruitgang in het functioneren (zoals verlies van zelfzorg, slecht eten en drinken, of medicatie-ontrouw). Veel ouderen zijn zich niet bewust dat dergelijke klachten een symptoom kunnen zijn van een onderliggende depressieve stoornis. Binnen de groep ouderen blijkt weer dat zij angstsymptomen, zoals duizeligheid of hartkloppingen, minder goed bij zichzelf herkennen dan depressieve symptomen. Ruim 65% van met angststoornissen samenhangende symptomen wordt door ouderen niet als zodanig herkend (Wetherell et al., 2009). Samen met de neiging om angst- en depressieve symptomen te accepteren als passend bij de levensfase, kan dit verklaren waarom ouderen er minder op gericht zijn om hulp te vragen bij angst- en depressieve klachten. Daarnaast kan er sprake zijn van een met de leeftijd samenhangende veranderende fenomenologie van angststoornissen en depressies die het risico op over- en onderdiagnostiek vergroot.

Bij de bespreking van de stoornisspecifieke, leeftijdgerelateerde verschillen en overeenkomsten in de diagnostiek en fenomenologie van angststoornissen en depressies worden we belemmerd door het schaarse onderzoek dat

ernaar is verricht. Wat betreft angststoornissen hebben we ervoor gekozen om beschikbare gegevens uit de literatuur per angststoornis te beschrijven. Wat betreft depressieve stoornissen is dit niet mogelijk. Echter, bij de bestudering van depressies bij oudere volwassenen is er (in tegenstelling tot angststoornissen) wel het nodige onderzoek voorhanden over de relatie met cognitieve achteruitgang, fysieke achteruitgang en kwetsbaarheid, en over hiermee mogelijk samenhangende doodswensen. Hieronder volgt daar een korte beschrijving van.

#### LEEFTIJDGERELATEERDE OVEREENKOMSTEN EN VERSCHILLEN BIJ ANGSTSTOORNISSEN

.....

Duidelijk is dat bij ouderen vaker somatische ziekten voorkomen die angstsymptomen kunnen maskeren, zoals hart- en vaatziekten of chronische longaandoeningen (Wolitzky-Taylor et al., 2010). Zo kunnen hartkloppingen, druk op de borst, benauwdheid en duizeligheid zich voordoen bij hart- en vaatziekten en longaandoeningen, maar tevens deel uitmaken van de angstsymptomatologie van een paniekstoornis of de begeleidend paniekaanvallen bij een andere angststoornis. Echter, ook met angststoornissen samenhangende emotionele symptomen, zoals piekeren, overmatige bezorgdheid en vrees, worden in vergelijking met jongere volwassenen minder snel toegeschreven aan een angststoornis (zie ook: Wetherell et al., 2009). Daarnaast gaan veel somatische ziekten gepaard met reactieve, bij de somatische ziekte passende en reële angst en bezorgdheid. Onderscheid maken met pathologische angst en bezorgdheid kan dan soms lastig zijn.

Een ander belangrijk verschil met jongere volwassenen is dat ouderen naarmate hun leeftijd vordert een grotere kans lopen op cognitieve achteruitgang. Dit kan leiden tot meer zorg en onzekerheid, en een gevoeligheid tot overmatig piekeren uitlokken, of zelfs tot paniekaanvallen leiden, wanneer het overzicht over alledaagse situaties, zoals het plannen van huishoudelijke activiteiten, afneemt. Verschillende cohortstudies hebben aangetoond dat angststoornissen gepaard gaan met een verhoogd risico op dementie. De empirische gegevens wijzen er echter meer op dat angst een prodromaal verschijnsel is bij dementie, in plaats van oorzakelijk geassocieerd met een beginnend dementieel proces (Gulpers et al., 2016).

Normale biologische veroudering, in combinatie met psycho-emotionele rijping, kan de fysiologische, emotionele en cognitieve representatie van angststoornissen beïnvloeden, en leiden tot verschillen in symptomatologie tussen oudere en jongere volwassenen met angststoornissen. Over het algemeen neemt bij ouderen de intensiteit van zowel fysiologische, emotionele als cognitieve aspecten van de angststoornis af, in vergelijking met de jongere leeftijdsgroepen. De schaarse studies die dit soort leeftijdsspecifieke symptoomverschillen hebben onderzocht zijn echter grotendeels uitge-



voerd onder niet-klinische populaties (Gould & Edelstein, 2010). Hierdoor kan de presentatie van angststoornissen minder uitgesproken zijn (Wolitzky-Taylor et al., 2010). Ook in de spreekkamer onderscheiden ouderen met angststoornissen zich van hun jongere tegenhangers. Zij verwoorden specifieke angstsensaties en daarmee samenhangende cognities minder vlot, en spreken er eerder in algemene, enigszins diffuse termen over, zoals ‘nervositeit’, ‘onrust’, en dergelijke. Een algemene richtlijn om de ernst van een angststoornis goed in te schatten is om vooral te kijken naar beperkingen in het dagelijks functioneren en vermijdingsgedrag. Deze blijken namelijk niet af te nemen in vergelijking met jongere leeftijdsgroepen (Hendriks et al., 2014).

### *Gegeneraliseerde-angststoornis*

Bij ouderen met een gegeneraliseerde-angststoornis (GAS) is veruit het meeste onderzoek verricht naar leeftijdsverschillen wat betreft symptomatologie en representatie. Gemiddeld genomen neemt het aantal symptomen met het ouder worden af (Miloyan, Byrne et al., 2014). Concentratieproblemen, maag-darmklachten en duizeligheid komen bij ouderen met een GAS vaker voor dan bij jongeren. Ook de piekerthema's verschillen. Ouderen met een GAS piekeren vooral overmatig over gezondheid en hun naaste familie. Onder jongere volwassenen met een GAS wordt vooral overmatig gepeikerd over geldzaken, werk en relaties.

### *Paniekstoornis en agorafobie*

Het onderzoek dat verricht is bij ouderen met paniekstoornissen en agorafobie benoemt vooral de afname in fysiologische symptomatologie als een belangrijk argument om te veronderstellen dat met het ouder worden de ernst afneemt (Flint et al., 1998; Hendriks et al., 2010; Sheikh et al., 2004). Op een klacht-specifieke zelfinvulvragenlijst werd inderdaad gevonden dat ouderen minder op controleverlies georiënteerde angstcognities vermeldden (zoals de angst om gek te worden, de controle te verliezen, zich belachelijk te maken of flauw te vallen) dan jongere volwassenen (Hendriks et al., 2010). Echter, wij vonden dat de ernst van vermijdingsgedrag – dat beschouwd kan worden als een maat voor ernst en impact van deze stoornissen – niet verandert met de leeftijd (Hendriks et al., 2014). Het is dus aan te raden vermijdingspatronen goed uit te vragen, teneinde een betere indruk te krijgen van de ziektelast.

### *Sociale-angststoornis*

De centrale criteria voor sociale angst lijken niet onderhevig aan leeftijdsinvloeden. Wel lijkt de ernst van sociale angst af te nemen met het ouder

worden (Miloyan, Bulley et al., 2014). Een vroege ontstaansleeftijd (die vaak voorkomt bij sociale angst), in combinatie met een chronisch beloop, is belangrijk om te onderscheiden, en wel vanwege de overlap met de vermijding-persoonlijkheidsstoornis (Friborg et al., 2013). De enige prospectieve studie naar sociale-angststoornissen bij ouderen concludeert dat het beloop bij ouderen niet altijd chronisch hoeft te zijn. De helft van de ouderen met sociale angst blijkt deze stoornis na 5 jaar niet meer te hebben. Echter, met een incidentie van 2% en een prevalentie van 4% blijft sociale angst ook op oudere leeftijd een prevalentie angststoornis (Karlsson et al., 2010). Bij ouderen met sociale angst dient men alert te zijn op beperkingen in het dagelijks functioneren, vooral om (onnodige) eenzaamheid en sociaal isolement te voorkomen.

### *Specifieke fobie*

Zowel de ernst als de prevalentie van de specifieke fobie blijkt bij ouderen te zijn gehalveerd omstreeks het 80ste levensjaar. Dit is vooral het geval bij fobieën die gepaard gaan met heftige angstreacties zonder grote sociale impact (Sigström et al., 2016). Dit sluit aan bij wat hierboven is opgemerkt over een leeftijdgerelateerde afname van de angstfysiologie.

### *Valangst*

Valangst is een met oudere leeftijd samenhangende overmatige zorg en vrees om te vallen. De aandoening komt voor bij ongeveer 30% van de ouderen die nog nooit zijn gevallen en bij zo'n 50% van hen die een recente valpartij hebben meegemaakt (Parry et al., 2016). Centraal hierbij staan anticipatieangst, onzekerheid en gebrek aan zelfvertrouwen tijdens het lopen. Dit luxteert sociale vermijding en agorafobie, en vermijding van zelfstandig lopen en wandelen. Door vermijding en onnodig gebruik van wandelstok of rollator neemt de loopmotoriek af.

### *Angst voor dementie*

Een andere met hogere leeftijd samenhangende angststoornis is de ongeachtvaardigde angst voor cognitieve achteruitgang en dementie. Die wordt gekenmerkt door een catastroferende interpretatie van normale vergeetachtigheid, waar overmatig over wordt gepiekerd. Als er bovendien depressieve klachten voorkomen, neemt ook de overmatige zorg om dement te worden toe. Opvallend genoeg lijken deze zorgen juist bij oudere ouderen weer af te nemen (Cutler & Brägaru, 2015, 2017).

TABEL 1 *Leeftijdgerelateerde fenomenologische verschillen bij angststoornissen*

	18 tot 65 jaar	65 jaar en ouder
<b>Algemeen</b>	Minder emotionele controle	Meer emotionele controle
	Meer fysiologische arousal	Minder fysiologische arousal
	Fysieke angst is een negatieve predictor	Cognitieve angst is een negatieve predictor
	Vermijding is meer invaliderend	Sociale steun compenseert beperkingen
	Meer psychische comorbiditeit	Meer somatische comorbiditeit
<b>Paniekstoornis en agorafobie</b>	Paniek aanvallen meer prominent	Minder specifieke angstcognities Vermijding is betere ernstmaat
<b>Sociale-angststoornis</b>	Vaker ernstiger	Ernst neemt af Vermijding niet verwarren met eenzaamheid
<b>Gegeneraliseerde-angststoornis</b>	Piekeren over geld, werk en relaties	Piekeren over gezondheid en dierbaren Meer algemene fysieke klachten (zoals duizeligheid) Meer maag-darmklachten
<b>Specifieke fobie</b>	Hoogste prevalentie	Ernst en prevalentie nemen af
<b>Angsten alleen bij ouderen</b>		Angst voor geheugenverlies Angst om te vallen

LEEFTIJDGERELATEERDE OVEREENKOMSTEN EN VERSCHILLEN BIJ  
DEPRESSIES

.....

Ook bij depressieve stoornissen is het onderzoek naar leeftijdgerelateerde verschillen in de presentatie en fenomenologie ervan relatief beperkt. Een meta-analyse uit 2012 includeerde slechts 11 studies met in totaal ruim 2.000 proefpersonen (Hegeman et al., 2012). De leeftijdsgrens tussen oud en jong varieerde van 50 tot 65 jaar, waarbij een leeftijdsgrens van 60 tot 65 jaar het meest voorkwam. Er bleek een partieel verschil te zijn in de presentatie en rapportage van symptomen tussen jongere en oudere volwassenen met een depressieve stoornis. Ouderen rapporteerden in vergelijking met jongere depressieve patiënten meer maag-darmsymptomen, meer algehele lichamelijke klachten, meer fysieke onrust en meer angst voor een ernstige ziekte.

Daarentegen rapporteerden zij minder libidoverlies en minder schuldgevoelens dan hun jongere tegenhangers. Later onderzoek onder dezelfde groep vond dat als een depressie samengaat met ernstige somatische morbiditeit, er een risico is dat de somatische symptomen deels onjuist worden geïnterpreteerd, en wel als passend bij de depressie, in plaats van als aanwijzing voor de ernst van de somatische stoornis. De ernst van de depressieve stoornis kan dan juist worden overschat (Hegeman et al., 2015). Het is bij de diagnostiek van depressieve ouderen dus belangrijk om te controleren en desnoods te corrigeren voor de ernst van de somatische ziektelast.

Een recente Nederlandse studie onder zo'n 1.400 personen van 18 tot 88 jaar vond dat gedurende de levensloop de ernst van depressieve stoornissen gemiddeld genomen gelijk blijft. Wel waren er leeftijdgerelateerde verschillen bij 20 van de 30 items van de Zelfinvullijst Depressieve Symptomen (Inventory for Depressive Symptoms – Self Report; IDS-SR) (Schaakxs et al., 2017). Oudere depressieve patiënten hadden vooral vaker last van vroeger ontwaken, in- en doorslaapstoornissen, dagschommelingen, minder goed kunnen genieten, waren pessimistischer over de toekomst en hadden meer somatische symptomen. Met het ouder worden namen prikkelbaarheid, interpersoonlijke sensitiviteit, verminderde concentratie, twijfelzucht, angstsymptomen en zelfkritiek af. Bij jongere patiënten stonden juist een gedeprimeerde stemming, suïcidale ideaties, paniek en fobische klachten, zelfkritiek, lusteloosheid en prikkelbaarheid sterker op de voorgrond.

TABEL 2 *Leeftijdgerelateerde fenomenologische verschillen bij depressies*

18 tot 65 jaar	65 jaar en ouder
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Gedeprimeerdheid en prikkelbaarheid staan centraal</li> <li>▶ Meer lusteloosheid</li> <li>▶ Vaker suïcidale ideaties</li> <li>▶ Vaker paniekaanvallen</li> <li>▶ Vaker fobische klachten</li> <li>▶ Meer zelfkritiek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Meer algemene lichamelijke klachten</li> <li>▶ Meer agitatie</li> <li>▶ Meer maag-darmsymptomen</li> <li>▶ Meer hypochondrie</li> <li>▶ Meer slaapstoornissen</li> <li>▶ Meer anhedonie</li> <li>▶ Minder prikkelbaarheid</li> <li>▶ Minder concentratieverlies</li> <li>▶ Minder twijfelzucht</li> </ul>

In de dagelijkse klinische praktijk verdienen een aantal aspecten extra aandacht in de diagnostiek van de ouderdomsdepressie, te weten: (1) interferentie met lichamelijke veroudering (fragiliteit), (2) cognitieve achteruitgang, en (3) doodswensen.

### *Lichamelijke veroudering en fragiliteit*

Mensen die uiteindelijk ‘sterven aan ouderdom’ zullen in de laatste jaren van hun leven onvermijdelijk fragiel worden. Fragiliteit wordt gekenmerkt door achteruitgang van verschillende fysiologische systemen, waardoor ouderen sneller lichamelijk en mentaal decompenseren bij een (soms kleine) stressor (Hoogendijk et al., 2019). Deze geleidelijke lichamelijke achteruitgang is geassocieerd met vermindering in welbevinden, levenssatisfactie en algemene gezondheid (Cohen-Mansfield et al., 2018). Meerdere longitudinale studies hebben aangetoond dat fragiliteit niet alleen een risicofactor is voor depressie, maar depressie ook een risicofactor is voor fragiliteit (Soysal et al., 2017). Meta-analyse van crossectionele studies laat zien dat 39% van alle kwetsbare ouderen depressief is, terwijl omgekeerd 40% van alle depressieve ouderen fragiel is (Soysal et al., 2017). Lastig is dat veel depressieve symptomen ook een kenmerk of symptoom van fragiliteit kunnen zijn. Dit maakt het in de praktijk soms moeilijk om bij de oudste ouderen een depressie te onderscheiden van ‘pure ouderdom’. Toch is dit onderscheid belangrijk, omdat antidepressiva het valrisico verhogen en dit valrisico nog eens exponentieel toeneemt wanneer een depressieve oudere fysiek fragiel is (Lin et al., 2021). In de praktijk kan het daarom belangrijk zijn om goed door te vragen op de aanwezigheid van depressogene cognities. Zo blijkt 30% tot 40% van de kwetsbare ouderen cognities te hebben die hun gevoel van eigenwaarde onderuithalen (Andrew et al., 2012). In combinatie met fysieke symptomen van vermoeidheid en uitputting kan een diagnose depressie dan (te) snel gesteld worden.

### *Cognitieve achteruitgang*

Naar schatting kampt 30% van de depressieve ouderen met cognitieve beperkingen, waaronder een vermindering van executieve functies als *fluency*, responsinhibitie, probleemoplossend vermogen, cognitieve flexibiliteit, werkgeheugen en ideomotorische planning (Lim et al., 2013). Wanneer executieve functiestoornissen prominent aanwezig zijn, wordt gesproken van een *depression executive dysfunctioning* (DED)-syndroom. De verklaring hiervoor wordt gezocht in een disfunctie van de zogeheten frontostriatale hersencircuits, bijvoorbeeld als gevolg van vasculaire hersenschade of Parkinson-plus-syndromen, waarbij de subcorticale hersenstructuren zijn aangedaan. De relatie met vasculaire hersenschade heeft eind jaren negentig geleid tot het concept van de ‘vasculaire depressie’. De hypothese was dat cerebrovasculaire schade ouderen kwetsbaar maakt voor het ontwikkelen van een depressieve stoornis, maar die ook direct kan uitlokken en onderhouden. Hoewel deze hypothese nog steeds overeind staat, is de overlap met het DED-syndroom groot (Taylor et al., 2013). In de praktijk blijkt dat

DED-syndroom en vasculaire depressie niet strak af te grenzen zijn van de ‘traditionele’ depressieve stoornis. Feitelijk zijn cerebrovasculaire schade en schade aan de frontostriatale circuits te beschouwen als risicofactoren die in meer of mindere mate kunnen meespelen bij het krijgen van een depressie (vergelijkbaar met psychologische kwetsbaarheden als neuroticisme). In vergelijking met een ‘klassieke’ depressieve stoornis, staan bij het DED-syndroom en de vasculaire depressie apathie, anhedonie, psychomotore vertraging, functionele beperkingen en een verminderd zelfinzicht meer op de voorgrond, terwijl een depressieve stemming, depressogene cognities, suïcidaliteit en vegetatieve symptomen juist minder prominent aanwezig zijn (Alexopoulos, 2019).

### *Doodswensen*

.....

Zoals hierboven beschreven, rapporteren depressieve ouderen minder vaak suïcidale ideaties dan depressieve jongvolwassenen. Desondanks verdient het beoordelen van suïcidale ideaties bij depressieve ouderen een prominente plaats in de diagnostiek. In de westerse wereld komt suïcide het meest voor bij de oudste leeftijdsgroepen. Tot 2000 gold dit ook voor Nederland, maar sindsdien is het aantal zelfdodingen gedaald onder de oudste ouderen. Het aantal schommelt jaarlijks rond de 15 per 100.000 Nederlanders van middelbare leeftijd, jongere ouderen en oudste ouderen (CBS, 2021). Mogelijke verklaringen voor deze afname zijn ten eerste de hoge kwaliteit van de palliatieve en ouderenzorg in Nederland, ten tweede de mogelijkheden tot euthanasie en hulp bij zelfdoding. De meest voorkomende samenhangende problematiek met suïcide is de depressieve stoornis, en dit verband is sterker bij ouderen dan bij jongeren (Troya et al., 2019). Bovendien blijkt dat ouderen voorafgaand aan een voltooid suïcide minder suïcidale gestes laten zien. Wanneer volwassenen zich op de eerste hulp presenteren met zelfbeschadigend gedrag, blijkt de kans op herhaling af te nemen met de leeftijd, maar de kans op herhaling met een dodelijke afloop juist toe te nemen (Oude Voshaar et al., 2011). Samenvattend kan geconcludeerd worden dat suïcidaliteit onder depressieve ouderen weliswaar minder frequent voorkomt dan onder depressieve jongeren, maar dat de ernst van dit symptoom juist groter is bij ouderen.

### DIAGNOSTISCHE INSTRUMENTEN

.....

Het is evident dat semigestructureerde klinische interviews behulpzaam zijn bij het optimaliseren van het diagnostische proces. Zonder deze interviews is klinisch wetenschappelijk patiëntenonderzoek ondenkbaar. Daarom adviseren we de anamnese aan te vullen met bijvoorbeeld het Structured Clinical Interview for DSM-5-disorders (SCID-5), of het minder tijdrovende Mini In-

ternational Neuropsychiatric Interview (MINI). Van dit laatste interview is echter nog geen Nederlandstalige versie voor de DSM-5 beschikbaar. Verder moet worden opgemerkt dat deze interviews niet zijn gevalideerd voor oudere populaties. Dit is op voorhand geen nadeel. Deze interviews zijn slechts gedeeltelijk voorgesorteerd en geven de onderzoeker dus de gelegenheid aanvullende verduidelijkende vragen te stellen. Bij ouderen kan dat extra belangrijk zijn, omdat zij moeite kunnen hebben met het verwoorden van psychische klachten (Wolitzky-Taylor et al., 2010).

Juist bij screening met deze interviews is het belangrijk dat de clinicus zich bewust is van de specifieke valkuilen in de diagnostiek en fenomenologie bij ouderen met angststoornissen of depressies, zoals die in het voorafgaande zijn besproken. Een praktische aanbeveling is om goed door te vragen op beperkingen in het algehele functioneren, in het verrichten van huishoudelijke taken, en beperkingen op het sociale en interactionele vlak. Zo vond een grote Nederlandse cohortstudie bij ouderen met angststoornissen, depressies of somatisch-symptoomstoornissen een drievoudige toename van de detectie van angststoornissen bij ouderen bij toepassing van een specifiek voor ouderen en DSM-5 aangepaste versie van de MINI (ongepubliceerd; zie voor beschrijving van de aangepaste MINI: Oude Voshaar et al., 2019). Dit sluit aan bij eerdere bevindingen van een Canadese bevolkingsstudie, waarbij werd gecontroleerd voor de eerdergenoemde functionele beperkingen (Grenier et al., 2011).

Voor het routinematig evalueren van behandel-effecten kan er worden gebruikgemaakt van zelfrapportagevragenlijsten of korte interviews. Er zijn tal van algemene vragenlijsten en korte interviews voor specifieke angststoornissen beschikbaar. De meeste van deze vragenlijsten zijn niet gevalideerd voor populaties van 65-plussers. Wanneer er geen voor ouderen gevalideerde instrumenten beschikbaar zijn, zal men voor het routinematig evalueren tijdens de behandeling terug moeten vallen op instrumenten die voor 18- tot 65-jarigen gevalideerd zijn. Het bespreken van deze instrumenten valt buiten het kader van dit artikel. Wij beperken ons daarom tot voor ouderen gevalideerde instrumenten.

Het voor toepassing bij ouderen met angststoornissen best gevalideerde instrument om algemene angst te meten is de Geriatric Anxiety Inventory (GAI; Therrien & Hunsley, 2012). De GAI heeft 20 items met een cut-offscore van > 8 om angststoornissen te detecteren. Belangrijke beperking van de GAI is het ontbreken van items om tijdens de behandeling vermijdingsgedrag in kaart te brengen en te monitoren.

Van de beschikbare stoornisspecifieke vragenlijsten bij angststoornissen zijn er twee gevalideerd voor toepassing bij ouderen. Voor gegeneraliseerde-angststoornis is dat de Penn State Worry Questionnaire (PSWQ; Crittendon & Hopko, 2006). Voor specifieke situaties en activiteiten is het de Fear Questionnaire (Fuentes & Cox, 2000). Bij toepassing van de FQ kan in tegenstelling tot de GAI ook meer gericht op vermijdingsgedrag worden

geëvalueerd. In vergelijking met jongere populaties lijkt de FQ bij ouderen minder geschikt voor sociale angst (Fuentes & Cox, 2000).

De Geriatric Depression Scale (GDS) is het meest geschikte zelfrapportage-instrument om depressieve symptomatologie bij ouderen te monitoren. De kortere varianten van de GDS – met 10 of 15 items – hebben betere psychometrische eigenschappen dan de oorspronkelijke GDS van 30 items (Krishnamoorthy et al., 2020). Landelijk wordt ook de Inventory of Depressive Symptoms – Self Report (IDS-SR) steeds meer gebruikt. Als observatie-instrument is de Montgomery-Åsberg Depression Ratingscale (MADRS) de eerste keuze. De veelgebruikte Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) heeft als nadeel dat vanwege het relatief grote aantal somatische items somatische comorbiditeit de ernst van de depressieve symptomatologie kan vertekenen.

#### CONCLUSIE

.....

Hoewel de prevalentie van angststoornissen en depressies bij ouderen is afgenomen ten opzichte van hun jongere tegenhangers, blijven deze stoornissen het meest prevalent boven de leeftijd van 65 jaar. Een belangrijk verschil met jongere volwassenen is dat ouderen een relatief groot risico lopen om geen gerichte behandeling te krijgen. De oorzaak hiervoor lijkt te liggen in een (combinatie van een) aantal factoren. Gebrekkige herkenning, leeftijdsdiscriminatie en negatieve leeftijdspecifieke stereotiepe opvattingen (bij zowel hulpverleners, de sociale omgeving als de oudere zelf) dragen bij aan deze onderbehandeling. Op oudere leeftijd kan er een verschuiving of verandering van symptomatologie optreden die de diagnostiek bemoeilijkt. Bij ouderen met een depressie staat enerzijds een meer somatische presentatie op de voorgrond, anderzijds hoeft een toename van somatische morbiditeit niet per se de ernst van de depressie te vergroten. Onderzoek bij ouderen met angststoornissen wordt gecompliceerd door het feit dat dit nog schaarser is dan onderzoek naar ouderen met depressieve stoornissen. Bovendien zijn de gebruikte vragenlijsten over het algemeen uitsluitend gevalideerd bij populaties in de leeftijd van 18 tot 65 jaar. De beschikbare studies lijken een tendens te laten zien van een afname van de veelal cognitieve en emotionele items van deze vragenlijsten. Dit zou beschouwd kunnen worden als een afname in de ernst van angststoornissen naarmate de leeftijd vordert. Echter, er zijn ook aanwijzingen dat de ziektelast de kwaliteit van leven vergelijkbaar sterk en negatief beïnvloedt als bij jongere volwassenen met angststoornissen. Daarom is het belangrijk om vooral te kijken naar vermijdingspatronen en interferentie met het algemeen sociaal-maatschappelijk functioneren, teneinde ernst en impact van angststoornissen bij ouderen goed te beoordelen. Ook adviseren we ouderen met angststoornissen of depressies systematisch te screenen met een semigestructureerd klinisch in-



terview, en het behandelbeloop in elk geval periodiek en klachtenspecifiek te evalueren met de GAI en de IDS-SR, bijvoorbeeld elke 12 weken.

We hopen met deze bijdrage zorgprofessionals in de generalistische basis-ggz, maar ook in de specialistische ggz, handvatten te hebben aangereikt om het diagnostische proces en de klinische besluitvorming te optimaliseren.

**Gert-Jan Hendriks** is psychiater, werkzaam bij Pro Persona, en bijzonder hoogleraar behandeling angststoornissen en depressie bij ouderen aan de Radboud Universiteit Nijmegen.

**Richard Oude Voshaar** is psychiater, werkzaam bij UMC Groningen, en hoogleraar ouderenpsychiatrie.

*Correspondentieadres:* Gert-Jan Hendriks, Pro Persona, Postbus 7049, 6503 GM Nijmegen. E-mail: g.hendriks@propersona.nl.

### **Summary** *Diagnostics for elder adults with anxiety disorders and depression*

Both anxiety disorders and depression are the most prevalent mental disorders in later life. However, in later life recognition of these disorders seems more complex, compared to 18- to 65-year olds with these disorders. The burden of disease and the functional impairment of anxiety disorders and depression remains high in the elderly. Nevertheless, the referral ratio for a first targeted psychological treatment decreased by a factor of 3-4 than would be expected regarding the prevalence of these disorders in later life. This has been shown in various studies. The most important factors causing this are stereotypical views of older adults, and a changed presentation and phenomenology. This can lead the health care professional astray. The aim of this article is to provide insight into the factors that hamper diagnosis and treatment. This provides health care professionals with tools to optimise clinical decision-making in older adults with anxiety disorders and depression.

**Keywords** *diagnosis, elderly, anxiety disorders, depression*

### **Literatuur**

- Alexopoulos, G. S. (2019). Mechanisms and treatment of late-life depression. *Translatonal Psychiatry*, 9, 188.
- Andreas, S., Schulz, H., Volkert, J., Dehoust, M., Sehner, S., Suling, A., Ausín, B., Canuto, A., Crawford, M., Da Ronch, C., Grassi, L., Hershkovitz, Y., Muñoz, M., Quirk, A., Rotenstein, O., Santos-Olmo, A. B., Shalev, A., Strehle, J., Weber, K., ... Härter, M. (2017). Prevalence of mental disorders in elderly people: The European MentDis\_ ICF65+ study. *British Journal of Psychiatry*, 210, 125-131.
- Andrew, M. K., Fisk, J. D., & Rockwood, K. (2012). Psychological well-being in relation to frailty: A frailty identity crisis? *International Psychogeriatrics*, 24, 1347-1353.
- Archer, C., Kessler, D., Wiles, N., & Turner, K. (2021). GPs' and patients' views on the value of diagnosing anxiety disorders in primary care: A qualitative interview study. *British Journal of General Practice*, 71, e450-e457.

- Ayalon, L., & Tesch-Römer, C. (2017). Taking a closer look at ageism: Self- and other-directed ageist attitudes and discrimination. *European Journal of Ageing, 14*, 1-4.
- Beekman, A. T., de Beurs, E., van Balkom, A. J., Deeg, D. J., van Dyck, R., & van Tilburg, W. (2000). Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors. *American Journal of Psychiatry, 157*, 89-95.
- Brenes, G. A., Kritchevsky, S. B., Mehta, K. M., Yaffe, K., Simonsick, E. M., Ayo-nayon, H. N., Rosano, C., Rubin, S. M., Satterfield, S., & Penninx, B. W. (2007). Scared to death: Results from the Health, Aging, and Body Composition study. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 15*, 262-265.
- Burroughs, H., Lovell, K., Morley, M., Baldwin, R., Burns, A., & Chew-Graham, C. (2006). 'Justifiable depression': How primary care professionals and patients view late-life depression? A qualitative study. *Family Practice, 23*, 369-377.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). (18 augustus 2021). *Zelfdoding in Nederland: Een overzicht vanaf 1950*. [www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2021/zelfdoding-in-nederland-een-overzicht-vanaf-1950?one-page=true](http://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2021/zelfdoding-in-nederland-een-overzicht-vanaf-1950?one-page=true)
- Chang, E. S., Kanno, S., Levy, S., Wang, S. Y., Lee, J. E., & Levy, B. R. (2020). Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PLoS One, 15*, e0220857.
- Chew-Graham, C., Kovandžić, M., Gask, L., Burroughs, H., Clarke, P., Sanderson, H., & Dowrick, C. (2012). Why may older people with depression not present to primary care? Messages from secondary analysis of qualitative data. *Health and Social Care in the Community, 20*, 52-60.
- Cohen-Mansfield, J., Skornick-Bouchbinder, M., & Brill, S. (2018). Trajectories of end of life: A systematic review. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 73*, 564-572.
- Crittendon, J., & Hopko, D. R. (2006). Assessing worry in older and younger adults: Psychometric properties of an abbreviated Penn State Worry Questionnaire (PSWQ-A). *Journal of Anxiety Disorders, 20*, 1036-1054.
- Cutler, S. J., & Brågaru, C. (2015). Long-term and short-term predictors of worries about getting Alzheimer's disease. *European Journal of Ageing, 12*, 341-351.
- Cutler, S. J., & Brågaru, C. (2017). Do worries about cognitive functioning and concerns about developing Alzheimer's disease affect psychological well-being? *Journal of Aging and Health, 29*, 1271-1287.
- El-Gabalawy, R., Mackenzie, C. S., Shooshtari, S., & Sareen, J. (2011). Comorbid physical health conditions and anxiety disorders: A population-based exploration of prevalence and health outcomes among older adults. *General Hospital Psychiatry, 33*, 556-564.
- Flint, A. J. (2005). Anxiety and its disorders in late life: Moving the field forward. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 13*, 3-6.
- 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.
- Friborg, O., Martinussen, M., Kaiser, S., Overgård, K. T., & Rosenvinge, J. H. (2013). Comorbidity of personality disorders in anxiety disorders: A meta-analysis of 30 years of research. *Journal of Affective Disorders, 145*, 143-155.
- Frost, R., Beattie, A., Bhanu, C., Walters, K., & Ben-Shlomo, Y. (2019). Management of depression and referral of older people to psychological therapies: A systematic review of qualitative studies. *British Journal of General Practice, 69*, e171-e181.

- Fuentes, K., & Cox, B. (2000). Assessment of anxiety in older adults: A community-based survey and comparison with younger adults. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 297-309.
- Gould, C. E., & Edelstein, B. A. (2010). Worry, emotion control, and anxiety control in older and young adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 759-766.
- Grenier, S., Préville, M., Boyer, R., O'Connor, K., Béland, S. G., Potvin, O., Hudon, C., Brassard, J., & Scientific Committee of the ESA Study. (2011). The impact of DSM-IV symptom and clinical significance criteria on the prevalence estimates of subthreshold and threshold anxiety in the older adult population. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 316-326.
- Gulpers, B., Ramakers, I., Hamel, R., Köhler, S., Oude Voshaar, R., & Verhey, F. (2016). Anxiety as a predictor for cognitive decline and dementia: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 823-842.
- Hasegawa, T., Okuyama, T., Uchida, M., Aiki, S., Imai, F., Nishioka, M., Suzuki, N., Iida, S., Komatsu, H., Kusumoto, S., Ri, M., Osaga, S., & Akechi, T. (2019). Depressive symptoms during the first month of chemotherapy and survival in patients with hematological malignancies: A prospective cohort study. *Psycho-Oncology*, 28, 1687-1694.
- Hegeman, J. M., de Waal, M. W., Comijs, H. C., Kok, R. M., & van der Mast, R. C. (2015). Depression in later life: A more somatic presentation? *Journal of Affective Disorders*, 170, 196-202.
- Hegeman, J. M., Kok, R. M., van der Mast, R. C., & Giltay, E. J. (2012). Phenomenology of depression in older compared with younger adults: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 200, 275-281.
- Hek, K., Tiemeier, H., Newson, R. S., Luijendijk, H. J., Hofman, A., & Mulder, C. L. (2011). Anxiety disorders and comorbid depression in community dwelling older adults. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 20, 157-168.
- Hendriks, G. J., Kampman, M., Keijsers, G. P., Hoogduin, C. A., & Voshaar, R. C. (2014). Cognitive-behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia in older people: A comparison with younger patients. *Depression and Anxiety*, 31, 669-677.
- Hendriks, G. J., Keijsers, G. P., Kampman, M., 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.
- Hohls, J. K., König, H. H., Raynik, Y. I., & Hajek, A. (2018). A systematic review of the association of anxiety with health care utilization and costs in people aged 65 years and older. *Journal of Affective Disorders*, 232, 163-176.
- Hoogendijk, E. O., Afilalo, J., Ensrud, K. E., Kowal, P., Onder, G., & Fried, L. P. (2019). Frailty: Implications for clinical practice and public health. *Lancet*, 394, 1365-1375.
- Huffman, J. C., Smith, F. A., Blais, M. A., Januzzi, J. L., & Fricchione, G. L. (2008). Anxiety, independent of depressive symptoms, is associated with in-hospital cardiac complications after acute myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 65, 557-563.
- Janssen, E. H., van de Ven, P. M., Terluin, B., Verhaak, P. F., van Marwijk, H. W., Smolders, M., van der Meer, K., Peninx, B. W., & van Hout, H. P. (2012). Recognition of anxiety disorders by family physicians after rigorous medical record case extraction: Results of the Netherlands Study of Depression and Anxiety. *General Hospital Psychiatry*, 34, 460-467.
- Karlsson, B., Sigström, R., Waern, M., Ostling, S., Gustafson, D., & Skoog, I. (2010). The prognosis and incidence of social phobia in an elderly population.

- A 5-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122, 4-10.
- Kessler, E. M., Agines, S., & Bowen, C. E. (2015). Attitudes towards seeking mental health services among older adults: Personal and contextual correlates. *Aging & Mental Health*, 19, 182-191.
- Kessler, E. M., & Blachetta, C. (2020). Age cues in patients' descriptions influence treatment attitudes. *Aging & Mental Health*, 24, 193-196.
- Kessler, E. M., & Schneider, T. (2019). Do treatment attitudes and decisions of psychotherapists-in-training depend on a patient's age? *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 74, 620-624.
- 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. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- King-Kallimanis, B., Gum, A. M., & Kohn, R. (2009). Comorbidity of depressive and anxiety disorders for older Americans in the National Comorbidity Survey-Replication. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 782-792.
- Klaassen, Z., Wallis, C. J. D., Goldberg, H., Chandrasekar, T., Sayyid, R. K., Williams, S. B., Moses, K. A., Terris, M. K., Nam, R. K., Urbach, D., Austin, P. C., Kurdyak, P., & Kulkarni, G. S. (2019). The impact of psychiatric utilisation prior to cancer diagnosis on survival of solid organ malignancies. *British Journal of Cancer*, 120, 840-847.
- Krishnamoorthy, Y., Rajaa, S., & Rehman, T. (2020). Diagnostic accuracy of various forms of geriatric depression scale for screening of depression among older adults: Systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 87, 104002.
- Levy, B. (2009). Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 332-336.
- Levy, B. R., Chung, P. H., Bedford, T., & Navrazhina, K. (2014). Facebook as a site for negative age stereotypes. *Gerontologist*, 54, 172-176.
- Levy, B. R., & Leifheit-Limson, E. (2009). The stereotype-matching effect: Greater influence on functioning when age stereotypes correspond to outcomes. *Psychology and Aging*, 24, 230-233.
- Levy, B. R., Slade, M. D., Chang, E. S., Kan-noth, S., & Wang, S. Y. (2020). Ageism amplifies cost and prevalence of health conditions. *Gerontologist*, 60, 174-181.
- Licht-Strunk, E., Beekman, A. T., de Haan, M., & van Marwijk, H. W. (2009). The prognosis of undetected depression in older general practice patients. A one year follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 114, 310-315.
- Lim, J., Oh, I. K., Han, C., Huh, Y. J., Jung, I. K., Patkar, A. A., Steffens, D. C., & Jang, B. H. (2013). Sensitivity of cognitive tests in four cognitive domains in discriminating MDD patients from healthy controls: A meta-analysis. *International Psychogeriatrics*, 25, 1543-1557.
- Lin, S. M., Borges, M. K., de Siqueira, A. S. S., Biella, M. M., Jacob-Filho, W., Cesari, M., Oude Voshaar, R. C., & Aprahamian, I. (2021). Serotonin receptor inhibitor is associated with falls independent of frailty in older adults. *Aging & Mental Health*, 25, 219-224.
- Mackenzie, C. S., Reynolds, K., Cairney, J., Streiner, D. L., & Sareen, J. (2012). Disorder-specific mental health service use for mood and anxiety disorders: Associations with age, sex, and psychiatric comorbidity. *Depression and Anxiety*, 29, 234-242.
- Miloyan, B., Bulley, A., Pachana, N. A., & Byrne, G. J. (2014). Social phobia symptoms across the adult lifespan. *Journal of Affective Disorders*, 168, 86-90.
- Miloyan, B., Byrne, G. J., & Pachana, N. A. (2014). Age-related changes in general-

- ized anxiety disorder symptoms. *International Psychogeriatrics*, 26, 565-572.
- Oude Voshaar, R. C., Cooper, J., Murphy, E., Steeg, S., Kapur, N., & Purandare, N. B. (2011). First episode of self-harm in older age: A report from the 10-year prospective Manchester Self-Harm project. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72, 737-743.
- Oude Voshaar, R. C., Dhondt, T. D. F., Fluiter, M., Naarding, P., Wassink, S., Smeets, M. M. J., Pelzers, L. P. R. M., Lugtenburg, A., Veenstra, M., Marijnissen, R. M., Hendriks, G. J., Verlinde, L. A., Schoevers, R. A., & van den Brink, R. H. S. (2019). Study design of the Routine Outcome Monitoring for Geriatric Psychiatry & Science (ROM-GPS) project: A cohort study of older patients with affective disorders referred for specialised geriatric mental health care. *BMC Psychiatry*, 19, 182.
- Parry, S. W., Bamford, C., Deary, V., Finch, T. L., Gray, J., MacDonald, C., McMeekin, P., Sabin, N. J., Steen, I. N., Whitney, S. L., & McColl, E. M. (2016). Cognitive-behavioural therapy-based intervention to reduce fear of falling in older people: Therapy development and randomised controlled trial – the Strategies for Increasing Independence, Confidence and Energy (STRIDE) study. *Health Technology Assessment*, 20, 1-206.
- Penninx, B. W. J. H., Eikelenboom, M., Giltay, E. J., van Hemert, A. M., Riese, H., Schoevers, R. A., & Beekman, A. T. F. (2021). Cohort profile of the longitudinal Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA) on etiology, course and consequences of depressive and anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 287, 69-77.
- Pettit, S., Qureshi, A., Lee, W., Stirzaker, A., Gibson, A., Henley, W., & Byng, R. (2017). Variation in referral and access to new psychological therapy services by age: An empirical quantitative study. *British Journal of General Practice*, 67, e453-e459.
- Puvill, T., Lindenberg, J., de Craen, A. J., Slaets, J. P., & Westendorp, R. G. (2016). Impact of physical and mental health on life satisfaction in old age: A population based observational study. *BMC Geriatrics*, 16, 194.
- Schaakxs, R., Comijs, H. C., Lamers, F., Beekman, A. T., & Penninx, B. W. (2017). Age-related variability in the presentation of symptoms of major depressive disorder. *Psychological Medicine*, 47, 543-552.
- Schoevers, R. A., Beekman, A. T., Deeg, D. J., Geerlings, M. I., Jonker, C., & van Tilburg, W. (2000). Risk factors for depression in later life: Results of a prospective community based study (AMSTEL). *Journal of Affective Disorders*, 59, 127-137.
- Schuurmans, J., Comijs, H. C., Beekman, A. T., de Beurs, E., Deeg, D. J., Emmelkamp, P. M., & van Dyck, R. (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.
- Sheikh, J. I., Swales, P. J., Carlson, E. B., & Lindley, S. E. (2004). Aging and panic disorder: Phenomenology, comorbidity, and risk factors. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 102-109.
- Sigström, R., Skoog, I., Karlsson, B., Nilsson, J., & Östling, S. (2016). Nine-year follow-up of specific phobia in a population sample of older people. *Depression and Anxiety*, 33, 339-346.
- Simning, A., & Seplaki, C. L. (2020). Association of the cumulative burden of late-life anxiety and depressive symptoms with functional impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35, 80-90.
- Soysal, P., Veronese, N., Thompson, T., Kahl, K. G., Fernandes, B. S., Prina, A. M., Solmi, M., Schofield, P., Koyanagi, A., Tseng, P. T., Lin, P. Y., Chu, C. S.,

- Cosco, T. D., Cesari, M., Carvalho, A. F., & Stubbs, B. (2017). Relationship between depression and frailty in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, *36*, 78-87.
- Taylor, W. D., Aizenstein, H. J., & Alexopoulos, G. S. (2013). The vascular depression hypothesis: Mechanisms linking vascular disease with depression. *Molecular Psychiatry*, *18*, 963-974.
- Therrien, Z., & Hunsley, J. (2012). Assessment of anxiety in older adults: A systematic review of commonly used measures. *Aging & Mental Health*, *16*, 1-16.
- Troya, M. I., Babatunde, O., Polidano, K., Bartlam, B., McCloskey, E., Dikomitis, L., & Chew-Graham, C. A. (2019). Self-harm in older adults: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, *214*, 186-200.
- van Balkom, A. J., Beekman, A. T., de Beurs, E., Deeg, D. J., van Dyck, R., & van Tilburg, W. (2000). Comorbidity of the anxiety disorders in a community-based older population in The Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *101*, 37-45.
- van der Veen, D. C., Comijs, H. C., van Zelst, W. H., Schoevers, R. A., & Oude Voshaar, R. C. (2014). Defining anxious depression in later life: A scaring heterogeneity in results. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *22*, 1375-1378.
- van der Veen, D. C., Gulpers, B., van Zelst, W., Köhler, S., Comijs, H. C., Schoevers, R. A., & Oude Voshaar, R. C. (2021). Anxiety in late-life depression: Determinants of the course of anxiety and complete remission. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *29*, 336-347.
- van der Veen, D. C., van Zelst, W. H., Schoevers, R. A., Comijs, H. C., & Voshaar, R. C. (2015). Comorbid anxiety disorders in late-life depression: Results of a cohort study. *International Psychogeriatrics*, *27*, 1157-1165.
- van Hout, H. P., Beekman, A. T., de Beurs, E., Comijs, H., van Marwijk, H., de Haan, M., van Tilburg, W., & Deeg, D. J. (2004). Anxiety and the risk of death in older men and women. *British Journal of Psychiatry*, *185*, 399-404.
- Vos, T., Flaxman, A. D., Naghavi, M., Lozano, R., Michaud, C., Ezzati, M., Shibuya, K., Salomon, J. A., Abdalla, S., Aboyans, V., Abraham, J., Ackerman, I., Aggarwal, R., Ahn, S. Y., Ali, M. K., Alvarado, M., Anderson, H. R., Anderson, L. M., Andrews, K. G., ... Memish, Z. A. (2012). Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, *380*, 2163-2196.
- 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. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 603-613.
- Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). (18 maart 2021). *Ageing: Ageism*. [www.who.int/news-room/q-a-detail/ageing-ageism](http://www.who.int/news-room/q-a-detail/ageing-ageism)
- Wetherell, J. L., Petkus, A. J., McChesney, K., Stein, M. B., Judd, P. H., Rockwell, E., Sewell, D. D., & Patterson, T. L. (2009). Older adults are less accurate than younger adults at identifying symptoms of anxiety and depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *197*, 623-626.
- Wolitzky-Taylor, K. B., Castriotta, N., Lenze, E. J., Stanley, M. A., & Craske, M. G. (2010). Anxiety disorders in older adults: A comprehensive review. *Depression and Anxiety*, *27*, 190-211.