

Cognitieve gedragstherapie bij ouderen met angst- en dwangstoornissen en PTSS

Gert-Jan Hendriks, Noortje Janssen, Rosanne van den Berg & Richard Oude Voshaar

Samenvatting

Angststoornissen komen ook bij ouderen veel voor. Er is een duidelijke voorkeur voor gerichte psychologische behandeling van angststoornissen. Hoewel met de introductie van de generalistische basis-ggz de toegankelijkheid van gerichte psychologische behandeling is vergroot, is dit niet het geval voor ouderen met angststoornissen. De beschikbare evidentie voor psychologische behandeling van ouderen met angststoornissen beperkt zich tot toepassing van cognitieve gedragstherapie (CGT) bij de gegeneraliseerde-angststoornis. Hoewel er gesproken wordt over verminderde effectiviteit van CGT bij ouderen met angststoornissen, wordt dit onvoldoende gestaafd door goed uitgevoerd behandelonderzoek. De eerste bevindingen van groot-schalig implementatieonderzoek naar de toegankelijkheid van psychologische behandelingen wijst in de richting van betere uitkomsten voor ouderen met angststoornissen. Het verdient aanbeveling dat cognitief gedragstherapeuten zich toenemend profileren op de toepassing van CGT bij ouderen met angststoornissen.

Trefwoorden: angststoornissen, cognitieve gedragstherapie, ouderen

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Ouderen met angststoornissen hebben een twee- tot viermaal groter risico om niet gericht behandeld te worden.
- ▶ Empirische ondersteuning voor de effectiviteit van CGT bij ouderen met angststoornissen is schaars en beperkt zich tot de gegeneraliseerde-angststoornis.
- ▶ Ondanks de beperkte evidentie is CGT de eerste keuze psychologische behandeling voor angststoornissen bij ouderen en is er geen reden voor therapeutisch pessimisme.

INLEIDING

.....

Het afgelopen decennium is de kennis over de behandeling van ouderen met angststoornissen, dwangstoornissen en posttraumatische-stressstoornis (PTSS)¹ geleidelijk gegroeid. Toch is wereldwijd gezien de vergaarde, empirisch ondersteunde kennis over de behandeling van angststoornissen bij ouderen beperkt in omvang, zowel in vergelijking met de groep 18- tot 65-jarigen met angststoornissen, als met de groep ouderen met een depressieve stoornis. Dit is een ernstige omissie, gezien het feit dat wereldwijd het percentage 65-plussers gestaag groeit (het is nu al groter dan het percentage kinderen van 5 jaar en jonger) (WHO, 2021) en de prevalentie van angststoornissen op oudere leeftijd hoog is. Een recente epidemiologische studie in de Europese Unie vond een jaarprevalentie voor angststoornissen bij ouderen van zo'n 17% en een puntprevalentie van meer dan 11% (Andreas et al., 2017; de Graaf et al., 2012). Deze percentages komen overeen met de prevalentie van angststoornissen onder 18- tot 65-jarigen uit het Nederlandse Nemesis-2 onderzoek (de Graaf et al., 2012).

Hoewel aanvankelijk gedacht werd dat de gegeneraliseerde-angststoornis (GAS) bij ouderen de meest voorkomende angststoornis zou zijn (Beekman et al., 1997), blijkt dit feitelijk een artefact van de DSM-criteria. In de DSM-III-R werd een GAS vastgesteld wanneer de klachten minimaal 1 maand aanhielden, in tegenstelling tot het criterium van 6 maanden uit de DSM-IV en -5. Hoewel nauwelijks onderzoek is verricht naar *subthreshold* angststoornissen bij ouderen, wijzen dergelijke bevindingen wel op de mogelijke relevantie hiervan. Recentere epidemiologische studies laten een patroon zien dat vergelijkbaar is met dat bij de jongere leeftijdscategorie. Een meta-analyse van diverse epidemiologische studies vermeldde puntprevalenties voor agorafobie, paniekstoornis (PS), specifieke fobie (SF), sociale-angststoornis (SAS) en GAS van respectievelijk 0,5%, 0,9%, 4,5%, 1,3% en 2,3% (Volkert et al., 2013). Het meest recente epidemiologische rapport uit de Europese Unie (Andreas et al., 2017) noemde puntprevalenties voor agorafobie (AGO), PS, SF en PTSS van respectievelijk 3,4%, 1,0%, 6,6% en 1,4%. Grenier en collega's (2019) vonden lagere jaarprevalenties, namelijk voor GAS 0,5%, voor SAS 1,1%, voor SF 4,2%, voor PS 0,8%, voor AGO 0,5%, voor de obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) 0,6% en voor PTSS 1,6%. De onlangs gepubliceerde prevalentiecijfers van het Lifelines Cohort (18-80 jaar) vallen gemiddeld genomen ook lager uit en laten zien dat de puntprevalentie *overall* voor angststoornissen (gemiddeld 4,3%) piekt rond het dertigste levensjaar en daarna geleidelijk afneemt (van Loo et al., 2021). Het patroon is vergelijkbaar voor depressieve stoornissen. Dat zijn dan weer

1 Omwille van de leesbaarheid wordt in het vervolg van dit artikel gesproken over 'angststoornissen'.

veel lagere prevalenties vergeleken met andere studies. Het probleem van al deze epidemiologische studies is dat ze verschillende methodologieën, verschillende tijdsperioden en verschillende screeningsinstrumenten gebruiken. Zo gebruikt het Lifelines Cohort als screening het MINI-interview (van Loo et al., 2021), dat niet specifiek op 65-plussers is gericht, en de EU-studie (Andreas et al., 2017) het CIDI65+-interview specifiek aangepast voor ouderen. Omdat dit mogelijk van invloed kan zijn op de gevonden verschillen, maakt het deze studies onderling moeilijk vergelijkbaar.

Op dit moment bedraagt de ‘grijze druk’ – het percentage ouderen ten opzichte van 20- tot 65-jarigen – in Nederland 33% (CBS, 2021). Gezien de vergelijkbare prevalentiecijfers van angststoornissen over de leeftijd, betekent dit dat het absolute aantal 65-plussers met een angststoornis ook een derde bedraagt van dat in de leeftijdsgroep van 18-65 jaar.

Met de introductie van de generalistische basis-ggz in Nederland in 2014 werd de toegankelijkheid van een eerste gerichte psychologische behandeling vergroot. Dit heeft echter niet geleid tot een toename in het aantal verwijzingen van ouderen met een angststoornis, zo blijkt uit nadere analyse van een dataset van Indigo die wij tot onze beschikking hebben. Ouderen met angststoornissen en depressies maken ongeveer 6% uit van het totaal aantal verwijzingen, wat een factor 3 tot 4 lager is dan men op basis van prevalentie zou mogen verwachten. Dergelijke getallen zijn eerder gevonden in grote cohortstudies (Mackenzie et al., 2012; Wang et al., 2005). Ook in het Verenigd Koninkrijk zien we dit fenomeen. Ongeveer 10 tien jaar geleden werd daar een grootschalig implementatieproject uitgerold: Improving Access to Psychological Treatment (IAPT). Ook hier bleek dat na vaststelling van een internaliserende psychiatrische stoornis de kans op doorverwijzing naar psychotherapie voor 20- tot 24-jarigen het hoogst was (23%), en voor 70- tot 74-jarigen het laagst (6%) (Pettit et al., 2017). Deze systematisch gerapporteerde hogere kans om als 65-plusser niet gericht te worden behandeld voor een angststoornis (Mackenzie et al., 2012; Pettit et al., 2017; Wang et al., 2005) is een duidelijke aanwijzing dat er leeftijdgerelateerde verschillen kunnen zijn in de presentatie en herkenning van angststoornissen. Ouderen lijken het lastiger te vinden dan jongere volwassenen om angstklachten bij zichzelf te herkennen en te benoemen (Wetherell et al., 2009). Dit kan het gericht om hulp vragen bij bezoeken aan de huisarts ongunstig beïnvloeden. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat stereotiepe, veelal negatieve opvattingen over ouderen een relevante factor zijn. Leeftijdscriminatie (*ageism*) blijkt aantoonbaar bij te dragen aan een hogere ziektelast, zowel op somatisch als mentaal vlak, en aan verhoging van de zorgkosten (Levy et al., 2020). Negatieve stereotiepe opvattingen over ouderen ontwikkelen zich al rond het twintigste tot dertigste levensjaar en mensen behouden die gedurende hun levensloop (Levy, 2009). Voorbeelden ervan zijn dat mensen op oudere leeftijd niet meer kunnen profiteren van een gerichte psychologische behandeling, dat exposure een te belastende interventie is voor

ouderen, en dat vermijding acceptabeler is op oudere leeftijd. Ook zorgprofessionals hebben (mogelijk goedbedoeld of onbewust) dergelijke assumpties, hetgeen invloed heeft op de diagnostiek van psychische stoornissen bij ouderen en op de klinische besluitvorming daarna. Zo werd in het Verenigd Koninkrijk gevonden dat huisartsen depressiviteit bij ouderen in verband brachten met ouder worden en sociaal isolement, en daardoor andere beslissingen namen dan gebruikelijk (Frost et al., 2019). Verder zagen we bij experimentele studies van Kessler en collega's (Kessler & Blachetta, 2020; Kessler & Schneider, 2019) vergelijkbare keuzes in de besluitvorming bij de toepassing van psychotherapie bij depressies.

In de bijdrage over diagnostiek en leeftijdsspecifieke verschillen en overeenkomsten tussen oudere en jongere volwassenen met angststoornissen en depressies in dit nummer (Hendriks & Oude Voshaar, in dit nummer) gaan we uitgebreider in op de factoren die kunnen bijdragen aan de lagere verwijsratio voor gerichte psychologische behandeling.

COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE BIJ OUDEREN

.....

Van alle psychologische interventies is cognitieve gedragstherapie (CGT) de eerste keuze psychotherapie bij de behandeling van angststoornissen, dwangstoornissen en PTSS (Carpenter et al., 2018; David et al., 2018). Er zijn voor alle angststoornissen stoornisspecifieke CGT-protocollen ontwikkeld, die ook getoetst zijn in gerandomiseerde en gecontroleerde behandelstudies en vertaald zijn naar de Nederlandse behandelpraktijk. Hoewel deze behandelprotocollen in de dagelijkse praktijk goed toepasbaar zijn bij ouderen, is er veel minder empirisch bewijs over de effectiviteit bij deze leeftijdsgroep (Oude Voshaar, 2013). Vooralsnog wijzen de beschikbare studies op een verminderde effectiviteit van deze protocollen bij ouderen ten opzichte van jongere volwassenen met deze stoornissen (Kishita & Laidlaw, 2017). Robuuste gerandomiseerde behandelstudies bij ouderen zijn echter schaars. De meeste studies zijn beperkt van omvang, waardoor de bewijskracht te wensen overlaat. Directe vergelijkende studies tussen de oudere en jongere leeftijdscategorieën zijn er evenmin. In de review van Kishita en Laidlaw (2017) – die overigens enkel betrekking heeft op studies over CGT bij GAS – wordt gesproken van een middelmatige effectgrootte van 0,55 van CGT voor GAS bij mensen van 65 jaar en ouder en een groot behandel-effect met een effectgrootte van 0,94 bij 18- tot 65-jarigen. De conclusie is dat CGT dus minder effectief lijkt bij oudere patiënten met GAS. Er wordt echter geen rekening gehouden met de mate van spreiding (standaarddeviatie) die bij kleinere aantallen (waarvan sprake is bij studies onder ouderen) groter is dan bij studies met grotere aantallen (bij 18- tot 65-jarigen). De berekening van de effectgrootte is juist hierop gebaseerd, waarbij een grotere standaarddeviatie tot een kleinere effectgrootte leidt. De IAPT-data laten

een ander beeld zien, zoals de systematische review van Chaplin en collega's uitwijst (2015). Bijna 70% van de groep mensen van 65 jaar en ouder (GAS, gemengde angst-/depressieklachten, depressie) is na een gerichte psychologische behandeling (voornamelijk CGT) hersteld of betrouwbaar verbeterd, versus bijna 60% bij de groep 18- tot 65-jarigen. In beide leeftijdscategorieën geeft bijna 90% aan meer inzicht en greep op hun klachten te hebben gekregen. Ook wij vonden in een bescheiden, quasi-experimentele vergelijking (met de nodige mitsen en maren) betere resultaten voor CGT bij ouderen met PS en agorafobie dan bij 18- tot 65-jarigen (Hendriks et al., 2014). Verderop in dit artikel gaan we iets uitgebreider op deze studie in. Hoewel het debat in de richting gaat dat CGT bij ouderen met angststoornissen minder effectief zou zijn dan bij 18- tot 65-jarigen, is het pleit naar onze mening nog allerminst beslecht.

In het volgende beknopte overzicht nemen wij de lezer mee in een actuele update over CGT bij de behandeling van 65-plussers met angststoornissen.

SYSTEMATISCHE REVIEW

.....

In 2008 verrichtte onze onderzoeksgroep een meta-analyse van gerandomiseerde behandelstudies (RCT's) naar de werkzaamheid van CGT voor oudere patiënten met gemengde angststoornissen (Hendriks et al., 2008). Wij vonden dat CGT effectief was in vergelijking met zowel een wachtlijstcontrolegroep als met een actieve controleconditie. In samenwerking met Cochrane Collaboration werken wij momenteel aan een update van deze meta-analyse over CGT voor angst- en aanverwante stoornissen bij ouderen (Hendriks et al., 2021). We geven nu een kort overzicht van de stand van zaken van deze update.

De laatste systematische review en meta-analyse voor CGT bij ouderen met angststoornissen verscheen in 2012 (Gould et al., 2012; Hall et al., 2016). Een eerste stap in onze update is een systematische literatuurstudie vanaf 2011. Deze zoekactie leverde tien RCT's en drie systematische reviews op.

De meta-analyse van Gould en collega's (2012) includeerde 12 studies. Ze toonde aan dat CGT significant effectiever was dan reguliere zorg of een wachtlijstconditie, maar niet significant effectiever dan actieve controlecondities als farmacotherapie of steunende gespreksgroepen bij 0, 3 en 12 maanden follow-up. Bijna alle geïncludeerde studies (10 van de 12) waren uitsluitend gericht op gegeneraliseerde-angststoornis (GAS). De auteurs concluderen dat meer onderzoek van hoge kwaliteit nodig is, dat zich niet alleen richt op effectiviteit, maar ook op de mechanismen van verandering.

RCT's over CGT voor oudere volwassenen met angststoornissen die na 2012 zijn gepubliceerd, kunnen in twee categorieën worden ingedeeld: (1) studies over GAS, en (2) studies over gemengde angst-/depressiesymptomen. Deze studies zijn in tabel 1 samengevat.

TABEL 1 RCT's over CGT bij oudere volwassenen na 2010

Studie	Interventie	Controlegroep(en)	Patiënten	Primaire uitkomstmaten	Resultaten
Gegeneraliseerde angst (GAS)					
Brenes et al., 2017; Brenes et al., 2015	Telefonische CGT (CGT-T)	Niet-directieve supportieve therapie (NST-T)	141 oudere volwassenen (60+) met GAS ¹	GAS: GAD-7 ²	CGT-T was superieur aan NST-T in het verminderen van overmatige zorgen en angst direct na behandeling en bij follow-up.
Stanley et al., 2014	CGT door studenten op bachelorniveau	1. CGT door ervaren therapeuten op postacademisch niveau 2. Gebruikelijke eerstelijnszorg	223 oudere volwassenen (60+) met GAS	GAS: GAD Severity Scale Angst: STAI ³ , HAS ⁴ Depressie: PHQ-9 ⁵ Slapeloosheid: ISI ⁶ Mentale gezondheid: SF-12v2 ⁷	CGT door studenten was even effectief als CGT door ervaren therapeuten, en effectiever dan gebruikelijke eerstelijnszorg in het verminderen van piekeren, angst, depressie en slapeloosheid, en in het verbeteren van de mentale gezondheid.
Wetherell et al., 2013	CGT en escitalopram	Escitalopram	76 oudere volwassenen (60+) met GAS	GAS: PSWQ ⁸ Angst: HAS ⁹	Piekeren (PSWQ), maar niet angst (HAS) verbeterde na CGT + escitalopram in vergelijking met escitalopram alleen.
Hui & Zhihui, 2017	Groeps-CGT	Controlegroep zonder behandeling	63 oudere volwassenen (60+) met GAS	GAS: PSWQ, GADSS11 ¹⁰ , GAD-Q-IV ¹¹ Angst: BAI ¹² Depressie: BDI ¹³	Participanten in de groeps-CGT lieten een significant grotere verbetering op alle meetinstrumenten zien na de behandeling en 6 maanden na behandeling.
Jones, 2021	Online CGT (ICGT)	WachtlIJst	46 oudere volwassenen (60+) met GAS of subklinische GAS	GAS: GAD-7 Depressie: PHQ-9	Participanten in de ICGT-groep lieten een snellere verbetering van symptomen van angst en depressie zien dan participanten in de wachtlIJstgroep met een grote effectgrootte tussen groepen op de GAD-7 (d. 85).

Studie	Interventie	Controlegroep(en)	Patiënten	Primaire uitkomstmaten	Resultaten
Gemengde angst en depressie					
Witlox et al., 2021	CGT	Blended ACT ¹⁴	314 volwassenen tussen 55 en 75 jaar met gemengde angst en depressie		Beide interventies verminderden angstsymptomen significant, zowel bij post-behandeling als bij 12 maanden follow-up.
Wuthrich & Rapee, 2013; Wuthrich et al., 2016	Groeps- CGT	Wachtlijst	62 oudere volwassenen (60+) met gemengde angst en depressie	Angst: ADIS ¹⁵ Depressie: GDS ¹⁶ , CES-D ¹⁷	Groep-CGT was effectiever dan wachtlijstcontrole in het verminderen van angst en depressie.
Wuthrich et al., 2016	Groeps- CGT	Discussiegroep	133 ouderen (60+) met gemengde angst en depressie	Angst: ADIS, GAI ¹⁸ Depressie: GDS	Groeps-CGT leidde tot snellere blijvende verbeteringen in angst en depressie dan de discussiegroep.

¹ Generaliseerde-angststoornis; ² Generalized Anxiety Disorder-7 items scale; ³ State-Trait Anxiety Inventory; ⁴ Hamilton Anxiety Scale; ⁵ Patient Health Questionnaire; ⁶ Insomnia Severity Index; ⁷ Mental Health Quality of Life (Short Form 12); ⁸ Penn State Worry Questionnaire; ⁹ Hamilton Anxiety Scale; ¹⁰ Generalized Anxiety Disorder Severity Scale; ¹¹ Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV; ¹² Beck Anxiety Inventory; ¹³ Beck Depression Inventory; ¹⁴ *acceptance and commitment therapy*; ¹⁵ Anxiety Disorder Interview Schedule; ¹⁶ Geriatric Depression Scale; ¹⁷ Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; ¹⁸ Geriatric Anxiety Inventory.

Onze zoektocht bracht ook verschillende relevante recente systematische reviews aan het licht, die elk een iets andere aanpak hadden. Hall en collega's (2016) beoordeelden de effecten van CGT bij ouderen voor de behandeling van GAS, en includeerden 14 RCT's waarvan de meeste hierboven of in de meta-analyse van Gould en collega's (2012) zijn beschreven. Zij concluderen dat CGT beter is dan geen behandeling, maar dat onbekend blijft of CGT superieur is aan algemeen beschikbare behandelingen, zoals supportieve psychotherapie. Bij 6 maanden follow-up ($k = 5$, $N = 238$) liet de meta-analyse een middelgrote effectgrootte zien voor CGT in vergelijking met een willekeurige controlegroep: $g = 0,46$ (95% CI: $0,07-0,85$; $z = 2,28$, $p = 0,02$). Zij noemen belangrijke beperkingen, zoals beperkte follow-upperiodes en het gebruik van wachtlijstcontrolegroepen in plaats van actieve controlegroepen.

Jayasinghe en collega's (2017) verrichtten een systematische review naar het toepassen van exposure voor angststoornissen, obsessief-compulsief gerelateerde stoornissen, en trauma- en stressorgerelateerde stoornissen bij ouderen (Jayasinghe et al., 2014, 2017). Zij selecteerden 54 artikelen, zowel RCT's als niet-gerandomiseerde trials en casestudies. Zij melden dat, hoewel de meeste studies een afname van angstsymptomen rapporteren, er nog veel belangrijke lacunes moeten worden onderzocht. Zij concluderen dat het moeilijk is om de effectiviteit van exposure te evalueren, omdat de meeste studies exposure integreerden binnen een CGT-behandeling, en veel studies geen goede registratie hadden van de naleving van het protocol. Verder concluderen zij dat er een gebrek is aan gegevens van hoge kwaliteit over exposure voor de behandeling van oudere volwassenen met angst.

Wuthrich en collega's (2021) verrichtten een systematische review naar psychologische interventies voor gemengde angst en depressie bij oudere volwassenen. Zij includeerden vier studies over CGT en mindfulness. Ze concluderen dat psychologische interventies significant beter presteerden dan controlecondities in zowel de behandeling van depressie (Hedges' $g = -0,44$) als van angst (Hedges' $g = -0,55$), maar dat de kwaliteit van de studies over het algemeen laag was en de heterogeniteit groot.

Concluderend lijkt CGT effectief te zijn in het verminderen van angst en zorgen, in vergelijking met controlegroepen zonder actieve behandeling, maar gegevens over de vergelijking tussen CGT en andere actieve interventies, zoals (goed gedefinieerde) *treatment as usual* (TAU), farmacotherapie en *acceptance and commitment therapy* (ACT), laten dubbelzinnige resultaten zien. Eén studie toonde veelbelovende resultaten wat betreft de effectiviteit van CGT uitgevoerd door hulpverleners op bachelorniveau. Gegevens van hoge kwaliteit over exposuretherapie voor angststoornissen op oudere leeftijd ontbreken. Studies richtten zich ofwel alleen op GAS, ofwel op een combinatie van angst- en depressieve symptomen, en gebruikten een verschei-

denheid aan CGT-technieken. Geen van de geïncludeerde studies gebruikte exposure als een opzichzelfstaande interventie voor angststoornissen. Slechts één studie (Hui & Zhihui, 2017) bevatte een maat voor vermijding, waardoor onderzoek naar de mechanismen die ten grondslag liggen aan exposuretherapie voor angststoornissen bij oudere volwassenen moeilijk is.

LEEFTIJDSSPECIFIEKE VERSCHILLEN EN OVEREENKOMSTEN IN DE UITVOERING VAN CGT BIJ DE BEHANDELING VAN ANGSTSTOORNISSEN

.....

Diverse, veelal kleine studies suggereren dat het nodig of gewenst is CGT bij ouderen aan te passen aan de leeftijd (Mohlman et al., 2003). Ook wordt, zoals eerder beschreven, gesuggereerd dat de effectiviteit van CGT bij ouderen met angststoornissen minder is in vergelijking met hun jongere tegenhangers die nog volop aan het werk zijn (Kishita & Laidlaw, 2017). De auteurs concluderen dat onderzoek naar verklaringen daarvoor aangewezen is en dat behandelingen dan op grond van de bevindingen aangepast dienen te worden. De data waarop zij zich baseren betreffen echter geen directe vergelijkingen van CGT bij een 65-plusgroep versus een groep 18- tot 65-jarigen. De conclusies zijn dus op z'n zachtst gezegd voorbarig. Wij vonden juist bij een 65-plusgroep met paniekstoornis en agorafobie een sterker effect van CGT, vooral met betrekking tot vermijding, in vergelijking met een jongere groep met dezelfde diagnose (Hendriks et al., 2014). Beide groepen werden met hetzelfde CGT-protocol behandeld. De belangrijkste beperking van deze studie was dat het om twee cohorten ging die in verschillende tijdsperioden behandeld waren en dat de 65-plusgroep een veel kleiner aantal deelnemers omvatte ($n = 30$ versus $n = 160$). Het onderzoek is echter summier en harde conclusies kunnen er niet aan verbonden worden.

Wanneer het gaat om visuele of gehoorbeperkingen, zijn aanpassingen uiteraard vanzelfsprekend. Ook wanneer er fysieke beperkingen zijn, bijvoorbeeld vanwege een chronische obstructieve longaandoening (COPD) of hartfalen, is het vaak nodig om bij exposurebehandelingen rekening te houden met deze beperkingen. Op zichzelf zijn dit soort beperkingen niet op voorhand gekoppeld aan een hogere leeftijd. Drie factoren die naar alle waarschijnlijkheid wel een direct gevolg zijn van hogere leeftijd en die invloed hebben op de effectiviteit van CGT bij mensen van 65 jaar en ouder, zijn de volgende:

- 1 Met name cognitieve interventies lijken door een met het ouder worden samenhangende vermindering van executieve functies voor ouderen ingewikkelder te worden (Mohlman, 2013).
- 2 Ouderen ondervinden meer moeilijkheden wanneer er gebruikgemaakt wordt van digitaal behandelen en digitaal afnemen van vragenlijsten. In onze studie naar de behandeling van ouderen met depressieve klachten gaven de deelnemers veruit de voorkeur aan het invullen van vragenlijsten op papier.

- 3 Ten slotte zijn er met de levensfase samenhangende veranderingen, zoals de overgang van werk naar pensioen, toenemende somatische problematiek en verlies van dierbaren.

Hieronder bespreken we deze factoren uitgebreider.

Executieve cognitieve functies zijn belangrijk bij het uitvoeren van doelgericht gedrag en bevorderen het adaptief vermogen. Een goed ontwikkeld executief functioneren is ook nodig om wat geleerd wordt tijdens het cognitief-gedragstherapeutisch proces goed toe te passen. Het speelt dus een belangrijke rol bij het reguleren en verminderen van disfunctionele emoties en gedragingen. Een verminderd executief functioneren hoort bij het ouder worden. Het is plausibel dat een verminderd executief functioneren een rol kan spelen bij de veronderstelde verminderde effectiviteit van CGT bij mensen van 65 jaar en ouder met angststoornissen (Mohlman, 2013). Uit recente onderzoeksbevindingen blijkt dat de mate van presteren op taken voor executief functioneren samenhangt met het verwerven van CGT-vaardigheden bij mensen van 65 jaar en ouder met angststoornissen (Johnco et al., 2013, 2014, 2015). Ook Mohlman (2013) vond een positieve samenhang tussen de prestaties op een verbale taak voor executief functioneren en hoe effectief cognitieve interventies werden toegepast door ouderen met angststoornissen. In een recente studie toetste Mohlman (2020) de hypothese of een goede prestatie op een werkgeheugentaak het effect van CGT bij de behandeling van mensen van 65 jaar en ouder met een GAS voorspelde. Dit bleek het geval bij follow-up 18 maanden later en hangt mogelijk samen met een waargenomen na-ijleffect van CGT na het afronden van de CGT. Gesuggereerd wordt dat het zinvol kan zijn om voorafgaand aan het starten van de CGT bij mensen van 65 jaar en ouder met angststoornissen het executief functioneren te testen en slechte presteerders eerst een werkgeheugentraining aan te bieden voorafgaand aan de CGT. Uiteraard dient deze suggestie nog onderzocht te worden.

Het lijkt aannemelijk dat bij verminderd executief functioneren op hogere leeftijd met name de cognitieve onderdelen van het volledige CGT-pakket minder goed aangeleerd of getraind kunnen worden. Hoe dit zit bij de meer gedragsmatige, experiëntiële onderdelen van CGT, zoals exposure en responspreventie, is niet duidelijk. Er zijn aanwijzingen (bijvoorbeeld uit onze vergelijkende studie tussen jongere en oudere volwassenen met een PS en agorafobie) dat met name bij deze onderdelen van de CGT ouderen zelfs beter profiteren van de CGT dan 18- tot 65-jarigen. Onderstaande casussen laten dit eveneens zien. Er is echter nog nauwelijks onderzoek gedaan om dit beter te begrijpen en steviger te onderbouwen.

Een tweede verschil met de groep 18- tot 65-jarigen is het gebruik van digitale ondersteuning bij de CGT en het online invullen van zelfrapportagevragenlijsten. Dit leeftijdsgerelateerde verschil is echter niet specifiek gekoppeld aan de aanwezigheid van angststoornissen. Hoewel gemiddeld genomen de digitale vaardigheden duidelijk afnemen na de leeftijd van 55 jaar, zijn de

individuele verschillen groot (van Deursen, 2019). Een substantieel deel van de ouderen gebruikt digitale tools, zoals smartphones en het internet (Witlox et al., 2021), en deze groep zal naar verwachting enkel stijgen. Omgekeerd ervoeren wij in onze recent afgeronde studie (zie voor het studieprotocol: Janssen et al., 2017) naar het effect van gedragsactivatie bij depressieve ouderen in de eerste lijn dat minder dan een kwart van de deelnemers zich voldoende vaardig voelde om vragenlijsten online in te vullen. Kortom, in tegenstelling tot wat bij de groep 18- tot 65-jarigen in het algemeen wel verwacht kan worden, kan men bij de groep mensen van 65 jaar en ouder er niet automatisch van uitgaan dat digitale ondersteuning van de CGT een vanzelfsprekendheid is. Individuele aanpassingen zullen in dit verband nodig zijn.

Een derde verschil met de jongere leeftijdscategorie is dat er op oudere leeftijd vanzelfsprekend meer mensen zullen voorkomen met fysieke en sensorische beperkingen, chronische somatische ziekten en toegenomen zorgafhankelijkheid. Voor zover dit niet het geval is en er sprake is van vitale, zelfstandig wonende ouderen, zijn er op voorhand geen zwaarwegende argumenten om de CGT bij de behandeling van angststoornissen aan te passen. Bij sensorische beperkingen, zoals verminderde visus of verminderd gehoor, geven de beperkingen de richting van de aanpassing aan (bijvoorbeeld een groot lettertype bij visuele beperkingen, of juist audiomateriaal bij auditieve beperkingen). Het gaat hier in essentie niet om een leeftijdsspecifieke aanpassing.

Wanneer het chronische somatische beperkingen betreft, is het zaak te onderzoeken waar de interferentie tussen angststoornis en somatiek zich bevindt. Zo kunnen bij een patiënt met COPD die vaak last heeft van benauwdheid bepaalde onderdelen van de interoceptieve exposureoefeningen lastig uit te voeren zijn, zoals door een rietje ademen of hyperventileren. Deze vormen van exposure zouden dan kunnen worden overgeslagen. Wanneer benauwdheid als gevolg van de COPD tot een toename van angst leidt en paniek induceert, zouden relaxatieoefeningen soelaas kunnen bieden. Exposure in vivo binnen de kaders van wat fysiek verdragen kan worden, kan uiteraard gewoon doorgaan. Om tot goede onderlinge afstemming te komen, kan het zinvol zijn de behandelend arts in voorkomende gevallen te raadplegen en in gezamenlijkheid het exposureprogramma vast te stellen. Ook bij cardiologische beperkingen, bijvoorbeeld ernstig hartfalen, is het aangewezen samen met de patiënt en de behandelend arts (huisarts of cardioloog) tot overeenstemming te komen over wat een haalbaar en somatisch verantwoord exposureprogramma is. Verder dient men zich te realiseren dat het hebben van een angststoornis, zeker als deze ernstig en invaliderend is, het algemene stressniveau verhoogt en daarmee ook bijdraagt aan het versterken van de hinder van chronische somatische morbiditeit (zie ook Hendriks & Oude Voshaar, in dit nummer). De praktijk leert echter dat wanneer men samen met de patiënt goed naar de lichamelijke sensaties kijkt, (interoceptieve) exposure ondanks interfererende somatische problemen bijna altijd wel degelijk mogelijk is.

TWEE CASUSBESCHRIJVINGEN

De nu volgende casussen beschrijven twee CGT-behandelingen die illustreren dat het niet op voorhand nodig is om bestaande protocollen aan te passen. Het is vooral zaak aan te sluiten bij de hulpvraag en daarvoor de meest geschikte behandeling aan te bieden, en er niet a priori van uit te gaan dat exposure in vivo op oudere leeftijd een te belastende interventie zou zijn.

Casus 1

Een bij aanmelding 71-jarige man wordt op eigen verzoek voor een second opinion naar ons verwezen in verband met een stagnerende behandeling vanaf 2018. Sinds zijn vijfendertigste jaar is hij bekend met recidiverende angst- en depressieve klachten. Obsessieve angst dat anderen door zijn toedoen schade oplopen staat daarbij centraal. Als gevolg hiervan voert hij controlerende handelingen uit bij onder andere huishoudelijke apparatuur, deuren en ramen, en vermijdt hij autorijden en fietsen. Het klachtenpatroon is fluctuerend van mild tot ernstig. Bij toename van de angst- en dwangklachten staan ook ernstige depressieve klachten op de voorgrond. De hulpvraag van patiënt is primair gericht op vermindering van de angstklachten. Na screening en het afnemen van een semiklinisch gestructureerd interview wordt de diagnose obsessieve-compulsieve stoornis gesteld met secundaire comorbide depressieve stoornis.

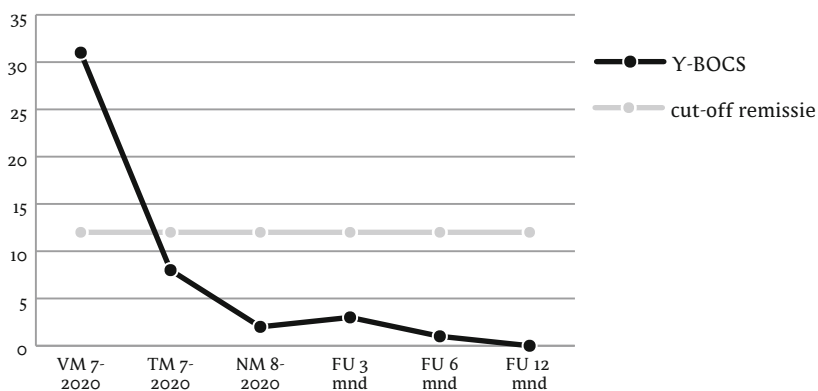
Er blijkt een uitgebreide behandelvoorgeschiedenis in de gespecialiseerde ggz te zijn, die begint in 1996. Een aantal opvallende zaken komt daarbij naar voren. Hoewel obsessieve-compulsieve symptomatologie steeds wordt beschreven, wordt deze beschouwd als functioneel en niet als opzichzelfstaande stoornis. De focus van de behandeling ligt op de recidiverende depressieve klachten, waarbij de behandeling bestaat uit een combinatie van antidepressiva en inzichtgevende psychotherapie. In de periode 1998 tot 2018 zijn er drie recidieven met behandeling in de specialistische ggz. Er is nooit een duidelijke exposure- en responspreventiebehandeling uitgevoerd. In 2018 recidiveren de angst- en dwangklachten in ernstige mate, met als gevolg twee klinische behandelperioden en aansluitend dagbehandeling. Omdat de behandeling onvoldoende werd gericht op de hulpvraag van patiënt, namelijk behandeling voor terugkerende angsten, en zij naar de mening van patiënt te veel gericht was op secundaire depressieve klachten, verzoekt hij om een second opinion bij ons behandelcentrum. Bij aanmelding gebruikt patiënt de volgende medicatie: venlafaxine XR 75 mg 1 dd 1, venlafaxine 37,5 mg XR 1 dd 1, olanzapine 5 mg 1 dd 1, Depakine 300 mg 2 dd 1 (in verband met verdenking van bipolaire II-stoornis na hypomane ontregeling op venlafaxine).

Bij navraag geeft patiënt aan geen duidelijk therapeutisch effect van deze medicatie te ervaren.

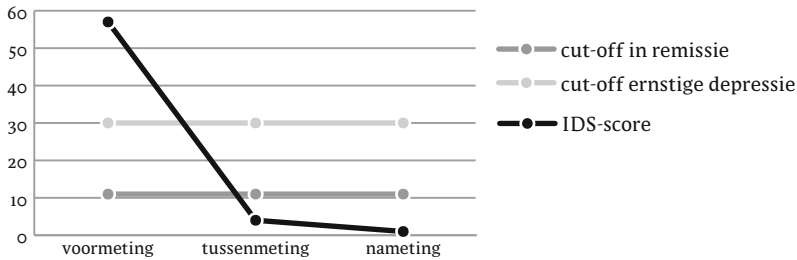
In overleg met patiënt en aansluitend bij zijn hulpvraag wordt de behandeling primair gericht op de obsessieve-compulsieve stoornis en niet op de comorbide depressieve stoornis. Sinds hij bovengenoemde medicatie krijgt voorgeschreven, ervaart

hij affectvervlakking. Er wordt een intensieve exposurebehandeling voorgesteld gedurende 4 dagen, met aansluitend wekelijkse exposureboosters van 90 minuten gedurende 4 weken. Hierna wordt de behandeling geëvalueerd. Voorgesteld wordt om bij gewenst effect de medicatie, waarvan het therapeutisch effect immers ontbreekt, af te bouwen, conform de wens van patiënt. Patiënt gaat hiermee akkoord. Op de intensieve dagen wordt gestart met het vaststellen van het exposureplan voor die dag en het evalueren van de exposuresessies van de vorige dag. Daarna volgen drie exposuresessies per dag van elk 90 minuten, begeleid uitgevoerd in de context waarin patiënt de meeste hinder ervaart van zijn controledwang en vermijding. De exposuresessies zijn gericht op verwachtingsdisconfirmatie en volgen het inhibitorisch leermodel van Craske (Vervliet et al., 2013). Tevens wordt de partner van de patiënt geïnstrueerd hoe zij het beste haar rol als partner kan vervullen in relatie tot de angst- en dwangklachten van patiënt.

Uit de figuren 1 en 2 blijkt dat bij de tussenmeting na de eerste 4 dagen intensieve exposure zowel de klachten van de OCS als die van de secundaire depressieve stoornis zodanig zijn afgenomen dat er sprake is van volledige remissie. Op de nameting na 6 weken zijn deze klachten nog verder afgenomen. Het is duidelijk dat de OCS en de depressie sterk met elkaar samenhangen, en dat er geen sprake is van een opzichzelfstaand depressief syndroom. Hiermee kan ook de diagnose bipolaire stoornis type II verworpen worden. Dit betekent dat, conform de rapportage van patiënt dat hij geen therapeutisch effect had ervaren van de drie verschillende medicamenten, deze alle afgebouwd kunnen worden. Hiermee wordt begonnen halverwege de boosterfase. Bij de eerste follow-up, 3 maanden na afronding van de behandeling, is patiënt medicatievrij. Uit figuur 1 valt op te maken dat 12 maanden na afronding patiënt nog steeds in remissie is.



FIGUUR 1 *Duur intensieve exposure in casus 1.* VM = voormeting; TM = tussenmeting; NM = nameting; FU = follow-up; Y-BOCS = Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale



FIGUUR 2 *Belooop depressie in casus 1. ISD = Inventory of Depressive Symptomatology*

Casus 2

Een 77-jarige gehuwde vrouw komt sinds een aantal jaren niet meer zelfstandig het huis uit. Enkel onder begeleiding van haar echtgenoot durft zij het huis te verlaten, om bijvoorbeeld te gaan wandelen, boodschappen te doen of een bezoekje af te leggen. Vanwege plotseling opkomende angst en paniek belt zij met grote regelmaat de huisarts. Ze is dan bang dat het angst- en paniekgevoel blijft hangen en nooit meer wegtrekt. De huisarts schrijft haar citalopram 20 mg 1 dd 1 en zo nodig oxazepam 10 mg voor. Aangezien dit na 6 maanden geen effect heeft, verwijst de huisarts patiënte door naar het team ouderen van Pro Persona.

Uit de anamnese komt naar voren dat patiënte voor het eerst een paniekaanval kreeg toen zij 6 jaar geleden in de supermarkt wat langer dan gebruikelijk voor de kassa moest wachten. Ze kreeg het toen plotseling benauwd, begon te zweten en te trillen, werd duizelig en was bang om onderuit te gaan. Men waarschuwde 112 en er werd een ambulance gestuurd. Nadat ze was onderzocht, werd aangegeven dat er lichamelijk niets werd gevonden (hartslag en bloeddruk waren normaal) en dat de verschijnselen werden veroorzaakt door hyperventilatie. Sinds die eerste aanval durfde patiënte niet meer alleen te gaan winkelen. De angstaanvallen begonnen zich vaker voor te doen en ook werd patiënte steeds banger om ergens alleen naartoe te gaan uit angst in paniek te raken. Momenteel heeft zij twee- tot driemaal per week plotseling een angstaanval, waarbij ze haar echtgenoot vraagt om geruststelling en ook wekelijks de huisarts belt. Haar echtgenoot probeert patiënte volledig te ondersteunen en heeft veel taken van haar overgenomen. Patiënte voelt zich steeds gedeprimeerder worden, is passief en lusteloos, blijft vaak in bed of op de bank liggen, en is bang dat de angst niet meer overgaat. Ze geeft aan van de angst af te willen, bij voorkeur 'met een pilletje'.

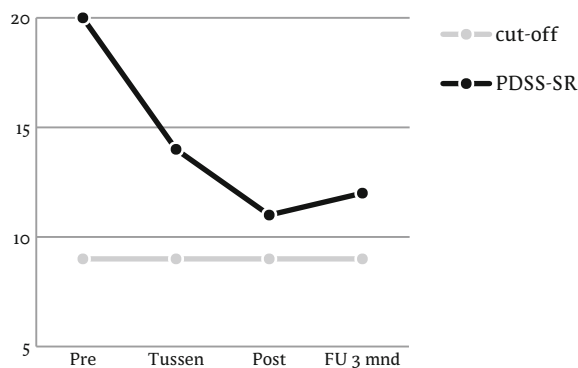
Er wordt ook een semigestructureerd klinisch interview afgenomen. Patiënte wordt gediagnosticeerd met een paniekstoornis, gegeneraliseerde agorafobie en secundaire depressieve stoornis.

Omdat patiënte vanwege haar angst liever niet naar onze behandellocatie wil komen, is voorgesteld de behandeling vanuit huis te starten. Wat opvalt is dat patiënte moeite heeft de verschijnselen die ze ervaart tijdens een paniekaanval concreet

te beschrijven en uit te leggen wat ze als beangstigend ervaart. Concreet en detailgericht uitvragen van de angst- en panieksymptomen volgens het MINI-interview leert dat er zich tijdens de paniekaanvallen diverse fysieke symptomen voordoen en dat de belangrijkste angstige verwachting is dat ze raar gaat doen en geen controle meer ervaart. Haar hulpvraag is gericht op vermindering van de angst en op de wens weer alleen ergens naartoe te durven gaan.

Er wordt gestart met psycho-educatie en uitleg over hoe de klachten het beste behandeld kunnen worden met behulp van CGT. Hierbij wordt duidelijk dat patiënte een goed begrip heeft van wat exposure inhoudt, maar dat het onderdeel verwachtingsdisconfirmatie voor haar moeilijk is. Ze is niet goed in staat angstige verwachtingen te formuleren. Er wordt daarom een exposurelijst opgesteld die oploopt in moeilijkheidsgraad, aansluitend bij de doelstelling van patiënte, en gestart met interoceptieve exposure en begeleide exposure in vivo. De echtgenoot krijgt hierbij instructies om niet direct gerust te stellen als patiënte zich angstig voelt worden. De begeleide exposures worden uitgevoerd door een gz-psycholoog en een verpleegkundige met CGW-registratie. Daarnaast krijgt patiënte de opdracht om ook zelfstandig exposureoefeningen te doen. De interoceptieve exposureoefeningen ervaart patiënte als eenvoudig en niet beangstigend. Gaandeweg durft patiënte weer (kleine) rondjes buiten te lopen en uiteindelijk ook naar de winkel te gaan. Dit is voor haar al grote winst en helpt ook om weer op bezoek te gaan bij vriendinnen (haar sociale netwerk was vanwege de afhankelijkheid van haar echtgenoot inmiddels erg klein geworden). Ze stopt ook met bellen naar haar echtgenoot of huisarts om geruststelling te vragen als ze zich angstig voelt worden.

De behandeling bestond uiteindelijk uit 23 sessies CGT, in een frequentie van tweemaal per week gedurende de eerste 8 weken, daarna geleidelijk uitgesmeerd over een periode van 4 maanden. De Panic Disorder Severity Scale – Self Report (PDSS-SR) werd gebruikt om het behandelbeloop te monitoren (zie figuur 3).



FIGUUR 3 *Behandelbeloop van patiënte uit casus 2. FU = follow-up; PDSS-SR = Panic Disorder Severity Scale – Self Report*

CONCLUSIE

.....

Het staat als een paal boven water dat 65-plussers met angststoornissen een fors onderbestudeerde groep zijn, in vergelijking met kinderen en 18- tot 65-jarigen met angststoornissen, zowel wat betreft behandeling als wat betreft diagnostiek/fenomenologie. Er zijn stevige aanwijzingen dat stereotiepe opvattingen bij hulpverleners, de ouderen zelf en hun omgeving daarbij een rol spelen. Toch is er geen reden tot pessimisme. Het onderzoek dat er is, laat zien dat 65-plussers met angststoornissen een duidelijke voorkeur hebben voor psychotherapie en dat CGT in potentie effectief is. Met dit beknopte overzicht van de summiere beschikbare evidentie voor CGT bij 65-plussers met angststoornissen en de twee casussen willen wij een lans breken voor deze doelgroep. We roepen CGT-therapeuten op 65-plussers met angststoornissen voortvarend met de beschikbare behandelprotocollen te behandelen, voor zover daar nog aarzelingen over mochten bestaan.

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

Noortje Janssen is junior-onderzoeker/promovenda en werkzaam bij Pro Persona.

Rosanne van den Berg is klinisch psycholoog in opleiding en werkzaam bij Pro Persona.

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 *Cognitive behavioural therapy in older adults with anxiety disorders*

Anxiety disorders in later life are still very prevalent. Older adults have a clear preference for targeted psychological treatment. Despite the fact that the implementation of first line psychological treatments in our mental health care system has increased the accessibility of targeted psychological treatment, this is not the case for older adults suffering from anxiety disorders. The available evidence for psychological treatment in late-life anxiety disorders is limited to the use of cognitive behavioural therapy (CBT) for generalized anxiety disorder. Although it is suggested that the effectiveness of CBT is reduced in older compared to younger adults with anxiety disorders, this is insufficiently substantiated by properly conducted treatment studies. The initial findings of large-scale implementation research into the accessibility of psychological treatments point in the direction of better outcomes for older compared to younger adults with anxiety disorders. It is recommended that cognitive behavioural therapists increasingly focus on the application of CBT in older adults with anxiety disorders.

Keywords *anxiety disorders, cognitive behavioural therapy, older adults*

Literatuur

300

- Andreas, S., Schulz, H., Volkert, J., Dehous, 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.
- Beekman, A. T., Penninx, B. W., Deeg, D. J., Ormel, J., Braam, A. W., & van Tilburg, W. (1997). Depression and physical health in later life: Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). *Journal of Affective Disorder*, *46*, 219-231.
- Brenes, G. A., Danhauer, S. C., Lyles, M. F., Anderson, A., & Miller, M. E. (2017). Long-term effects of telephone-delivered psychotherapy for late-life GAD. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *25*, 1249-1257.
- Brenes, G. A., Danhauer, S. C., Lyles, M. F., Hogan, P. E., & Miller, M. E. (2015). Telephone-delivered cognitive behavioral therapy and telephone-delivered nondirective supportive therapy for rural older adults with generalized anxiety disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, *72*, 1012-1020.
- Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Hofmann, S. G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and Anxiety*, *35*, 502-514.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). (13 oktober 2021). *Bevolking; kerncijfers*. www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/37296ned
- Chaplin, R., Farquharson, L., Clapp, M., & Crawford, M. (2015). Comparison of access, outcomes and experiences of older adults and working age adults in psychological therapy. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *30*, 178-184.
- David, D., Cristea, I., & Hofmann, S. G. (2018). Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*, *9*, 4.
- de Graaf, R., ten Have, M., van Gool, C., & van Dorsselaer, S. (2012). Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *47*, 203-213.
- 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.
- 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 the American Geriatrics Society*, *60*, 218-229.
- Grenier, S., Payette, M. C., Gunther, B., Askari, S., Desjardins, F. F., Raymond, B., & Berbiche, D. (2019). Association of age and gender with anxiety disorders in older adults: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *34*, 397-407.
- Hall, J., Kellett, S., Berrios, R., Bains, M. K., & Scott, S. (2016). Efficacy of cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder in older adults: Systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *24*, 1063-1073.
- Hendriks, G.-J., Kampman, M., Keijsers, G. P., Hoogduin, C. A., & Oude

- 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., & Oude Voshaar, R.C. (2021). Diagnostiek bij ouderen met angststoornissen en depressies. *GEDragstherapie*, *54*, 205-226.
- Hendriks, G.-J., Oude Voshaar, R. C., Keijsers, G. P., Hoogduin, C. A., & van Balkom, A. J. (2008). Cognitive-behavioural therapy for late-life anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *117*, 403-411.
- Hendriks, G.-J., van Zelst, W. H., van Balkom, A. J., Uphoff, E., Robertson, L., Keijsers, G. P., & Oude Voshaar, R. C. (2021). Cognitive behavioural therapy and third wave approaches for anxiety and related disorders in older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021, CD007674.
- Hui, C., & Zhihui, Y. (2017). Group cognitive behavioral therapy targeting intolerance of uncertainty: A randomized trial for older Chinese adults with generalized anxiety disorder. *Aging & Mental Health*, *21*, 1294-1302.
- Janssen, N., Huibers, M. J. H., Lucassen, P., Oude Voshaar, R. C., van Marwijk, H., Bosmans, J., Pijnappels, M., Spijker, J., & Hendriks, G. J. (2017). Behavioural activation by mental health nurses for late-life depression in primary care: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, *17*, 230.
- Jayasinghe, N., Finkelstein-Fox, L., Sar-Graycar, L., Ojie, M. J., Bruce, M. L., & Difede, J. (2017). Systematic review of the clinical application of exposure techniques to community-dwelling older adults with anxiety. *Clinical Gerontologist*, *40*, 141-158.
- Jayasinghe, N., Sparks, M. A., Kato, K., Wilbur, K., Ganz, S. B., Chiamonte, G. R., Stevens, B. L., Barie, P. S., Lachs, M. S., O'Dell, M., Evans, A. T., Bruce, M. L., & Difede, J. (2014). Exposure-based CBT for older adults after fall injury: Description of a manualized, time-limited intervention for anxiety. *Cognitive and Behavioral Practice*, *21*, 432-445.
- Johnco, C., Wuthrich, V. M., & Rapee, R. M. (2013). The role of cognitive flexibility in cognitive restructuring skill acquisition among older adults. *Journal of Anxiety Disorders*, *27*, 576-584.
- Johnco, C., Wuthrich, V. M., & Rapee, R. M. (2014). The influence of cognitive flexibility on treatment outcome and cognitive restructuring skill acquisition during cognitive behavioural treatment for anxiety and depression in older adults: Results of a pilot study. *Behavior Research and Therapy*, *57*, 55-64.
- Johnco, C., Wuthrich, V. M., & Rapee, R. M. (2015). The impact of late-life anxiety and depression on cognitive flexibility and cognitive restructuring skill acquisition. *Depression and Anxiety*, *32*, 754-762.
- Jones, S. L. (2021). An efficacy trial of therapist-assisted internet-delivered cognitive-behaviour therapy for older adults with generalized anxiety. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, *82*(7).
- 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? *Journals of Gerontology: Series B*, *74*, 620-624.
- Kishita, N., & Laidlaw, K. (2017). Cognitive behaviour therapy for generalized anxiety disorder: Is CBT equally efficacious in adults of working age and older adults? *Clinical Psychology Review*, *52*, 124-136.

- Levy, B. R. (2009). Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 332-336.
- Levy, B. R., Slade, M. D., Chang, E. S., Kanno, S., & Wang, S. Y. (2020). Ageism amplifies cost and prevalence of health conditions. *Gerontologist*, 60, 174-181.
- 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.
- Mohlman, J. (2013). Executive skills in older adults with GAD: Relations with clinical variables and CBT outcome. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 131-139.
- Mohlman, J. (2020). Neurocognitive predictors of long-term outcome in CBT for late life generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 74, 102246.
- Mohlman, J., Gorenstein, E. E., Kleber, M., de Jesus, M., Gorman, J. M., & Papp, L. A. (2003). Standard and enhanced cognitive-behavior therapy for late-life generalized anxiety disorder: Two pilot investigations. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 24-32.
- Oude Voshaar, R. C. (2013). Lack of interventions for anxiety in older people. *British Journal of Psychiatry*, 203, 8-9.
- 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.
- Stanley, M. A., Wilson, N. L., Amspoker, A. B., Kraus-Schuman, C., Wagener, P. D., Calleo, J. S., Cully, J. A., Teng, E., Rhoades, H. M., Williams, S., Masozera, N., Horsfield, M., & Kunik, M. E. (2014). Lay providers can deliver effective cognitive behavior therapy for older adults with generalized anxiety disorder: A randomized trial. *Depression and Anxiety*, 31, 391-401.
- van Deursen, A. J. A. M. (2019). *Digitale ongelijkheid in Nederland: Internetgebruik van mensen van 55 jaar en ouder*. Universiteit Twente.
- van Loo, H. M., Beijers, L., Wieling, M., de Jong, T. R., Schoevers, R. A., & Kendler, K. S. (2021). Prevalence of internalizing disorders, symptoms, and traits across age using advanced nonlinear models. *Psychological Medicine*, 1-10. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001148>
- Vervliet, B., Craske, M. G., & Hermans, D. (2013). Fear extinction and relapse: State of the art. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 215-248.
- Volkert, J., Schulz, H., Härter, M., Włodarczyk, O., & Andreas, S. (2013). The prevalence of mental disorders in older people in Western countries – A meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 12, 339-353.
- 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.
- 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.
- Wetherell, J. L., Petkus, A. J., White, K. S., Nguyen, H., Kornblith, S., Andreescu, C., Zisook, S., & Lenze, E. J. (2013). Antidepressant medication augmented with cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder.

- der in older adults. *American Journal of Psychiatry*, 170, 782-789.
- Witlox, M., Garnefski, N., Kraaij, V., de Waal, M. W. M., Smit, F., Bohlmeijer, E., & Spinhoven, P. (2021). Blended acceptance and commitment therapy versus face-to-face cognitive behavioral therapy for older adults with anxiety symptoms in primary care: Pragmatic single-blind cluster randomized trial. *Journal of Medical Internet Research*, 23, e24366.
- World Health Organization (WHO). (4 oktober 2021). *Ageing and Health*. www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health
- Wuthrich, V. M., Meuldijk, D., Jagiello, T., Robles, A. G., Jones, M. P., & Cuijpers, P. (2021). Efficacy and effectiveness of psychological interventions on co-occurring mood and anxiety disorders in older adults: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 36, 858-872.
- Wuthrich, V. M., & Rapee, R. M. (2013). Randomised controlled trial of group cognitive behavioural therapy for comorbid anxiety and depression in older adults. *Behavior Research and Therapy*, 51, 779-786.
- Wuthrich, V. M., Rapee, R. M., Kangas, M., & Perini, S. (2016). Randomized controlled trial of group cognitive behavioral therapy compared to a discussion group for co-morbid anxiety and depression in older adults. *Psychological Medicine*, 46, 785-795.