



ADDENDUM OUDEREN BIJ DE MDR ANGSTSTOORNISSEN

Versie 1.0

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ

ADDENDUM Ouderen bij de multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (februari 2008).

Uitgever: Trimbos-instituut, Utrecht. Dit addendum is alleen digitaal beschikbaar via <http://www.ggzrichtlijnen.nl/>

Inhoudsopgave

Algemene inleiding	1
Samenvatting van de adviezen	4
Prevalentie, fenomenologie en diagnostiek	6
Prevalentie en comorbiditeit van angst	6
Signalering en presentatie van angst	7
Prevalentie en fenomenologie van specifieke angststoornissen	9
Gegeneraliseerde angststoornis	10
Paniekstoornis met en zonder agorafobie	10
Agorafobie zonder paniekstoornis in de voorgeschiedenis	11
Sociale fobie	12
Specifieke fobie	13
Posttraumatische stressstoornis	13
Obsessief-compulsieve stoornis	14
Hypochondrie	14
Conclusie	15
Meetinstrumenten	15
Meetinstrumenten specifiek voor ouderen	15
'Staandaard' meetinstrumenten onderzocht bij ouderen	16
'Staandaard' meetinstrumenten gebruikt in onderzoek naar angst bij oudere	17
Differentiaal-diagnostische overwegingen	20
Conclusies met betrekking tot diagnostisch proces	20
Algemene overwegingen en aanpassingen van psychologische interventies	22
Effectiviteit van bestaande interventies	22
Aanpassingen voor cognitieve gedragstherapie	23
Alternatieven voor cognitieve gedragstherapie	24
Conclusie psychologische interventies	25
Algemene overwegingen en aanpassingen van farmacologische interventies	26
Effectiviteit en veiligheid van psychofarmaca	26
Aanpassingen bij het voorschrijven van psychotrope medicatie	27
Conclusie farmacologische interventies	27
Conclusie	27
Combinatiebehandelingen	27
Gegeneraliseerde angststoornis	28
Farmacotherapie	28
SSRI's	28
SNRI's: Venlafaxine	30
Tricyclische antidepressiva (TCA): imipramine	30
Anxiolytica: Buspiron	30
Benzodiazepinen	31
Keuzevolgorde en doseringen	32
Psychologische interventies	32
Cognitieve gedragstherapie	32
Non-directieve steunende discussiegroep	34
Keuzevolgorde	34
Beslisboom	34
Beslisboom bij een gegeneraliseerde angststoornis	35
Paniekstoornis en agorafobie	36
Farmacotherapie	36
SSRI's	36
TCA's	36
Benzodiazepines	37
Keuzevolgorde en doseringen	37
Psychologische interventies	37
Psychologische interventies bij agorafobie uit angst om te vallen	38

Inhoudsopgave

<u>Paniekstoornis en agorafobie</u>	
Keuzevolgorde.....	38
Beslisboom Paniekstoornis I.....	39
<u>Beslisboom bij een paniekstoornis zonder of met lichte agorafobie</u>	40
Beslisboom paniekstoornis II.....	40
<u>Beslisboom bij een paniekstoornis met ernstige of matig ernstige agorafobie</u>	41
<u>Sociale angststoornissen</u>	42
Farmacotherapie en psychologische interventies.....	42
Keuzevolgorde.....	42
Beslisboom sociale fobie (1), specifiek subtype.....	43
Beslisboom sociale fobie (2), gegeneraliseerde subtype.....	44
<u>Specifieke fobie</u>	46
Farmacotherapie.....	46
Keuzevolgorde en doseringen.....	46
Psychologische interventies.....	47
Beslisboom specifieke fobie.....	47
<u>Posttraumatische stressstoornis</u>	49
Farmacotherapie.....	49
Keuzevolgorde en doseringen.....	49
Psychologische interventies.....	50
Keuzevolgorde.....	50
Beslisboom posttraumatische stressstoornis.....	51
<u>Obsessief-compulsieve stoornis</u>	52
Farmacotherapie.....	52
Keuzevolgorde en doseringen.....	52
Psychologische interventies.....	53
Beslisboom obsessief-compulsieve stoornis.....	53
<u>Hypochondrie</u>	55
Farmacotherapie.....	55
Keuzevolgorde en doseringen.....	55
Psychologische interventies.....	55
Keuzevolgorde.....	56
Beslisboom hypochondrie.....	56
<u>Preventieve interventies</u>	58
Aanbod.....	58
Groepscursussen.....	58
Zelfhulpbehandelingen.....	59
<u>Organisatie van de zorg</u>	61
Behandeling in de eerste lijn.....	61
Poliklinische behandeling en ambulante zorg.....	62
Behandeling in verzorg- en verpleeghuizen.....	62
De rol van verpleegkundigen.....	63
<u>De Werkgroep</u>	65
<u>Referenties</u>	66
<u>Bijlagen</u>	81
<u>Disclaimer</u>	83

Algemene inleiding

Aanleiding De Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de Geestelijke Gezondheidszorg heeft besloten om onder haar auspiciën, met inhoudelijke ondersteuning en begeleiding van het Trimbos-instituut en financiële ondersteuning van ZonMW, een addendum voor ouderen te ontwikkelen bij de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen die in 2003 is verschenen.

Toepassing Addendum

De adviezen uit de huidige Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen zijn voornamelijk gebaseerd op onderzoek waarbij mensen van 60 of 65 jaar en ouder werden uitgesloten van deelname. Het is de vraag of de resultaten uit dit onderzoek zo maar te extrapoleren zijn naar een oudere populatie. Dit geldt niet alleen voor de behandeling, maar ook voor de diagnostiek.

Welke leeftijdsgrens bepaalt nu of iemand valt onder de categorie 'ouderen'?* In het merendeel van de in dit addendum besproken onderzoeken wordt een leeftijdsgrens van 55 of 60 jaar aangehouden. Bovendien wordt in onderzoek zelden onderscheid gemaakt tussen 'jongere ouderen' van 55-75 jaar, versus 'oudere ouderen', terwijl het voor de hand ligt dat er in lichamelijk, psychologisch en maatschappelijk opzicht een groot verschil is tussen iemand van 55 jaar (die mogelijk de komende tien jaar nog volop deel zal nemen aan de arbeidsmarkt) en iemand van 85 jaar. Gezien het feit dat er echter te weinig wetenschappelijke grond is voor een tweedeling in jongere versus oudere ouderen, wordt in de tekst van dit addendum toch gesproken van ouderen alsof dit een homogene groep betreft. Bovenstaande moet echter bij het lezen wel voortdurend in ogenschouw worden genomen. Kalenderleeftijd is bovendien niet uitsluitend bepalend voor de toepassing van een aangepaste richtlijn, aangezien ouder worden een continu proces is dat niet voor iedere persoon op latere leeftijd dezelfde 'breuken' op dezelfde momenten in de levensloop met zich mee brengt (zie hoofdstuk 1 van het handboek ouderenpsychologie ¹⁴⁵). Dit is onder andere afhankelijk van de lichamelijke gezondheid. Zo kan het zijn dat bij relatief jonge en vitale ouderen de keuze voor een behandeling volgens de reguliere richtlijnen meer voor de hand ligt. Andersom kan het nodig zijn om sommige van de adviezen uit deze richtlijn toe te passen bij mensen van middelbare leeftijd met veel somatische comorbiditeit (Addendum Ouderen bij multidisciplinaire richtlijn depressie, 2008). Uit onderzoek blijkt veelvuldig dat ouderen met angststoornissen meestal niet herkend worden en niet adequaat behandeld worden. Hierbij spelen leeftijdsspecifieke biologische, psychologische en sociale veranderingen een belangrijke rol, maar ook de wijze waarop de huidige oudere generatie omgaat met psychische problemen en de manier waarop onze maatschappij omgaat met ouderen heeft hier een onmiskenbaar effect op.

De werkgroep verwacht met deze richtlijn een bijdrage te kunnen leveren aan verbetering van de herkenning en adequate behandeling van angststoornissen bij ouderen, door een helder overzicht te geven van de beschikbare kennis op dit gebied. Kennis verwijst hierbij in de eerste plaats naar kennis uit wetenschappelijke bronnen, maar tevens naar kennis die is opgedaan door middel van klinische ervaring met angstige ouderen.

Dit addendum ouderen betekent niet dat de richtlijn angststoornissen voor volwassenen in zijn geheel niet van toepassing is bij ouderen. In tegendeel, als basis wordt uitgegaan van de richtlijn voor volwassenen. Dit addendum geeft duidelijk aan wanneer de werkgroep van mening is dat de richtlijn voor volwassenen naar alle waarschijnlijkheid ook op ouderen toegepast kan worden. Dat is van belang omdat er soms abusievelijk gedacht wordt dat dezelfde behandelingen niet op ouderen van toepassing zouden zijn. Daarnaast geeft dit addendum in de eerste plaats een overzicht van de wetenschappelijke en praktijk kennis over diagnostiek en behandeling van angststoornissen voor deze specifieke subgroep. Wanneer deze kennis aanleiding geeft tot een andere of aangepaste diagnostiek of behandeling dan wordt dit duidelijk naar voren gebracht. Bij het voorbereiden is veelvuldig gebruik gemaakt van de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen voor volwassenen en het addendum ouderen op de multidisciplinaire richtlijn depressie.

Werkwijze

De werkwijze van de richtlijncommissie wijkt af van de werkwijze die gevolgd werd bij volwassenen. Vanwege een beperkter budget was er minder tijd beschikbaar. De gangbare procedure bij het maken van deze richtlijn is zodanig aangepast dat snel, efficiënt en toch zorgvuldig gewerkt kon worden.

Er is een werkgroep van 18 mensen ingesteld onder voorzitterschap van mw.dr. J. Schuurmans (psycholoog). Deze werkgroep heeft een zestal hoofdvragen opgesteld en daarnaast een aantal aandachtspunten aangedragen, op basis waarvan het huidige addendum diende te worden vormgegeven. De uitgangsvragen zijn systematisch uitgewerkt tot een conceptrichtlijntekst door een drietal werkgroepleden. De overige werkgroepleden hebben de concepttekst tot in detail beoordeeld en een aantal suggesties gedaan voor verbetering. Deze suggesties zijn geïntegreerd in de tweede conceptversie, waarna de tekst nogmaals aan de voltallige werkgroep is voorgelegd voor commentaar tijdens een speciale werkgroepbijeenkomst. Ook dit commentaar is verwerkt in de huidige versie. De tekst werd ook ter becommentariëring voorgelegd aan de betrokken beroepsverenigingen. Dit commentaar werd evens eens verwerkt in de huidige versie.

De hoofdvragen waren:

- Is de prevalentie van angststoornissen bij ouderen anders dan bij jongere volwassenen?
- Zijn er verschillen in de classificatie of fenomenologie (specifieke inhoud/kleuring) van angststoornissen bij ouderen t.o.v. jongere volwassenen?
- In hoeverre verloopt het diagnostisch proces van angststoornissen bij ouderen anders dan bij volwassenen?
- Welke differentiaal diagnostische overwegingen moet men bij angststoornissen bij ouderen maken?
- Welke meetinstrumenten kunnen bij ouderen zinvol zijn?
- Is de behandeling bij ouderen anders dan bij volwassenen?

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Deze richtlijn is zoveel mogelijk gebaseerd op het best beschikbare bewijs uit gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek. Relevante artikelen werden gezocht door het verrichten van systematische zoekacties. Er werd in het algemeen gezocht naar publicaties tot en met april 2007 door middel van de zoekprogramma's Medline, Psychinfo, Cochrane, Embase en PiCarta. Daarnaast werden artikelen nagezocht via referentielijsten van geselecteerde artikelen. Na selectie door de auteurs van dit addendum bleven de artikelen over die als onderbouwing bij de verschillende conclusies staan vermeld. De indeling naar bewijskracht, die gehanteerd wordt in de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen, wordt niet gehanteerd in het huidige addendum. Helaas is er ondanks het feit dat er de afgelopen tien tot twintig jaar steeds meer onderzoek wordt gedaan naar angst bij ouderen, nog een enorme lacune op dit gebied. Een indeling naar bewijskracht zou derhalve weinig informatie toevoegen. Wel wordt duidelijk vermeld als de resultaten gebaseerd zijn op een studie van twijfelachtige methodologische kwaliteit en er wordt gespecificeerd of resultaten afkomstig zijn uit een gerandomiseerde klinische trial of bijvoorbeeld een meta-analyse. Waar geen wetenschappelijke onderbouwing te vinden was, is gezocht naar overeenstemming binnen de literatuur of binnen de werkgroep. Als dit het geval is, wordt dit eveneens duidelijk in de tekst vermeld. Vanwege de beknoptere tekst van dit addendum op de richtlijn angststoornissen wordt eveneens afgezien van het gebruik van kaders met aanbevelingen aan het eind van iedere subparagraaf, wel wordt aan het eind van iedere paragraaf over farmacologische of psychologische interventies een keuzevolgorde in een blauw kader weergegeven. Bovendien wordt regelmatig terug verwezen naar aanbevelingen uit de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen, als de werkgroepleden van mening waren dat er geen reden is om aan te nemen dat deze bij ouderen niet zouden gelden. De aanbevelingen uit de richtlijn angststoornissen worden zo nodig kort geciteerd of samengevat, om te zorgen dat het addendum onafhankelijk geraadpleegd kan worden. Bij letterlijke citaten uit de richtlijn angststoornissen wordt dit weergegeven door een onderstreping van de tekst. Overwegingen die naast een wetenschappelijke onderbouwing een rol hebben gespeeld zijn onder andere: klinische relevantie, professioneel perspectief, cliëntenperspectief en andere overwegingen die een brug tussen praktijk en wetenschap vormen. Deze overwegingen zijn terug te vinden in de tekst. De keuzevolgordes voor specifieke interventies zijn gebaseerd op de wetenschappelijke onderbouwing en de overwegingen.

Wat staat niet in de richtlijn

In de richtlijn is niet opgenomen wat niet rechtstreeks en specifiek ten behoeve van de diagnostiek en behandeling van angststoornissen op de voorgrond staat, zoals:

- risicofactoren voor het ontstaan van angststoornissen
- het verwerkingsproces door de cliënt na de diagnose stelling
- wettelijke rechten en plichten van cliënten en hulpverleners

Een aparte plaats neemt het gebruik van alternatieve geneesmiddelen door cliënten met een angststoornis in. Aangezien veel hulpverleners hiermee in hun dagelijkse praktijk in aanraking zullen komen is er in de multidisciplinaire richtlijn angst gekozen voor het opnemen van een apart hoofdstuk, waarin het effect van deze middelen wordt nagegaan. Aangezien er op dit gebied geen specifieke kennis voor de werkzaamheid van deze middelen voor ouderen voor handen is, wordt dit onderwerp in het addendum ouderen niet nader belicht.

Onderwerpen zoals angstklachten die voorkomen in het kader van een dementie of CVA en die strikt genomen niet onder 'angststoornissen' vallen, komen in dit addendum vooralsnog niet aan de orde. De werkgroep heeft op dit moment besloten om angstsymptomen die voortkomen uit andere stoornissen niet aan bod te laten komen in het addendum, in verband met een duidelijke afbakening. Angststoornissen die uitgelokt zijn door een somatische aandoening, maar die wel voldoen aan de criteria voor een op zichzelf staande angststoornis, worden wel besproken in het addendum. Voor een verhandeling hierover verwijzen we de lezer naar 'Prevalentie, fenomenologie en diagnostiek'.

Opbouw van het document

Bij het addendum ouderen is van groot belang aandacht te besteden aan de prevalentie, comorbiditeit en diagnostiek van angst bij ouderen, omdat hierover in de klinische praktijk veel misverstanden bestaan, waardoor de klachten vaak niet herkend worden als angststoornis en adequate behandeling achterwege blijft. Ten aanzien van angststoornissen geldt dat farmacologische interventies en psychotherapeutische behandelingen een andere inhoud kunnen hebben afhankelijk van de aard en eventueel de ernst van de angststoornis. Anderzijds zijn er ook algemene kanttekeningen te plaatsen bij de behandeling van angst bij ouderen, die voor alle angststoornissen gelden. Op grond van deze overwegingen is het document als volgt opgebouwd. Na het gedeelte over prevalentie, fenomenologie en diagnostiek van angst bij ouderen wordt een uiteenzetting gedaan van de algemene overwegingen bij de behandeling en mogelijke aanpassingen van bestaande interventies voor deze specifieke doelgroep. Daarna wordt per afzonderlijke angststoornis de hierbij toe te passen farmacologische en psychologische en psychotherapeutische interventies besproken. Deze onderdelen zijn gerangschikt naar de prevalentie van de verschillende angststoornissen onder ouderen. Het laatste gedeelte gaat over hypochondrie, hoewel deze diagnose officieel niet onder de noemer angststoornissen valt volgens de DSM-IV. De besprekingen van de afzonderlijke angststoornissen worden allen afgesloten met adviezen over de behandeling van de betreffende stoornissen. Deze adviezen worden in de vorm van een beknopte beslisboom gepresenteerd.

Onder 'Preventieve interventies' wordt apart aandacht besteed aan geïndiceerde preventieve interventies, die niet gericht zijn op het voorkómen van een specifieke angststoornis, maar op het behandelen van bestaande angstklachten die zich mogelijk in de toekomst zouden kunnen ontwikkelen tot een angststoornis. Vervolgens wordt aandacht besteed aan de organisatie van de zorg.

*Overigens wordt onder deskundigen in het veld regelmatig de voorkeur gegeven aan de term 'oudere volwassenen', aangezien de term 'ouderen' impliceert dat oudere mensen geen volwassenen meer zouden zijn. In het addendum wordt toch gekozen voor de term ouderen omdat dit nu nog de geëigende term is in de GGZ.

Samenvatting van de adviezen

In de algemene inleiding van de richtlijn zijn een zestal hoofdvragen geformuleerd, op basis waarvan het huidige addendum ouderen bij de multidisciplinaire richtlijn angst is vormgegeven. In deze samenvatting zullen wij kort de bevindingen en adviezen behorende bij deze vragen weergeven.

(1) Is de prevalentie van angststoornissen bij ouderen anders dan bij jongere volwassenen?

Angststoornissen lijken onder ouderen iets minder vaak voor te komen dan onder jongere volwassenen, maar het verschil is veel kleiner dan lange tijd werd aangenomen (respectievelijk 10% en 12,4%). Angststoornissen blijken op latere leeftijd veel vaker voor te komen dan depressie (1,7%), dysthymie (3-5%) en onder jongere ouderen zelfs dementie (0,7-1,6%). Ondanks het feit dat angststoornissen onder beide leeftijdsgroepen bijna even vaak voorkomen, worden met betrekking tot de prevalenties van sommige specifieke angststoornissen wel duidelijke verschillen gevonden. Zo zou de gegeneraliseerde angststoornis onder ouderen de meest voorkomende angststoornis zijn, terwijl bij jongere volwassenen de specifieke fobie het meest voorkomt. Sociale fobie lijkt bij ouderen veel minder vaak voor te komen dan bij jongere volwassenen. Gezien de verwarring omtrent het toepassen van DSM-IV criteria bij ouderen kan nu nog niet met zekerheid gezegd worden dat toekomstig onderzoek, waarin rekening wordt gehouden met een afwijkende presentatie van sommige angststoornissen bij ouderen, niet tot andere prevalentie-cijfers zou leiden.

(2) Zijn er verschillen in de classificatie of fenomenologie (specifieke inhoud/kleuring) van angststoornissen bij ouderen t.o.v. jongere volwassenen?

Er is weinig degelijk onderzoek gedaan naar een eventueel afwijkende algemene presentatie van angst bij ouderen. Toch lijkt er op basis van klinische ervaring en overzichtsartikelen overeenstemming te bestaan over het feit dat de klachtenpresentatie bij de huidige generatie ouderen vaak anders is dan bij jongere volwassenen. Lang bestaande angststoornissen lijken over het algemeen dezelfde kenmerken te hebben bij ouderen als bij jongere volwassenen. Er zijn echter ook angsten die vaak op latere leeftijd voor het eerst hun intrede doen, zoals de specifieke sociale fobie gericht op de angst voor dement te worden aangezien, of agorafobie naar aanleiding van een val op straat.

Met betrekking tot een eventueel afwijkende classificatie van angststoornissen bij ouderen kan gezegd worden dat sommige angsten die op latere leeftijd veel voorkomen, zoals de valfobie, lastig in te delen zijn in de huidige DSM-IV categorieën. Anderzijds is er ook vaak een gebrek aan kennis in het veld rond de indeling van angstklachten bij ouderen in de DSM-IV; zo wordt vaak onterecht gedacht dat angstklachten die geluxeed worden door een somatische aandoening niet als angststoornis gediagnosticeerd zouden mogen worden, terwijl in feite alleen angststoornissen die een rechtstreeks gevolg zijn van een somatische aandoening, niet mogen worden onder gebracht bij de 'reguliere' angststoornissen.

(3) In hoeverre verloopt het diagnostisch proces van angststoornissen bij ouderen anders dan bij volwassenen?

Voor het stellen van de diagnose, of dit nu met een gestructureerd interview of in een traditioneel klinisch interview gebeurt, geldt in ieder geval dat angsten die gerelateerd zijn aan het ouder worden, zoals de vergeetfobie en de agorafobie uit angst om te vallen, goed uitgevraagd dienen te worden. Deze angsten worden niet uitgevraagd in traditionele interviews voor As I diagnostiek. Bovendien dient bij ouderen extra aandacht gegeven te worden aan het feit dat een somatische klachten presentatie of terughoudendheid bij het uiten van psychische problemen, de aanwezigheid van een angststoornis kunnen verhullen. Ook lijkt het raadzaam de terminologie bij ouderen aan te passen, bijvoorbeeld nervositeit in plaats van angst. Anderzijds komen de signalen voor een mogelijke angststoornis bij ouderen in grote mate overeen met de genoemde signalen uit de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen. Deze signalen dienen in dezelfde mate in acht te worden genomen bij ouderen.

(4) Welke differentiaal diagnostische overwegingen moet men bij angststoornissen bij ouderen maken?

Er zijn geen duidelijke aanwijzingen uit onderzoek dat er bij ouderen andere differentiaal-diagnostische overwegingen in acht dienen te worden genomen dan bij jongere volwassenen. We beperken ons hier dan ook tot aanbevelingen die gebaseerd zijn op de klinische praktijk.

Het is bij ouderen raadzaam meer aandacht te besteden aan het uitsluiten van somatische aandoeningen en medicijn bijwerkingen en interacties die een angststoornis kunnen veroorzaken, zoals hyperthyreoïdie of een delier. Angstklachten bij een ouder iemand worden vaak ten onrechte gezien als (ondergeschikte) symptomen van een depressie, terwijl er in dit soort gevallen bij nauwkeurige diagnostiek sprake blijkt te zijn van een co-morbide angststoornis. Bovendien lijkt GAS de meest voorkomende angststoornis onder ouderen te zijn, en juist bij deze stoornis is het onderscheid met depressie ingewikkeld, omdat er sprake is van overlappende symptomen.

Ten tweede wordt er in de praktijk bij ouderen met angstklachten soms gevreesd voor een vermoedelijke

dementie. Naar de mening van de werkgroepleden hoeven evenwel niet alle angstklachten op latere leeftijd aanleiding te geven tot deze overweging. Bij angstklachten die pas op latere leeftijd beginnen of die op latere leeftijd sterk in hevigheid toenemen, vooral als er geen sprake is van een duidelijke trigger in de omgeving, is het zeker raadzaam nader onderzoek te verrichten om eventuele tekenen van een cognitieve stoornis aan het licht te brengen. Ook bij ouderen die zich angstig uiten over de mogelijkheid dat zij eventueel dement zouden kunnen worden, zoals bij de vergeetfobie, is dezelfde strategie te adviseren. Als de angstklachten al lange tijd bestaan, en een eventuele verergering duidelijk gerelateerd is aan bijvoorbeeld het wegvallen van een belangrijk iemand, de persoon in kwestie tot de jongere ouderen behoort en de anamnese geen enkele aanleiding geeft voor het vermoeden van cognitieve problemen, is een uitgebreid onderzoek op dit gebied echter niet geïndiceerd.

(5) Welke meetinstrumenten kunnen bij ouderen zinvol zijn?

Voor het screenen op een mogelijke angststoornis lijkt op dit moment de HADS-A het meest geschikte instrument. Er zijn maar weinig instrumenten specifiek ontwikkeld voor ouderen, en deze zijn over het algemeen niet in eerste instantie bedoeld voor het stellen van een diagnose, maar voor het vaststellen van de ernst van specifieke angstklachten of van symptomen die vaak met angst gepaard gaan (zoals piekeren). Wel kunnen instrumenten zoals de GAI aanwijzingen geven voor een mogelijke specifieke angststoornis (in dit geval de gegeneraliseerde angststoornis). Of er inderdaad sprake is van een angststoornis volgens de DSM-IV, wordt evenals bij jongere leeftijdsgroepen, bij voorkeur vast gesteld met een (semi-)gestructureerd interview, zoals de SCID-I en de ADIS-I. Er is helaas nog geen aangepaste versie voor ouderen beschikbaar.

(6) Is de behandeling bij ouderen anders dan bij volwassenen?

Wat betreft cognitieve gedragstherapie zijn er mogelijk aanpassingen nodig om de behandeling beter te laten aansluiten bij een oudere populatie. Aanpassingen die in de klinische praktijk en in onderzoek veelvuldig naar voren gebracht worden zijn;

1. Meer aandacht voor psycho-educatie en uitleg over de rationale van de behandeling.
2. Meer aandacht voor motivatie verhogende technieken.
3. Het gebruik van leer- en geheugen steuntjes.
4. Meer zittingen dan gebruikelijk bij bestaande CGT protocollen voor jongere volwassenen.
5. Wekelijks telefonisch contact met de therapeut tussen de zittingen waarin geïnformeerd wordt naar het huiswerk.
6. Indien nodig behandeling thuis of in de huisartspraktijk door een eerstelijnspsycholoog in plaats van in een gespecialiseerde GGZ-instelling.
7. Het gebruik van minder beladen termen; spanning ipv angst, cursus ipv psychotherapie.
8. Het inschakelen van de partner of andere belangrijke personen in de omgeving.
9. Het eventueel aanbieden van extra hulpmiddelen bij de exposure-oefeningen.

Wat betreft farmacologische interventies pleiten de toenemende onderzoeksgegevens op het gebied van psychotrope medicatie voor angststoornissen (en depressie) bij ouderen enerzijds voor speciale interventies voor het afbouwen van benzodiazepinen en anderzijds voor een minder grote terughoudendheid bij het voorschrijven van moderne antidepressiva, met name bij ouderen met een ernstige angststoornis en/of comorbide depressie of bij ouderen die een psychotherapeutische interventie weigeren. Belangrijke kanttekening hierbij is dat SSRI-gebruik bij ouderen geassocieerd is met een verhoogd risico op vallen, fracturen en cognitieve stoornissen. Daarnaast wordt algemeen erkend dat het raadzaam is om bij ouderen een lagere begin dosering te hanteren en de dosering langzamer op te bouwen. Anderzijds moet wel gestreefd worden naar een einddosering waarvan optimale therapeutische werkzaamheid verwacht mag worden. Om de drempel te verlagen zou er meer aandacht kunnen worden besteed aan geruststelling en uitleg en de behandeling zou eventueel door de huisarts kunnen worden overgenomen na een eenmalig consult door een (ouderen)psychiater.

Prevalentie, fenomenologie en diagnostiek

Tot voor kort werd het belang van angststoornissen op latere leeftijd veronachtzaamd, zowel in de klinische praktijk als in de wetenschap. Deze veronachtzaming wordt nog steeds vaak als gerechtvaardigd beschouwd op basis van het feit dat ouderen met angststoornissen zelden aangemeld worden voor een behandeling in de geestelijke gezondheidszorg. In een recente Nederlandse bevolkingsstudie (LASA; de Longitudinal Aging Study Amsterdam) werd aangetoond dat slechts een heel klein percentage van de ouderen (55 jaar en ouder) met een angststoornis hulp krijgt bij een GGZ-instelling (3.8%) of een psychiater (2.5%) (²¹). In dit licht bezien is het begrijpelijk dat klinici en onderzoekers nog vaak denken dat angststoornissen niet meer zo veel voorkomen op latere leeftijd. Er zijn meer gangbare noties over angst op latere leeftijd, zoals het idee dat depressie veel meer voorkomt bij ouderen dan angst, de overtuiging dat 'pure' angststoornissen op latere leeftijd bijna niet meer voorkomen en dat angst bijna altijd een secundair bijverschijnsel is van een depressie of een voorloper van dementie. In het volgende gedeelte wordt een uiteenzetting gegeven waaruit blijkt dat al deze assumpties weerlegd worden door recent epidemiologisch onderzoek. Vervolgens wordt in gegaan op de signalering en algemene presentatie van angststoornissen op latere leeftijd, waarna wordt in gegaan op de prevalentie en fenomenologie van specifieke angststoornissen bij ouderen. In het laatste gedeelte van deze sectie worden de beschikbare screeningsinstrumenten voor angst bij ouderen besproken en differentiaal-diagnostische overwegingen uiteen gezet.

Prevalentie en comorbiditeit van angst

De prevalentie van angststoornissen bij ouderen wordt in recent epidemiologisch onderzoek geschat op ongeveer 10% (^{19 56}), hetgeen iets lager is dan de geschatte prevalentie van angststoornissen bij volwassenen van gemengde leeftijd (12.4% onder 18 - 65 jarigen; ²³). Angststoornissen blijken op latere leeftijd veel vaker voor te komen dan depressie (1.7%) en dysthymie (3-5%) (¹⁷) en zelfs dementie. De prevalentie van dementie onder vijfenvijftig plussers wordt op basis van een grootschalig bevolkingsonderzoek in Nederland (het ERGO-onderzoek; ⁸⁴) geschat op 1,6% voor vrouwen en 0,7% voor mannen. Bij de oudere ouderen vindt een kentering plaats in dit beeld. Onder mensen van 80 jaar en ouder overstijgt de prevalentie van dementie de prevalentie van angststoornissen. Voor vrouwen tussen de 80-85 jaar ligt de geschatte prevalentie van dementie op 19,2% en voor mannen tussen de 80-85 jaar op 13,7%. Er wordt in de literatuur ook wel eens genoemd dat de prevalentie van angststoornissen boven het 75^e levensjaar zou afnemen, maar hiervoor is vooralsnog geen duidelijk wetenschappelijk bewijs gevonden. In de LASA studie is geen lineair verband tussen angststoornissen en leeftijd gevonden. De prevalentie van angststoornissen onder 75-85 jarigen wordt in deze studie geschat op 10.2% (¹⁹).

Vaak wordt evenwel gedacht dat angst op latere leeftijd ofwel voorkomt als comorbide stoornis van een depressie of als symptoom van een gemengde angststoornis en depressieve stoornis, waarbij wel significante angstsymptomen en depressieve symptomen voorkomen zonder dat er echter aan de criteria van een depressie of een angststoornis voldaan wordt. In feite is echter gebleken dat verreweg de meeste ouderen met een angststoornis (74%) niet lijden aan een depressie (¹⁸). Bovendien is gebleken dat zogenaamde mengbeelden veel minder vaak voorkomen dan pure depressieve stoornissen (of wel 'major depression') en angststoornissen (¹⁵⁶).

Overigens is bij recent onderzoek onder verpleeghuisbewoners in Nederland een ander beeld naar voren gekomen (¹⁶⁹). In deze studie werd voor pure depressie (zonder comorbide angststoornis) een prevalentie van 17,1% gevonden, pure angststoornissen zonder comorbide depressie kwamen bij 4,8% van de verpleeghuisbewoners voor en bij 5,1% van de verpleeghuisbewoners was er sprake van een comorbide angststoornis en depressie. Verklaringen voor deze verhoogde prevalentie van depressie en mengbeelden worden niet alleen gezocht in problemen bij het aanpassen aan de nieuwe woonomgeving, maar ook in verlieservaringen (verlies van dierbaren, van lichamelijke functies, van onafhankelijkheid e.d.) die bij deze groep plaats gevonden hebben. Mogelijk gelden deze afwijkende prevalentie cijfers niet alleen voor ouderen in een verpleeghuis, maar voor lichamelijk kwetsbare ouderen in het algemeen. Er is echter geen onderzoek gedaan naar de prevalentie van angststoornissen onder lichamelijk kwetsbare ouderen die nog thuis wonen, dus hier kan momenteel geen uitsluitsel over gegeven worden.

Alhoewel dementie vaak samen gaat met verschijnselen van angst en agitatie, werd in een rapport over de comorbiditeit van angststoornissen onder ouderen in Nederland geen significant verband gevonden tussen de aanwezigheid van een angststoornis en de aanwezigheid van cognitieve beperkingen (¹³). In een recente studie naar de associatie tussen dementie en angst (²¹⁰) wordt vermeld dat symptomen van gegeneraliseerde angst juist minder vaak voorkomen bij ouderen met dementie. Het is overigens nog zeer de vraag of een angststoornis volgens de criteria van de DSM-IV überhaupt nog gesteld kan worden bij mensen die het beginstadium van een dementieel proces gepasseerd zijn. Met andere woorden; de angstverschijnselen die

gepaard gaan of vooraf gaan aan een dementieel proces zijn waarschijnlijk van een geheel andere aard dan de angststoornissen die in de DSM-IV onderscheiden worden. Dit neemt natuurlijk niet weg dat het van belang is om nauwkeurig vast te stellen of angstverschijnselen bij een ouder iemand mogelijk een aankondiging kunnen zijn voor een dementieel proces. Hierbij is het raadzaam om goed naar de etiologie van de angstsymptomen te kijken. Bij een vroeg begin van de angststoornis (voor het 55^e levensjaar) en een lange klachtenduur, hetgeen in de meerderheid van de gevallen geldt ⁽⁵⁶⁾, is het erg onwaarschijnlijk dat er enig verband is met een dementie die pas op veel latere leeftijd intreedt.

Conclusie

Angststoornissen vormen waarschijnlijk de meest voorkomende psychische stoornissen op latere leeftijd, brengen veel lijdensdruk met zich mee, zijn meestal niet secundair aan een depressie en zijn in de meeste gevallen geen teken van een dementieel proces. Bij verpleeghuisbewoners en wellicht ook bij andere kwetsbare ouderen met veel comorbide lichamelijke problematiek, is er in de helft van de gevallen wel sprake van een comorbide depressie. Angststoornissen lijken onder ouderen iets minder vaak voor te komen dan onder jongere volwassenen, maar het verschil is veel kleiner dan lange tijd werd aangenomen.

Signalering en presentatie van angst

Gezien de prevalentie van angststoornissen op latere leeftijd, is het raadselachtig dat ouderen die verwezen worden naar de GGZ zelden een angststoornis als diagnose krijgen. Er zijn verschillende factoren die waarschijnlijk bijdragen aan het feit dat angststoornissen bij ouderen niet gemakkelijk herkend worden. Onderstaande bespreking is met name gebaseerd op klinische ervaringen van leden van de werkgroep en op overzichtsartikelen die zich eveneens deels baseren op klinische ervaringen.

Ten eerste lijken veel ouderen minder bekend te zijn met psychologische terminologie en worden angst symptomen vaak beschreven in termen van een lichamelijke ziekte, bijvoorbeeld "ik voel me zo beroerd" ⁽⁶⁷⁾. Ouderen met angst worden vooral gezien in de eerste lijn. Huisartsen zijn geneigd om hoge prioriteit te geven aan lichamelijke klachten bij een ouder iemand, hetgeen natuurlijk gerechtvaardigd is omdat ouderen een aanmerkelijk groter risico hebben op een lichamelijke aandoening ⁽⁷⁵⁾. Het plotselinge ontstaan van een angststoornis of de verergering van bestaande angstklachten bij een ouder iemand zonder duidelijke aanleiding is vanzelfsprekend een goede reden om gedegen onderzoek te verrichten om een mogelijke somatische oorzaak uit te sluiten. De overwegingen op dit punt wijken in grote lijnen niet af van de overwegingen bij jongere volwassenen. Helaas wordt echter na het uitsluiten van een somatische oorzaak van de klachten bij een ouder iemand, vaak niet meer overwogen of de symptomen wijzen op een angststoornis. Ten tweede lijkt de huidige generatie ouderen meer terughoudend in het delen van persoonlijke problemen met andere mensen (dit geldt met name voor de 'oudere ouderen'; 75 jaar en ouder). Veel ouderen geven aan thuis geleerd te hebben hun eigen problemen op te lossen en anderen niet lastig te vallen met privé aangelegenheden ("je gaat je vuile was niet buiten hangen") ⁽¹⁹³⁾. Klinische ervaring geeft de indruk dat ouderen meer geneigd zijn om angstklachten, zeker als deze al sinds de vroege volwassenheid bestaan, te duiden als passend bij hun persoonlijkheid. Ouderen worstelen vaak al tientallen jaren met hun angstklachten ⁽¹⁵⁸⁾ en zijn daarvoor nooit (adequaat) behandeld. Het ligt daarom niet voor de hand om nu ineens hulp voor deze klachten te gaan zoeken. Vooral omdat de huidige generatie ouderen over het algemeen niet zo goed op de hoogte is van de mogelijkheden op dit gebied.

Ten derde kunnen ouderen wellicht makkelijker bepaalde activiteiten vermijden, omdat ze minder verplichtingen hebben en het maatschappelijk geaccepteerd is dat ouderen sommige dingen niet meer doen ⁽¹⁹²⁾. De sociale omgeving van een ouder iemand (bijv. kinderen, burens) is waarschijnlijk meer geneigd om de betreffende oudere te ontzien en hem/haar taken uit handen te nemen dan in het geval van een jongere volwassene met soortgelijke problemen. Deze hulpvaardigheid, hoe goed bedoeld ook, kan bijdragen aan het ontstaan en het in stand houden van vermijdingsgedrag en het maskeren van angstklachten.

Een andere problematische factor die hiermee samenhangt ligt niet zozeer bij de oudere zelf, of bij de directe omgeving, maar bij de geestelijke gezondheidszorg.

Leeftijdscriminatie (ofwel 'ageism') ⁽¹⁰⁹⁾ speelt waarschijnlijk een grote rol in het feit dat angst en vermijdingsgedrag op latere leeftijd ook door hulpverleners vaak geïnterpreteerd wordt als 'normaal' of reëel ⁽⁶⁵⁾ en daarom vervolgens als onbehandelbaar wordt bestempeld. Als de mobiliteit van een oudere aangetast wordt door artrose of andere leeftijdsgerelateerde kwalen, of wanneer een ouder iemand struikelt en valt op straat, wordt het vaak als een adequate reactie beschouwd dat zo iemand het huis niet meer uit durft, of niet meer met de trein, bus of tram durft te reizen. Op een soortgelijke wijze kunnen onze eigen angsten voor wat er met ons zou kunnen gebeuren als we oud worden ons ervan weerhouden om de voortdurende en invaliderende bezorgdheid van een ouder iemand over de mogelijkheid ernstig ziek of dement te worden te duiden als een symptoom van een angststoornis.

Tot slot zijn er waarschijnlijk fenomenologische verschillen tussen angst bij oudere en jongere volwassenen:

ouderen zijn vaak bang voor andere situaties of stimuli dan jongere volwassenen of er wordt een andere reden gegeven voor de angst. Doordat diagnostische instrumenten en het DSM-classificatiesysteem niet zijn toegesneden op angsten die samenhangen met gebeurtenissen en ervaringen die vaak in het latere leven plaats vinden, kunnen deze over het hoofd worden gezien.

In het volgende gedeelte wordt een overzicht gegeven van de prevalentie van de verschillende angststoornissen bij ouderen en wordt ook beschreven hoe de specifieke inhoud/kleuring van deze angststoornissen op latere leeftijd er uit kan zien. Allereerst geven we hieronder echter een overzicht van de signalen die op latere leeftijd aanleiding geven voor het vermoeden van een angststoornis. Deze signalen komen voor een groot deel overeen met de signalen die in de richtlijn angststoornissen voor volwassenen worden besproken (2003, p. 28-29), maar op basis van het voorgaande zijn er ook enkele belangrijke wijzigingen en toevoegingen gemaakt. Wij achten het raadzaam om de signalen uit de richtlijn angststoornissen hier te herhalen, omdat deze in de klinische praktijk bij de diagnostiek van ouderen niet altijd op dezelfde wijze in acht lijken te worden genomen.

Men dient bij de volgende signalen aan een mogelijke angststoornis te denken:

- frequent bezoek van huisarts of specialist voor wisselende en onderling niet samenhangende lichamelijke klachten;
- aanhoudende specifieke 'stress'-klachten zoals gespannenheid, prikkelbaarheid, labiliteit, concentratieproblemen, lusteloosheid of slaapproblemen;
- 'hyperventilatie'-klachten;
- aanhoudende functionele lichamelijke klachten waarbij de patiënt niet of slechts kortdurend gerustgesteld kan worden; vooral onbegrepen duizeligheid en hartkloppingen moeten aan een angststoornis doen denken;
- verzoek om slaapmiddelen of kalmerende middelen;
- alcohol- of drugsproblemen;
- depressie;
- een traumatische gebeurtenis in de voorgeschiedenis;
- opvallende beperkingen in het functioneren door verminderde of inadequate deelname aan sociale of beroepsmatige activiteiten of door vermijdingsgedrag. Bij ouderen is hierbij van belang aandacht te besteden aan (somaatich niet voldoende verklaarbare) afname van mobiliteit; dit kan wijzen op een valfobie (zie 'specifieke fobie').

Bij deze signalen, kan meer zekerheid worden verkregen door te vragen naar buitensporige angst. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de volgende vragen:

- voelt u zich erg gespannen of nerveus; heeft u onbestemde angstgevoelens; maakt u zich veel zorgen? N.B. Bij ouderen is het raadzaam om in plaats van angst termen als spanning/nervositeit/zenuwen en bezorgdheid te gebruiken, omdat veel ouderen die wel voldoen aan een angststoornis 'angst' een te sterke benaming vinden en zich niet herkennen in deze term.
- belemmeren deze gevoelens u in het dagelijks functioneren thuis, op het werk of in uw vrije tijd?

In de richtlijn angststoornissen wordt hier ook gevraagd naar het realiteitsgehalte van de angst. Omdat de beoordeling hiervan echter gemakkelijk aanleiding kan geven tot leeftijdsdiscriminatie en het onterecht niet behandelbaar verklaren van invaliderende angstklachten, lijkt het zinvol om dit criterium bij het beoordelen van angst bij ouderen niet op de voorgrond te zetten.

Bij verdenking op een angststoornis, kan worden doorgevraagd naar de volgende aspecten:

- de duur en het beloop van de klachten (continu of aanvallen);
- de duur en frequentie van eventuele aanvallen;
- de ernst van de klachten, de mate van subjectief lijden;
- begeleidende symptomen: hartkloppingen, transpireren, duizeligheid, trillen, benauwdheid, pijnklachten, maagklachten, tintelingen, dove gevoelens, warmte- of koude-sensaties, derealisatie- of depersonalisatie-gevoelens, rusteloosheid, snel vermoeid zijn, concentratieproblemen, prikkelbaarheid, slaapproblemen;
- het focus van de angst: controleverlies, krankzinnig worden, een hartaanval krijgen, flauw vallen of doodgaan (paniekstoornis), hulpeloosheid of ietsel in geval van onwel worden en/of vallen (agorafobie), specifieke objecten of situaties (specifieke fobie), negatieve beoordeling door anderen (sociale fobie), alle mogelijke narigheid die het leven kan vergezellen (gegeneraliseerde

angststoornis), herbelevingen van een traumatische gebeurtenis (PTSS) een ernstige lichamelijke ziekte (hypochondrie) of dwanggedachten of -handelingen (obsessief-compulsieve stoornis);

- de invloed van de klachten op het sociale functioneren, zoals het vermijden van bepaalde situaties of activiteiten.

Prevalentie en fenomenologie van specifieke angststoornissen

Bij de diagnose van specifieke angststoornissen op latere leeftijd is het zinvol om onderscheid te maken tussen een vroeg en een laat begin van de stoornis. (57 165). Bij een vroeg begin ('early onset') van de klachten (voor de leeftijd van 55 jaar), stemt de klinische presentatie tussen oudere en jongere volwassenen mogelijk voor een groot deel overeen. Bij een laat begin ('late onset') is het aannemelijk dat er over het algemeen meer leeftijdsgerelateerde kenmerken naar voren komen. Een laat begin van de angstklachten is waarschijnlijk minder zeldzaam dan tot nu toe gedacht werd, al beginnen de meeste angststoornissen op jongere leeftijd. In dertig tot veertig procent van de gevallen zouden de klachten pas na het 55^e levensjaar beginnen. (105 56). Hieronder volgt een overzicht van de prevalentie en de fenomenologie van specifieke angststoornissen op latere leeftijd. Bij de indeling van de categorieën is een aantal keuzes gemaakt die nadere uitleg behoeven. Zo wordt in de klinische praktijk vaak naar voren gebracht dat angstklachten die ontstaan naar aanleiding van een lichamelijke aandoening, hetgeen bij ouderen veel voorkomt, niet onder de DSM-IV criteria voor een angststoornis zouden vallen. Daarbij zou dan de diagnose angststoornis door een somatische aandoening gesteld moeten worden, of een aanpassingsstoornis, of een angststoornis NAO. Dit zou bijvoorbeeld het geval zijn bij paniekaanvallen na een hartinfarct. Deze gedachtegang is deels gebaseerd op misverstanden rond de DSM-IV. Van een angststoornis door een somatische aandoening is namelijk alleen sprake als deze 'de directe fysiologische consequentie is van een somatische aandoening' (5). Dit is bijvoorbeeld het geval als paniekaanvallen ontstaan als direct gevolg van een schildklieraandoening (hyperthyreoïdie). Als de aandoening adequaat behandeld wordt is de verwachting dat de angstklachten vanzelf opklaren. Als dit niet het geval is, wordt alsnog voldaan aan de criteria van een paniekstoornis. Bij het ontstaan van paniekaanvallen als reactie op een hartaanval vloeit de angst voort uit psychologische factoren die een reactie zijn op een somatische aandoening. Men kan ook aandragen dat er in dit geval geen sprake is van een angststoornis, maar van een aanpassingsstoornis met angst. Een aanpassingsstoornis mag echter alleen worden gediagnosticeerd als de stoornis niet voldoet 'aan de criteria voor een andere specifieke as I stoornis' (5). Een laatste argument kan zijn dat paniekaanvallen onverwacht dienen te zijn, en dit zou niet het geval zijn bij paniekaanvallen die ontstaan na een hartinfarct. Het gaat er bij de definitie van 'onverwacht' echter om dat er *op het moment van de aanval* geen duidelijke trigger in de omgeving was om ineens zo angstig te worden. Dat betekent niet dat er geen enkele achterliggende oorzaak of aanleiding mag zijn voor het ontstaan van de paniekstoornis volgens de DSM-IV. Als dit wel het geval zou zijn dan zou dit betekenen dat paniekaanvallen bij een jongere volwassene na het verbreken van een relatie of het verliezen van een baan ook niet als kenmerken van een paniekstoornis gezien mogen worden.

Wel wordt in de DSM-IV expliciet genoemd dat 'significante sociaal-fobische verschijnselen die verband houden met de sociale gevolgen van het hebben van een somatische aandoening of psychische stoornis (bijvoorbeeld ziekte van Parkinson)' (5) niet vallen onder de criteria voor een sociale fobie, maar gediagnosticeerd dienen te worden als angststoornis NAO. In het huidige addendum wordt afgeweken van deze indeling, omdat er met de diagnose angststoornis NAO ons inziens abusievelijk de indruk kan worden gewekt dat het gaat om vage en niet nader specificerbare angstklachten. De behandeling hoeft bovendien in onze optiek in grote lijnen niet af te wijken van de reguliere behandeling van sociale fobie waarbij somatische aandoeningen geen rol spelen. Belangrijk is wel dat de behandelaar goed op de hoogte dient te zijn van de symptomen van de betreffende somatische aandoening.

Conclusie

Er is weinig degelijk onderzoek naar een eventueel afwijkende algemene presentatie van angst bij ouderen gedaan. Toch lijkt er op basis van klinische ervaring en overzichtsartikelen overeenstemming te bestaan over het feit dat de klachtenpresentatie bij de huidige generatie ouderen vaak anders is dan bij jongere volwassenen. Met betrekking tot een eventueel afwijkende classificatie van angststoornissen bij ouderen kan gezegd worden dat sommige angsten die op latere leeftijd veel voorkomen, zoals de valfobie, lastig in te delen zijn in de huidige DSM-IV categorieën. Anderzijds is er ook vaak een gebrek aan kennis in het veld rond de indeling van angstklachten bij ouderen in de DSM-IV; zo wordt vaak onterecht gedacht dat angstklachten die geluxeed worden door een somatische aandoening niet als angststoornis gediagnosticeerd zouden mogen worden, terwijl in feite alleen angststoornissen die een rechtstreeks gevolg

zijn van een somatische aandoening, niet mogen worden onder gebracht bij de 'reguliere' angststoornissen.

Gegeneraliseerde angststoornis

De gegeneraliseerde angststoornis (GAS) wordt gekenmerkt door een onbeheersbare bezorgdheid over allerlei kleine, dagelijkse gebeurtenissen. Deze overmatige zorgen staan niet in verhouding tot de feitelijke bron van de zorgen en komen op de meeste dagen in een periode van zes maanden voor. Daarnaast heeft de patiënt last van klachten als rusteloosheid, snelle vermoeidheid, spierspanningsklachten, slaapproblemen, concentratie- of geheugenproblemen, et cetera ⁽⁵⁾.

Prevalentie cijfers voor de gegeneraliseerde angststoornis lopen sterk uiteen van 1% in Amerikaans bevolkingsonderzoek ⁽⁷²⁾ tot 7.3% in de Nederlandse LASA studie ⁽¹⁹⁾. Een Britse studie waarin data van grote bevolkingsstudies werden samen gevat spreekt van een vermoedelijke prevalentie van 4% ⁽¹⁰¹⁾. Hier is niet direct een logische verklaring voor te vinden. Mogelijk wordt GAS bij ouderen in sommige studies onderschat door de moeilijke herkenning van angststoornissen bij ouderen. Bovendien passen sommige studies hiërarchische regels toe, iemand kan dan niet voldoen aan een gegeneraliseerde angststoornis als er een comorbide depressie is. Gezien het feit dat de comorbiditeit van GAS met depressie hoog is, neemt de geschatte prevalentie hierdoor behoorlijk af. Anderzijds kan beargumenteerd worden dat de prevalentie van 7.3% uit de LASA studie een overschatting betreft, voortkomend uit het feit dat gewone ouderdomsverschijnselen gemakkelijk verward kunnen worden met de secundaire symptomen van deze stoornis (bijv. slaapproblemen, concentratieproblemen). Bovendien werden angststoornissen in de LASA studie nog ingedeeld volgens DSM-III criteria. Met betrekking tot GAS heeft dit mogelijk vergaande consequenties voor de prevalentie cijfers, omdat in de DSM-IV voor het vaststellen van een GAS een minimale klachtenduur van 6 maanden tot de criteria behoort, terwijl de DSM-III een klachtenduur van minimaal 1 maand in acht neemt. In publicaties over angst bij ouderen wordt echter eensgezind naar voren gebracht dat GAS waarschijnlijk de meest voorkomende angststoornis onder ouderen is. In een grootschalig bevolkingsonderzoek onder de algemene bevolking tot 65 jaar in Nederland, werd voor de gegeneraliseerde angststoornis een 1-jaars prevalentie van 1,2% gevonden ⁽²³⁾. In dit onderzoek werden overigens ook DSM-III criteria gehanteerd.

Fenomenologie van GAS bij ouderen

Onderstaande bespreking is met name gebaseerd op klinische ervaringen van leden van de stuurgroep en op overzichtsartikelen die zich eveneens deels baseren op klinische ervaringen.

De inhoud van de bezorgdheid blijft deels gelijk in vergelijking met jongere volwassenen, maar lijkt ook deels te verschuiven met de leeftijd. Ouderen lijken zich meer zorgen te gaan maken over de gezondheid, terwijl jongere volwassenen zich meer zorgen maken over hun gezin en de financiën ⁽⁴⁷⁾. Verder neemt de angst voor criminaliteit toe met de leeftijd, ook al is gebleken dat ouderen minder vaak slachtoffer van een misdrijf zijn dan jongere volwassenen ⁽⁴²⁾. Een gevoel van verminderde weerbaarheid speelt hierbij waarschijnlijk een essentiële rol ⁽⁶⁷⁾.

In een Amerikaans onderzoek onder ouderen met een gegeneraliseerde angststoornis die deelnamen aan een behandelstudie had ongeveer de helft van de patiënten een vroeg begin van de stoornis (voor het 50^{ste} jaar), de andere helft had een laat begin (na het 50^{ste} jaar) ⁽¹⁰⁵⁾. Het ging hier echter om een kleine steekproef die bestond uit mensen die op dat moment hulp zochten voor hun klachten. Waarschijnlijk wordt deze verdeling niet in de algemene bevolking terug gevonden. In ditzelfde onderzoek werd gevonden dat er bij een vroeg begin van een gegeneraliseerde angststoornis meer sprake zou zijn van comorbide psychiatrie en een grotere mate van pathologische bezorgdheid, dan bij een laat begin van de stoornis.

Bij een laat begin van de stoornis is er waarschijnlijk sprake van een reactie op een ingrijpende levensgebeurtenis, zoals het krijgen van een lichamelijke ziekte of het verlies van een dierbare terwijl er bij een vroeg begin meer overlap is met het concept 'trait anxiety'.

Paniekstoornis met en zonder agorafobie

Een paniekstoornis wordt gekenmerkt door het herhaaldelijk optreden van onverwachte paniekaanvallen en een langere periode van angst, onrust of ongemak ten gevolge hiervan. Een paniekaanval is een korte periode (minuten) van hevige angst of onbehagen. Deze gaat gepaard met een verscheidenheid aan symptomen, zoals hartkloppingen, transpireren of een gevoel van ademnood. Deze aanvallen worden als catastrofaal beleefd. De patiënt vreest bijvoorbeeld dat hij of zij een hartaanval krijgt, gek wordt of de controle verliest en zich ten overstaan van anderen belachelijk maakt. Vaak ook is er de angst dat ontsnappen uit de ruimte waarin de patiënt zich bevindt, niet mogelijk is op het moment dat de patiënt zich weer 'raar' voelt

worden. Een paniekstoornis gaat daarom vaak gepaard met vermijdingsgedrag, agorafobie genoemd. Naast karakteristieke situaties die vermeden worden, zoals zich te midden van een mensenmassa bevinden, winkels, openbare ruimtes, openbaar vervoer, autorijden, bruggen en tunnels, zijn er ook minder in het oog springende situaties en activiteiten die vermeden worden, zoals lichamelijke inspanning (sport, opwinding, trap lopen), alleen zijn, scherp voedsel of koffie. Ook meer subtiel vermijdingsgedrag komt voor, als het in de buurt van een gangpad gaan zitten of de deuren naar buiten in de gaten houden. Hoewel volgens de DSM-IV (5) een diagnose paniekstoornis zonder agorafobie gesteld kan worden, blijkt in de praktijk bijna altijd enige vorm van vermijding aanwezig te zijn. De lifetime prevalentie van de paniekstoornis ligt bij volwassenen tot 65 jaar tussen 1,5% en 3,5%. De diagnose paniekstoornis zonder agorafobie wordt ongeveer twee keer zo vaak bij vrouwen gesteld als bij mannen, de diagnose paniekstoornis met agorafobie zelfs drie tot vier keer zo vaak. Hoewel aanvankelijk verondersteld werd dat de prevalentie van paniekstoornis bij ouderen beduidend lager zou zijn dan bij volwassenen tot 65 jaar (26 56) blijkt uit recentere epidemiologische studies dat deze prevalentie ongeveer gelijk is en varieert van 1.0 tot 2.0% (19 98).

Fenomenologie van PS bij ouderen

Er zijn aanwijzingen dat ouderen geneigd zijn de lichamelijke sensaties die samen gaan met een paniekaanval onjuist te interpreteren en te beschouwen als passende bij een lichamelijke aandoening. Ouderen zijn bijvoorbeeld eerder geneigd om de symptomen van een paniekaanval toe te schrijven aan lichamelijke kwalen zoals long- of hartaandoeningen (109 99 167). De lichamelijke klachten waarmee ouderen met angststoornissen zich vaak op het spreekuur van de huisarts kunnen presenteren zijn onder andere duizeligheid, slapheid, abnormale hartslag, urogenitale klachten (loze aandrang, urinewegen infectie), pijnsyndromen en slaapproblemen (116 83). Op grond daarvan en vanwege het feit dat lichamelijke symptomen tot de kernsymptomen horen van vooral GAS en PS melden ouderen met angstklachten zich mogelijk eerder met lichamelijke klachten bij de huisarts (28 195 82 106). Binnen deze context is van belang rekening te houden met het gegeven dat somatische comorbiditeit bij ouderen met een paniekstoornis vaker zal voorkomen dan bij jongere volwassenen met een paniekstoornis. Gebleken is dat de aanwezigheid van een chronische somatische aandoening in 10% van de gevallen gepaard gaat met een comorbide angststoornis en wanneer drie of meer chronische somatische aandoeningen aanwezig zijn, dit zelfs bij 30% het geval is, waarbij vooral gewrichtsaandoeningen opvallend vaak gepaard gaan met de aanwezigheid van een paniekstoornis (13). In de literatuur wordt vermeld dat ouderen vaak een mildere vorm van angstklachten rapporteren dan volwassenen (89). Drie mogelijke factoren worden verondersteld het lagere angstniveau te kunnen verklaren. Als men ouder wordt is er (1) sprake van een afname in de emotionele responsiviteit, (2) een toename in de emotionele controle (ouderen hebben hun emoties meer onder controle omdat ze hierin meer getraind zijn) en (3) bij ouderen is er sprake van psychologische immunisatie voor stressvolle gebeurtenissen (ouderen zijn meer geconfronteerd met stressvolle gebeurtenissen en zijn er beter tegen opgewassen). Echter, deze verklarende factoren zijn nauwelijks systematisch onderzocht en niet gebaseerd op consistente bevindingen. Wel heeft onderzoek aannemelijk gemaakt dat de fysiologische arousal die tijdens paniekaanvallen optreedt bij ouderen af lijkt te nemen. Ouderen rapporteren minder vaak hartkloppingen, pijn op de borstkas, transpireren, tintelingen en trillen of beven (168 161). Deze bevindingen zijn bevestigd in een experimentele studie waarbij paniekaanvallen werden geprovoceerd door toediening van het panicogene cholecystokinine (CCK-4). Gezonde oudere proefpersonen (65 jaar en ouder) rapporteerden minder en minder intense panieksymptomen dan gezonde proefpersonen in de leeftijd van 20-35 jaar. Een mogelijke verklaring zou gelegen zijn in afname van het aantal CCK-4 receptor bindingsplaatsen bij het vorderen van de leeftijd (59). Verder zijn er aanwijzingen dat het rapporteren van angstcognities leeftijdsgebonden is. Binnen de groep volwassenen jonger dan 65 jaar worden na de adolescentie minder angstcognities gerapporteerd (66). Het is bij ouderen onduidelijk in hoeverre deze trend zich door zet. Zowel Raj et al. (147) als Deer en Calamari (45) vonden geen verschil in angstgerelateerde cognities zoals 'angst om gek' te worden of 'controle te verliezen' tussen volwassenen en ouderen met paniekstoornis. Dit in tegenstelling tot de bevindingen van Sheikh et al. (168). In deze studie rapporteerden ouderen met een paniekstoornis significant minder angstcognities met betrekking tot de angst om een paniekaanval te krijgen en de angst voor sociale situaties. Tot slot zijn er mogelijke leeftijdsgebonden verschillen met betrekking tot het vermijden van angstopwekkende situaties. Ouderen bij wie de paniekstoornis op latere leeftijd is ontstaan zouden minder vermijden dan jongere volwassenen met een paniekstoornis (93). De diagnostiek hiervan blijft echter lastig omdat er ook diverse fysieke en psychosociale veranderingen kunnen zijn (zoals moeilijk lopen en alleen zijn) waarom ouderen bepaalde activiteiten en situaties zijn gaan vermijden (88).

Agorafobie zonder paniekstoornis in de voorgeschiedenis

Bovenstaande diagnose wordt in de richtlijn angststoornissen niet apart genoemd. De reden dat we dat hier wel doen, heeft te maken met het feit dat er in onze klinische ervaring bij ouderen vaker dan bij jongere

volwassenen sprake lijkt te zijn van agorafobisch vermijdingsgedrag zonder voorgeschiedenis van paniekaanvallen.

In een recente publicatie wordt de prevalentie van agorafobie (met of zonder paniekstoornis) onder ouderen echter geschat op slechts 0,65% ⁽¹¹⁵⁾. Bij jongere leeftijdsgroepen werd de prevalentie van agorafobie zonder paniek in een recente studie geschat op 0,8% ⁽⁹⁷⁾. Duizeligheidsklachten met en zonder aantoonbare somatische oorzaak (zoals de ziekte van Menière), incontinentie en angst om te vallen worden in de klinische praktijk door ouderen vaak genoemd als redenen om situaties zoals de straat, het openbaar vervoer, drukke gelegenheden en dergelijke te vermijden. Vooral de angst om te vallen met invaliderend vermijdingsgedrag tot gevolg lijkt veel voor te komen onder ouderen. In een recente grootschalige Nederlandse bevolkingsstudie onder ruim 4000 ouderen werd door 54,3% angst voor vallen gerapporteerd en 37,9 % rapporteerde hieraan gerelateerde vermindering van activiteiten ⁽²⁰⁷⁾. Fobische klachten naar aanleiding van de angst om te vallen of naar aanleiding van incontinentie worden echter in de DSM-IV niet expliciet genoemd als mogelijke kenmerken van een agorafobie, hetgeen wellicht het lage prevalentiecijfer uit eerder genoemde studie ⁽¹¹⁵⁾ verklaart. De vraag of dergelijke klachten voldoen aan de DSM-IV criteria voor agorafobie zonder paniekstoornis in de voorgeschiedenis is nog open voor discussie. Duizeligheid en diarree worden in de DSM-IV wel specifiek genoemd als 'paniekachtige verschijnselen' die agorafobisch vermijdingsgedrag tot gevolg kunnen hebben. Bij angst om te vallen ligt de discussie ingewikkelder. Enerzijds is er bij de angst voor een val op straat geen sprake van 'angst op een plaats of in een situatie waaruit ontsnappen moeilijk (of gênant) kan zijn of waar geen hulp beschikbaar zou kunnen zijn in het geval dat men een onverwachte of situationeel gepredisponerde paniekaanval of paniekachtige verschijnselen krijgt' ⁽⁵⁾. Anderzijds leidt de angst te vallen bij ouderen wel vaak tot het vermijden van verschillende voor agorafobie karakteristieke situaties, zoals alleen buitenshuis zijn, een drukke winkel bezoeken, in de rij staan, reizen met tram of bus en dergelijke. In de praktijk betekent dit dat de psychologische behandeling van dergelijke angstklachten grote gelijkenissen vertoont met gangbare behandelprotocollen voor agorafobie (zie '[Paniekstoornis en agorafobie](#)' voor een verhandeling over de psychologische behandeling van valangst bij ouderen). Deze laatste argumenten waren voor de werkgroep van dit addendum voldoende reden om de agorafobische vermindering uit angst om te vallen (met of zonder duizeligheidsklachten) en vanwege (angst voor) incontinentie in dit addendum te scharen onder de noemer agorafobie.

Sociale fobie

Een sociale angststoornis, ook wel sociale fobie genoemd, heeft betrekking op de hardnekkige angst voor één of meer situaties waarin de betrokken persoon is blootgesteld aan de mogelijk kritische beoordeling van anderen en waarin hij bang is zich belachelijk te maken. Bij de sociale fobie kan men een onderscheid maken tussen de gegeneraliseerde sociale fobie en de specifieke sociale fobie. Bij een sociale fobie van het specifieke subtype is er sprake van fobie in slechts één bepaalde situatie. Voorbeelden hiervan zijn: de angst voor spreken in het openbaar, en de angst voor trillen, blozen of zweten in sociale situaties.

Uit een recent Canadees onderzoek van Cairney e.a. ⁽³⁵⁾ blijkt dat 4,9% van de ouderen ooit last heeft gehad van een sociale angststoornis en 1,3% van de ouderen het afgelopen jaar. In de NEMESIS-studie wordt de 1-jaars prevalentie onder volwassenen tot 65 jaar geschat op 4,8% ⁽²³⁾. De sociale fobie lijkt bij ouderen beduidend minder vaak voor te komen dan bij jongere leeftijdsgroepen.

Fenomenologie van de sociale angststoornis bij ouderen

Evenals bij jongere volwassenen vindt de sociale fobie bij ouderen meestal zijn oorsprong in de puberteit (bij meer dan 50% is de stoornis voor het 14^{de} jaar begonnen). Bij minder dan 10% van de ouderen heeft de sociale angststoornis een laat begin (na het 54^{ste} jaar) ⁽³⁵⁾. De inhoud van de sociale angst lijkt met de leeftijd te verschuiven van angst om te spreken in het openbaar naar angst om te eten, drinken en schrijven in het openbaar ⁽¹⁶⁵⁾. De gevreesde consequentie is dat anderen je zien trillen of knoeien. In deze gevallen vormt de aanpassing aan het leven met een kunstgebit, verlamingsverschijnselen als gevolg van een CVA, een ouderdomstremor of de ziekte van Parkinson de aanleiding voor het ontwikkelen van een sociale fobie op latere leeftijd. Ook de angst om vergeetachtig of dement te worden met verregaand vermijdingsgedrag als gevolg, de zogenaamde 'vergeetfobie' ⁽¹⁸⁸⁾, kan worden opgevat als een vorm van specifieke sociale fobie. Ouderen kunnen bang zijn dat anderen hen naar aanleiding van kleine voorvallen als het vergeten van de sleutel of een naam als dement veroordelen. In gezelschap kunnen ouderen bang worden dat anderen hun vergeetachtigheid zullen opmerken en als gevolg daarvan worden sociale situaties vermeden. De angstklachten op hun beurt kunnen leiden tot verhoogde vergeetachtigheid door een verminderde concentratie. Dit kan door de patiënt zelf, maar ook door de omgeving geïnterpreteerd worden als een bevestiging van de vermeende dementie. Het is dus belangrijk om deze vorm van sociale fobie te onderscheiden van legitieme klachten over geheugenverlies bij ouderen. Incontinentie kan eveneens aanleiding zijn voor een laat begin van een sociale fobie. Gezelschap wordt hierbij

vermeden uit angst voor schaamte over de incontinentie.

Specifieke fobie

Bij een specifieke fobie, ook wel enkelvoudige fobie genoemd, is er sprake van een aanhoudende en irrationele angst voor een bepaald object of voor een bepaalde situatie uit een van de volgende categorieën: angst voor dieren (zoals slangen of spinnen), angst voor de natuur (zoals onweer of hoogten), angst voor bloed-injectie-verwonding (zoals bloed zien of een injectie krijgen) of angst voor situaties (zoals afgesloten ruimten, vliegen of autorijden). Blootstelling aan de angstverwekkende prikkel veroorzaakt vrijwel direct een verhoogde lichamelijke arousal. Bij de bloedfobie daarentegen treedt na een kortdurende verhoging van de arousal een duidelijke verlaging van de hartslag en bloeddruk op en kan de persoon in kwestie flauwvallen. Veelal kunnen de angstverwekkende situaties worden vermeden. Over het algemeen leidt een specifieke fobie dan ook niet tot ernstige beperkingen of participatieproblemen.

De specifieke fobie lijkt bij ouderen beduidend minder vaak voor te komen dan bij jongere volwassenen. Precieze prevalentiecijfers zijn niet bekend, maar volgens een review artikel waarin data van epidemiologische studies werden samen gevat, zou de prevalentie (in de afgelopen 6 maanden) op 4% liggen ⁽¹⁰¹⁾. In de LASA data werd echter een prevalentie van 3.1% voor alle fobische stoornissen gevonden (agorafobie, sociale fobie en specifieke fobie tezamen). Onder jongere volwassenen wordt in de NEMESIS-studie gesproken van een prevalentie van 7,1%, waarmee dit de meest voorkomende angststoornis onder jongere leeftijdsgroepen is ⁽²³⁾.

Fenomenologie van de specifieke fobie bij ouderen

De specifieke fobie ontstaat meestal in de jeugd (dier fobie en bloed-injectie-verwonding fobie) of in de vroege volwassenheid (situatieve fobie) ⁽¹³⁴⁾. Bij ouderen is de specifieke fobie dus veelal een voortzetting van reeds langer bestaande angsten. Het komt echter wel regelmatig voor dat een fobie op latere leeftijd pas een probleem vormt, door veranderende leefomstandigheden. Liften kunnen bijvoorbeeld een leven lang zonder problemen vermeden worden, totdat men niet meer zo goed kan trap lopen en op een hogere etage in een verzorgingshuis terecht komt. Als een oudere alleen komt te staan, kunnen oude angsten zoals angst voor onweer of een inbraak verergeren ⁽¹⁹²⁾.

Uit een studie van Fredrikson e.a. ⁽⁶²⁾ is gebleken dat ouderen in het algemeen meer angst hebben voor vliegen, onweer en hoogten dan jongere volwassenen. Jongere volwassenen daarentegen hebben meer angst voor spinnen en injecties.

Posttraumatische stressstoornis

Een posttraumatische stressstoornis is het gevolg van een traumatische gebeurtenis waaraan de betrokkene is blootgesteld. De betrokkene is met de dood of met ernstig letsel bedreigd of de lichamelijke integriteit is bedreigd. Het betreft situaties als een oorlog, verkrachtingen, overstromingen, et cetera. Ook het getuige zijn van de traumatische dood of de bedreiging van een naaste kan aanleiding zijn voor een PTSS. Bij PTSS moet er sprake zijn van herbeleving van het trauma, bijvoorbeeld in de vorm van beangstigende dromen. Hiernaast komt eveneens vermijding van stimuli voor die in verband staan met het trauma of een verdooving van de algemene responsiviteit. Ten slotte zijn er symptomen van langdurige verhoogde prikkelbaarheid, zoals woede-uitbarstingen of overdreven schrikreacties, die niet aanwezig waren voor het trauma. Genoemde factoren leiden tot beperkingen in het sociaal en beroepsmatig functioneren of op andere terreinen. Tot 1980 was PTSS niet opgenomen als een aparte stoornis in het classificatie systeem. Daarvoor werden de symptomen onder andere stoornissen geplaatst.

Het is lastig een schatting te maken van de prevalentie van posttraumatische stressstoornis bij ouderen. Ouderen zouden meer moeite hebben om over het trauma te praten dan jongere volwassenen ⁽²⁰⁴⁾. Ook wordt in bevolkingsonderzoek de diagnose vaak niet meegenomen. In de literatuur werd in eerste instantie bij gebrek aan epidemiologisch onderzoek gesproken van een vermoedelijke prevalentie van rond de 10% ⁽⁸⁷⁾. Het onderzoek richtte zich voorheen met name op getraumatiseerde groepen, zoals oorlogsveteranen van de tweede wereldoorlog en overlevenden van de Holocaust. Het spreekt voor zich dat in deze populaties de prevalentie van PTSS aanzienlijk groter is dan in de algemene bevolking. In een studie van 72 Holocaust overlevenden werd een prevalentie van 57% gevonden ⁽²⁰²⁾ en in onderzoek onder veteranen van de tweede wereldoorlog en de Koreaanse oorlog worden verschillende prevalenties gevonden van 3 tot 56%, waarschijnlijk gerelateerd aan de ernst van het trauma of de verwonding ⁽¹¹⁾.

In een recente grootschalige Nederlandse bevolkingsstudie onder ouderen (de LASA studie) wordt de prevalentie echter veel lager geschat op 0.9% ⁽²⁰³⁾. Dit is iets hoger dan de geschatte prevalentie bij jongere volwassenen van 0.4% ⁽²³⁾.

Fenomenologie van PTSS bij ouderen

In het geval van PTSS bij ouderen moet niet alleen rekening worden gehouden met het onderscheid tussen vroege of latere traumatische ervaringen, maar ook met de zogenaamde "delayed onset". In de klinische praktijk wordt regelmatig gewezen op oorlogs- of incestslachtoffers, die pas op latere leeftijd hieraan gerelateerde angstklachten lijken te ontwikkelen. Onderzoek ondersteunt inderdaad het idee dat oorlogsveteranen die in eerste instantie vrij goed functioneerden vaak later in hun leven PTSS-klachten ontwikkelen (¹¹ ⁶⁰). Dit zou mogelijk verklaard kunnen worden doordat in de vroegere volwassenheid de herinneringen aan het trauma effectief vermeden kunnen worden doordat men meer afleiding heeft in een druk gezinsleven en in werk. Als dit wegvalt doen oude wonden van zich spreken. Ook kan de herinnering aan het trauma aangewakkerd worden door een ingrijpende gebeurtenis in het heden, zoals het overlijden van de partner. Verder kunnen cognitieve veranderingen die gepaard gaan met ouder worden, zoals het minder goed kunnen focussen op relevante zaken en het minder goed kunnen verplaatsen van de aandacht, het trauma naar boven halen (⁷⁷). Hoewel het discutabel is of deze angst echt voldoet aan de criteria van PTSS, zoals deze nu gedefinieerd is, is ook de angst als gevolg van tasjesroof een vorm van angst die regelmatig bij ouderen voorkomt.

In de onderzoeksliteratuur wordt wat betreft het klinisch beeld bij ouderen wel gezegd dat ouderen minder (hevige) herbelevingen en meer vermijding, affectvervlakking en arousal-symptomen ervaren (¹¹). Er wordt echter ook in het geval van PTSS met een vertraagd begin gesteld dat er juist sprake is van een heftige uitbarsting van herbelevingen (¹¹).

Obsessief-compulsieve stoornis

Bij de OCS staan steeds terugkerende dwanggedachten en/of dwanghandelingen centraal. Dwanggedachten (obsessies) zijn steeds terugkerende, aanhoudende gedachten of beelden die angst of spanning oproepen. Deze gedachten en of beelden worden als onvrijwillig beleefd, maar wel als een product van de eigen persoon. De dwanghandelingen (compulsies) zijn herhaalde en schijnbaar zinvolle handelingen, die volgens bepaalde regels op een stereotype wijze moeten worden verricht. Het doel van de compulsies is het neutraliseren van spanning of het voorkomen van bedreigende gebeurtenissen/situaties. Bij een OCS heeft de patiënt last van zijn klachten, kosten deze de patiënt meer dan één uur per dag of verstoren ze in ernstige mate het dagelijks functioneren.

De obsessief-compulsieve stoornis is met een geschatte prevalentie van 0.6-0.85% de minst voorkomende angststoornis bij ouderen (¹⁹). Er is geen duidelijk verschil met de geschatte prevalentie van OCD onder jongere volwassenen in Nederland (geschatte prevalentie 0.9%; ²³).

Fenomenologie van obsessief-compulsieve stoornis bij ouderen

Dwanggedachten en dwanghandelingen bestaan vaak al sinds de volwassenheid en worden als egosyntoon ervaren door de lange bestaansduur. Soms kunnen dwanghandelingen juist op latere leeftijd, als men meer afhankelijk wordt van de zorg van anderen, tot problemen leiden. Men kan dan niet meer de rituelen uitvoeren zoals men gewend is. Uit een onderzoek van Kohn e.a. (¹⁰⁰) bleek bij een groep van 32 ouderen de gemiddelde leeftijd van het begin van zware OCS-symptomen te liggen op 33,6 jaar. Bij een kwart van deze ouderen waren de ernstige symptomen na het 50^{ste} jaar begonnen. Het ging hier echter om een kleine steekproef die bestond uit mensen die op dit moment hulp zochten voor hun klachten. Waarschijnlijk wordt deze verdeling niet in de algemene bevolking terug gevonden. Uit hetzelfde onderzoek bleek dat ouderen, in vergelijking met jongere volwassenen, meer angst hadden om te zondigen en vaker een ritueel in handen wassen hadden. De meest voorkomende symptomen onder ouderen waren een ritueel in handen wassen, angst voor vuil, het vermijden van besmetting, buitensporige schoonmaakdrift en de behoefte om dingen op te biechten.

Hypochondrie

Mensen die aan hypochondrie lijden, hebben een preoccupatie met de angst of overtuiging een ernstige lichamelijke ziekte te hebben. Deze preoccupatie blijft bestaan ondanks adequaat medisch onderzoek en geruststelling van een arts. De preoccupatie heeft niet de aard van een waanvoorstelling. De preoccupatie veroorzaakt aanzienlijk lijden of beperkingen in het dagelijks functioneren.

De prevalentie van hypochondrie wordt in gemengde populaties geschat op 4.2 tot 6.3% (¹⁵). In dezelfde studie van Barsky e.a. (¹⁵) werd de relatie met leeftijd onderzocht. Hypochondrie kwam niet meer voor onder ouderen (65 plus) ondanks een hogere prevalentie van somatische aandoeningen in deze groep. In sommige

overzichtsartikelen wordt gesproken van een veel hogere prevalentie van 10-14% (bijv. ¹²⁷). Deze hoge schattingen zijn echter niet gebaseerd op epidemiologische studies.

Fenomenologie van hypochondrie bij ouderen

In de hierboven genoemde studie van Barsky e.a. (¹⁵) werden allerlei aspecten van hypochondrie, zoals somatisatie, de neiging om lichamelijke sensaties uit te vergroten en globale inschatting van de eigen gezondheid, vergeleken tussen ouderen en jongere volwassenen met hypochondrie. Er werden geen verschillen gevonden, ondanks het feit dat ouderen over het algemeen meer somatische ziekten hadden dan de jongere volwassenen in de studie. Wel scoorden ouderen hoger op maten van invaliditeit, maar dit bleek gerelateerd te zijn aan daadwerkelijke lichamelijke oorzaken. Een andere studie over somatisatie en hypochondrie onder ouderen die de huisarts bezochten kwam tot dezelfde conclusie (¹⁶³).

Conclusie

Ondanks het feit dat angststoornissen onder ouderen bijna even vaak voorkomen als onder jongere leeftijdsgroepen, worden met betrekking tot de prevalenties van sommige specifieke angststoornissen wel duidelijke verschillen gevonden. Zo zou de gegeneraliseerde angststoornis onder ouderen de meest voorkomende angststoornis zijn, terwijl bij jongere volwassenen de specifieke fobie het meest voorkomt. Sociale fobie lijkt bij ouderen veel minder vaak voor te komen dan bij jongere volwassenen. Aan de andere kant kan, gezien de eerder genoemde verwarring omtrent het toepassen van DSM-IV criteria bij ouderen, nu nog niet met zekerheid gezegd worden dat toekomstig onderzoek, waarin rekening wordt gehouden met een afwijkende presentatie van sommige angststoornissen bij ouderen, niet tot andere prevalentie-cijfers zou leiden. Met betrekking tot de fenomenologie van de verschillende typen angststoornissen kan geconcludeerd worden dat met name lang bestaande angststoornissen over het algemeen dezelfde kenmerken lijken te hebben bij ouderen als bij jongere volwassenen. Er zijn echter ook angsten die vaak op latere leeftijd voor het eerst hun intrede doen, zoals de specifieke sociale fobie gericht op de angst voor dement te worden aangezien, of agorafobie naar aanleiding van een val op straat.

Meetinstrumenten

De diagnostiek en classificatie van de verschillende angststoornissen kunnen verricht worden met verschillende instrumenten. Zo kan gebruik gemaakt worden van gestructureerde en semi-gestructureerde interviews, zelfbeoordelvragenlijsten en observatie-en gedragsmaten. Er zijn echter weinig tot geen specifieke vragenlijsten voor ouderen met angst. Psychometrische instrumenten om angst te meten zijn voornamelijk gebaseerd op de populatie 18-65 jaar. Dit maakt de instrumenten allicht minder geschikt om angst bij ouderen te meten, omdat angsten die specifiek voor ouderen zijn misschien niet zijn opgenomen in deze instrumenten. Verder is het van belang dat het meetinstrument niet al teveel nadruk legt op lichamelijke symptomen. Omdat ouderen vaak te maken hebben met somatische comorbiditeit is het gevaar dat de vragenlijst niet daadwerkelijk angstklachten meet, maar de lichamelijke gesteldheid van de patiënt. Ook is het van belang dat de symptomen die in de items gemeten worden zo min mogelijk overlap vertonen met symptomen van depressie en dementie. Data over de bruikbaarheid en validiteit van de 'standaard' vragenlijsten bij ouderen zijn er weinig. Bovendien hebben vragenlijsten die niet speciaal voor ouderen ontworpen zijn vaak het nadeel dat ze slecht leesbaar zijn voor mensen met visus beperkingen, omdat ze gedrukt zijn in een klein lettertype, en soms met slecht contrast, zoals bij de hieronder besproken SCL-90. Er zijn helaas nauwelijks aangepaste versies voor mensen met visus beperkingen beschikbaar. Speciaal aanbevolen lijsten voor gebruik bij ouderen zijn in de tekst in een omlijnd kader geplaatst. Deze aanbeveling berust op bruikbaarheid in de klinische praktijk en/of goede psychometrische eigenschappen bij een oudere populatie.

Meetinstrumenten specifiek voor ouderen

Voor zover bekend zijn er vier vragenlijsten specifiek ontworpen om bezorgdheid over leeftijdsgerelateerde zorgen en angsten op latere leeftijd te meten.

Geriatric Anxiety Inventory (GAI, ¹³⁷): Dit meetinstrument maakt onderscheid tussen ouderen met en zonder een angststoornis en tussen ouderen met of zonder GAS. De lijst kan door de cliënt zelf ingevuld worden, of afgenomen worden door een beoordelaar. De schaal omvat 20 items die met 'ja' of 'nee' beantwoord dienen te worden over hoe het de afgelopen week ging. De schaal heeft een goede psychometrische kwaliteit bij ouderen. Er is nog geen Nederlandse versie van beschikbaar.

Worry Scale (WS, ²⁰⁰): Dit is een zelfbeoordelingslijst die bezorgdheid over financiën, gezondheid en sociale gebeurtenissen meet. In het onderzoek dat deze schaal valideerde bestond de onderzoekspopulatie maar voor een klein deel uit ouderen en deze ouderen hadden relatief weinig zorgen. Uit onderzoek van Stanley e.a. (¹⁷⁴) blijkt dat deze schaal een goede interne consistentie heeft bij ouderen met GAS. De onderzoekspopulatie was echter klein. Ook blijkt de test-hertest betrouwbaarheid hoog te zijn bij ouderen met GAS, met uitzondering van de subschaal sociale gebeurtenissen (¹⁷⁸). In het Nederlands is deze schaal vertaald als 'De Zorgen schaal-R'.

Anxiety about Aging Scale (¹⁰⁴): Dit is een 20-item vragenlijst die angst voor oude mensen, psychologische zorgen, angst over fysieke verschijning en angst voor verlies meet. Hij wordt door de cliënt zelf ingevuld. In het onderzoek naar deze vragenlijst werden meerdere leeftijdsgroepen meegenomen, maar er bleken geen significante verschillen voor leeftijd op te treden.

Senior Anxiety Scale (SAS, Schuurmans, 2005): Deze schaal werd ontwikkeld in Nederland, omdat er nog geen vragenlijst bestond die specifieke leeftijdsgerelateerde angst en bezorgdheid bij ouderen meet. Het is een zelfbeoordelingslijst en bestaat uit een selectie van items uit de Worry Scale en een selectie van items uit de Anxiety about Aging Scale. Verder is een aantal items ontleend aan ervaringen in de klinische praktijk met ouderen en een aantal items is gebaseerd op literatuur over angst bij ouderen. In totaal zijn er 74 vragen, verdeeld over 4 factoren, die gescoord worden op een schaal van 1 tot 5. De laatste vijf items worden alleen beantwoord als de oudere kinderen of een (levende) partner heeft. De vier factoren zijn 1) angst voor achteruitgang in fysieke en mentale gezondheid en verlies van onafhankelijkheid 2) angst voor financiële problemen 3) angst voor sociale isolatie en sociale afkeur 4) angst voor levensbedreigende situaties als een levensbedreigende ziekte of een misdrijf. Er is echter nog geen verder psychometrisch onderzoek naar de vragenlijst gedaan, maar de lijst lijkt een sterk instrument te zijn met een hoge interne consistentie, waardoor het mogelijk wordt verschillende leeftijdsgroepen te vergelijken. De lijst is nog niet beschikbaar voor gebruik, aangezien deze eerst gevalideerd moet worden in een Nederlandse oudere populatie.

'Standaard' meetinstrumenten onderzocht bij ouderen

Verder zijn er geen meetinstrumenten speciaal voor ouderen ontwikkeld. Wel hebben studies van Stanley e.a. in 1996 en 2001 van een aantal 'standaard' meetinstrumenten onderzocht of ze bij ouderen gebruikt kunnen worden. De resultaten worden hieronder beschreven.

Penn State Worry Questionnaire (PSWQ, ¹¹⁹; Nederlandse vertaling ¹⁵¹): Dit instrument meet de neiging tot, intensiteit en oncontroleerbaarheid van de bezorgdheid. De schaal bestaat uit 16 items die gescoord worden op een schaal van 1 tot 5. Uit onderzoek van Stanley e.a. (¹⁷⁸) blijkt dat de interne consistentie bij ouderen met GAS hoog is, maar dat de scores bij ouderen met GAS niet stabiel waren over de tijd heen. De PSWQ bleek te correleren met de Worry Scale, aangezien ze beiden bezorgdheid meten.

Padua Inventory (PI, ¹⁵⁴): Dit instrument bestrijkt de DSM-IV criteria voor dwanggedachten en/of handelingen. De lijst bestaat uit 41 items over vijf subschalen verdeeld: impulsen, wassen, controleren, rumineren en netheid. De items worden op een vijfpuntsschaal gescoord. De PI-R kan patiënten met OCS onderscheiden van patiënten met andere angststoornissen en van mensen zonder angststoornis. De Nederlandse versie is van Van Oppen e.a. (¹³²). De schaal is gevoelig voor het meten van verbetering. Uit onderzoek van Stanley (¹⁷⁴) blijkt de interne consistentie bij ouderen met GAS hoog is. De subschalen zijn onderling gecorreleerd. De test-hertest betrouwbaarheid is twijfelachtig.

Zelfbeoordelingsvragenlijst (ZBV, ¹⁴³): Deze vragenlijst is een Nederlandse bewerking van Spielberger's State Trait Anxiety Inventory (STAI) (²⁰⁹) en meet algemene angst. De lijst bestaat uit twee schalen: toestandsangst en angstdispositie. Toestandsangst verwijst naar de angst op het moment van invullen. Angstdispositie betreft de meer continue aanwezigheid van angst. Beide dimensies omvatten 20 items die op een vierpuntsschaal worden ingevuld lopend, van niet tot zeer veel (toestandsangst), resp. bijna nooit tot

bijna altijd (angstdispositie). De lijst is geschikt om fluctuaties in het angstniveau te meten. Uit onderzoek van Stanley e.a. (¹⁷⁸) bleek de STAI een hoge interne consistentie te hebben onder ouderen met GAS. De scores op de STAI waren niet stabiel over de tijd. De schalen onderling correleerden positief. Het onderdeel angstdispositie correleerde positief met de Worry Scale en PSWQ.

'Standaard' meetinstrumenten gebruikt in onderzoek naar angst bij oudere

Alle hieronder beschreven interviews en vragenlijsten zijn wel in behandelstudies bij angst naar ouderen gebruikt, maar er zijn geen gegevens bekend over de validiteit en betrouwbaarheid bij ouderen. Er is een Nederlandse versie van de beschreven meetinstrumenten beschikbaar.

Algemene meetinstrumenten

Voor gebruik in de eerste en tweede lijn (screening)

Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A, ²⁰⁵): Ook deze lijst kan door de cliënt zelf ingevuld worden en bestaat uit zeven items die gescoord worden van 0 tot 3. Binnen enkele minuten kunnen zo angstsymptomen gemeten worden. Een score boven de 7 duidt op een mogelijke angststoornis. Deze lijst kan goed gebruikt worden om iemand snel te screenen op de mogelijke aanwezigheid van een angststoornis, en heeft als voordeel voor gebruik bij ouderen dat de items geen lichamelijke symptomen van angst omvatten. De Nederlandse vertaling is te vinden op <http://www.ouderenpsychiatrie.nl>.

Symptom Checklist-90 (SCL-90, ⁴⁶; Nederlandse vertaling ⁶): Deze lijst kan door de cliënt zelf ingevuld worden en bestaat uit 90 omschrijvingen van klachten waarbij de onderzochte moet aangeven in welke mate hij/zij daar de afgelopen week last van heeft gehad. De SCL-90 bestaat uit acht schalen (agorafobie, angst, depressie, somatische klachten, insufficiëntie van denken en handelen, wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit, hostiliteit en slaapproblemen), waarmee een goed beeld verkregen kan worden van de breedte en ernst van de (niet-psychotische en niet-organische) psychopathologie.

De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL: ¹⁸³) is niet gevalideerd of onderzocht bij ouderen, maar wordt hier toch genoemd vanwege de klinische bruikbaarheid van dit instrument in de huisartsenpraktijk. Bovendien zijn in de angst subschaal van deze lijst geen somatische items opgenomen, waardoor de lijst geschikt geacht wordt voor gebruik bij ouderen. De angstschaal meet irrationele en diffuse angsten en vermijdingsgedrag. Er worden twee afkappunten gehanteerd, een laag afkappunt om angststoornissen uit te sluiten en een hoog afkappunt om angststoornissen aan te tonen.

Voor gebruik in de tweede lijn; (semi-gestructureerde interviews).

Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I, ⁵⁵; Nederlandse vertaling ⁷³): Dit is een gestructureerd klinisch interview voor het vaststellen van psychiatrische stoornissen gebaseerd op de DSM-IV as I, zoals stemmingsstoornissen, angststoornissen, somatoforme stoornissen, eetstoornissen en schizofrenie. Alle afzonderlijke DSM-criteria worden in 292 vragen gescoord als aanwezig, twijfelachtig of afwezig. Doordat de vragen gegroepeerd zijn naar diagnose, kan onderzoek worden gedaan naar de aanwezigheid van een specifieke stoornis. Voor het goed afnemen is het noodzakelijk dat de interviewer goed getraind is en een gedegen kennis heeft van zowel as I als persoonlijkheidsstoornissen. Dit instrument kan het best gebruikt worden als er nog geen screening heeft plaatsgevonden en er dus nog geen mogelijke diagnose van een angststoornis heeft plaatsgevonden. Afnameduur ligt tussen de één tot anderhalf uur.

Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV, ⁴⁸; Nederlandse vertaling ¹⁵³): Dit is een semi-gestructureerd interview waarmee angststoornissen en andere psychische stoornissen volgens DSM-IV criteria gediagnosticeerd kunnen worden. Dit instrument helpt bij het bepalen van de stoornis die het eerst in aanmerking komt voor behandeling en maakt een duidelijk onderscheid tussen de verschillende angststoornissen en depressie. Afname duurt ongeveer één uur.

Hamilton Angst Schaal (HAS of HAM-A, ¹⁶): Deze vragenlijst is een semi gestructureerde beoordelingsschaal die de afgelopen 72 uur betreft. De schaal omvat 14 items die gescoord worden van 0 tot 4. De Hamilton meet hoofdzakelijk algemene angst en omvat een dimensie somatische angst en een dimensie psychische angst. Deze schaal wordt vooral gebruikt in effectonderzoek.

Er zijn andere interviews voor het vaststellen van as I problematiek beschikbaar, zoals de CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*), de MINI (*Mini-International Neuropsychiatric Interview*) en de SCAN (*Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*). Deze instrumenten zijn waarschijnlijk even bruikbaar bij ouderen als de hierboven genoemde instrumenten. Op basis van het feit dat met deze interviews geen interventie-onderzoek bij angstige ouderen is verricht, worden ze hier echter niet uitgebreid beschreven.

Meetinstrumenten bedoeld voor specifieke stoornissen

Onderstaande lijsten (behalve de KIP voor PTSS) kunnen in principe zowel in eerste als tweedelijnssettings gebruikt worden, het gebruik zal in de praktijk echter in de meeste gevallen in de tweede lijn plaats vinden.

Gegeneraliseerde angststoornis

Worry Domains Questionnaire (WDQ, ¹⁸¹; Nederlandse vertaling ¹⁵¹): Deze vragenlijst meet gevreesde catastrofes in zes subschalen: relaties, gebrek aan zelfvertrouwen, toekomst, incompetentie op het werk, financiën en gezondheid. De subschaal incompetentie op het werk wordt bij gepensioneerde ouderen weggelaten.

Paniekstoornis

Mobility Inventory (MI, ⁴⁰; Nederlandse vertaling ²⁰): Deze lijst meet op een schaal van 1 tot 5 de mate van vermijding terwijl de patiënt alleen is of wanneer de respondent vergezeld wordt door iemand anders. De lijst omvat een reeks activiteiten of situaties die vaak worden vermeden door patiënten met paniekstoornis en agorafobie, zoals winkels, grote open ruimten, reizen, een auto besturen, etc.. Verder wordt gevraagd 5 situaties te selecteren waarvan de vermijding het functioneren het sterkst in negatieve zin beïnvloedt. Ook kan de lijst de frequentie van paniekaanvallen meten. Dit gebeurt echter op een dusdanige manier dat dit tot een aanzienlijke overschatting leidt. Het invullen duurt ongeveer 10 minuten.

Agoraphobic Cognitions Questionnaire (ACQ, ³⁹; Nederlandse vertaling ⁸): Deze lijst meet de mate waarin men zich zorgen maakt over paniekaanvallen. Het instrument bestaat uit 14 items die gescoord worden op een schaal van 1 tot 5. Het invullen kost vijf minuten.

Body Sensations Questionnaire (BSQ, ³⁹; Nederlandse vertaling ⁹): Met dit instrument worden lichamelijke en psychische verschijnselen van paniekaanvallen gemeten. De lijst bestaat uit 17 items die gescoord worden op een schaal van 1 tot 5. Het invullen kost 5 minuten. Deze lijst is vooral geschikt om de somatische aspecten van angst te meten en is daarom wellicht minder geschikt voor ouderen.

Panic Disorder Severity Scale (PDSS, ¹⁶²; Nederlandse vertaling ¹¹⁷): Dit is een beoordelingslijst voor de ernst van de paniekstoornis en agorafobie. Hij bestaat uit 7 items waarin alle relevante aspecten van paniekstoornis met agorafobie aan bod komen. Hij is af te nemen in 5 tot 10 minuten.

Sociale angststoornis

Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS, ⁷⁹): Deze vragenlijst wordt in de klinische praktijk het meest gebruikt om de ernst van sociale angst en sociaal vermijdingsgedrag te meten. Hij kan zowel door de cliënt zelf ingevuld worden, als ook door een beoordelaar. De lijst bestaat uit 24 items in vier subschalen: sociale angst, sociale vermijding, prestatieangst en prestatievermijding. Deze situaties worden twee keer gescoord, éénmaal voor de mate van angst en éénmaal voor mate van vermijding, op een schaal van 1 tot 4. Het invullen kost ongeveer 10 minuten.

Specifieke fobie

Fear Survey Schedule (FSS, ²⁰¹; Nederlandse vertaling ⁷): Dit instrument is geschikt om bij een respondent de diversiteit en ernst van fobische klachten in kaart te brengen. De lijst bestaat uit 76 items over vijf subschalen: sociale fobie, agorafobie, ziektevrees, angstige beelden over seks en agressie en vrees voor levende organismen. De items worden gescoord op een schaal van 1 tot 5.

Falls Efficacy Scale (FES, Tinetti e.a., 1990; Nederlandse vertaling Zijlstra e.a., 2005): Deze lijst kan gebruikt worden voor het meten van symptomen van de zogenaamde valfobie. De FES is een zelfbeoordelingslijst van 10 items met een 4-punts schaal waarop patiënten aangeven hoe bezorgd zij zijn om te vallen terwijl zij bepaalde activiteiten in huis uitvoeren. In de Nederlandse versie zijn 4 items toegevoegd die verwijzen naar activiteiten buitenshuis.

Posttraumatische Stressstoornis

Schokverwerkingslijst (SVL, ³⁴): wereldwijd wordt deze vragenlijst gebruikt en heet oorspronkelijk de Impact of Event Scale (⁸⁵). De SVL heeft betrekking op het herbeleven van de schokkende gebeurtenis en het

vermijden van onaangename gevoelens of herinneringen aan de gebeurtenis. Het gaat daarbij om de gevoelens en gedachten gedurende de afgelopen zeven dagen. Er zijn 15 items die gescoord worden op een schaal van 0 tot 4. De invultijd is vijf tot tien minuten.

Klinisch Interview voor PTSS (KIP, ⁸⁶): dit is een gestructureerd klinisch interview dat wereldwijd bekend is als de Clinician Administered PTSD Scale (²⁴). Deze lijst wordt als de gouden standaard beschouwd voor het stellen van de diagnose PTSS. Daarnaast worden de frequentie en intensiteit van de symptomen vastgelegd, waardoor het beloop goed gevolgd kan worden. Hij dient te worden afgenomen door professionele hulpverleners die ervaring hebben met diagnostische interviews en een (basale) kennis van psychopathologie en DSM-IV.

Zelfinventarisatielijst PTSS bij ouderen (ZIL; ⁸⁶): Dit is een zelfbeoordelingslijst, die de aanwezigheid van drie soorten van DSM-IV symptomen over de laatste 4 weken meet; symptomen van intrusie, vermijding en van hyper-arousal. Deze lijst is gevalideerd voor ouderen in de bevolking (²⁰³).

Obsessief-compulsieve stoornis

Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS, ⁶⁸; Nederlandse vertaling ¹³²): dit is een gestructureerd interview dat de ernst en aard van dwangsymptomen in kaart brengt. De schaal bestaat uit 10 items die de ernst meten op een schaal van 0 tot 4. Er zijn twee subschalen te onderscheiden: obsessies en compulsies. Met de Y-BOCS kunnen ook therapie-effecten gemeten worden. De lijst kan worden gescoord door de therapeut of door een onafhankelijke beoordelaar.

Hypochondrie

Illness Attitude Scales (IAS, ⁹⁵; Nederlandse vertaling ¹⁷²): Deze vragenlijst onderscheidt relevante aspecten van hypochondrie zoals vrees voor ziekte, hypochondrische overtuigingen en gewoonten betreffende gezondheid. De lijst bestaat uit 67 items. De Nederlandse versie heet de Ziekte Attitude Schaal (ZAS).

Gedragsobservatieschalen

Een gedragsobservatieschaal bestaat uit een reeks vragen over het gedrag van de cliënt met vaste antwoordmogelijkheden (¹⁴⁵). Er zijn observatieschalen die meerdere domeinen inventariseren zoals cognitie, stemming, sociaal functioneren en zelfredzaamheid en observatieschalen die een specifiek deelgebied meten. Subscales van observatieschalen die een brede inventarisatie van gedrag bieden, kunnen worden gebruikt om specifieke gedragsaspecten te onderzoeken. Voor het opsporen van angstsymptomen bij ouderen worden in de klinische praktijk meestal zelfbeoordelvragenlijsten gebruikt. Als de oudere echter te kampen heeft met cognitieve beperkingen, zoals vaak voorkomt in verpleeghuizen, wordt er meestal gebruik gemaakt van een observatieschaal. Hieronder zullen we een aantal gedragsobservatieschalen bespreken die gebruikt kunnen worden om angst bij ouderen op te sporen. Het betreft allen observatieschalen die een brede inventarisatie van gedrag bieden en waarvan een subschaal zich richt op angst.

Gedragsobservatieschaal voor de Intramurale Psychogeriatric (GIP, ¹⁹⁰): Deze schaal is vooral ontwikkeld voor observaties in een verpleeghuis, een dagbehandeling of bij geronto-psychiatrische patiënten (bijvoorbeeld PAAZ) en kan worden ingevuld door psychologen, (psychiatrisch) verpleegkundigen en ziekenverzorgenden die de ouderen goed hebben kunnen observeren. De interpretatie wordt bij voorkeur door een psycholoog verricht. De lijst bestaat uit 82 stellingen verdeeld over 14 subschalen. Per stelling is de keuze uit vier antwoordmogelijkheden, die enigszins kunnen variëren per item (nooit, bijna nooit, regelmatig, soms, vaak). Eén van deze subschalen meet in 6 vragen angstig gedrag, zoals trillende ledematen, rusteloosheid, slaapproblemen en concentratiemoeilijkheden.

Vroegsignalering door gedragsobservatie (VSGO, ¹⁸⁹): deze schaal is gebaseerd op de GIP en is specifiek gericht op bewoners van verzorgingshuizen om ze te screenen op mogelijke problemen onder andere op het gebied van angst. De observatielijst bestaat uit 44 vragen die voor iedere bewoner door verzorgenden wordt ingevuld. Dit duurt ongeveer 10 minuten.

Neuropsychiatrische Inventarisatie (NPI, ⁴⁴; Nederlandse vertaling De Jonghe, Borkent & Kat, 1997): met dit meetinstrument wordt een beeld verkregen van eventueel aanwezige psychopathologische verschijnselen bij patiënten met hersenletsel. De NPI werd ontwikkeld voor toepassing bij patiënten met de ziekte van Alzheimer en andere dementiesyndromen, maar kan ook gebruikt worden voor onderzoek naar gedragsveranderingen bij andere ziektebeelden.

De NPI omvat twaalf gedragsaspecten, waaronder angst. De NPI is gebaseerd op een interview met een verzorgende van de patiënt die goed op de hoogte dient te zijn van eventuele problemen; het liefst iemand die met hem of haar samenwoont. Het heeft de voorkeur om de verzorgende niet in aanwezigheid van de patiënt te interviewen. Het aspect angst begint met de vraag: Is hij/zij erg nerveus, bezorgd, of schrikachtig zonder

duidelijke reden? Lijkt hij/zij erg gespannen, rusteloos of zenuwachtig? Is hij/zij bang om alleen te zijn, zonder U? Als het antwoord ja is, worden er 7 subvragen gesteld.

Differentiaal-diagnostische overwegingen

Er zijn geen duidelijke aanwijzingen uit onderzoek dat er bij ouderen andere differentiaal-diagnostische overwegingen in acht dienen te worden genomen dan bij jongere volwassenen. We beperken ons hier dan ook tot aanbevelingen die gebaseerd zijn op de klinische praktijk.

Allereerst kunnen, zoals naar voren gebracht bij 'Prevalentie en fenomenologie', gewone ouderdomsverschijnselen, zoals slapeloosheid, geheugenklachten en concentratieverlies, gemakkelijk verward worden met angstklachten. Aangezien ouderen bovendien vaker dan jongere volwassenen lijden aan somatische aandoeningen en dien ten gevolge meer medicatie gebruiken, is het raadzaam bij ouderen meer aandacht te besteden aan het uitsluiten van somatische aandoeningen en medicijn bijwerkingen en interacties die een angststoornis kunnen veroorzaken, zoals hyperthyreoïdie of een delier. Angst die optreedt bij een delier kan ten onrechte geduid worden als een angststoornis. De mate van helderheid in het contact en het vermogen de aandacht te richten en/of vast te houden is in dit geval onderscheidend. Een delier heeft altijd een lichamelijke oorzaak (zoals een infectie of ontweningsverschijnselen van alcohol of benzodiazepinen). Ten tweede wordt er in de praktijk, zoals eerder besproken in 'Prevalentie en comorbiditeit', bij ouderen met angstklachten soms gevreesd voor een vermoedelijke dementie. Naar de mening van de werkgroepleden hoeven evenwel niet alle angstklachten op latere leeftijd aanleiding te geven tot deze overweging. Bij angstklachten die pas op latere leeftijd beginnen of die op latere leeftijd sterk in hevigheid toenemen, vooral als er geen sprake is van een duidelijke trigger in de omgeving, is het zeker raadzaam nader onderzoek te verrichten om eventuele tekenen van een cognitieve stoornis aan het licht te brengen. Ook bij ouderen die zich angstig uiten over de mogelijkheid dat zij eventueel dement zouden kunnen worden, zoals bij de vergeetfobie, is dezelfde strategie te adviseren. Als de angstklachten al lange tijd bestaan, en een eventuele verergering duidelijk gerelateerd is aan bijvoorbeeld het wegvallen van een belangrijk iemand, de persoon in kwestie tot de jongere ouderen behoort en de anamnese geen enkele aanleiding geeft voor het vermoeden van cognitieve problemen, is een uitgebreid onderzoek op dit gebied echter niet geïndiceerd.

Verder is de afbakening met depressie bij ouderen van groot belang. Ten eerste omdat er bij ouderen in de klinische praktijk naar de mening van de werkgroepleden vaak een diagnostische bias lijkt te bestaan, waarbij depressie geoverdiagnostiseerd wordt en angststoornissen te weinig aandacht krijgen. Angstklachten bij een ouder iemand worden vaak ten onrechte gezien als (ondergeschikte) symptomen van een depressie, terwijl er in dit soort gevallen bij nauwkeurige diagnostiek sprake blijkt te zijn van een co-morbide angststoornis. Bovendien lijkt GAS de meest voorkomende angststoornis onder ouderen te zijn, en juist bij deze stoornis is het onderscheid met depressie ingewikkeld, omdat er sprake is van overlappende symptomen. Dit laatste geldt overigens voor alle leeftijdsgroepen. Het belangrijkste onderscheid tussen deze stoornissen is gelegen in de aard van de bezorgdheid. Bij een depressie speelt piekeren of rumineren, net als bij een GAS, een grote rol. Bij depressie is echter met name sprake van negatieve denkbeelden over het zelf en het verleden en het piekeren gaat samen met een uitgesproken sombere stemming. Bij een gegeneraliseerde angststoornis is de bezorgdheid angstig gekleurd en gericht op eventuele toekomstige nare gebeurtenissen (rampen) op allerlei gebieden in het dagelijks leven.

Conclusies met betrekking tot diagnostisch proces

In hoeverre kan nu uit het voorgaande worden opgemaakt dat het diagnostisch proces bij ouderen anders verloopt bij ouderen dan bij jongere volwassenen? Voor het stellen van de diagnose, of dit nu met een gestructureerd interview of in een traditioneel klinisch interview gebeurt, geldt in ieder geval dat angsten die gerelateerd zijn aan het ouder worden, zoals de vergeetfobie en de agorafobie uit angst om te vallen, goed uitgevraagd dienen te worden (zie '[Prevalentie en fenomenologie van specifieke angststoornissen](#)' voor een uitgebreide bespreking). Deze angsten worden niet uitgevraagd in traditionele interviews voor As I diagnostiek. Bovendien dient bij ouderen extra aandacht gegeven te worden aan het feit dat een somatische klachten presentatie of terughoudendheid bij het uiten van psychische problemen, de aanwezigheid van een angststoornis kunnen verhullen. Ook lijkt het raadzaam de terminologie bij ouderen aan te passen, bijvoorbeeld nervositeit in plaats van angst (zie '[Signalering en presentatie van angst](#)'). Anderzijds komen de signalen voor een mogelijke angststoornis bij ouderen in grote mate overeen met de genoemde signalen uit de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen. Deze signalen dienen in dezelfde mate in acht te worden genomen bij ouderen. Met betrekking tot meetinstrumenten voor ouderen, zal de keuze uit bovenstaande lijst gestuurd worden door de specifieke vraag van de intaker of onderzoeker. Voor het screenen op een mogelijke angststoornis lijkt op dit moment de HADS-A het meest geschikte instrument. Er zijn maar weinig

instrumenten specifiek ontwikkeld voor ouderen, en deze zijn over het algemeen niet in eerste instantie bedoeld voor het stellen van een diagnose, maar voor het vaststellen van de ernst van specifieke angstklachten of van symptomen die vaak met angst gepaard gaan (zoals piekeren). Wel kunnen instrumenten zoals de GAI aanwijzingen geven voor een mogelijke specifieke angststoornis (in dit geval de gegeneraliseerde angststoornis). Of er inderdaad sprake is van een angststoornis volgens de DSM-IV, wordt evenals bij jongere leeftijdsgroepen, bij voorkeur vast gesteld met een (semi-)gestructureerd interview, zoals de SCID-I en de ADIS-I. Er is helaas nog geen aangepaste versie voor ouderen beschikbaar.

Algemene overwegingen en aanpassingen van psychologische interventies

Effectiviteit van bestaande interventies

Ondanks de hoge prevalentie en lijdensdruk van angststoornissen op latere leeftijd, lijkt er al sinds jaar en dag een vaak onuitgesproken idee te bestaan, dat het überhaupt niet haalbaar en weinig zinvol is om ouderen met angstklachten een passende behandeling aan te bieden. Een lange klachtenduur en de hypothese dat ouderen te weinig flexibel zouden zijn om hun gedragspatronen nog te kunnen doorbreken worden al sinds de vroege dagen van de psychoanalytische theorie ten tonele gevoerd als redenen om maar niet meer aan een dergelijke interventie te beginnen.

In antwoord op het therapeutisch nihilisme waarmee ouderen met angst ook nu nog vaak bejegend worden, is er een tegenstroming ontstaan. Deze tegenstroming stelt zich ten doel aan te tonen dat dezelfde behandelingen die effectief zijn gebleken bij jongere volwassenen met angst, toegepast kunnen en behoren te worden bij ouderen met soortgelijke klachten. Behandelstudies die vanuit dit idee geïnitieerd zijn, hebben zich voornamelijk gericht op het vast stellen van de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie (CGT) bij ouderen met angst, aangezien de effectiviteit van deze interventie bij jongere volwassenen met angst ruimschoots is aangetoond ⁽⁵¹⁾. CGT wordt in deze behandelstudies vaak in groepsvorm aangeboden en er worden meestal 4 fasen in onderscheiden ⁽¹⁷³⁾. De eerste fase bestaat uit psycho-educatie over de angstklachten en de therapie. De tweede fase bestaat uit ontspanningsoefeningen, waarna overgegaan wordt op cognitieve therapiesessies en/of exposure en gedragsexperimenten aan de hand van een door de cliënt opgestelde angsthiërarchie. De volgorde waarin deze laatste onderdelen aangeboden worden kan variëren, afhankelijk van het type angststoornis dat centraal staat.

De resultaten van het effectiviteitsonderzoek tot nu toe geven zeker aanleiding voor een positieve houding ten aanzien van de toepassing van CGT bij deze doelgroep, maar er zijn hierbij toch enkele kritische kanttekeningen te plaatsen. Er zijn namelijk nog geen overtuigende bewijzen voor de superioriteit van CGT boven andere psychologische interventies voor angstklachten bij ouderen en de gevonden effectgroottes zijn vaak beduidend lager dan de effectgroottes die worden aangetroffen bij soortgelijk onderzoek met jongere populaties ^(159 123). Bovendien moet vermeld worden dat bijna alle behandelstudies zich tot op heden gericht hebben op zelfstandig wonende, relatief jonge en relatief gezonde ouderen. Als laatste belangrijke kanttekening wordt hier naar voren gebracht dat de meeste behandelstudies onder angstige ouderen gekenmerkt worden door een extreem moeizaam wervingsproces en relatief hoge uitvalpercentages ^(159 177 196 175) in vergelijking met soortgelijke studies bij jongere volwassenen ⁽⁷¹⁾. Drop-out is een belangrijke factor bij het evalueren van de effectiviteit van CGT voor angst op latere leeftijd, aangezien het vroegtijdig staken van een behandeling opgevat kan worden als het mislukken van een behandeling (Emmelkamp & van der Hout, 1983). De moeizame werving impliceert dat ouderen met angst moeilijk te motiveren zijn voor een behandeling van hun angstklachten bij een instelling voor geestelijke gezondheidszorg, zelfs als er door de instelling veel moeite gedaan wordt om ouderen te informeren over hun klachten en de mogelijkheden op dit gebied.

Als verklaring voor de terughoudendheid van angstige ouderen ten opzichte van de hulpverlening worden verschillende mogelijkheden aangedragen. Logistieke problemen bij het bezoeken van een instelling voor geestelijke gezondheidszorg spelen waarschijnlijk een belangrijke rol hierbij, vooral bij ouderen die slecht ter been zijn. Anderzijds lijkt het taboe rond het bezoeken van een GGZ-instelling veel groter onder ouderen dan onder jongere generaties. Een veelgehoorde uitspraak onder ouderen in de klinische praktijk is dat je daar toch alleen maar thuis hoort als je gek bent. Ook verwoorden ouderen bij een eerste afspraak vaak de angst dat de hulpverlener hen voor gek zal verklaren of dat de hulpverlener hen zelfs zou kunnen laten opnemen, als hij dat zou willen.*

*Deze overwegingen spelen overigens niet alleen een rol bij angstige ouderen, maar bij ouderen met psychische problemen in het algemeen. Depressieve ouderen worden echter weliswaar ook vaak onderbehandeld ⁽¹⁷⁰⁾, maar wel minder vaak dan angstige ouderen. Deze discrepantie komt mogelijk voort uit de aard van de stoornissen (angstgevoelens kun je in veel gevallen vermijden, depressieve gevoelens niet) en uit de moeizame herkenning van angst bij ouderen door verwijzers (zie 'Prevalentie, fenomenologie en diagnostiek').

Aanpassingen voor cognitieve gedragstherapie

In de literatuur wordt vaak vermeld dat cognitieve gedragstherapie aangepast moet worden op de specifieke behoeften van ouderen. Dit is de reden waarom CGT in onderzoek naar angst bij ouderen vaak in een groep gegeven wordt (bijv. [176](#) [196](#)), in plaats van in een individueel contact, hetgeen gangbaar is bij jongere volwassenen. De rationale hiervoor is dat ouderen vaker sociaal geïsoleerd zouden zijn en daarom meer baat zouden hebben van behandeling in groepsverband, al blijkt uit onderzoek geen overtuigend verschil in de werkzaamheid van groeps versus individuele interventies ([129](#)). Andere gangbare aanbevolen aanpassingen voor ouderen betreffen een grotere nadruk op psycho-educatie en motivatie verhogende technieken en herhaalde uitleg van de in de therapie geleerde vaardigheden. Psycho-educatie zou belangrijker zijn bij de huidige generatie ouderen omdat ze vaak minder goed geïnformeerd zijn over psychische klachten en de manier van werken in de moderne vormen van psychotherapie. Daarnaast zou de huidige generatie ouderen meer moeite hebben met de identificatie van en de communicatie over psychische problemen. Meer nadruk op het verhogen van de motivatie zou nodig zijn omdat ouderen vaak al tientallen jaren worstelen met hun angsten en er daarom weinig vertrouwen in hebben dat ze nog van deze klachten zouden kunnen herstellen. In de praktijk komen deze overwegingen erop neer dat er meer zittingen ingelast moeten worden om te zorgen dat er extra ruimte aan psycho-educatie, herhaalde uitleg van interventies en motivatie-verhogende technieken besteed kan worden. Dit moet bij de genoemde duur van de zittingen in de beslisbomen van dit addendum, die veelal berusten op onderzoek en praktijkervaring met jongere volwassenen, steeds in acht genomen worden. In onze klinische ervaring lijken met name de veelvuldig gebruikte registratieformulieren en huiswerkopdrachten veel verzet op te roepen bij oudere cliënten. Dit lijkt deels voort te komen uit onzekerheid; een laag opleidingsniveau komt onder ouderen vaker voor dan onder jongere leeftijdsgroepen, dit geldt met name voor oudere vrouwen. Nu zij opeens gedachten en gevoelens moeten verwoorden en opschrijven en deze formulieren moeten bespreken met de therapeut kan de angst schrijven en taalfouten te maken en daarom door de therapeut als dom versleten te worden, ervoor zorgen dat het huiswerk niet gemaakt wordt. Bovendien is de aard van de huiswerkopdrachten bij cognitieve gedragstherapie vaak dusdanig dat deze als doel hebben de angst in eerste instantie te doen toenemen (zoals bij exposure). Dit kan een zeer veeleisende taak zijn voor iemand die al twintig tot dertig jaar gebruik maakt van redelijk effectieve vermijdingsstrategieën. Ouderen met een lange klachtenduur hebben vermoedelijk veel hulp en bekrachtiging nodig om de therapietrouw te verbeteren. De vraag is of dit een reden is om ouderen bij de exposure oefeningen extra hulpmiddelen aan te bieden. Meestal worden al ontspanningsoefeningen aangeboden, hetgeen als een hulpmiddel bij het verlagen van de angst voor exposure oefeningen opgevat kan worden. Daarnaast kan gedacht worden aan heel pragmatische hulpmiddelen; bij een ouder iemand die uit angst voor een val niet meer naar buiten durft zou overwogen kunnen worden van een rollator gebruik te maken. Dit kan een tussenstap zijn bij de exposure, waarbij het uiteindelijke doel is zonder hulpmiddelen te lopen. Het kan ook het einddoel van de behandeling zijn bij bestaande lichamelijke beperkingen. Hulp kan ook bestaan uit het inschakelen van mantelzorgers of GGZ-verpleegkundigen, die de patient behulpzaam kunnen zijn in een vroege fase van de exposure en/of bij andere huiswerkopdrachten in het kader van de therapie. Anderzijds is er ook iets voor te zeggen om niet te snel naar hulpmiddelen te grijpen die medisch en psychologisch gezien misschien niet noodzakelijk zijn, omdat dit volgens sommigen leidt tot betutteling en tot een verminderde werkzaamheid van de exposure. Hierover is nog veel discussie in het veld.

Verder wordt wel gezegd dat ouderen meer moeite zouden hebben met de cognitieve interventies in CGT dan jongere volwassenen. Dit lijkt inderdaad het geval te zijn bij ouderen met geconstateerde cognitieve beperkingen ([38](#)) maar of dit ook het geval is bij ouderen zonder deze beperkingen is te betwijfelen. Cognitieve therapie is inherent ingewikkelder in de uitvoering voor zowel therapeut als cliënt dan puur gedragsmatige interventies. Dat geldt niet alleen voor ouderen. Bij sommige ouderen kan het nodig zijn om de oefeningen in een simpelere vorm aan te bieden, maar dat zal in ieder individueel geval beoordeeld moeten worden. In de klinische praktijk wordt vaak naar voren gebracht dat het bij ouderen met een angststoornis (vooral bij een lange klachtenduur) raadzaam is de partner of een van de kinderen bij de behandeling te betrekken. Vaak wordt de partner of een van de kinderen ingeschakeld bij de vermijding van de angstopwekkende situatie. Door de omgeving van de cliënt goed in te lichten en juist in te schakelen bij het doorbreken van de vermijding, kan voorkomen worden dat de behandeling spaak loopt.

De meeste behandelstudies op het gebied van angst bij ouderen hebben enkele of alle van bovenstaande aanpassingen toegepast in hun behandelprotocollen, maar er is nog geen systematisch onderzoek verricht naar de vraag of, en zo ja welke aanpassingen er nodig of effectief zijn. Er is echter wel recentelijk een pilot studie gepubliceerd, waarin standaard CGT werd vergeleken met een aangepast CGT protocol voor ouderen met een gegeneraliseerde angststoornis ([125](#)). Deze studie geeft wel enig bewijs voor een betere werking van het aangepaste protocol. Het aangepaste protocol hield in dat er gebruik werd gemaakt van leer- en geheugensteuntjes, dat er meer aandacht gegeven werd aan de (herhaaldelijke) uitleg van de rationale van de behandeling en dat de therapeut wekelijks contact opnam met de deelnemers om hulp te bieden bij eventuele problemen bij het maken van de huiswerkopdrachten.

In de voorgaande gedeelte werd de terughoudendheid van ouderen om hulp te zoeken voor psychische problemen besproken. Om de drempel naar de GGZ te verlagen zijn in de praktijk en de literatuur verschillende mogelijkheden naar voren gebracht. Ten eerste lijkt het raadzaam om de terminologie bij angstige ouderen minder beladen te maken, door bijvoorbeeld niet te spreken van een angststoornis of psychische stoornis, maar van spanning en onrust of nerveusiteit; door te spreken over een cursus in plaats van een psychotherapeutische behandeling (² ¹⁹⁷). Ten tweede zouden veel behandelingen waarschijnlijk ook in de eerste lijn door eerstelijnspsychologen in de huisartsenpraktijk gegeven kunnen worden. Hiermee wordt de drempel voor verwijzing door de huisarts verlaagd en ouderen blijven in een voor hun vertrouwde, minder beladen en waarschijnlijk beter bereikbare omgeving. Inmiddels is er een pilotstudie verschenen (¹⁷⁷) waarin positieve resultaten werden geboekt bij het aanbieden van CGT aan ouderen met een gegeneraliseerde angststoornis in hun eigen huisartspraktijk.

Alternatieven voor cognitieve gedragstherapie

De terughoudendheid van angstige ouderen ten aanzien van psychotherapie, het gebrek aan adequate verwijzingen en het grote uitvalpercentage kan ook betekenen dat de aangeboden behandelingen niet overeenkomen met de specifieke behoeften en verwachtingen van een oudere populatie. Weigeraars en drop-outs in CGT onderzoek bij angstige ouderen geven vaak aan dat ze zich niet konden vinden in de rationale van de behandeling of dat zij de behandeling te belastend vonden. Naast het feit dat er, zoals besproken in het vorige gedeelte, waarschijnlijk aanpassingen nodig zijn om CGT meer toegankelijk te maken voor ouderen, zijn er mogelijk andere psychologische interventies die beter aansluiten bij deze populatie. Hieronder worden enkele mogelijke interventies besproken. Hierbij moet benadrukt worden dat gezien de stand van zaken in het onderzoek en de klinische praktijk op dit moment, CGT vooralsnog de eerste keus psychologische interventie is. In een zeer recente, nog niet gepubliceerde meta-analyse van de beschikbare behandelstudies voor angst bij ouderen wordt geconcludeerd dat CGT wel degelijk een groter effect sorteert dan andere psychologische interventies bij ouderen (²¹¹). Bovendien moet de evidentie voor de werkzaamheid van CGT bij jongere volwassenen met een angststoornis niet buiten beschouwing worden gelaten.

Steungevende therapie

Zoals eerder besproken, is er nog geen sluitend bewijs voor de superioriteit van CGT boven andere psychologische interventies voor angst bij ouderen. In twee studies die de effectiviteit van CGT beoogden vast te stellen werd een als placebo bedoelde conditie meegenomen om voor de effectiviteit van non-specifieke therapie ingrediënten te controleren; een non-directieve, steungevende groepstherapie, waarin gediscussieerd werd over thema's die bezorgdheid oproepen bij ouderen met een gegeneraliseerde angststoornis (¹⁹⁶ ¹⁷⁵). In beide studies bleek deze interventie redelijk effectief. In één studie (¹⁷⁵) bleek de interventie zelfs effectiever dan CGT. In de andere studie werden enige aanwijzingen gevonden voor een groter effect van CGT (¹⁹⁶).

Mediatieve behandeling

Zoals eerder gezegd is CGT uitsluitend onderzocht bij relatief gezonde ouderen. Er is een grote groep ouderen die buiten deze categorie vallen en voor wie deze interventie helemaal geen optie is. Dit is eigenlijk met name het geval als er sprake is van vrij ernstige cognitieve beperkingen^[1]. In dit soort situaties worden de problemen van de cliënt behandeld door inschakeling van belangrijke personen in de directe leefomgeving van de cliënt (mediatoren), bijvoorbeeld een familielid, een verzorgende of een verpleegkundig team. De therapeut behandelt de cliënt dan niet rechtstreeks, maar geeft de mediator aanwijzingen voor het omgaan met het probleemgedrag van de cliënt, met als doel de gevolgen van de angststoornis of angstklachten te verminderen (⁷⁶). Mediatieve behandeling kan met name zinvol zijn als er specifieke situaties zijn die de angst uitlokken, zoals het horen van vliegtuigen bij een demente oorlogsveteraan met PTSS klachten. De mediator krijgt dan een gerichte opdracht die als doel heeft ervoor te zorgen dat iemand minder in contact komt met de stimuli die de angst uitlokken. Bovendien kan mediatieve behandeling ingrijpen op reacties van de omgeving, bijvoorbeeld de familie of de verzorgende, die onbedoeld tot gevolg hebben dat de angst toeneemt. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een slechthorende oudere die naar aanleiding van zijn/haar slechthorendheid bang is dat anderen zich afkeurend over hem/haar uitlaten in gezelschap, zonder dat hij/zij dit merkt. Hierdoor kan de oudere zich afstandelijk of zelfs vijandig opstellen naar de omgeving, hetgeen bij de omgeving afkeurende reacties oproept. Deze afkeurende reacties versterken vervolgens de angst waardoor de oudere zich nog vijandiger gaat opstellen. De omgeving kan in dit geval alternatieve reacties aanleren (bijvoorbeeld de oudere zo veel mogelijk betrekken in het gesprek, waarbij rekening gehouden wordt met de slechthorendheid), die juist een geruststellende werking hebben waardoor de angst afneemt. Voor een uitvoeriger uiteenzetting van de toepassing van deze therapie verwijzen wij naar het hoofdstuk van Hamer in het handboek ouderenpsychologie onder redactie van Pot e.a., 2007⁷⁶.

[1] Strikt genomen kun je in dit soort gevallen niet meer spreken van een angststoornis volgens DSM-IV criteria. Anderzijds leert de klinische praktijk dat bestaande angstklachten zich vaak voortzetten als er daarnaast cognitieve problematiek ontstaat. Bestaande angstklachten kunnen bovendien verergeren naar aanleiding van een CVA of dementieel proces.

Conclusie psychologische interventies

CGT lijkt een redelijk effectieve behandeling voor angststoornissen bij relatief gezonde, zelfstandig wonende ouderen te zijn. Beschikbare studies op dit gebied geven geen aanleiding tot therapeutisch nihilisme. De effectiviteit en toepasbaarheid lijkt echter wel minder optimaal dan bij mensen van jongere leeftijd. Mogelijk zijn er aanpassingen nodig om de behandeling beter te laten aansluiten bij een oudere populatie. Aanpassingen die in de klinische praktijk en in onderzoek veelvuldig naar voren gebracht worden zijn;

- 1. Meer aandacht voor psycho-educatie en uitleg over de rationale van de behandeling.
- 2. Meer aandacht voor motivatie verhogende technieken.
- 3. Het gebruik van leer- en geheugen steuntjes.
- 4. Meer zittingen dan gebruikelijk bij bestaande CGT protocollen voor jongere volwassenen.
- 5. Wekelijks telefonisch contact met de therapeut tussen de zittingen waarin geïnformeerd wordt naar het huiswerk.
- 6. Indien nodig behandeling thuis of in de huisartspraktijk door een eerstelijnspsycholoog in plaats van in een gespecialiseerde GGZ-instelling.
- 7. Het gebruik van minder beladen termen; spanning ipv angst, cursus ipv psychotherapie.
- 8. Het inschakelen van de partner of andere belangrijke personen in de omgeving.
- 9. Het eventueel aanbieden van extra hulpmiddelen bij de exposure-oefeningen.

Als bovenstaande aanpassingen geen effect sorteren of als de behandeling vroegtijdig wordt afgebroken door de cliënt is het aanbieden van een alternatieve interventie, zoals een non-directieve groepstherapie, het overwegen waard.

Algemene overwegingen en aanpassingen van farmacologische interventies

Effectiviteit en veiligheid van psychofarmaca

Tot op heden is er nauwelijks onderzoek gedaan naar farmacologische interventies voor angststoornissen bij ouderen. Ouderen met angst maken veelvuldig gebruik van benzodiazepinen ([160 21](#)). Benzodiazepinen worden meer voorgeschreven aan ouderen dan enig ander psychotropisch middel, ongeacht de psychiatrische diagnose. Dit is een zorgwekkend fenomeen, aangezien het langdurig gebruik van benzodiazepinen geassocieerd is met ernstige bijwerkingen, vooral bij ouderen; een verhoogd valrisico, een verhoogd risico op cognitieve beschadiging en de ontwikkeling van tolerantie en verslaving ([70 90](#)). In de praktijk betekent dit dat het gebruik van benzodiazepinen bij ouderen vaak een chronisch karakter heeft, zonder dat er alternatieve behandelingen geboden worden, terwijl de medicatie onvoldoende effect heeft bij het verminderen van de angstklachten ([160](#)).

In een poging om de wijd verbreide distributie van benzodiazepinen onder angstige ouderen tegen te gaan, pleiten meerdere auteurs tegen het gebruik van farmacologische interventies bij deze doelgroep ([130 81](#)). Zelfs het gebruik van veiligere en effectievere psychotrope medicatie, zoals het gebruik van serotonine heropnameremmers (SSRI's) wordt ontraden omdat ook deze middelen mogelijk meer problemen zouden opleveren in een oudere populatie. Vanwege een langzamere stofwisseling, vooral bij ouderen met een of meer chronische ziekten, is er een groter risico op bijwerkingen. Daarnaast gebruiken ouderen vaak al verschillende andere medicijnen, hetgeen het risico op negatieve interactie-effecten vergroot. Uit recent onderzoek blijkt bovendien dat niet alleen benzodiazepinen, maar ook SSRI's en TCA's het risico op vallen, fracturen en cognitieve stoornissen onder ouderen verhogen ([52 63 111](#)). Alhoewel dit in principe steekhoudende argumenten zijn, zijn dit onvoldoende gronden om iedere farmacologische aanpak bij voorbaat van de hand te wijzen. In feite geven de toenemende onderzoeksbevindingen op het gebied van het gebruik van SSRI's voor depressie en angststoornissen bij ouderen steeds meer aanwijzingen dat deze middelen even effectief zijn en over het algemeen even goed verdragen worden door ouderen als door jongere volwassenen ([159 106 32 199 155](#)). Dit zou zelfs het geval zijn bij de 'oudere ouderen' (75 jaar en ouder; [208](#)). In een recente meta-analyse wordt zelfs met gepaste voorzichtigheid geconcludeerd dat farmacologische interventies effectiever lijken te zijn dan de tot op heden onderzochte gedragsmatige interventies ([142](#)). In de recentere onderzoeksliteratuur wordt daarom steeds vaker gepleit voor het voorschrijven van moderne anti-depressiva bij ouderen met een ernstige angststoornis of een comorbide depressie en bij ouderen die geen psychotherapeutische behandeling willen of voor wie dit geen geschikte optie is ([159 106 160](#)).

Een kanttekening is hierbij op zijn plaats. Hierboven werd al genoemd dat SSRI-gebruik bij ouderen geassocieerd is met een verhoogd risico op vallen, fracturen en cognitieve stoornissen. Naast deze leeftijdsspecifieke bijwerkingen, is er zowel bij ouderen als bij jongere volwassenen bij het voorschrijven van serotonerg werkende middelen (inclusief buspiron, clomipramine, venlafaxine, valproaat, St Janskruid en MAO remmers) waakzaamheid geboden in verband met het risico van het optreden van het zogeheten serotonine syndroom ([33](#)). Dit is een potentieel levensbedreigende bijwerking die tot 5 weken na het starten of staken van deze middelen kan voorkomen. Tekenen van een overdosis serotonine kunnen in eerste instantie relatief mild zijn, zoals tremor en diarree, maar kunnen bij een te hoge dosering van genoemde middelen leiden tot delier en hyperthermie. Voor een uitgebreide bespreking van het serotonine syndroom verwijzen we naar een recent overzichtsartikel in het New England Journal of Medicine ([33](#)).

Om het gebruik van benzodiazepinen door angstige ouderen te verminderen zijn er wellicht speciale interventies nodig. Een recente publicatie op dit gebied beschrijft positieve resultaten van een interventie waarin de huisarts een brief stuurt waarin geadviseerd wordt het benzodiazepine gebruik geleidelijk af te bouwen ([69](#)). Deze brief wordt gevolgd door een geschreven uitnodiging voor een afspraak bij de huisarts om het gebruik van benzodiazepinen te evalueren. Bij cliënten met chronisch benzodiazepinegebruik die na deze minimale interventie niet op eigen kracht hebben kunnen stoppen, blijkt geregleerde dosisreductie een goede methode voor afbouw ([135](#)). Dit is een geprotocolleerde methode, waarbij de dosis benzodiazepinen geleidelijk gereduceerd wordt. Dit vergroot de kans op het volledig staken van het gebruik en vermindert de ernst van de ontwenningsverschijnselen in vergelijking met abrupt staken ([136](#)). De methode kan door de huisarts worden uitgevoerd. De interventie bestaat om te beginnen uit het vervangen van de gebruikte benzodiazepine door een equivalente dosering diazepam. De dagelijkse dosering diazepam wordt vervolgens gereduceerd met 25% per week, met 4 wekelijkse consulten. De laatste reductiestap bestaat uit een dosering van 12,5% voor vier dagen om de stap naar nul te vergemakkelijken. Het afsluitende consult vindt twee weken na de laatste reductiestap plaats ([136 135](#)). In het onderzoek van Oude Voshaar e.a. ([135](#)) hadden 46 van de 73 deelnemers (63%) na de geregleerde dosisreductie het gebruik van benzodiazepinen gestaakt.

Aanpassingen bij het voorschrijven van psychotrope medicatie

Alhoewel er op het gebied van angststoornissen bij ouderen nog geen dosis-effect studies naar SSRI's verricht zijn, is er overeenstemming in de klinische praktijk over het feit dat het bij ouderen raadzaam is om met een lagere dosering te beginnen en om de dosering langzamer op te bouwen dan gebruikelijk is bij jongere volwassenen. Vaak wordt ook een lagere einddosering gehanteerd. Dit is vooral raadzaam bij 'broze' ouderen met veel somatische co-morbiditeit. Een veel voorkomende valkuil hierbij is dat men uit voorzichtigheid bij ouderen de dosering vaak minimaal houdt, waarbij eigenlijk nog niet van een optimale therapeutische dosering gesproken kan worden. In dat geval is er geen sprake van een adequate of afdoende behandeling.

Uit het nog zeer beperkte onderzoek op dit gebied is nog niet naar voren gekomen of bepaalde typen SSRI's bij ouderen beter verdragen worden of effectiever zouden zijn dan andere typen.

Bijkomend probleem bij het voorschrijven van psychotrope medicatie is dat ouderen vaak medicatie weigeren, uit angst voor bijwerkingen ([159](#) [196](#)). Deze angst is wellicht nog groter onder ouderen met een angststoornis dan onder depressieve ouderen. In onze klinische ervaring lijken er een aantal factoren te zijn die aan deze angst bijdragen. Vaak hebben ouderen al veel medicatie voor lichamelijke klachten en het idee dat ze nu ook nog een pil moeten slikken voor hun angsten gaat hen vaak te ver. Bovendien hebben sommige ouderen hele slechte ervaringen met psychotrope medicatie in het verleden; in de jaren vijftig en zestig werden naar huidige maatstaven regelmatig grote hoeveelheden kalmerende middelen en zelfs anti-psychotica voorgeschreven bij angststoornissen, waarna de patiënt een pijnlijk en moeizaam afbouw proces heeft door gemaakt.

Terughoudendheid tegenover iedere vorm van psychotrope medicatie is dan zeer voorstelbaar. Hierbij kan meer aandacht voor geruststelling en uitleg over de werking van moderne antidepressiva soms uitkomst bieden. Soms kunnen technieken uit de cognitieve gedragstherapie gebruikt worden om de angst voor medicatie te helpen overwinnen. Om het taboe en de logistieke problemen rond het bezoeken van een GGZ-instelling te omzeilen, zou gepleit kunnen worden voor een eenmalig consult bij een ouderenpsychiater, waarna de huisarts op basis van een eventueel hieruit voortvloeiend advies omtrent medicatie, de behandeling kan overnemen.

Conclusie farmacologische interventies

Conclusie

De toenemende onderzoeksgegevens op het gebied van psychotrope medicatie voor angststoornissen (en depressie) bij ouderen pleiten enerzijds voor speciale interventies voor het afbouwen van benzodiazepinen en anderzijds voor een minder grote terughoudendheid bij het voorschrijven van moderne antidepressiva, met name bij ouderen met een ernstige angststoornis en/of comorbide depressie of bij ouderen die een psychotherapeutische interventie weigeren. Hierbij wordt algemeen erkend dat het raadzaam is om bij ouderen een lagere begin dosering te hanteren en de dosering langzamer op te bouwen. Anderzijds moet wel gestreefd worden naar een einddosering waarvan optimale therapeutische werkzaamheid verwacht mag worden. Om de drempel te verlagen zou er meer aandacht kunnen worden besteed aan geruststelling en uitleg en de behandeling zou eventueel door de huisarts kunnen worden overgenomen na een eenmalig consult door een (ouderen)psychiater.

Combinatiebehandelingen

Er zijn helaas nog geen onderzoeksgegevens over de mogelijke meerwaarde van combinatiebehandelingen voor angststoornissen bij ouderen beschikbaar. In de beslisbomen die bij de hier opvolgende secties over de afzonderlijke angststoornissen staan, worden combinatiebehandelingen wel opgenomen in de keuzevolgorde van de beslisbomen als onderzoek bij jongere volwassenen met angststoornissen hiertoe aanleiding gegeven heeft. Er is voornamelijk geen reden om aan te nemen dat de overwegingen bij het al dan niet besluiten tot een combinatiebehandeling bij ouderen anders zou zijn dan bij jongere volwassenen. De plek van de combinatiebehandeling in de keuzevolgorde is in deze gevallen overgenomen uit de [Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen](#).

Gegeneraliseerde angststoornis

In deze sectie wordt eerst het onderzoek naar de effectiviteit van farmacologische interventies en vervolgens het onderzoek naar de effectiviteit van psychologische en psychotherapeutische interventies bij de gegeneraliseerde angststoornis besproken.

Farmacotherapie

Keuze en verantwoording voor de literatuur.

Voor het vinden van literatuur over farmacologische interventies bij ouderen met een gegeneraliseerde angststoornis is gebruik gemaakt van de zoekprogramma's Medline, Psychinfo, Cochrane en PiCarta. Er is gezocht op combinaties van de volgende trefwoorden: Generalized anxiety disorder, treatment, old*, eld*, late-life, medication, SSRI, pharmacotherapy, medic*.

SSRI's

Citalopram

Effectiviteit

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Er zijn nauwelijks gecontroleerde studies gedaan naar de effectiviteit van SSRI's bij ouderen met angstklachten. Alleen citalopram is in een gerandomiseerde en placebo-gecontroleerde studie bij 34 ouderen met een gegeneraliseerde angststoornis onderzocht en effectiever bevonden dan placebo (¹⁰⁸). Met een behandeling met citalopram van 8 weken was 67% responder, dat wil zeggen; bij 67% van de deelnemers was er sprake van een klinisch significante mate van vooruitgang. In beide groepen (citalopram vs placebo) werden ongeveer even veel en soortgelijke bijwerkingen gerapporteerd, met sedatie als belangrijkste bijwerking. Andere bijwerkingen waren een droge mond, vermoeidheid en misselijkheid. Er was een drop out van 15% (n=5). Slechts één van de patiënten stopte vroegtijdig met de behandeling vanwege bijwerkingen, het ging hierbij om hevige sedatie na 1 dosis.

Dosering

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

In bovenstaande studie werd gestart met een dagelijkse dosis citalopram van 10 mg. Na de eerste week werd dit verhoogd naar een dagelijkse dosis van 20 mg. Als de patiënt na vier weken geen respons liet zien werd de dosis verhoogd naar 30 mg per dag.

Lange termijn

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Citalopram is bij ouderen gedurende een langere periode bekeken (²⁵). Na een behandeling van 32 weken met citalopram bleek 60% van de patiënten significant vooruitgegaan te zijn op maten die betrekking hebben op de kwaliteit van leven (zoals sociaal functioneren en vitaliteit) en slaapproblemen. Drieënveertig procent van de patiënten viel uit, waarvan 10% wegens bijwerkingen (sedatie en rillingen). Na acht weken werd de dosis eventueel nogmaals verhoogd naar 40 mg per dag. Als er na twaalf tot zestien weken nog geen respons werd vertoond, werden de patiënten uit de studie gehaald. Na 32 weken was de gemiddelde dosis die patiënten kregen 21,8 mg per dag.

Escitalopram

Effectiviteit

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

In een pilotstudie van Mohamed e.a. (¹²²) naar de werking van escitalopram bij gegeneraliseerde angststoornis met comorbide depressie werd na 12 weken behandeling bij een groep van 20 proefpersonen een significante verbetering in zowel depressie als angstsymptomen geconstateerd. Vijfenzestig procent van de deelnemers kon geclassificeerd worden als responder. Ook bleken deelnemers significant te verbeteren op maten van sociaal functioneren en vermoeidheid. Drie van de 20 patiënten (15%) onderbrak de behandeling vroegtijdig, waarvan twee door bijwerkingen (een door duizeligheid en een door sedatie).

Dosering

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

In bovenstaande studie werd gestart met een dagelijkse dosis van 10 mg. Als de depressie en/of angstsymptomen niet naar tevredenheid verbeterden, werd na vier weken de dosis verhoogd naar 20 mg per dag.

Sertraline

Effectiviteit

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Sertraline is door Schuurmans e.a. ⁽¹⁵⁹⁾ in een gerandomiseerd onderzoek vergeleken met cognitieve gedragstherapie en een wachtlijst controlegroep. Er werd gekeken naar de effectiviteit van beide behandelingen bij ouderen met verschillende angststoornissen, waaronder GAS (n=29). Tien deelnemers met GAS kregen sertraline als behandeling.

Sertraline bleek tot significante verbeteringen in symptomen van angst, bezorgdheid en depressie te leiden. Bovendien werden in deze studie aanmerkelijk grotere effecten gevonden voor sertraline dan voor cognitieve gedragstherapie. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de mensen die de sertraline behandeling vol hielden er slechter aan toe waren bij aanvang en daarom ook meer ruimte hadden om vooruit te gaan. Deelnemers met een comorbide depressie en ernstigere aanvangsklachten vielen vaker vroegtijdig uit bij de cognitieve gedragstherapie, terwijl dit bij sertraline juist niet het geval was. Alle deelnemers met een comorbide depressie bij aanvang maakten de medicamenteuze behandeling af ⁽¹⁵⁹⁾. Ongeveer 24% van de patiënten staakte vroegtijdig de behandeling. Vier van de 29 (14%) deelnemers in de sertralinegroep staakten de behandeling vroegtijdig wegens bijwerkingen. De meest voorkomende bijwerkingen waren pijn, depressie, minder libido, verminderde intensiteit van orgasme, verdwijnen van orgasmes, impotentie, verminderde seksuele activiteit, slapeloosheid, zweten, nerveusheid, hoofdpijn en vermoeidheid.

Deze studie pleit ervoor om bij een ernstige angststoornis of een angststoornis met een comorbide depressie op latere leeftijd een SSRI te overwegen, overeenkomstig het advies in de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen (2003).

Dosering

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

In bovenstaande studie werd begonnen met een dagelijkse dosis sertraline van 25 mg. De dosis werd binnen vier weken geleidelijk opgebouwd naar de minimale dosis van 100 mg en de maximale dosis van 150 mg, afhankelijk van tolerantie en klinische respons.

Lange termijn

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Ten minste 7 van de 14 patiënten in bovenstaande studie zijn sertraline blijven gebruiken gedurende een follow-up van 1 jaar. Patiënten in de sertraline conditie waren na deze periode van 1 jaar significant verbeterd op alle uitkomstmaten ten opzichte van hun scores voorafgaand aan de behandeling. Ongeveer 67% van de patiënten kon na een jaar als responder worden aangemerkt en 57% van de patiënten had een volledige remissie van de klachten.

Paroxetine

Effectiviteit

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Naar de effectiviteit van paroxetine bij een gegeneraliseerde angststoornis bij ouderen is geen onderzoek gedaan. Uit een dubbelblind placebogecontroleerde studie bij jongere volwassenen is echter gebleken dat paroxetine effectief is bij de behandeling van een gegeneraliseerde angststoornis en effectiever dan placebo ⁽¹⁴⁴⁾. Na een behandeling van 8 weken was 72% van de patiënten responder en was 42% van de patiënten in remissie. Het effect was te evalueren na 6 weken behandeling. Het piekeren vermindert, evenals gespannenheid, slaapproblemen en spierspanningsklachten. Ongeveer 10% (N=17) van de patiënten viel voortijdig uit vanwege bijwerkingen (misselijkheid, constipatie, hoofdpijn en slaperigheid). Ook kunnen seksuele functiestoornissen optreden. Deze zijn volledig reversibel na het staken van het middel. Gewichtstoename is eveneens een bekende bijwerking op termijn.

Dosering

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Een dosis van 20-50 mg paroxetine bleek bij jongere volwassenen effectief. Een dagelijkse dosis van 20 mg lijkt bij ouderen meestal voldoende ⁽³²⁾.

De SSRI's fluoxetine, fluvoxamine zijn niet op gecontroleerde wijze bij GAS onderzocht. Gezien hun

effectiviteit bij andere angststoornissen bij jongere volwassenen mag ook effectiviteit voor deze medicatie bij ouderen verwacht worden. Vooralsnog ontbreekt echter de wetenschappelijke onderbouwing hiervoor.

SNRI's: Venlafaxine

Venlafaxine

Effectiviteit

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Op het gebied van de gegeneraliseerde angststoornis is een gegroepeerde analyse verschenen met vijf placebogecontroleerde studies naar venlafaxine, waarbij de populatie een gemengde leeftijd had, maar binnen deze populatie is ook apart naar ouderen gekeken ⁽⁹⁴⁾. Het betreft drie 8-weken durende behandelstudies en twee 24-weken durende behandelstudies. Behandeling met venlafaxine leidde tot een significante vermindering van angst, en andere psychische verschijnselen en lichamelijke verschijnselen van GAS. Vijfenzestig procent van de deelnemers kon als responder worden aangemerkt. Venlafaxine wordt redelijk tot goed verdragen. De uitval vanwege bijwerkingen tot acht weken was ongeveer 15%. De bijwerkingen waren onder andere misselijkheid, duizeligheid, slaapproblemen, droge mond, diarree en constipatie. Er werden geen veranderingen in bloeddruk of lichaamsgewicht gevonden. Venlafaxine was even effectief bij ouderen als bij jongere volwassenen. Ook was er geen verschil in tolerantie tussen beide leeftijdsgroepen.

Dosering

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

In bovengenoemde studies werden de volgende 'vaste doseringen' gebruikt: 37,5 mg, 75 mg, 150 mg en 225 mg. Een vaste dosering houdt in dat bij doseringen van 150 en 225 mg in de eerste week werd begonnen met een dagelijkse dosering van 75 mg en dat er in de tweede week (en eventueel nogmaals in de derde week) een dagelijkse dosis van 75 mg werd toegevoegd. In één studie werd een 'flexibele dosis' gebruikt waarbij doseringen van 75, 150 en 225 mg gebruikt zijn. Alle doseringen blijken significant effectiever dan placebo, al bleek een hogere dosering wel effectiever dan een lagere dosering.

Lange termijn

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

In twee van de vijf studies werd venlafaxine gedurende 24 weken onderzocht. Het middel bleef tijdens deze periode effectief en het initiële effect bleek zich verder voort te zetten. Er werden geen nieuwe bijwerkingen gevonden. In de analyse wordt geen melding gemaakt van eventuele reductie van de oorspronkelijke dagdosering.

Tricyclische antidepressiva (TCA): imipramine

imipramine

Er zijn geen TCA's bij ouderen onderzocht wat betreft effectiviteit en tolerantie bij een gegeneraliseerde angststoornis. Bij jongere volwassenen is alleen imipramine onderzocht, waarvan éénmaal placebogecontroleerd. Imipramine bleek hier effectief met name na de tweede week van de behandeling. Er is geen dosis effectstudie verricht. Deze TCA wordt echter door veel ouderenpsychiaters niet geschikt geacht voor deze doelgroep, omdat het een tertiair amine betreft met veel anticholinerge werking. Clomipramine zou een betere keuze zijn voor ouderen met een angststoornis omdat dit een tertiair amine is dat met name op het serotonerge systeem werkt. Over het algemeen wordt in de literatuur echter de voorkeur gegeven aan SSRI's, al zijn er nog geen vergelijkende studies bij ouderen verricht. Bij TCA's wordt door middel van spiegelcontrole vastgesteld of er een therapeutische dosis gegeven wordt.

Anxiolytica: Buspiron

Buspiron

Effectiviteit

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Evenals bij SSRI's, is er weinig onderzoek gedaan naar het gebruik van buspiron bij ouderen met een gegeneraliseerde angststoornis. Er bestaat één gerandomiseerde en placebogecontroleerde studie van

Majercsik e.a. (113), die bewijs levert voor het effect van buspiron bij oudere mannen met een gegeneraliseerde angststoornis. Na een behandeling met buspiron gedurende 6 weken scoorde 48% van de patiënten binnen de normale range op de Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM-A). Deze vragenlijst meet de mate waarin angstsymptomen aanwezig zijn. Alle patiënten lieten verbeteringen in de angstsymptomen zien. Buspiron deed het beter dan placebo.

Verder bestaat er een gecontroleerde studie waarin buspiron werd vergeleken met placebo bij angstige ouderen die niet voldeden aan alle criteria voor GAS, maar die wel klinisch relevante GAS symptomen vertoonden (29). Uit deze studie bleek dat buspiron effectiever was dan placebo. Hoewel buspiron een effectieve behandeling kan zijn voor GAS, speelt buspiron een beperkte rol in de behandeling bij ouderen (58). Ten eerste is het geen vervanging voor een antidepressivum bij de behandeling van GAS met comorbide depressie. Ten tweede komt de werking van buspiron traag op gang (dit geldt echter uiteraard ook voor anti-depressiva). Hierdoor is het niet geschikt voor acute behandeling en stoppen veel cliënten ook vroegtijdig met de behandeling. Ten derde lijkt het erop dat het effect van buspiron minder is bij mensen die eerder met een benzodiazepine zijn behandeld. De werking bij ouderen, die veelal eerder behandeld zijn met een benzo, is dus onduidelijk. Tot slot moet buspiron twee tot driemaal daags worden ingenomen, wat de therapietrouw niet ten goede komt. Een voordeel van buspiron is dat het geen van de zware bijwerkingen van een benzodiazepine heeft, als cognitieve stoornissen en verslaving. De meest voorkomende bijwerkingen zijn duizeligheid, hoofdpijn en misselijkheid (179)

Dosering:

In de studie van Majercsik e.a. (113) werd een dosering buspiron gebruikt van 3 x 10mg per dag gedurende 6 weken. Volgens het overzichtsartikel van Flint (58) wordt bij ouderen meestal gestart met een behandeling van tweemaal daags 5mg. Deze dosis wordt elke 4-5 dagen met 5mg verhoogd, tot de uiteindelijke dosis van 20-30 mg per dag is bereikt (verspreid over de dag). Door deze geleidelijke opbouw wordt de kans op bijwerkingen geminimaliseerd. Er zijn geen effecten op de lange termijn bekend.

Benzodiazepinen

Effectiviteit

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Benzodiazepinen worden het meest voorgeschreven bij de behandeling van een gegeneraliseerde angststoornis bij ouderen (21 114). Hoewel benzodiazepinen effectief zijn als behandeling voor GAS bij jongere volwassenen en als voordeel hebben dat ze op korte termijn werkzaam zijn, zijn ze geen eerste keus voor de behandeling van GAS bij zowel jongere volwassenen als bij oudere cliënten (58). Het langdurig gebruik van benzodiazepinen brengt risico's met zich mee, zoals reactietijdvertraging, cognitieve stoornissen, psychomotorische beperkingen, sedatie en zowel lichamelijke als psychische afhankelijkheid. Ook hebben benzodiazepinen euforiserende effecten hetgeen het risico van misbruik vergroot. Benzodiazepinen versterken de effecten van alcohol en omgekeerd versterkt alcohol de effecten van de benzodiazepinen. Bij oudere patiënten is er een verhoogde kans op ongelukken en vallen (4 70). Vanwege het chronische karakter van GAS zou een dagelijks en langdurig gebruik nodig zijn. Om deze redenen is het voorschrijven van benzodiazepinen bij deze problematiek voor ouderen gecontraïndiceerd.

Als toch wordt gekozen voor een benzodiazepine als behandeling voor GAS bij een ouder iemand, dan wordt de voorkeur gegeven aan lorazepam of oxazepam. Reden hiervoor is dat deze medicijnen relatief snel uit het lichaam verdwijnen (na 10-15 uur is de helft afgebroken) en goed verwerkt kunnen worden door de lever, waardoor er weinig giftige stoffen achterblijven in het lichaam (4).

Dosering

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

De aanbevolen dagelijkse dosis lorazepam ligt bij ouderen tussen de 0,5 en 2 mg. De aanbevolen dosis oxazepam ligt bij ouderen tussen de 10 en 30 mg per dag (58). Er zijn geen dosis-effectstudies verricht naar de werkzaamheid van benzodiazepinen bij ouderen.

Lange termijn

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Benzodiazepinen zijn ook op de lange termijn verminderd effectief, vanwege het risico op tolerantie. Bovendien is het gezien de eerder genoemde bijwerkingen niet raadzaam een benzodiazepine langer dan een paar weken te gebruiken (58). Zoals eerder gezegd ligt het daarom, gezien het chronische karakter van GAS, niet voor de hand om een benzodiazepine voor te schrijven. Incidenteel gebruik van een benzodiazepine is immers niet van toepassing bij deze stoornis.

Keuzevolgorde en doseringen

Keuzevolgorde:

- Stap 1) Citalopram, sertraline, venlafaxine of buspiron (6 weken)
- Stap 2) Ander middel uit Citalopram, sertraline, venlafaxine of buspiron

(6 weken)

- Stap 3) TCA (clomipramine)

Doseringen:

- Citalopram: start 10mg, streef 20-30 mg, maximaal 60mg*
- Sertraline: start 25 mg, streef 100 mg, maximaal 100-150 mg
- - Venlafaxine: start 75 mg, streef 75-150 mg, maximaal 225 mg
- - Buspiron: start 30 mg, streef 30-50 mg, maximaal 60 mg
- - Clomipramine: start 25 mg, streefdosering 100-150mg, therapeutische dosis wordt bepaald d.m.v. spiegelcontrole

* Bij maximale dosering van SSRI's en andere serotonerg werkende middelen waakzaam zijn voor serotonine-syndroom (zie [Farmacol. Interventies-Effectiviteit en veiligheid van psychofarmaca](#)).

Psychologische interventies

Keuze en verantwoording van de literatuur

Voor het vinden van literatuur over psychologische interventies bij ouderen met een gegeneraliseerde angststoornis is gebruik gemaakt van literatuur die gevonden is door middel van de zoekprogramma's Medline, Psychinfo, Cochrane en PiCarta. Er is gezocht op combinaties van de volgende trefwoorden: Generalized anxiety disorder, treatment, intervention, programme, cognitive behavior therapy, psychological, old*, eld*, late-life.

Cognitieve gedragstherapie

Effectiviteit

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Binnen de onderzoeksliteratuur naar behandelingen voor angst bij ouderen heeft cognitieve gedragstherapie als behandeling voor gegeneraliseerde angststoornis tot nu toe de meeste aandacht gekregen. Dit komt waarschijnlijk voort uit het feit dat GAS bij ouderen als meest voorkomende angststoornis wordt beschouwd en omdat bij jongere volwassenen is gebleken dat cognitieve gedragstherapie de meest effectieve psychologische interventie is bij de behandeling van GAS. Bovendien is er onder onderzoekers en klinici, zoals reeds besproken in 'Algemene overwegingen en aanpassingen van farmacologische interventies', een grotere terughoudendheid bij het gebruik van medicatie voor psychische problemen bij ouderen. Er is in een aantal onderzoeken aandacht besteed aan de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij ouderen met een gegeneraliseerde angststoornis. Zo werd in een gerandomiseerde en gecontroleerde behandelstudie (¹⁹⁶) bij een groep ouderen met een gegeneraliseerde angststoornis de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie vergeleken met een discussiegroep rond bezorgdheid oproepende onderwerpen en een wachtlijst controlegroep. Beide behandelcondities bleken effectief, waarbij de cognitieve gedragstherapie een groter effect had dan de discussiegroep. Er waren echter onvoldoende aanwijzingen om te concluderen dat cognitieve gedragstherapie een duidelijke meerwaarde had boven de discussiegroep. De effectgroottes waren kleiner dan de effectgroottes die in de behandelstudies met jongere populaties gevonden worden. Ongeveer 31 % (n=8) van zowel de patiënten die CGT kregen, als de patiënten in de discussiegroep viel vroegtijdig uit.

Ook in een andere gerandomiseerde en gecontroleerde behandelstudie (¹⁷⁶) werd de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij ouderen met een gegeneraliseerde angststoornis onderzocht. Met deelnemers in de "minimaal contact" controlegroep werd wekelijks contact opgenomen om te zorgen dat de effectiviteit van de specifieke ingrediënten van de therapie gemeten kon worden in plaats van de meer algemene aspecten zoals de aanwezigheid van een luisterend oor. Na cognitieve gedragstherapie waren angstsymptomen, bezorgdheid en kwaliteit van leven significant verbeterd ten opzichte van de "minimaal contact"groep. In de "minimaal contact" controlegroep was 8% (n=3) van de deelnemers responder, bij de cognitieve gedragstherapie groep was dit 45% (n=13), een significant verschil. Ongeveer 26% (n=10) van de deelnemers aan CGT viel echter vroegtijdig uit, tegenover 10 % (n=4) bij de "minimaal contact" controlegroep.

Om te onderzoeken of CGT ook toepasbaar is in de eerste lijn, hebben Stanley e.a. (¹⁷⁷) in een kleine pilotstudie de effectiviteit van individuele CGT bij ouderen met GAS in de huisartspraktijk onderzocht. CGT werd aangepast aan deze setting. Het aantal sessies werd teruggebracht naar 8 en een aantal procedures (zoals terminologie) en de huiswerkopdrachten werden vereenvoudigd. De therapeuten werden aangemoedigd flexibel te zijn en zich in het gebruik van terminologie, de manier van presenteren en het geven van huiswerk aan te passen aan de individuele patiënten. Eén van de zes patiënten die CGT kreeg viel uit wegens tijdsgebrek. Twee van de zes patiënten in de controleconditie vielen uit (één wegens overlijden en één wegens ontevredenheid met de zorg). Bij de vijf patiënten die CGT kregen was de frequentie en de ernst van de zorgen sterker afgenomen dan bij de vier patiënten die "care as usual" kregen. Alle patiënten in de CGT conditie waren responder (gedefinieerd als een verbetering van 20% of meer op twee van de drie maten voor angst en bezorgdheid) tegenover één uit de controleconditie. Geen enkele patiënt was na behandeling in volledige remissie.

In 2003 hebben Mohlman e.a. (¹²⁵) twee pilotstudies uitgevoerd naar CGT bij ouderen met GAS. In de eerste studie werden deelnemers die standaard cognitieve gedragstherapie kregen vergeleken met een wachtlijstcontrolegroep. In de tweede studie werden deelnemers die aangepaste CGT kregen vergeleken met een wachtlijstcontrolegroep. Bij aangepaste CGT wordt meer aandacht besteed aan psycho-educatie en herhaling van nieuw aangeleerde technieken en vaardigheden. Zowel ouderen die CGT kregen, als ouderen die aangepaste CGT kregen verbeterden significant in de mate van angst in vergelijking met deelnemers in de wachtlijstcontrolegroep. De deelnemers die aangepaste CGT kregen verbeterden echter op meer maten van angst en het effect was groter dan bij standaard CGT. Geen van de patiënten in de aangepaste CGT-groep (n=8) of in de wachtlijstcontrolegroep (n=7) viel uit. Vijfenzeventig procent van de deelnemers die aangepaste CGT hadden gekregen werd als responder aangemerkt, tegenover 14% van de controlegroep.

Kanttekening bij onderzoeken naar CGT bij ouderen met een gegeneraliseerde angststoornis is dat de effectgrootte van cognitieve gedragstherapie bij ouderen kleiner is dan de effectgrootte gevonden bij een populatie met gemengde leeftijd (¹²³). Ook wordt er in studies met ouderen een hogere uitval van respondenten gevonden dan in soortgelijke studies bij jongere volwassenen. Deze uitvallers worden (bijna) niet meegenomen in de resultaten, waardoor het effect positiever kan lijken dan het in werkelijkheid is.

Wijze en duur van toepassing

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Cognitieve gedragstherapie bij GAS bestaat doorgaans uit een aantal met elkaar samenhangende en op elkaar aansluitende elementen. Hieronder worden de elementen genoemd die in bovengenoemde studies zijn gebruikt.

Educatie over de inhoud van GAS en hoe de symptomen te herkennen en hoe ermee om te gaan; relaxatie training; cognitieve herstructurering; 'worry exposure' (het uitdenken van de mogelijke rampen en het genereren van een meer realistische visie daarop); blootstelling aan angstwekkende situaties en gedachten; training in probleemoplossend vermogen; huiswerkopgaven. De CGT kan voor gebruik bij ouderen aangepast worden door er onder andere meer herhaling van technieken aan toe te voegen (zie voor een meer uitgebreide bespreking van mogelijke aanpassingen van CGT voor ouderen 'Algemene overwegingen en aanpassingen van psychologische interventies'). De behandelduur bedroeg tussen de acht en vijftien sessies.

Duurzaamheid

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

De lange termijn effecten van cognitieve gedragstherapie zijn positief. Uit de gerandomiseerde en gecontroleerde studies van Wetherell e.a. (¹⁹⁶) en Stanley e.a. (¹⁷⁶) bleek bij een follow up van respectievelijk 6 en 12 maanden het effect grotendeels behouden of zelfs verbeterd.

Non-directieve steunende discussiegroep

Effectiviteit

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Hoewel CGT eerste keuze is voor de behandeling van GAS bij ouderen, kan als alternatief, bijvoorbeeld als de patiënt de behandeling weigert of afbreekt, aan een non-directieve steunende discussiegroep gedacht worden. In één gerandomiseerde en gecontroleerde studie ([196](#)) en in één gerandomiseerde studie ([175](#)) werd een dergelijke groep vergeleken met CGT bij de behandeling van ouderen met GAS. Bij de studie van Wetherell e.a. ([196](#)) bleken beide behandelcondities effectief, waarbij de cognitieve gedragstherapie een groter effect had dan de discussiegroep. Er kon echter niet gezegd worden dat CGT een duidelijke meerwaarde had boven de discussiegroep. Ongeveer 31% van de deelnemers in de discussiegroep viel uit. Ook bij Stanley e.a. ([175](#)) verminderde de mate van bezorgdheid significant en waren de angstsymptomen significant verminderd. Hier behaalde de steunende therapie betere resultaten dan CGT. Zeven patiënten (54%) die steunende therapie hadden gekregen werden als responder aangemerkt. Ongeveer 15% van de deelnemers aan de steunende therapie viel uit.

Wijze en duur van toepassing

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Bij de discussiegroep werd er gediscussieerd over zaken die angst kunnen oproepen bij ouderen, zoals geheugenproblemen, gezondheid, verlies van onafhankelijkheid en de dood van vrienden en familie. Een verhaaltje of een foto aan het begin van elke sessie diende om de discussie te stimuleren. Een handleiding met vragen bij elk onderwerp hielp de begeleiders om de discussie op het onderwerp gefocust te houden. De begeleiders moedigde deelname, ondersteuning en het delen van informatie aan, maar leerden de deelnemers geen technieken om met situaties om te gaan.

De discussiegroep kwam bij Wetherell e.a. ([196](#)) 12 keer bijeen en bij Stanley e.a. ([175](#)) 14 keer, gedurende anderhalf uur.

Duurzaamheid

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Het lange termijn effect was redelijk. Bij beide genoemde studies ([196](#) [175](#)) bleek bij een follow-up van 6 maanden het effect behouden.

Keuzevolgorde

Tot nu toe heeft het onderzoek naar psychologische interventies bij een gegeneraliseerde angststoornis bij ouderen zich voornamelijk gericht op cognitieve gedragstherapie. Gezien de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie op kortere en langere termijn bij ouderen alsmede door het onderzoek wat bij jongere volwassenen is uitgevoerd, verdient het aanbeveling om CGT de 'psychologische hoofdinterventie' te laten zijn bij de behandeling van GAS.

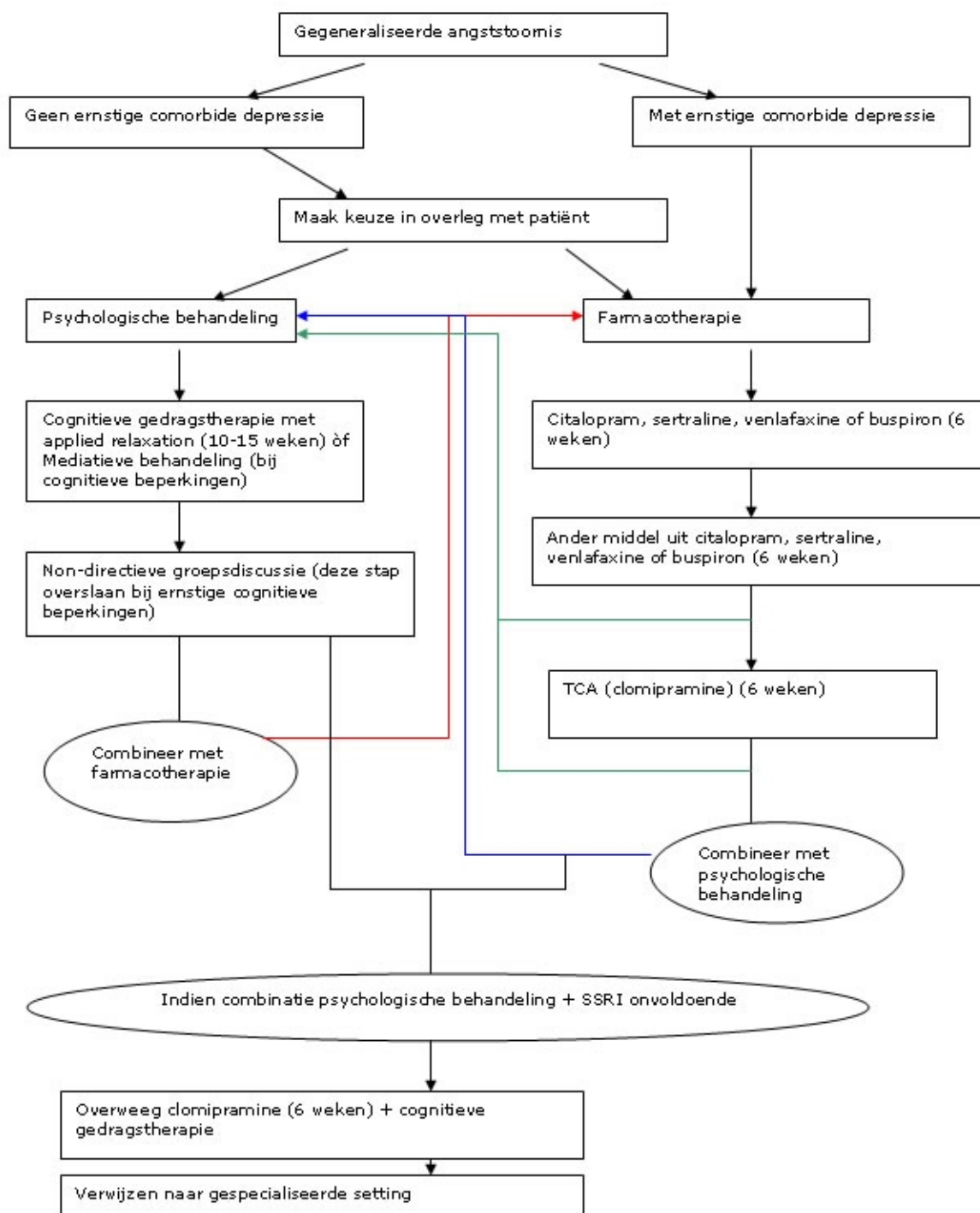
Keuzevolgorde:

- Cognitieve gedragstherapie met applied relaxation, cognitieve therapie en eventueel exposure (voor leeftijdsgerelateerde aanpassingen zie 'Algemene overwegingen en aanpassingen van psychologische interventies').
- Steunende non-directieve groepsdiscussie.

Indien bovenstaande keuzes geen optie zijn, vanwege (bijvoorbeeld) cognitieve beperkingen; Mediatieve behandeling (zie '[Algemene overwegingen en aanpassingen van psychologische interventies](#)').

Beslisboom

Beslisboom bij een gegeneraliseerde angststoornis



Bij de genoemde duur van psychologische interventies moet steeds in acht worden genomen dat er bij ouderen vaak extra zittingen nodig zijn; zie "[Aanpassingen voor cognitieve gedragstherapie](#)".

Paniekstoornis en agorafobie

In deze sectie wordt eerst het onderzoek naar de effectiviteit van farmacologische interventies en vervolgens het onderzoek naar de effectiviteit van psychologische en psychotherapeutische interventies bij de paniekstoornis besproken.

Farmacotherapie

Keuze en verantwoording voor de literatuur

Voor het vinden van literatuur over farmacologische interventies bij ouderen met een paniekstoornis en agorafobie is gebruik gemaakt van literatuur die gevonden is door middel van de zoekprogramma's Medline, Psychinfo, Cochrane en PiCarta. Er is gezocht op combinaties van de volgende trefwoorden: panic disorder, agoraphobia, treatment, old*, eld*, late-life, medication, SSRI, pharmacotherapy, medic*.

SSRI's

Effectiviteit

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Er zijn geen gerandomiseerde gecontroleerde studies verricht naar de effectiviteit van SSRI's bij ouderen met een paniekstoornis. Sertraline is onderzocht in een gerandomiseerde en placebo-gecontroleerde studie bij een gemengde populatie ouderen met angststoornissen ([159](#)). In dit onderzoek was bij 45.2% van de patiënten sprake van een PS. Sertraline bleek significant effectief ten opzichte van een wachtlijst controle. Na 15 weken konden 57% van de patiënten die met sertraline waren behandeld als responder beschouwd worden. Bij 47% van de patiënten was op de nameting sprake van 'volledig herstel' (d.w.z dat de betrokkenen op twee angstmaten scoorden binnen het bereik van een 'normale' populatie). Bij deze studie dient te worden aangetekend dat geen specifieke vragenlijsten voor paniekstoornis waren afgenomen en dat de resultaten niet zijn gedifferentieerd naar het type angststoornis. Aandachtspunt is tevens het relatief hoge drop-out percentage van 24.1%. Daarnaast weigerden 4 van de 29 deelnemers (13.8%) de interventie al bij voorbaat. Voor meer informatie over deze studie wordt verwezen naar 'Gegeneraliseerde angststoornis'.

Er zijn twee open studies verricht met SSRI's. Sheikh e.a. ([166](#)) vonden na 12 weken dat sertraline (n=10, gemiddelde leeftijd 72,5 jaar, gemiddelde dosering 92,5 mg per dag) significant effectief was ten opzichte van aanvang op de Hamilton Anxiety Rating Scale en dat 90% van de participanten symptoomvrij was. Een tweede, eveneens open studie, betreft een vergelijking van citalopram en escitalopram ([148](#)) bij 40 ouderen met recidiverende paniekaanvallen (geen paniekstoornis). Na 8 weken waren beide farmaca significant effectief met betrekking tot de afname van de score op de Hamilton Anxiety Rating Scale en vermindering van de paniekfrequentie, maar het effect van escitalopram lijkt eerder op te treden. Het dropout percentage was 6%.

Dosering

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Het schaarse onderzoek naar de effectiviteit van SSRI's bij angststoornissen geeft geen aanwijzingen dat de therapeutische doseringen en de tolerantie sterk verschillen van jongere volwassenen. Ook bij de behandeling van depressie worden geen duidelijke verschillen gevonden in dosering en tolerantie (zie hiervoor onder andere [53](#) [149](#) [152](#)).

TCA's

Effectiviteit

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Er is één gerandomiseerde placebo-gecontroleerde studie verricht naar de effectiviteit van imipramine en alprazolam bij ouderen met een paniekstoornis ([164](#)). Deze studie werd vanwege hoge drop-out in de beginfase op het vermoeden van ernstige bijwerkingen voortijdig afgebroken. Het bleek dat de uitval zich grotendeels in de placebo conditie had voorgedaan. Omdat slechts 25 proefpersonen waren geïncludeerd konden uit deze studie geen definitieve conclusies worden getrokken. Wel bleken zowel alprazolam als imipramine effectief ten aanzien van afname van de paniekaanvallen en de algemene angstklachten. Vanwege de bij 'Gegeneraliseerde angststoornis' besproken overwegingen bij het gebruik van imipramine bij

ouderen wordt door de werkgroep in het geval van het gebruik van TCA's de voorkeur gegeven aan clomipramine.

Dosering

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

In de literatuur over de behandeling van depressie bij ouderen met TCA's worden geen aanwijzingen gevonden dat de dosering en de tolerantie van deze middelen sterk verschillen bij ouderen ten opzichte van jongere volwassenen. Het blijkt zelfs dat deze vergelijkbaar is als bij de SSRI's (¹⁹⁸).

Benzodiazepines

Effectiviteit Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Ook naar de effectiviteit van benzodiazepines bij de behandeling van paniekstoornis is slechts één placebogecontroleerd onderzoek verricht. Dit is de hiervoor onder TCA's besproken studie van Sheikh & Swales (¹⁶⁴). In deze studie bleek alprazolam even effectief als imipramine. Voor meer informatie over benzodiazepines wordt verwezen naar 'Benzodiazepines bij gegeneraliseerde angststoornis e.v..

Keuzevolgorde en doseringen

Stap 1 een SSRI

Stap 2 een andere SSRI

Stap 3 TCA (clomipramine)

Stap 4 MAOI

Het voorschrijven van benzodiazepines bij ouderen met een paniekstoornis wordt afgeraden. De nadelen zoals geheugenproblemen en het vergrote valrisico wegen juist op oudere leeftijd extra zwaar.

Vanaf stap 2 dient altijd ook gedragstherapie overwogen te worden, als dat al niet eerder gedaan is.

Doseringen

- - Citalopram: start 10 mg, streef 20-30 mg, maximaal 60 mg*
- - Escitalopram: start 5 mg, streef 10 mg, maximaal 20 mg
- - Fluoxetine: start 20 mg, streef 20 mg, maximaal 60 mg
- - Fluvoxamine: start 50 mg, streef 100-150 mg, maximaal 300 mg
- - Paroxetine: start 10-20 mg, streef 20-40 mg, maximaal 60 mg*
- - Sertraline: start 50 mg, streef 100 mg, maximaal 100 mg
- - Clomipramine: start 25 mg, streefdosering 100-150mg, therapeutische dosis wordt bepaald d.m.v. spiegelcontrole

*Bij maximale dosering van SSRI's en andere serotonerg werkende middelen waakzaam zijn voor serotonine-syndroom (zie 3.2.1)

Psychologische interventies

Er zijn geen gecontroleerde studies verricht naar de effectiviteit van psychologische interventies bij ouderen met PS. Cognitieve gedragstherapie (CGT) is de meest onderzochte psychologische behandelvorm bij ouderen met angststoornissen (¹²⁹ ¹²). Tot op heden zijn er twee studies met een gemengde populatie van ouderen met angststoornissen, waarbij GAS en PS de meest voorkomende angststoornissen waren (¹⁴ ¹⁵⁹). In beide studies bestond ongeveer de helft van populatie uit ouderen met een PS. In de studie van Barrowclough e. a. (¹⁴) werd CGT vergeleken met steungevende therapie. Beide interventies bleken redelijk effectief, maar de effecten van CGT waren zowel op korte als op lange termijn groter. In de studie van Schuurmans e. a. (¹⁵⁹) werd CGT ook redelijk effectief bevonden, maar de effectgroottes waren een stuk kleiner. Dit is niet goed verklaarbaar. Bij beide studies dient te worden aangetekend dat er geen specifieke instrumenten voor PS zijn afgenomen waaraan het behandelresultaat met betrekking tot de panieklachten afgemeten kan worden. Op grond van het schaarse onderzoek naar psychologische interventies bij ouderen met PS kunnen geen

definitieve conclusies worden getrokken. CGT is bij ouderen met angststoornissen de meest onderzochte en ook meest effectieve psychologische interventie. Vooralsnog zijn er geen aanwijzingen dat in dit verband voor ouderen met PS de effecten van CGT geringer zullen zijn dan bij jongere volwassenen met PS. Daarom wordt in grote lijnen het advies uit de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen m.b.t. de paniekstoornis in onderstaande keuzevolgorde overgenomen. Voor een bespreking van de specifieke interventies die hierbij aan bod komen, zoals paniekmanagement en paniek-controletraining, verwijzen we naar de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen (2003).

Psychologische interventies bij agorafobie uit angst om te vallen

In '[Agorafobie zonder paniekstoornis in de voorgeschiedenis](#)' is uiteengezet welke argumenten voor de werkgroep aanleiding waren om agorafobische klachten naar aanleiding van angst om te vallen te scharen onder de noemer agorafobie. De behandeling van deze klachten hoeft niet veel af te wijken van de behandeling van agorafobie naar aanleiding van meer aan paniek gerelateerde verschijnselen, hetgeen inhoudt dat exposure in vivo de belangrijkste techniek zal zijn, al zal er rekening gehouden moeten worden met aanpassingen en gebruik van eventuele hulpmiddelen naarmate de angst om te vallen een reële grond heeft (zie 'Aanpassingen voor cognitieve gedragstherapie'). Er zal echter geen gebruik gemaakt worden van paniekmanagement of paniek-controle training, behalve als er naast de angst te vallen duidelijke paniekaanvallen of symptomen van een paniekaanval aanwezig zijn. Daarnaast is er recentelijk een Nederlands adaptatie van een Amerikaans behandelprotocol voor valangst met vermijdingsgedrag verschenen ⁽²⁰⁶⁾, hier bekend als de cursus 'Beter in Balans'. Deze interventie heeft de vorm van een groepscursus en bestaat uit 8 wekelijkse bijeenkomsten van twee uur en een herhalingsbijeenkomst 6 maanden na de laatste bijeenkomst. De cursusbijeenkomsten worden geleid door een in ouderenzorg gespecialiseerde wijkverpleegkundige. De groepen bestaan uit circa 10 deelnemers. De cursus is gebaseerd op elementen uit de cognitieve gedragstherapie, namelijk cognitieve herstructurering en vaardigheidstraining. Thema's die in de cursus aan bod komen zijn o.a.: het omzetten van belemmerende gedachten ten aanzien van vallen in behulpzame gedachten; het versterken van de eigen-effectiviteit en het gevoel van controle ten aanzien van vallen; het uitvoeren van spierkrachtversterkende oefeningen; het stimuleren van (overige) lichaamsbeweging; het vergroten van de assertiviteit; het verminderen van risicovolle gewoontes; en het verminderen van risico's in de woonomgeving. De effectiviteit van het Nederlandse behandelprotocol wordt op dit moment geëvalueerd in een interventie studie. Voor het Amerikaanse behandelprotocol werden aanwijzingen gevonden voor een significante afname van vermijdingsgedrag, maar de effecten waren relatief bescheiden ⁽¹⁸²⁾.

Keuzevolgorde

Met betrekking tot de keuze van psychologische interventies ten aanzien van paniekstoornis al dan niet met agorafobie wordt het volgende stappenplan aangeraden:

- 1. Paniekmanagement (maximaal 16 weken), bestaande uit: cognitieve therapie (minimaal 8 weken) en/of paniekcontroletraining (minimaal 8 weken) en/of applied relaxation (minimaal 8 weken). Voor leeftijdsgerelateerde aanpassingen zie 'Algemene overwegingen en aanpassingen van psychologische interventies'.
- 2. Bij onvoldoende effect of weigering CGT; steunende non-directieve groepsdiscussie.

Indien bovenstaande keuzes geen optie zijn, vanwege (bijvoorbeeld) cognitieve beperkingen of agorafobie vanwege valangst zonder paniek;

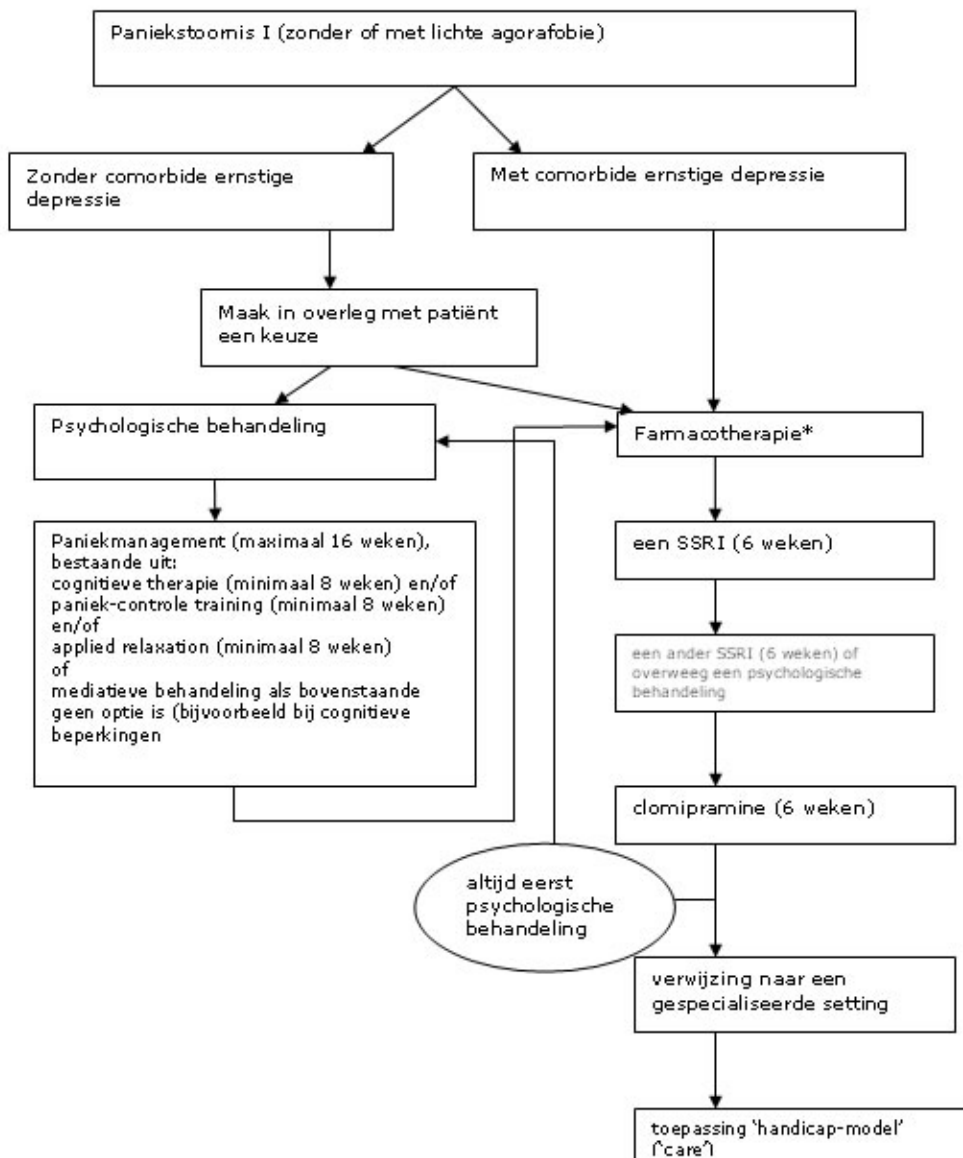
- Mediatieve behandeling (zie '[Algemene overwegingen en aanpassingen van psychologische interventies](#)').
- Exposure in vivo met of zonder applied relaxation of Beter in Balans.

Aangezien er op het gebied van paniekstoornis met of zonder agorafobie nog erg weinig onderzoek bij ouderen is verricht, verwijzen wij voor overige overwegingen bij de keuze van psychologische interventies naar de multidisciplinaire richtlijn voor angststoornissen. In deze richtlijn wordt onderscheid gemaakt tussen

paniekstoornis type I (paniekstoornis zonder of met lichte agorafobie) en paniekstoornis type II (paniekstoornis met ernstige of matig ernstige agorafobie). Het lijkt de werkgroep zinvol dit onderscheid over te nemen (zie beslisbomen).

Beslisboom Paniekstoornis I

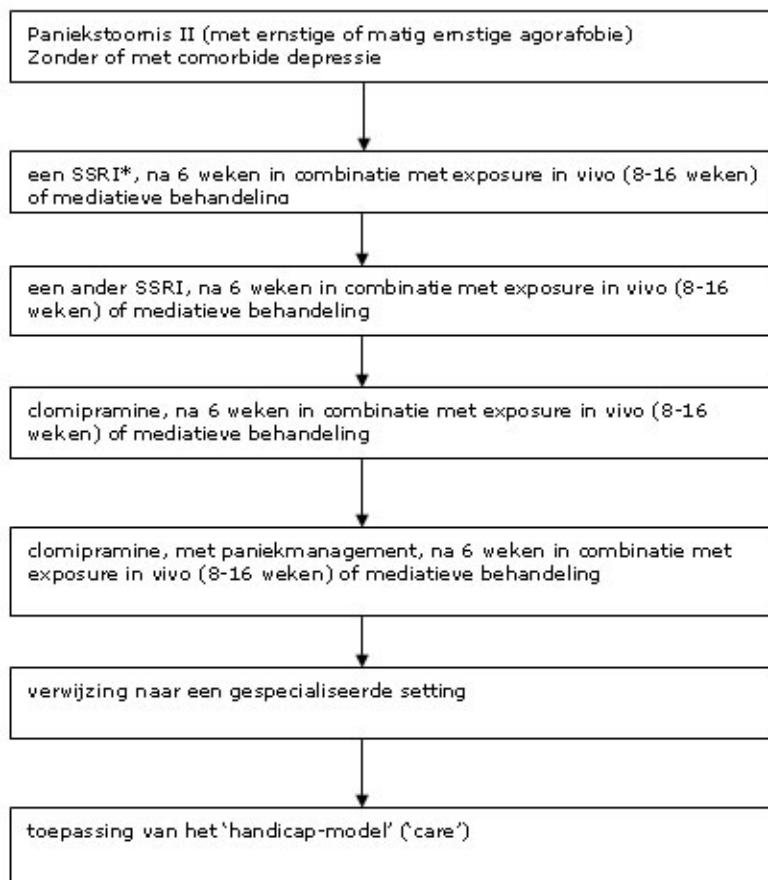
Beslisboom bij een paniekstoornis zonder of met lichte agorafobie



* Farmacotherapie: Een serotonerg tricyclisch antidepressivum (TCA) en een selectieve serotonineheropnameremmer (SSRI) blijken even effectief. Op grond van tolerantie en veiligheid spreekt de werkgroep een voorkeur uit voor SSRI's als eerste keuze preparaat, gevolgd door TCA's, voor zover er thans inzicht bestaat. Aangezien de keuze voor een van beide groepen farmaca mede gebaseerd is op basis van bijwerkingen, comorbiditeit en comedicaatie kan naar de mening van de werkgroep in sommige situaties echter gemotiveerd worden afgeweken van deze voorkeur voor SSRI's en kan de behandeling gestart worden met TCA's gevolgd door SSRI's.

Beslisboom paniekstoornis II

Beslisboom bij een paniekstoornis met ernstige of matig ernstige agorafobie



* SSRI: Een serotonerg tricyclisch antidepressivum (TCA) en een selectieve serotonineheropnameremmer (SSRI) blijken even effectief. Op grond van tolerantie en veiligheid spreekt de werkgroep een voorkeur uit voor SSRI's als eerste keuze preparaat, gevolgd door TCA's, voor zover er thans inzicht bestaat. Aangezien de keuze voor een van beide groepen farmaca mede gebaseerd is op basis van bijwerkingen, comorbiditeit en comedicaatie kan naar de mening van de werkgroep in sommige situaties echter gemotiveerd worden afgeweken van deze voorkeur voor SSRI's en kan de behandeling gestart worden met TCA's gevolgd door SSRI's.

Bij de genoemde duur van psychologische interventies moet steeds in acht worden genomen dat er bij ouderen vaak extra zittingen nodig zijn; zie ['Aanpassingen voor cognitieve gedragstherapie'](#).

Sociale angststoornissen

In deze sectie wordt het onderzoek naar de effectiviteit van farmacologische interventies en het onderzoek naar de effectiviteit van psychologische en psychotherapeutische interventies bij de sociale angststoornis besproken. Hiertoe worden ook sociale angstklachten gerekend die geluxeed zijn door een somatische aandoening zoals de ziekte van Parkinson, beperkingen van het gehoor of gezichtsvermogen, of fatische problemen na een CVA (zie '[Prevalentie, fenomenologie en diagnostiek](#)').

Farmacotherapie en psychologische interventies

Keuze en verantwoording voor de literatuur.

Voor het vinden van literatuur over farmacotherapie en psychologische interventies bij ouderen met een sociale fobie is gebruik gemaakt van de zoekprogramma's Medline, Psychinfo, Cochrane en PiCarta. Er is gezocht op combinaties van de volgende trefwoorden: social phobia, social fear, treatment, old*, eld*, late-life, medication, SSRI, pharmacotherapy, medic*, intervention, programme, cognitive behavior therapy, psychological.

Resultaten

Er werden geen farmacologische en psychotherapeutische behandelstudies gevonden die zich specifiek richtten op ouderen met een sociale fobie.

Wel werd één gerandomiseerd onderzoek van Schuurmans e.a. ([159](#)) gevonden waarin sertraline werd vergeleken met cognitieve gedragstherapie en een wachtlijstcontrolegroep. Er werd gekeken naar de effectiviteit van beide behandelingen bij ouderen met verschillende angststoornissen, waaronder een sociale fobie (10%, n=9). Twee van deze deelnemers (7%) kregen sertraline als behandeling en vier (9,5%) kregen cognitieve gedragstherapie. Voor een nadere bespreking van de resultaten van deze studie wordt verwezen naar 'Gegeneraliseerde angststoornis'.

Het is niet bekend of de twee deelnemers met een sociale fobie die sertraline kregen en de vier die CGT als behandeling kregen de totale behandeling hebben volbracht. Het wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van sertraline en CGT bij ouderen met een sociale angststoornis is dus zeer gering. Echter, bij jongere volwassenen met een sociale angststoornis blijken sertraline (en andere SSRI's) en CGT effectief (zie multidisciplinaire richtlijn angststoornissen, 2003) en er is geen reden om aan te nemen dat dit bij ouderen niet zo zou zijn.

In een casuïstische studie naar cognitieve gedragstherapie bij een 60-jarige man met een sociale fobie en de ziekte van Parkinson ([80](#)) worden wel aanwijzingen gevonden voor de mogelijke effectiviteit en toepasbaarheid van CGT bij sociaal fobische ouderen. Hieraan kunnen echter geen definitieve conclusies verbonden worden. Bij jongere volwassenen zijn er wel meerdere onderzoeken verricht naar farmacologische en psychologische interventies als behandeling voor een sociale fobie. Wat betreft farmacotherapie zijn de SSRI's fluvoxamine, paroxetine en sertraline effectiever bevonden dan placebo. Paroxetine is het meest uitgebreid onderzocht. Zowel specifiek sociaal fobische angst alsook het vermijdingsgedrag vermindert door de behandeling. Ook de MAOI fenelzine bleek bij jongere volwassenen effectiever dan placebo. Fenelzine is echter minder veilig dan een SSRI en wordt minder goed getolereerd. Ook is het houden van een tyramine-arm dieet noodzakelijk. Voor uitgebreide verhandelingen over farmacotherapie bij een sociale angststoornis verwijzen wij u door naar de multidisciplinaire richtlijn angst voor volwassenen. Houdt wel rekening met de genoemde [aanpassingen voor cognitieve gedragstherapie](#).

Keuzevolgorde

Keuzevolgorde farmacotherapie voor specifieke subtypes sociale angststoornis

- Stap 1) een bètablokker (incidenteel bij angst voor een specifieke prestatie, zoals spreken in het openbaar of bij een tremor in sociale situaties, mits er geen sprake is van mogelijke interactie-effecten met andere medicatie voor hartaandoeningen of hoge bloeddruk). Deze stap is niet geschikt voor andere specifieke subtypes als de in 'Prevalentie, fenomenologie en diagnostiek' genoemde vergeetfobie.
- Stap 2) een benzodiazepine (incidenteel) Als ondanks de genoemde nadelige bijwerkingen van benzodiazepinen (zie 'Algemene overwegingen en aanpassingen van farmacologische interventies' en 'Gegeneraliseerde angststoornis') gekozen wordt voor een benzodiazepine bij een ouder iemand, dan is dit alleen aan te raden als er echt sprake is van incidenteel gebruik (d.w.z. als de angst alleen bij

incidenteel voorkomende situaties optreedt). De voorkeur wordt gegeven aan lorazepam of oxazepam. Reden hiervoor is dat deze medicijnen relatief snel uit het lichaam verdwijnen (na 10-15 uur is de helft afgebroken) en goed verwerkt kunnen worden door de lever, waardoor er weinig giftige stoffen achterblijven in het lichaam ⁽⁴⁾.

- Stap 3) een SSRI

Keuzevolgorde farmacotherapie gegeneraliseerde sociale angststoornis:

- Stap 1) een SSRI
- Stap 2) een andere SSRI

Doseringen:

- Citalopram: start 10 mg, streef 20-30 mg, maximaal 60 mg*
- Escitalopram: start 5 mg, streef 10 mg, maximaal 20 mg
- Fluoxetine: start 20 mg, streef 20 mg, maximaal 60 mg
- Fluvoxamine: start 50 mg, streef 100-150 mg, maximaal 300 mg
- Paroxetine: start 10-20 mg, streef 20-40 mg, maximaal 60 mg
- Sertraline: start 50 mg, streef 100 mg, maximaal 100 mg
- Oxazepam 5-10mg
- Lorazepam 0,5-1mg 0,5-1mg
- Propanolol: 10-25 mg (bètablokker)
- Atenolol: 10-50 mg (bètablokker)

Zoals te lezen in de multidisciplinaire richtlijn angst voor volwassenen zijn wat betreft psychologische interventies voor de behandeling van een sociale angststoornis ook verschillende onderzoeken uitgevoerd bij jongere volwassenen. Sociale vaardigheidstraining, exposure in vivo en cognitieve herstructurering blijken effectieve behandelingen te zijn. Voor een uitgebreide verhandeling hiervan verwijzen wij u naar de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen voor volwassenen. Houdt ook hierbij rekening met de genoemde aanpassingen in 'Algemene overwegingen en aanpassingen psychologische interventies'.

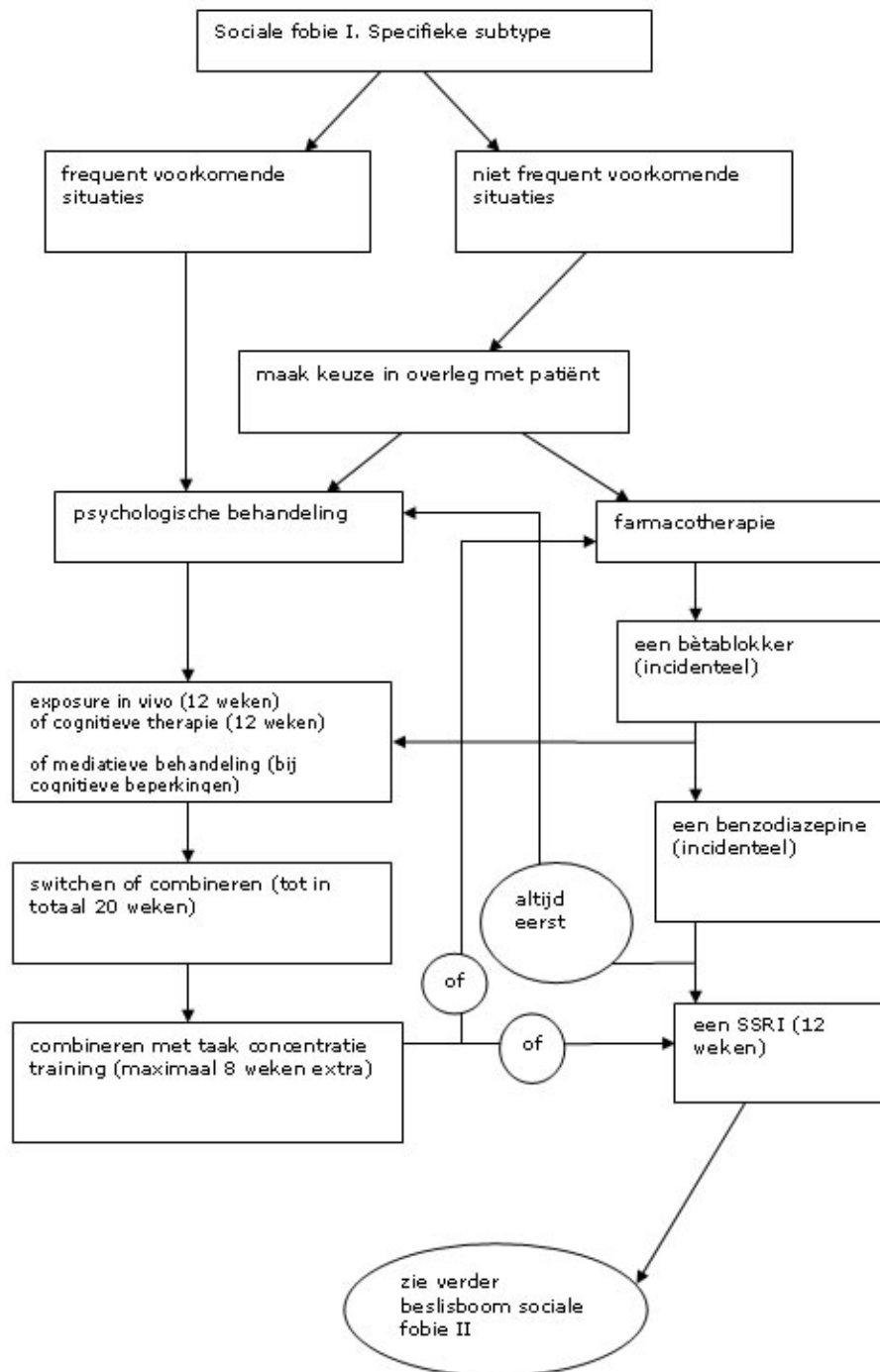
Keuzevolgorde psychologische interventies bij gegeneraliseerd subtype:

- Stap 1) exposure in vivo (als vermijding centraal staat) of cognitieve herstructurering (als disfunctionele cognities centraal staan)
- Stap 2) bovenste twee combineren met sociale vaardigheidstraining (wanneer gebrekkige sociale vaardigheden centraal staan) of taak concentratietraining (bij overbetrokkenheid op het eigen functioneren)
- Stap 3) als nog steeds onvoldoende resultaat wordt bereikt, kan in de hoofdinterventie geswitched worden van exposure naar cognitieve herstructurering of andersom

Keuze volgorde voor het specifieke subtype is hetzelfde, zij het dat sociale vaardigheidstraining doorgaans geen ondersteunende interventie zal zijn naast exposure in vivo en/of cognitieve herstructurering.

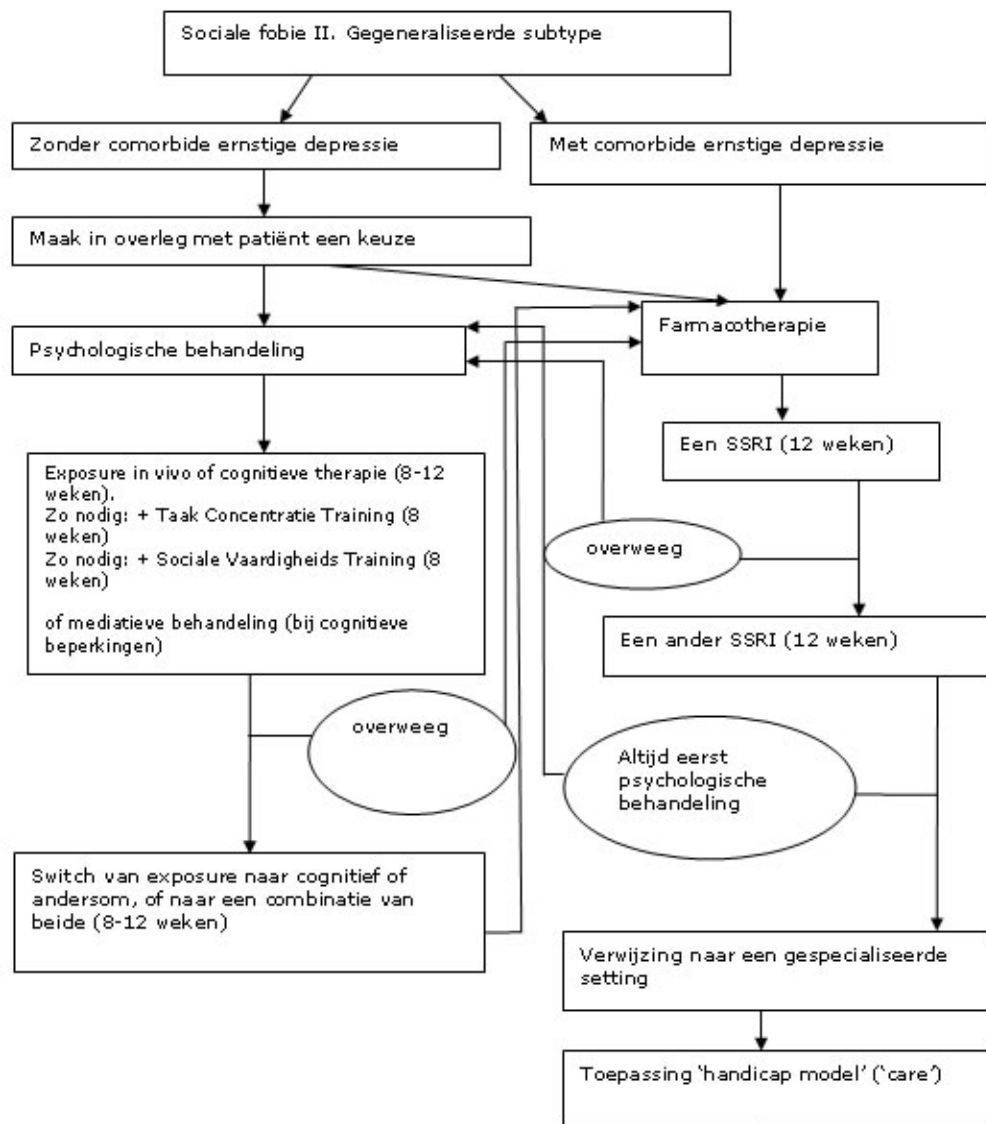
*Bij maximale dosering van SSRI's en andere serotonerg werkende middelen waakzaam zijn voor serotonine-syndroom (zie 'Effectiviteit en veiligheid van psychofarmaca')

Beslisboom sociale fobie (I), specifiek subtype



Bij de genoemde duur van psychologische interventies moet steeds in acht worden genomen dat er bij ouderen vaak extra zittingen nodig zijn; zie ['Aanpassingen voor cognitieve gedragstherapie'](#).

Beslisboom sociale fobie (2), gegeneraliseerde subtype



Bij de genoemde duur van psychologische interventies moet steeds in acht worden genomen dat er bij ouderen vaak extra zittingen nodig zijn; zie ['Aanpassingen voor cognitieve gedragstherapie'](#).

Specifieke fobie

In deze sectie wordt eerst het onderzoek naar de effectiviteit van farmacologische interventies en vervolgens het onderzoek naar de effectiviteit van psychologische en psychotherapeutische interventies bij de specifieke fobie besproken.

Farmacotherapie

Keuze en verantwoording voor de literatuur.

Voor het vinden van literatuur over farmacologische interventies bij ouderen met een specifieke fobie is gebruik gemaakt van literatuur die gevonden is door middel van de zoekprogramma's Medline, Psychinfo, Cochrane en PiCarta. Er is gezocht op combinaties van de volgende trefwoorden: specific phobia, simple phobia, phobia, treatment, old*, eld*, late-life, medication, SSRI, pharmacotherapy, paroxetine, medic*.

Medicatie wordt over het algemeen niet gezien als standaard behandeling voor de specifieke fobie. Dat komt omdat veel patiënten weinig last ervaren van de fobie in hun dagelijkse bezigheden. Bij ouderen is er dan ook geen enkel onderzoek verricht naar de farmacologische behandeling van een specifieke fobie. Er is zelfs geen case studie voorhanden.

Uit de multidisciplinaire richtlijn angst blijkt dat bij jongere volwassenen slechts één kleine, gecontroleerde studie is verricht naar het antidepressivum paroxetine. Paroxetine (drie van de vijf patiënten reageerden) bleek effectiever dan placebo (één van de zes patiënten reageerde) met een dosering van 20 mg. Het effect werd na vier weken geëvalueerd. Er was verbetering van angst en vermijding. In deze studie was geen sprake van drop-out. Voor een uitgebreidere verhandeling over farmacologische interventies bij een specifieke fobie verwijzen wij u naar de richtlijn angststoornissen voor volwassenen. Houdt bij het lezen rekening met de eerder genoemde aanpassingen uit 'Algemene overwegingen en aanpassingen van farmacologische interventies'.

Keuzevolgorde en doseringen

Als een gedragstherapeutische interventie niet voldoende effectief is en de patiënt dagelijks lijdt onder de angsten, kunnen antidepressiva overwogen worden. SSRI's en de TCA's imipramine en clomipramine komen in aanmerking in een streefdosering zoals gebruikt bij de paniekstoornis (zie 'TCA' bij 'Gegeneraliseerde angststoornis'; er wordt bij ouderen voorkeur gegeven aan clomipramine). Benzodiazepinen moeten gereserveerd worden voor patiënten die zeer onregelmatig met de fobische stimulus worden geconfronteerd, die niet gemotiveerd zijn voor gedragstherapie en de betreffende situatie niet kunnen ontwijken. In deze gevallen kan gedurende de periode van blootstelling aan de angstwekkende situatie een benzodiazepine worden voorgeschreven in een lage dosering. Men moet de patiënt deze medicatie tenminste eenmaal voor proef laten gebruiken, zodat deze de eventuele bijwerkingen kent. Daarnaast past een advies om gelijktijdig geen alcohol te gebruiken, zoals bijvoorbeeld gedurende de vlucht bij een vliegfobie. De voorkeur wordt gegeven aan lorazepam of oxazepam. Reden hiervoor is dat deze medicijnen relatief snel uit het lichaam verdwijnen (na 10-15 uur is de helft afgebroken) en goed verwerkt kunnen worden door de lever, waardoor er weinig giftige stoffen achterblijven in het lichaam (4).

Doseringen

- Citalopram: start 10 mg, streef 20-30 mg, maximaal 60 mg*
- Escitalopram: start 5 mg, streef 10 mg, maximaal 20 mg
- Fluoxetine: start 20 mg, streef 20 mg, maximaal 60 mg
- Fluvoxamine: start 50 mg, streef 100-150 mg, maximaal 300 mg
- Paroxetine: start 10-20 mg, streef 20-40 mg, maximaal 60 mg*
- Sertraline: start 50 mg, streef 100 mg, maximaal 100 mg
- Oxazepam 10-20mg
- Lorazepam 0,5-1mg
- Clomipramine: start 25 mg, spiegelcontrole, maximaal 300 mg (TCA)

*Bij maximale dosering van SSRI's en andere serotonerg werkende middelen waakzaam zijn voor serotonine-syndroom (zie '[Effectiviteit en veiligheid van psychofarmaca](#)')

Psychologische interventies

Keuze en verantwoording van de literatuur

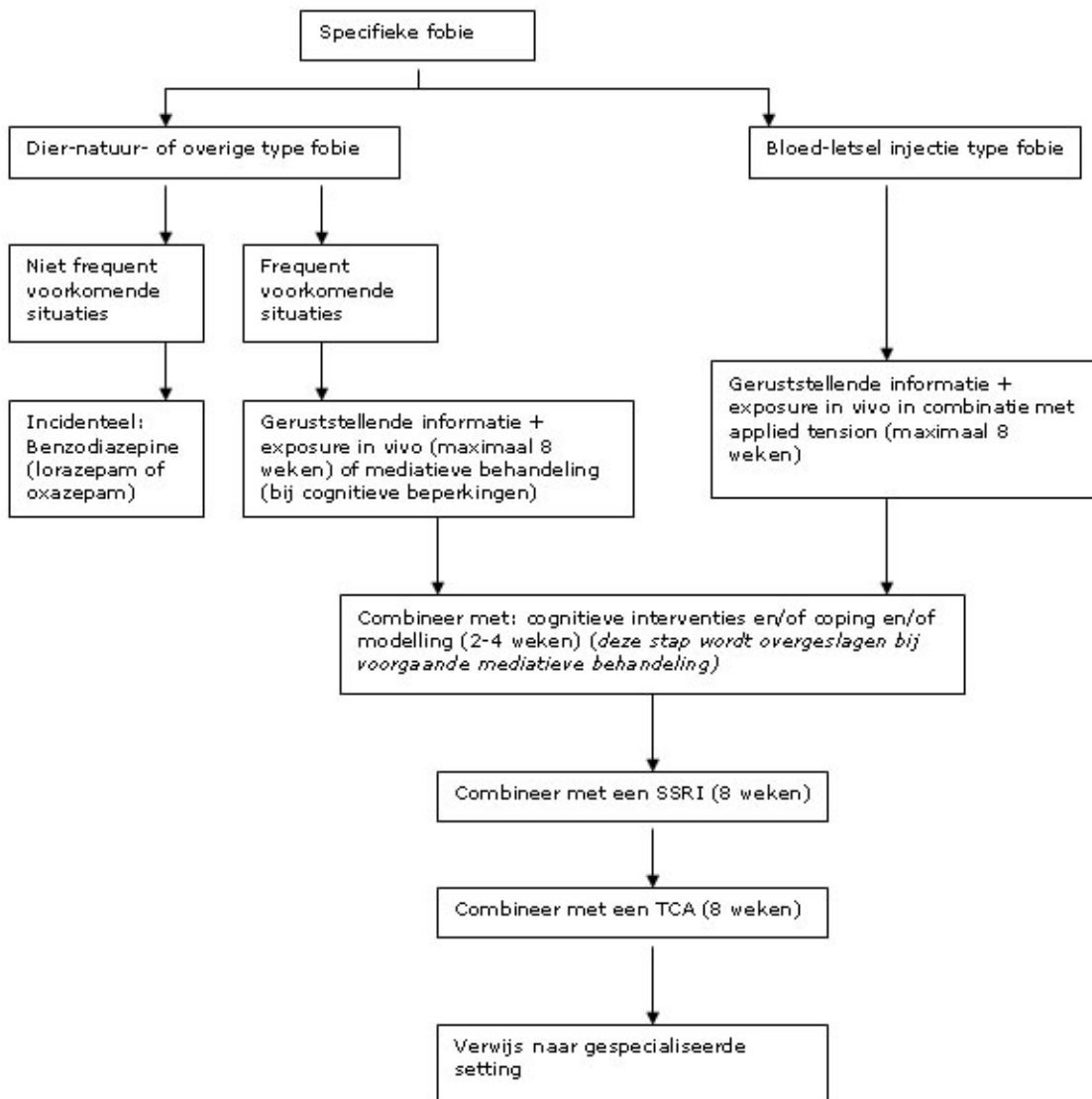
Voor het vinden van literatuur over psychologische interventies bij ouderen met een specifieke fobie is gebruik gemaakt van literatuur die gevonden is door middel van de zoekprogramma's Medline, Psychinfo, Cochrane en PiCarta. Er is gezocht op combinaties van de volgende trefwoorden: specific phobia, simple phobia, phobia, treatment, intervention, programme, cognitive behavior therapy, psychological, exposure in vivo, old*, eld*, late-life.

Bij ouderen is geen enkel systematisch en gecontroleerd onderzoek gedaan naar psychologische interventies bij een specifieke fobie.

In de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen is te lezen dat bij jongere volwassenen exposure in vivo (het blootstellen aan de angstopwekkende situatie of het angstopwekkende object) de meest succesvolle en effectieve psychologische interventie blijkt te zijn voor specifieke fobieën in het algemeen en de voorkeur heeft boven cognitieve therapie. Het meeste gecontroleerde onderzoek is gedaan naar exposure in vivo bij bloed-injectie en letstelfobie, spinfobie, slangenfobie, claustrofobie en hoogtevrees.

Voor een uitgebreide bespreking van bovengenoemde psychologische interventies bij jongere volwassenen verwijzen wij u naar de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen. Houdt bij het lezen rekening met de eerder beschreven aanpassingen voor ouderen in 'Algemene overwegingen en aanpassingen van psychologische interventies'.

Beslisboom specifieke fobie



Bij de genoemde duur van psychologische interventies moet steeds in acht worden genomen dat er bij ouderen vaak extra zittingen nodig zijn; zie ['Aanpassingen voor cognitieve gedragstherapie'](#).

Posttraumatische stressstoornis

In deze sectie wordt eerst het onderzoek naar de effectiviteit van farmacologische interventies en vervolgens het onderzoek naar de effectiviteit van psychologische en psychotherapeutische interventies bij de posttraumatische stressstoornis besproken.

Farmacotherapie

Keuze en verantwoording voor de literatuur.

Voor het vinden van literatuur over farmacologische interventies bij ouderen met een posttraumatische stressstoornis is gebruik gemaakt van literatuur die gevonden is door middel van de zoekprogramma's Medline, Psychinfo, Cochrane en PiCarta. Er is gezocht op combinaties van de volgende trefwoorden: posttraumatic stressdisorder, PTSD, treatment, old*, eld*, late-life, medication, SSRI, pharmacotherapy, medic*.

Het blijkt dat er nog weinig onderzoek is gedaan naar de farmacologische behandeling van PTSS bij ouderen. Alleen naar de alpha-blocker Prazosin is bij ouderen één studie gedaan. Aangezien het gebruik van Prazosin in de klinische praktijk echter niet veel voorkomt en het bewijs voor het gebruik wetenschappelijk niet heel sterk is, wordt het middel hier slechts kort besproken.

Er bestaat één open label studie waarbij Prazosin werd onderzocht in negen oude mannen met PTSS (gemiddelde leeftijd 76 jaar), waarvan er acht oorlogsveteraan waren (¹³⁹). Zij kregen een behandeling met 2-4 mg Prazosin gedurende acht weken. Bij acht van de negen deelnemers verminderden de nachtmerries volgens de Clinician Administered PTSD Scale (CAPS).

Het overige onderzoek naar farmacotherapie bij PTSS heeft plaatsgevonden onder jongere volwassenen. Volgens de multidisciplinaire richtlijn angst is voor vier geneesmiddelengroepen in deze populatie vastgesteld dat ze effectief zijn bij de behandeling van de symptomen van PTSS, te weten: 1. SSRI's (fluoxetine, sertraline, paroxetine en fluvoxamine), 2. TCA's (amitriptyline en imipramine), 3. MAOI's (fenelzine) en 4. anticonvulsiva (lamotrigine). Voor een bespreking hiervan verwijzen wij u naar de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen. Bij het lezen dient u rekening te houden met de aanpassingen, zoals in 'Algemene overwegingen en aanpassingen van farmacologische interventies' geschetst.

Keuzevolgorde en doseringen

- Stap 1) een SSRI of prazosin
- Stap 2) een andere SSRI of prazosin
- Stap 3) een TCA (bij voorkeur clomipramine; zie 'Gegeneraliseerde angststoornis' en 'Paniekstoornis en agorafobie')
- Stap 4) een MAOI (voorbehouden aan een tweedelijns setting)

N.B. De laatste stap moet voorbehouden worden voor gespecialiseerde settings

Doseringen:

- Prazosin: startdosering 1-2 mg, maximaal 10mg per dag
- Citalopram: start 10 mg, streef 20-30 mg, maximaal 60 mg*
- Escitalopram: start 5 mg, streef 10 mg, maximaal 20 mg
- Fluoxetine: start 20 mg, streef 20 mg, maximaal 60 mg
- Fluvoxamine: start 50 mg, streef 100-150 mg, maximaal 300 mg
- Paroxetine: start 10-20 mg, streef 20-40 mg, maximaal 60 mg^{1*}
- Sertraline: start 50 mg, streef 100 mg, maximaal 100 mg

- Clomipramine: start 25 mg, streefdosering 100-150mg, therapeutische dosis wordt bepaald d.m.v. spiegelcontrole

*Bij maximale dosering van SSRI's en andere serotonerg werkende middelen waakzaam zijn voor serotonine-syndroom (zie 'Effectiviteit en veiligheid van psychofarmaca')

Psychologische interventies

Keuze en verantwoording van de literatuur

Voor het vinden van literatuur over psychologische interventies bij ouderen met een posttraumatische stressstoornis is gebruik gemaakt van literatuur die gevonden is door middel van de zoekprogramma's Medline, Psychinfo, Cochrane en PiCarta. Er is gezocht op combinaties van de volgende trefwoorden: posttraumatic stressdisorder, PTSD, treatment, intervention, programme, cognitive behavior therapy, psychological, old*, eld*, late-life.

Er is geen enkel systematisch of gecontroleerd onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van psychologische interventies bij ouderen met PTSS.

Er zijn wel een aantal case studies beschikbaar, maar deze zeggen niets over de daadwerkelijke effectiviteit. In een case studie bij een oudere veteraan (68 jaar) gebruikten Thomas en Gafner (¹⁸⁴) Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). De cliënt moet aan een traumatische gebeurtenis denken, terwijl de therapeut schokkerige oogbewegingen opwekt. Bij een alternatieve veel gebruikte methode worden door middel van een koptelefoon geluiden afwisselend rechts en links aangeboden. Bij de deelnemer verminderden de symptomen van depressie en stress na twee sessies. Bij jongere volwassenen is de effectiviteit van EMDR in verschillende gerandomiseerde en gecontroleerde studies aangetoond. Groot voordeel van EMDR is dat het over het algemeen een kortdurende interventie betreft (vaak kan al in 2-3 zittingen voldoende resultaat geboekt worden), die niet diep ingaat op de traumatische ervaringen van de patiënt, wat de methode voor patiënten minder emotioneel belastend maakt (zie multidisciplinaire richtlijn angststoornissen).

Life review en steunende therapie zijn eveneens psychotherapeutische behandelingen die vaak gebruikt worden bij ouderen met PTSS. Er is alleen casuïstisch onderzoek beschikbaar (^{112 27 30 110}), waarin aanwijzingen worden gevonden voor de toepasbaarheid en mogelijke effectiviteit van deze interventies voor PTSS bij ouderen.

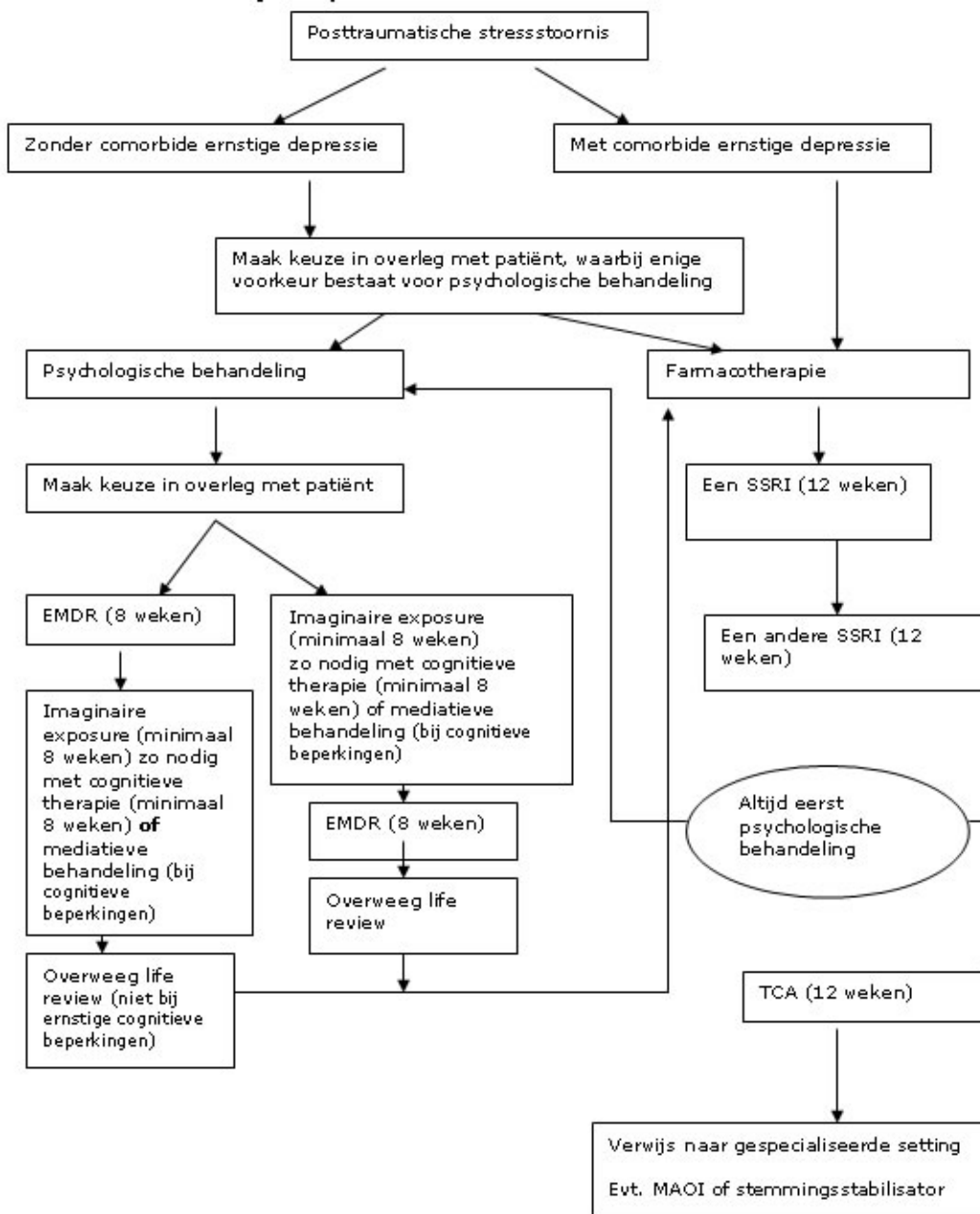
Gerandomiseerde en gecontroleerde studies naar psychologische interventies zijn enkel onder jongere volwassenen met PTSS uitgevoerd. Uit de richtlijn angststoornissen blijkt dat het de voorkeur verdient om te behandelen met CGT (met name imaginaire exposure: hierbij wordt de cliënt geholpen om de traumatische herinneringen zodanig te herbeleven dat verwerking kan plaatsvinden. De nadruk ligt op herhaalde en langdurige herbeleving, waarbij cognitieve en emotionele herbeleving tot het minimum wordt beperkt) of EMDR. Er zijn enige aanwijzingen gevonden voor een grotere efficiëntie van EMDR ten opzichte van CGT. Dat wil zeggen dat met EMDR dezelfde effecten in kortere tijd werden behaald dan met CGT. EMDR is echter mogelijk minder toepasbaar bij PTSS naar aanleiding van langdurige blootstelling aan herhaaldelijke traumatische gebeurtenissen. Zowel CGT als EMDR (b)lijkt effectiever dan SSRI's. Voor een uitgebreide bespreking van bovenstaande psychologische interventies verwijzen wij u naar de multidisciplinaire richtlijn angst. Houdt bij het lezen rekening met de in 'Algemene overwegingen en aanpassingen van psychologische interventies' beschreven aanpassingen voor ouderen.

Bij ouderen die weinig draagkracht zouden hebben, veel cognitieve beperkingen en/of weinig sociale steun wordt in de praktijk nogal eens besloten PTSS expliciet niet te behandelen; er wordt dan gekozen voor een steunende en toedekkende benadering. Het is echter moeilijk vast te stellen hoe deze begrippen gedefinieerd dienen te worden (wat is draagkracht, wat is te weinig sociale steun?). Gevaar is derhalve dat een dergelijke overweging gemakkelijk aanleiding geeft voor leeftijdsdiscriminatie ('ageism'). Bovendien zijn er in dit soort gevallen andere benaderingen denkbaar (EMDR; mediatieve behandeling) die niet belastend hoeven te zijn, waarbij wel symptoom-reductie kan worden bewerkstelligd.

Keuzevolgorde

Zowel CGT als EMDR leiden in een ruime meerderheid (70%-90%) van de gevallen tot klinisch relevante verbetering. Er zijn enige aanwijzingen dat met EMDR de resultaten eerder worden bereikt en dat de behandeling wellicht beter is te verdragen dan CGT, met name Imaginaire Exposure.

Beslisboom posttraumatische stressstoornis



Bij de genoemde duur van psychologische interventies moet steeds in acht worden genomen dat er bij ouderen vaak extra zittingen nodig zijn; zie ['Aanpassingen voor cognitieve gedragstherapie'](#).

Obsessief-compulsieve stoornis

In deze sectie wordt eerst het onderzoek naar de effectiviteit van farmacologische interventies en vervolgens het onderzoek naar de effectiviteit van psychologische en psychotherapeutische interventies bij de obsessief-compulsieve stoornis besproken.

Farmacotherapie

Keuze en verantwoording voor de literatuur.

Voor het vinden van literatuur over farmacologische interventies bij ouderen met een obsessief-compulsieve stoornis is gebruik gemaakt van literatuur die gevonden is door middel van de zoekprogramma's Medline, Psychinfo, Cochrane en PiCarta. Er is gezocht op combinaties van de volgende trefwoorden: obsessive compulsive, OCD, treatment, old*, eld*, late-life, medication, SSRI, pharmacotherapy, medic*.

Er werd geen enkele systematische en gecontroleerde studie naar de farmacologische behandeling van OCS bij oudere patiënten gevonden. Wel zijn een aantal case studies beschikbaar, die aanwijzingen geven voor de mogelijke toepasbaarheid en effectiviteit van fluoxetine en clomipramine bij oudere OCS patiënten (¹⁰).

Gerandomiseerde en gecontroleerde studies naar farmacologische interventies zijn enkel onder jongere volwassenen met OCS uitgevoerd. Uit de multidisciplinaire richtlijn angst blijkt dat SSRI's de eerste keuze zijn voor de behandeling van OCS. Citalopram, fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine en sertraline zijn allen effectiever bevonden dan placebo. In 50% van de gevallen verbeterden de patiënten klinisch relevant en het effect is na 12 weken behandeling te evalueren. Er was verbetering in dwanggedachten, dwanghandelingen, angsten en eventueel aanwezige depressieve klachten. Wanneer niet op een SSRI gereageerd wordt, heeft het de voorkeur om deze te combineren met een antipsychoticum als haloperidol of risperidon. Vervolgens wordt als alternatief een behandeling met clomipramine aanbevolen. Voor een uitgebreide bespreking hiervan verwijzen wij u naar de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen voor volwassenen. Houdt bij het lezen rekening met de aanbevelingen uit 'Algemene overwegingen en aanpassingen van farmacologische interventies'.

Keuzevolgorde en doseringen

- Stap 1) een SSRI
- Stap 2) een ander SSRI
- Stap 3) SSRI met atypisch antipsychoticum
- Stap 4) clomipramine
- Stap 5) clomipramine met atypisch antipsychoticum

Vanaf stap 3 of 4 dient altijd ook gedragstherapie overwogen te worden, als dat al niet eerder is gedaan.

Doseringen:

- Citalopram: start 10 mg, streef 20-60 mg, maximaal 60 mg*
- Escitalopram: start 5 mg, streef 20 mg, maximaal 20 mg
- Fluoxetine: start 20 mg, streef 20-60 mg, maximaal 60-80 mg
- Fluvoxamine: start 50 mg, streef 300 mg, maximaal 300 mg
- Paroxetine: start 10-20 mg, streef 20-60 mg, maximaal 60 mg^{1*}
- Sertraline: start 50 mg, streef 50-200 mg, maximaal 200 mg
- Clomipramine: start 25 mg, streefdosering 100-150mg, therapeutische dosis wordt bepaald d.m.v. spiegelcontrole

*Bij maximale dosering van SSRI's en andere serotonerg werkende middelen waakzaam zijn voor serotonine-syndroom (zie '[Effectiviteit en veiligheid van psychofarmaca](#)')

Psychologische interventies

Keuze en verantwoording van de literatuur

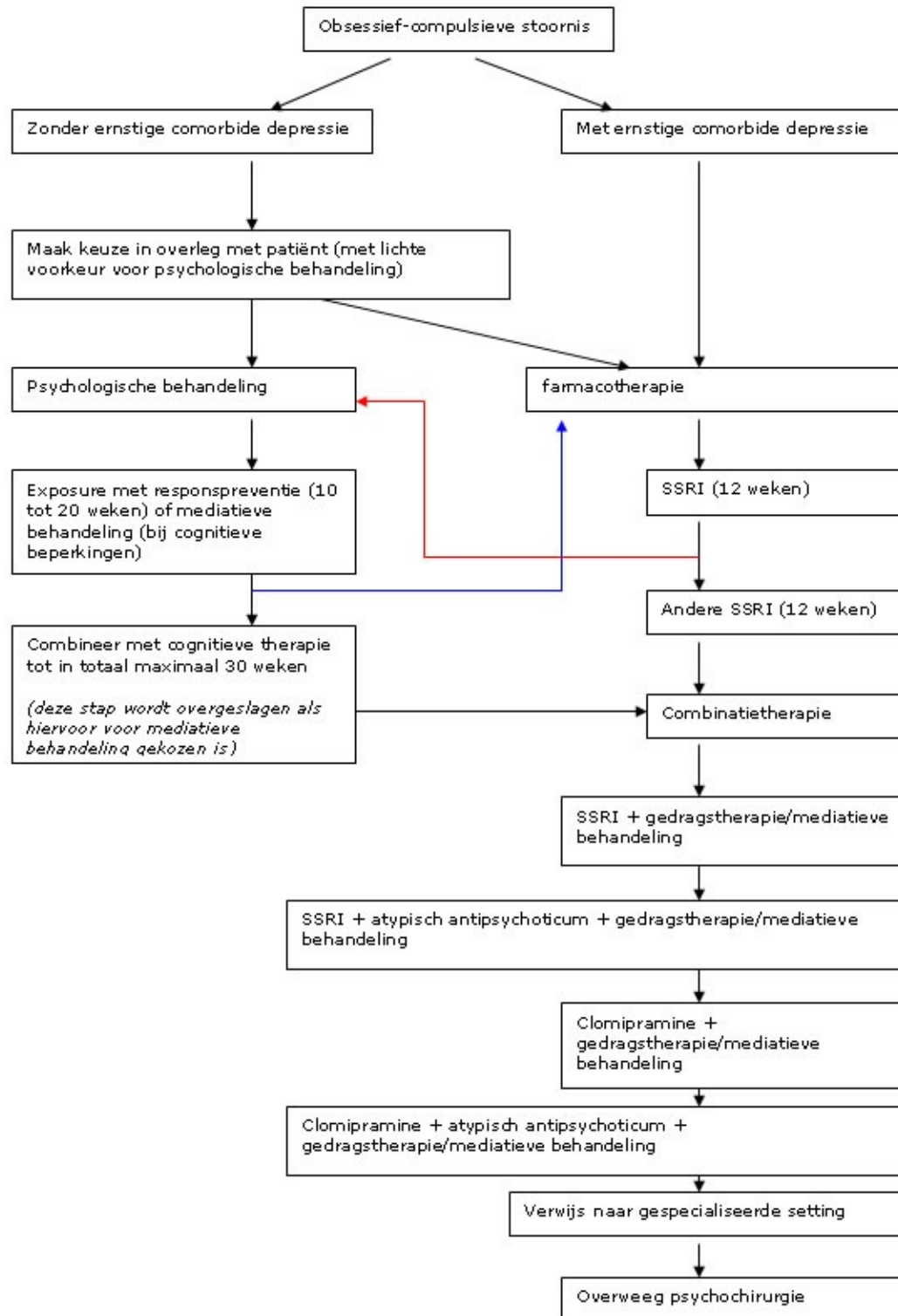
Voor het vinden van literatuur over psychologische interventies bij ouderen met een obsessief-compulsieve stoornis is gebruik gemaakt van literatuur die gevonden is door middel van de zoekprogramma's Medline, Psychinfo, Cochrane en PiCarta. Er is gezocht op combinaties van de volgende trefwoorden: obsessive compulsive, OCD, treatment, intervention, programme, cognitive behavior therapy, psychological, old*, eld*, late-life.

De meest onderzochte en succesvol gebleken behandeling bij jongere volwassenen met OCS is exposure in vivo (blootstelling aan de gevreesde situatie of het gevreesde object) met responspreventie (de patiënt wordt geholpen weerstand te bieden aan de drang tot het uitvoeren van de compulsie na deze blootstelling) (ERP). Bij ouderen met OCS is er geen enkel systematisch en gecontroleerd onderzoek uitgevoerd naar psychologische/psychotherapeutische interventies. Wel bestaat er één behandelstudie waarbij ouderen en jongere volwassenen met OCS worden vergeleken na een behandeling met ERP (³⁷). De tien ouderen en tien jongere volwassenen kwamen overeen in geslacht, mate van depressie en ernst van OCS. Het bleek dat beide groepen niet significant van elkaar verschilden in mate van verbetering. Zestig procent van de ouderen en 70% van de jongere volwassenen werden aangemerkt als responder (een reductie in symptomen van ten minste 50%). Dit is opmerkelijk, aangezien de klachtenduur bij de groep ouderen tweemaal zo lang was en een lange klachtenduur vaak wordt aangevoerd als reden om een verminderde effectiviteit bij ouderen te verwachten.

Naast bovengenoemde studie bestaan er met betrekking tot de psychotherapeutische behandeling alleen case studies die aanwijzingen geven voor de mogelijke toepasbaarheid en effectiviteit van gedragstherapie/ERP bij ouderen met OCS (³⁶).

Gerandomiseerde en gecontroleerde studies naar psychologische interventies zijn enkel onder jongere volwassenen met OCS uitgevoerd, zoals te lezen in de multidisciplinaire richtlijn angst. Daaruit blijken ERP en cognitieve therapie effectief. ERP is de eerste keus behandeling vanwege de grote hoeveelheid positieve onderzoeksresultaten en de positieve effecten op lange termijn. Ook cognitieve therapie (CT) blijkt op korte en lange termijn effectief bij jongere volwassenen (¹³¹). Andere psychotherapeutische behandelmethoden blijken niet of minder effectief, of zijn onvoldoende onderzocht. Voor een uitgebreide verhandeling van de psychologische interventies verwijzen wij u naar de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen voor volwassenen. Houdt bij het lezen rekening met de in 'Algemene overwegingen en aanpassingen van psychologische interventies' beschreven aanpassingen voor ouderen. Naar de effectiviteit van andere psychotherapeutische interventies zijn ook bij jongere volwassenen met OCS geen gerandomiseerde en gecontroleerde studies uitgevoerd.

Beslisboom obsessief-compulsieve stoornis



Bij de genoemde duur van psychologische interventies moet steeds in acht worden genomen dat er bij ouderen vaak extra zittingen nodig zijn; zie ['Aanpassingen voor cognitieve gedragstherapie'](#).

Hypochondrie

In deze sectie wordt eerst het onderzoek naar de effectiviteit van farmacologische interventies en vervolgens het onderzoek naar de effectiviteit van psychologische en psychotherapeutische interventies bij hypochondrie besproken.

Farmacotherapie

Keuze en verantwoording voor de literatuur.

Voor het vinden van literatuur over farmacologische interventies bij ouderen met hypochondrie is gebruik gemaakt van literatuur die gevonden is door middel van de zoekprogramma's Medline, Psychinfo, Cochrane en PiCarta. Er is gezocht op combinaties van de volgende trefwoorden: hypochondriasis, treatment, old*, eld*, late-life, medication, SSRI, pharmacotherapy, medic*.

Er werd geen enkele systematische en gecontroleerde studie naar de farmacologische behandeling van hypochondrie bij oudere patiënten gevonden.

In de multidisciplinaire richtlijn angst staat dat ook bij jongere volwassenen Slechts één gecontroleerde studie verricht is waarin het antidepressivum fluoxetine werd vergeleken met placebo. Fluoxetine bleek effectief bij een dosering van 20-80 mg. Tachtig procent van de patiënten die gedurende 12 weken met fluoxetine behandeld waren reageerde op de medicatie (verbetering van angst en vermijding), tegenover 50% op de placebo (54). Voor uitgebreidere informatie over de medicamenteuze behandeling bij hypochondrie verwijzen wij u naar de multidisciplinaire richtlijn angst. Denk hierbij aan de aanpassingen bij ouderen zoals beschreven in 'Algemene overwegingen en aanpassingen van farmacologische interventies'.

Keuzevolgorde en doseringen

- Stap 1 een SSRI
- Stap 2 een andere SSRI
- Stap 3 TCA

Doseringen

- Citalopram: start 10 mg, streef 20-30 mg, maximaal 60 mg*
- Escitalopram: start 5 mg, streef 10 mg, maximaal 20 mg
- Fluoxetine: start 20 mg, streef 20 mg, maximaal 60 mg
- Fluvoxamine: start 50 mg, streef 100-150 mg, maximaal 300 mg
- Paroxetine: start 10-20 mg, streef 20-40 mg, maximaal 60 mg*
- Sertraline: start 50 mg, streef 100 mg, maximaal 100 mg
- Imipramine: start 50 mg, streef 100-150 mg, maximaal 300 mg (TCA)
- Clomipramine: start 25 mg, streefdosering 100-150mg, therapeutische dosis wordt bepaald d.m.v. spiegelcontrole

*Bij maximale dosering van SSRI's en andere serotonerg werkende middelen waakzaam zijn voor serotonine-syndroom (zie [Effectiviteit en veiligheid van psychofarmaca](#))

Psychologische interventies

Keuze en verantwoording van de literatuur

Voor het vinden van literatuur over psychologische interventies bij ouderen met hypochondrie is gebruik gemaakt van literatuur die gevonden is door middel van de zoekprogramma's Medline, Psychinfo, Cochrane en PiCarta. Er is gezocht op combinaties van de volgende trefwoorden: hypochondriasis, treatment, intervention, programme, cognitive behavior therapy, psychological, old*, eld*, late-life.

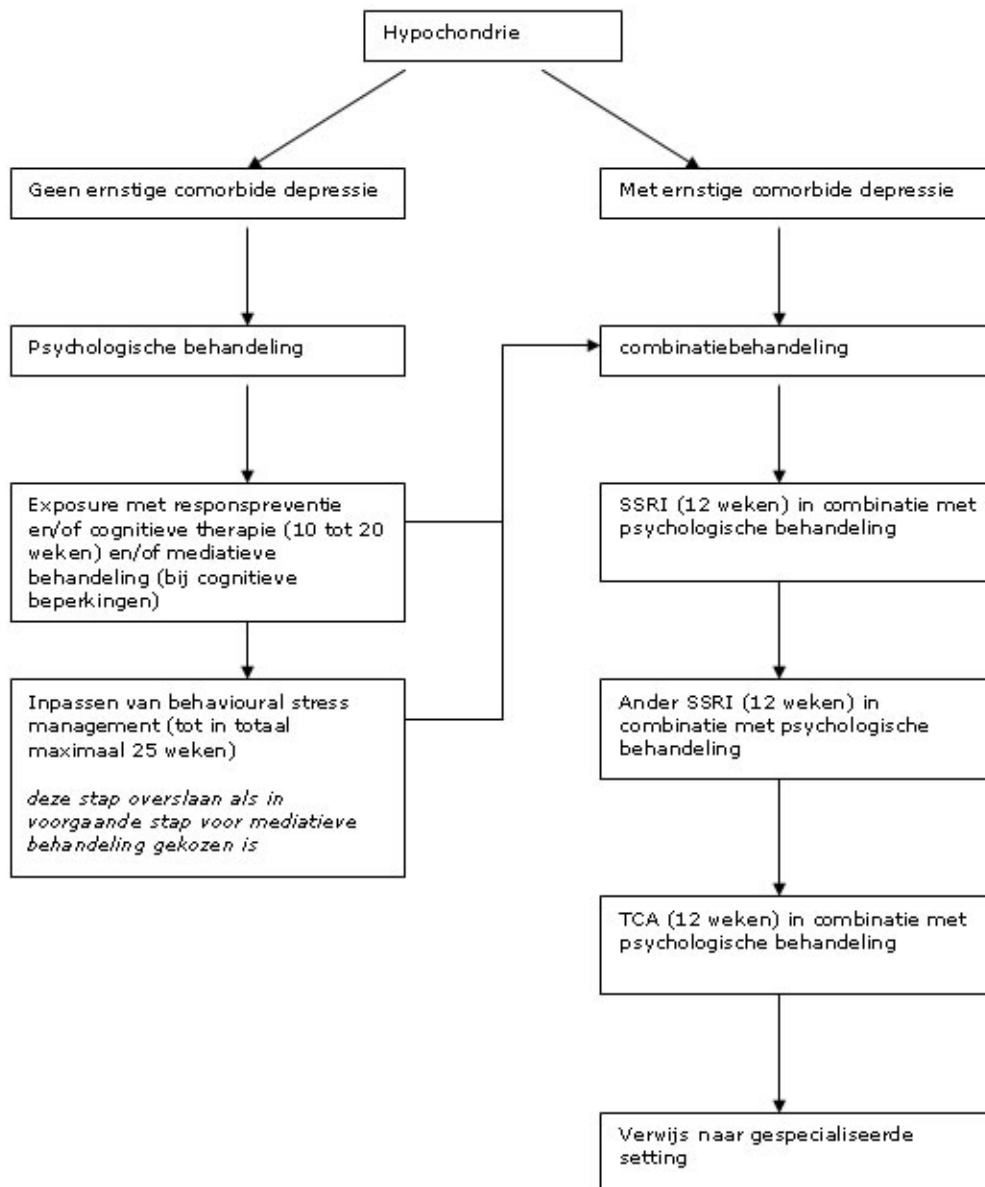
Er zijn geen gecontroleerde studies verschenen naar de psychotherapeutische behandeling van hypochondrie bij ouderen. Wel is er een casuïstisch onderzoek verschenen naar attentie training (ATT) bij drie oudere patiënten ⁽¹³⁸⁾. Dit is overigens ook het enige onderzoek naar deze therapievorm, bij jongere volwassenen is geen onderzoek naar deze interventie verricht. Attentie training bestaat uit het regelmatig oefenen van external auditory attention (selectieve aandacht, het verschuiven van aandacht en verdeelde aandacht) met als doel de focus op het zelf te verkleinen en de cognitieve controle over aandacht te vergroten. Het gaat hierbij niet om het afleiden van de cliënt van beangstigende gedachten en symptomen, maar om de cliënt te leren de focus op zichzelf 'uit te zetten'.

Uit de richtlijn angststoornissen blijkt dat ook bij jongere volwassenen de psychologische behandeling van hypochondrie slechts in beperkte mate is onderzocht. Er worden in de richtlijn slechts drie gecontroleerde studies besproken. Op grond hiervan blijkt dat cognitieve gedragstherapeutische interventies (cognitieve therapie, exposure in vivo met responspreventie en behavioural stress management) de eerste keuze zijn als psychotherapeutische behandeling. Voor een uitgebreidere bespreking hiervan verwijzen wij u naar de Multidisciplinaire Richtlijn Angst voor volwassenen. Houdt bij het lezen rekening met de eerder genoemde aanpassingen bij ouderen uit 'Algemene overwegingen en aanpassingen van psychologische interventies'.

Keuzevolgorde

Blijkt het actieve en passieve vermijdingsgedrag in de vorm van controleren, geruststelling zoeken en vermijden van situaties en activiteiten op de voorgrond te staan, dan kan men starten met exposure in vivo en responspreventie en later cognitieve therapie toevoegen. Wordt de angst daarentegen overheersend gevoeld door de catastrofale misinterpretaties dan lijkt een start met cognitieve therapie gewenst. Blijken exposure in vivo met responspreventie en cognitieve therapie onvoldoende resultaat op te leveren, dan kunnen andere interventies uit behavioural stress management toegevoegd worden. Problem solving of uitsluitend relaxatie blijken minder effectief bij de behandeling van hypochondrie.

Beslisboom hypochondrie



Bij de genoemde duur van psychologische interventies moet steeds in acht worden genomen dat er bij ouderen vaak extra zittingen nodig zijn; zie '[Aanpassingen voor cognitieve gedragstherapie](#)'.

Preventieve interventies

In deze sectie zullen we het aanbod van geïndiceerde preventieve interventies voor ouderen met angstklachten bespreken^[1]. Deze interventies richten zich niet op het voorkómen van een specifieke angststoornis, maar op het behandelen van bestaande angstklachten die zich mogelijk in de toekomst zouden kunnen ontwikkelen tot een angststoornis. We kunnen ze beschouwen als kleine behandelmodules.

Keuze en verantwoording voor de literatuur.

Voor de onderstaande tekst is gebruik gemaakt van literatuur die gevonden is door middel van de zoekprogramma's Medline, Psychinfo en Google. Er is gezocht op combinaties van de volgende trefwoorden: prevention, self-help, anxiety, old*, eld*, late-life, preventie, angst, ouderen.

[1] Dit wordt in de huidige multidisciplinaire richtlijn angststoornissen niet meegenomen als apart onderwerp. Omdat in de praktijk steeds meer gebleken is dat deze cursussen in de praktijk ingezet worden als verkorte behandelingen voor patiënten met zowel subklinische als klinische angstklachten, leek het ons raadzaam deze in een apart hoofdstuk aan bod te laten komen.

Aanbod

Er werden enkele preventieve cursussen voor angstige ouderen gevonden. We zullen hieronder een overzicht geven van het aanbod. Een aantal cursussen zijn specifiek voor ouderen ontwikkeld. De overige cursussen zijn ontwikkeld voor volwassenen van 18 tot 60 jaar of voor meerdere leeftijdsgroepen zonder maximale leeftijdsgrens. We maken onderscheid tussen groepscursussen en zelfhulpbehandelingen. Van de meeste cursussen is (nog) niet wetenschappelijk aangetoond dat ze effectief zijn, maar in de praktijk worden gunstige effecten gerapporteerd en bij de meeste cursussen komen de ingrediënten overeen met ingrediënten uit gangbare en effectief bewezen psychologische interventies voor angst bij ouderen. De werkgroep wil enige nuance in het hieronder genoemde aanbod aanbrengen. De cursussen 'Angst de baas 55+', 'Geen paniek', 'Stap voor stap' en 'Angstig? Zelf aan de slag!' zijn de meest bekende preventiecursussen die ook al op meerdere plaatsen in het land gegeven worden, in tegenstelling tot de overig genoemde cursussen. 'Angst de baas 55+' en 'Geen paniek' maken gebruik van interventies uit de cognitieve gedragstherapie en er wordt op dit moment onderzoek gedaan naar de effectiviteit van deze cursussen, of dit plan is in de maak. De werkgroep is dan ook van mening dat deze cursussen een eerste aanbeveling verdienen in het aanbod en deze staan daarom ook in een omlijnd kader.

Groepscursussen

De werkgroep is van mening dat de omlijnde cursussen een eerste aanbeveling verdienen in het aanbod.

Angst de baas 55+ (Montfort e.a., 2007)

Deze cursus is bedoeld voor oudere mensen vanaf 55 jaar met lichte tot matige angstklachten (symptomen van paniekstoornis, sociale fobie en/of gegeneraliseerde angst). In deze cursus staat het aanleren van vaardigheden centraal, waarbij met verschillende interventies wordt gewerkt, zoals cognitieve therapie, psycho-educatie, exposure in vivo en relaxatietraining. De cursus bestaat uit acht bijeenkomsten van twee uur en één terugkombijeenkomst ongeveer drie maanden later. Een groep bestaat uit ongeveer 10 personen en wordt begeleid door twee medewerkers van een GGZ-instelling. Er wordt gewerkt met een gestructureerd cursusboek en huiswerkopdrachten. Een zelfhulpvariant van deze cursus is in ontwikkeling.

Geen paniek ⁽¹¹⁸⁾

De doelgroep van deze cursus is mensen van 18-65 jaar die last hebben van enkele panieklachten, zonder dat er bepaalde andere problemen op de voorgrond staan. Er zijn acht bijeenkomsten onder deskundige begeleiding. De cursus is gebaseerd op inzichten uit de cognitieve gedragstherapie. CGT is effectief bewezen bij mensen met een paniekstoornis. De cursus is daarvan een afgeleide en ingekorte versie. Doelen van de cursus zijn: 'leren omgaan met panieklachten', 'meer greep krijgen op gedachten die de paniek doen toenemen' en 'het opnieuw leren begeven in moeilijke situaties'. Momenteel doet het Trimbos-instituut een gerandomiseerde effectiviteitsstudie naar de cursus in samenwerking met GGNet en enkele universiteiten. Medio 2007 worden de resultaten van dit onderzoek verwacht. ook is er een internetversie van 'Geen paniek'

in ontwikkeling.

Stap voor stap ⁽¹⁹¹⁾

Deze cursus is te vergelijken met 'Angst in de hand' en 'Angst de baas', maar dan bedoeld voor Turkse en Marokkaanse ouderen met angstklachten. Er is een aparte versie voor mannen en vrouwen. De cursus bestaat uit negen wekelijkse bijeenkomsten en één terugkombijeenkomst na vier weken. Een groep bestaat uit ongeveer 7 personen en wordt begeleid door twee cursusleiders. Er wordt gewerkt met een gestructureerd draaiboek en cursusboek. Op verschillende manieren wordt geleerd beter om te gaan met de angstklachten. Het gaat hierbij om: gezond leven, ontspannings- en ademhalingsoefeningen, goede gedachten hebben in plaats van verkeerde gedachten, ontspanning zoeken en jezelf belonen, zelfvertrouwen en durven.

Leren omgaan met verlegenheid ⁽¹⁴⁶⁾

Deze cursus is bedoeld voor mensen van 18 jaar en ouder die last hebben van sociaal fobische klachten. Doel van de cursus is om sociale angstklachten te verminderen door handvatten te geven hoe met sociale angsten om te gaan en te voorkomen dat deze klachten verergeren. De cursus is gebaseerd op gedragstherapeutische technieken waarbij de deelnemer leert om te gaan met de verlegenheid door het ordenen van de gedachten die in een bepaalde situatie tot angst of gespannenheid leiden, het stap voor stap oefenen met de bepaalde situaties en door het zelfvertrouwen te vergroten. Er zijn twaalf bijeenkomsten van twee uur en de cursus bestaat onder andere uit de volgende onderdelen: psycho-educatie, werken aan positief zelfbeeld, realistisch denken, taakconcentratie-oefeningen, sociale vaardigheden en gedragsoefeningen. Een recente versie van deze cursus is in ontwikkeling: 'Met Lef: zelfverzekerd in contact met anderen'.

Omgaan met angst in de omgang met anderen (GGNet)

Deze cursus is voor mensen van 18 tot 60 jaar die last hebben van verlegenheid en angst in sociale situaties. De cursus is erop gericht de verlegenheid te verminderen en ervoor te zorgen dat met meer plezier contacten met anderen wordt aangegaan. Dit wordt bereikt door de cursist stap voor stap bewust te laten worden van angstige gedachten. Tevens wordt gewerkt aan het vergroten van het zelfvertrouwen. Door het onderling uitwisselen van ervaringen en het uitvoeren van (huiswerk)opdrachten leert de cursist beter met de klachten om te gaan. De cursus bestaat uit 12 bijeenkomsten van 2 uur en een terugkombijeenkomst. Er is plaats voor minimaal 8 en maximaal 10 cursisten.

Angst in de hand ⁽¹²⁰⁾ Dit is een cursus voor mensen van 18-60 jaar met lichte tot matige panieklachten, sociale angstklachten, of mensen die overmatig piekeren. Doel is deelnemers vaardigheden te leren om de angstklachten te hanteren/overwinnen en het welbevinden te verhogen. De cursus bestaat uit 8 groepsbijeenkomsten van twee uur. Er wordt gewerkt met principes uit de cognitieve gedragstherapie, zoals leren ontspannen, het herkennen van gedachten die angst beïnvloeden, het doorbreken van het vermijdingspatroon en hoe beter om te gaan met angstige situaties.

Dans naar balans (GGZ Nijmegen)

Dit is een cursus waar dans en beweging centraal staan. De cursus is bedoeld mensen van 55-plus met depressieve en angstklachten en bestaat uit 10 wekelijkse bijeenkomsten van twee uur. Er wordt gewerkt met eenvoudige danstechnieken en beweging (warming-up, openingsdans, kringdans, concentratieoefening, vrije dans, gevoels-oefening, nagesprek). Aan de hand van dansen en het "bewegen-op-muziek" wordt geprobeerd inzicht te geven in het herkennen van de eigen emoties en het uiten ervan. Een aantal thema's die aan bod komen zijn: kennismaking, identiteit, angsten, depressie, kracht en leven in balans & de toekomst. Ook voor mensen met een fysieke functiebeperking blijkt deelname aan het programma vaak wel mogelijk.

Zelfhulpbehandelingen

Angstig? Zelf aan de slag! ⁽¹²⁰⁾

Dit is een schriftelijke zelfhulpcursus voor mensen met lichte tot matige angstgevoelens en panieklachten. Doel van de cursus is dat deelnemers beter inzicht krijgen in hun eigen situatie en leren hoe ze daar beter mee om kunnen gaan. Er is een gestandaardiseerd werkboek met informatie over angst en oefeningen waarmee de deelnemers zelf thuis, in hun eigen tempo aan de slag kunnen. Een professionele coach vanuit de GGZ biedt tot maximaal 8 keer begeleiding via telefoon (maximaal 30 minuten per keer) of e-mail. Dit contact is gekoppeld aan de opdrachten uit het werkboek. De zelfhulpcursus duurt 10 tot 12 weken. De cursus is gebaseerd op gedragstherapeutische principes als ontspanningsoefeningen, cognitieve herstructurering, vergroten van zelfvertrouwen en exposure.

Alles onder controle ⁽⁴³⁾

Deze zelfhulp cursus wordt aangeboden via internet en is bedoeld voor mensen die last hebben van depressieve klachten of angst- en spanningsklachten. In ongeveer 4 weken wordt geprobeerd een betere greep op het eigen leven te krijgen door problemen die verantwoordelijk zijn voor de klachten gericht en planmatig aan te pakken. In de cursus worden vaardigheden geleerd om hier meer greep op te krijgen. Er wordt onder andere gewerkt met psycho-educatie en cognitieve herstructurering. De interventie is in een gerandomiseerde studie onderzocht (¹⁸⁰) waarin een redelijk groot effect gevonden wordt op afname van psychische klachten volgens de SCL-90.

Hallo, hier ben ik (¹²⁶)

Dit is een zelfhulp cursus in een groep met minimale begeleiding voor mensen die verlegen zijn of die beginnende klachten hebben van sociale fobie. De groepscursus heette oorspronkelijk "Aan verlegenheid valt iets te doen" (¹²⁶). Deze cursus is later door van Wandelen bewerkt tot het zelfhulpboek "Hallo, hier ben ik". De oorspronkelijke cursus is in een gerandomiseerde studie geëvalueerd (¹²⁶) en er werd een groot effect gevonden m.b.t. reductie van sociale spanningsklachten. Het is nog niet duidelijk of de bewerkte zelfhulp cursus soortgelijke effecten boekt.

Voor ouderen met een valangst bestaan er diverse cursussen om dit te verhelpen of te voorkomen. Een overzicht van het aanbod is te vinden op <http://www.kennisnetwerkvalpreventie.nl>.

Voor mensen met sociale angst bestaan er diverse assertiviteitscursussen.

Organisatie van de zorg

Veel aanbevelingen in deze richtlijn kunnen alleen in de praktijk worden toegepast als voldaan is aan een aantal randvoorwaarden met betrekking tot de organisatie van de zorg.

Angststoornissen bij ouderen worden in Nederland op dit moment vaak niet herkend en in het overgrote merendeel van de gevallen niet behandeld. De gevallen die wel in aanraking komen met de GGZ betreffen waarschijnlijk de meest ernstige gevallen, waarbij er sprake is van veel comorbiditeit met bijvoorbeeld depressie en/of lichamelijke ziekten. Dit geldt ook voor ouderen in verzorging- en verpleeghuizen. Hier komt de angstproblematiek misschien voor een deel beter in beeld omdat er meer contact is met zorgverleners. Anderzijds betreft het een lichamelijk en geestelijk relatief kwetsbare populatie, hetgeen tot gevolg heeft dat ook hier de comorbiditeit met andere psychische klachten en lichamelijke ziekten groot is en de aandacht voor de angstklachten verzandt omdat er zoveel andere problemen spelen die urgenter lijken te zijn. Behandeling van meer op zichzelf staande angstklachten bij ouderen bestaat daarom veelal uitsluitend uit het gebruik van benzodiazepinen, die voorgeschreven worden door de huisarts. Voor de nadelen en gevaren hiervan is in voorgaande secties al uitvoerig gewaarschuwd.

De organisatie van de GGZ verschilt tussen de regionale instellingen met betrekking tot het al dan niet aanwezig zijn van aparte poliklinieken en ambulante zorg voor ouderen. Bij de meeste instellingen is inmiddels een apart circuit voor ouderen aanwezig. Enerzijds is de aanwezigheid van een gespecialiseerd ouderen circuit een groot voordeel, omdat de herkenning en behandeling van angstklachten bij ouderen vaak andere vaardigheden en een andere insteek vergt en omdat de behandelaar ervaring en affiniteit dient te hebben met de aan de latere levensfase gerelateerde problematiek. Anderzijds is het zo dat gespecialiseerde ouderen poliklinieken zich in het algemeen nog relatief vaak naar verwijzers en cliënten profileren als deskundigen op het gebied van psychogeriatrische problemen en levensfase problematiek, zoals diagnostiek en begeleiding van dementie en aanpassingsproblematiek na een CVA. Met betrekking tot de behandeling van 'common mental disorders' richten gespecialiseerde poliklinieken zich bovendien regelmatig vooral op depressie, omdat de gangbare mening is dat stemmingsstoornissen onder ouderen veel vaker voorkomen dan angst. In 'Prevalentie, fenomenologie en diagnostiek' is al uitvoerig uiteen gezet dat deze assumptie niet klopt. Verwijzers worden daardoor niet op het idee gebracht dat ook angstklachten een reden kunnen zijn voor verwijzing naar een ouderen afdeling van een GGZ instelling. Anderzijds worden ouderen regelmatig uitgesloten van de volwassenen circuits of gespecialiseerde poliklinieken voor angst en stemming problematiek, waardoor ouderen met angststoornissen tussen wal en schip dreigen te vallen. In de beslisbomen van dit addendum wordt regelmatig verwezen naar verwijzing in een gespecialiseerde setting, als laatste stap als de voorgaande interventies onvoldoende effect hebben geboekt. Dit verwijst naar een behandeling bij een gespecialiseerde angstpolikliniek zoals hierboven al genoemd werd, of een afdeling voor deeltijdbehandeling of opname-afdeling voor mensen met een ernstige en therapieresistente angststoornis. Dit advies is overgenomen uit de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen, omdat er geen enkele reden is om ervan uit te gaan dat ouderen, anders dan jongere volwassenen, niet gebaat zouden zijn bij een verwijzing naar een gespecialiseerde setting. In de praktijk is het echter zo dat ouderen met angst al zelden worden doorverwezen naar een reguliere 2^e lijns instelling voor geestelijke gezondheidszorg, en de drempel voor een gespecialiseerde setting voor angststoornissen (zowel poliklinisch als klinisch) ligt helaas nog veel hoger. In de ervaring van de leden van de werkgroep zijn dergelijke voorzieningen in de praktijk erg terughoudend bij het in behandeling nemen van ouderen ondanks het feit dat dergelijke instellingen officieel vaak geen maximale leeftijdsgrens hebben.

Op basis van bovenstaande overwegingen en de aanbevelingen voor verbetering van diagnostiek en behandeling in dit addendum wordt in deze sectie een overzicht gegeven van de aanbevelingen van de Werkgroep Angststoornissen bij ouderen in Nederland met het oog op de organisatie van de zorg. Omdat dit niet is gebaseerd op wetenschappelijke onderbouwing is de vormgeving van deze sectie afwijkend van de voorgaande secties. Voor de bespreking van de adviezen wordt een indeling naar behandelsetting gehanteerd. Klinische opnames zijn bij angststoornissen over het algemeen niet geïndiceerd en opnameafdelingen blijven in deze sectie dan ook buiten beschouwing.

Behandeling in de eerste lijn

Voor alle 'common mental disorders' geldt dat er steeds meer toe gewerkt wordt naar een stepped care benadering, waarin men eerst een laagdrempelige behandeling, bijvoorbeeld een zelfhulpbehandeling of een behandeling bij een eerstelijnspsycholoog krijgt aangeboden, voordat er tot verwijzing naar de tweede lijn wordt over gegaan. Op deze manier kunnen wachtlijsten worden tegen gegaan en komt er meer zorg op maat, waarbij de intensiteit van de behandeling aansluit op de ernst van de problematiek en de behoeften van de cliënt. Voor de zorg van angst bij ouderen is dit een potentieel gunstige ontwikkeling. Ouderen met angst komen, zoals in ['organisatie van de zorg'](#) naar voren gebracht is, veelal niet in aanraking met de GGZ. Dit ligt

niet alleen aan problemen bij de herkenning en de verwijzing, maar ook bij de oudere zelf. Ouderen hebben vaak meer logistieke problemen bij het bezoeken van een GGZ-instelling i.v.m. lichamelijke ziekten of handicaps, en er is een groter taboe rond de behandeling van psychische problematiek. Bovendien weten we uit onderzoek dat ouderen met angststoornissen vaak de huisarts bezoeken; als de screening en de behandeling van angst bij ouderen, althans in eerste instantie, ook in deze setting plaats zou vinden zou dit betekenen dat er veel meer ouderen met angst toegang krijgen tot adequate zorg. Randvoorwaarde is wel dat er in de eerste lijn actief gescreend wordt op de aanwezigheid van angstklachten bij ouderen en dat eerstelijnspsychologen die de behandeling uitvoeren (of in het geval van zelfhulp, begeleiden) bijgeschoold worden in de diagnostiek en behandeling van psychische problematiek bij ouderen. Bij onvoldoende effect kan er een door verwijzing plaats vinden naar de tweede lijn. Bestaande zelfhulp protocollen voor angstklachten (zie 'Preventieve interventies') dienen te worden toegespitst op een oudere populatie.

Poliklinische behandeling en ambulante zorg

De poliklinische behandeling en ambulante zorg van angst bij ouderen dient bij voorkeur plaats te vinden bij een gespecialiseerde polikliniek of ambulante afdeling voor ouderen. Deze poliklinieken en ambulante afdelingen dienen behalve over expertise op psychogeriatrische problematiek en levensfase problematiek ook te beschikken over expertise op het gebied van angststoornissen bij ouderen, aangezien dit onder zestig plussers waarschijnlijk de meest voorkomende psychische stoornis is (zie 'Prevalentie, fenomenologie en diagnostiek'). Als een speciale ouderen polikliniek of ambulante afdeling niet tot de mogelijkheden behoort, is het raadzaam dat de instelling zorg draagt voor de nascholing van (een deel van) de medewerkers op het gebied van psychische problematiek bij ouderen. Twee jaar geleden is een speciale opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog met accent ouderen gestart bij de RINO Noord-Holland, waarin ruimschoots aandacht wordt besteed aan angststoornissen. Bij de VU te Amsterdam wordt op dit moment een vervolgtraject op deze GZ-opleiding met accent ouderen ontwikkeld.

- Om de therapietrouw te verhogen moet tussen de zittingen tijd worden ingeruimd voor telefonische consulten. Telefonische en e-mail contacten kunnen bij het zorgkantoor gedeclareerd worden (en derhalve meegenomen worden in begroting en productieafspraken) met een eigen codering. Deze worden betaald als een face to face contact, met een vergoeding van ongeveer de helft van een face to face contact als het telefonisch contact meer dan 20 minuten duurt.
- Poliklinieken en ambulante afdelingen voor ouderen dienen zich naar verwijzers meer te profileren op het gebied van angststoornissen, zodat deze geïnformeerd zijn over het feit dat dergelijke psychische problematiek bij ouderen ook aanleiding voor een behandeling in de tweede lijn is en kan zijn. Als er geen speciale ouderenpolikliniek is dienen zorgcircuits voor angst en stemmingsproblematiek zich duidelijk open te stellen voor alle volwassenen, met inbegrip van oudere volwassenen.
- Poliklinieken en ambulante afdelingen voor ouderen dienen mogelijkheden te bieden voor behandeling in de thuissituatie van de oudere cliënt, omdat het bezoeken van een GGZ-instelling voor ouderen een probleem kan zijn (zie '[Prevalentie, fenomenologie en diagnostiek](#)').

Behandeling in verzorg- en verpleeghuizen

- In verpleeghuizen is vaak sprake van angstklachten of angststoornissen die samen gaan of veroorzaakt worden door andere problematiek, zoals cerebrovasculaire accidenten, dementie e.d.. Echter, ook in deze settings voldoet ongeveer 5% aan de criteria van een op zichzelf staande angststoornis (¹⁶⁹). Verpleeghuispsychologen en verpleeghuisartsen kunnen worden ingezet voor een actievere screening en behandeling van angststoornissen bij ouderen. Op dit moment zijn verpleeghuispsychologen soms nog met name gespecialiseerd in neuropsychologische screeningsmethoden en de begeleiding van zorgteams bij het omgaan met gedragsproblemen. In slechts 36,7% van de verpleeghuizen en in 23,2% van de verzorgingshuizen worden bewoners gescreend op aanwezigheid van stemmings- en gedragsproblemen (⁴⁹). Percentages voor screening op angstklachten liggen waarschijnlijk nog veel lager.
- Bovendien krijgen verpleeghuispsychologen vaak slechts zeer beperkte tijd per afdeling aangeboden (gemiddeld is er één psycholoog beschikbaar voor 169 bewoners; ⁴⁹), waardoor de verleiding ontstaat om alleen nog op urgente aanvragen van zorgteams in te gaan. Dit betekent dat er in de praktijk wel mediatietherapie wordt toegepast bij angstige ouderen, maar vaak op indicatie van de last die de omgeving heeft van een bepaald gedrag, niet zozeer op basis van de behoefte of lijdensdruk van de cliënt. Voor de adequate behandeling van angststoornissen in verzorg- en verpleeghuizen is het van

groot belang dat verpleeghuispsychologen geschoold worden op het gebied van de behandeling van common mental disorders bij ouderen. Zoals eerder is aangegeven is er op dit gebied recentelijk een GZ-opleiding accent ouderen bij de RINO te Noord-Holland gestart. Bij de RINO Utrecht wordt op dit moment een soortgelijke opleiding ontwikkeld. De verpleeghuisarts kan na een psychologisch onderzoek door de verpleeghuispsycholoog een eventuele farmacologische interventie begeleiden. Externe deskundigen, zoals psychotherapeuten en psychiaters kunnen in principe ook ingeschakeld worden door verpleeghuizen, maar in de praktijk gebeurt dit zelden ⁽⁴⁹⁾.

- Bij verzorgingshuizen valt de primaire zorg voor psychische klachten bij de bewoners in eerste instantie nog onder de geestelijke gezondheidszorg met als eerste contact de huisarts. Wel kan er soms een consult bij de verpleeghuispsycholoog van de betreffende organisatie aangevraagd worden. Bij sommige (maar niet bij alle) verzorgingshuizen worden regelmatig behandelingen aangeboden die georganiseerd worden door de geestelijke gezondheidszorg, meestal in groepsverband, zoals de cursus "in de put, uit de put" voor ouderen met depressieve klachten. Verdere ontwikkeling van dergelijke projecten waarbij ook specifieke behandelingen gericht op angst worden aangeboden in het verzorgingshuis, zoals de cursus angst de baas 55+ of individuele behandeling, biedt perspectieven, aangezien veel van de bewoners niet meer in staat zijn om een GGZ-instelling te bezoeken. Een actievere screening naar angstklachten is hier echter net als in de andere settings van groot belang om te zorgen dat meer ouderen met angst in aanraking komen met adequate zorg (zie bespreking screeningsinstrumenten; HADS-A en gedragsobservatieschalen, zoals de GIP en de VSGO in ['Prevalentie, fenomenologie en diagnostiek'](#)).

De rol van verpleegkundigen

In de Multidisciplinaire Richtlijn Angst komt uitgebreid aan de orde dat er een lacune is op het gebied van onderzoek naar verpleegkundige interventies bij angststoornissen. Op het gebied van angst bij ouderen is er voor zover ons bekend nog helemaal geen onderzoek gedaan naar de effectiviteit van dergelijke interventies. Dit neemt echter niet weg dat verpleegkundigen in de praktijk vaak een waardevolle rol spelen bij de ondersteuning en begeleiding van angstige ouderen, juist omdat deze groep vaak niet in aanraking komt met andere vormen van psychische hulpverlening. Met de komst van een nieuwe functie; praktijkondersteuner GGZ, is de potentiële rol van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen bij de behandeling van angst bij ouderen bovendien sterk toegenomen. Vooral omdat ouderen met angst, zoals eerder besproken, vaak niet in aanraking komen met de tweede lijn en over het algemeen meer hindernissen ervaren bij het regelmatig bezoeken van een GGZ-instelling. Vandaar dat wij in deze sectie over organisatie van de zorg een paragraaf met betrekking tot de rol van verpleegkundigen bij de behandeling van angst bij ouderen hebben opgenomen.

Probleemomschrijvingen bij het verpleegkundig handelen richten zich op de gevolgen van de in de DSM-IV genoemde diagnoses. Verschillende diagnoses kunnen dezelfde problemen in het dagelijks leven veroorzaken en eenzelfde diagnose kan tot meerdere probleemomschrijvingen leiden. Bovendien kunnen verschillende probleemomschrijvingen aanleiding geven voor (deels) overlappende verpleegkundige interventies. Dit maakt het lastig om vast te stellen welke verpleegkundige interventies zich specifiek richten op het reduceren van angstproblematiek. In de Multidisciplinaire Richtlijn Angst is door de werkgroep consensus bereikt over verpleegkundige diagnoses en interventies die door het panel 'herkend worden als direct samenhangend met de DSM-IV angststoornissen' (Trimbos-Instituut, 2003).

Voor een uitgebreide bespreking van deze verpleegkundige diagnoses en de verpleegkundige interventies die uitgevoerd kunnen worden om de symptomen en gevolgen van een angststoornis op latere leeftijd te verlichten, verwijzen we naar de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen. Literatuur hieromtrent beperkt zich met name tot 'how to do' artikelen en boeken (zie o.a. ³¹). Hierbij moet opgemerkt worden dat er maar weinig bekend is over effectieve manieren om verpleegkundige interventies toe te passen (Addendum Ouderen bij de multidisciplinaire richtlijn depressie, 2008). Eén van de interventies die verpleegkundigen kunnen toepassen is het geven van informatie aan hulpverleners en mantelzorgers. Dit punt is bij ouderen met angst van wezenlijk belang; juist omdat de reguliere geestelijke gezondheidszorg zo weinig zicht heeft op de angstproblematiek bij ouderen, kunnen o.a. verpleegkundigen en andere beroepsgroepen (huisarts, ouderenadviseurs) die waarschijnlijk wel met deze doelgroep in aanraking komen, een cruciale rol spelen bij de signalering van angstklachten en een eventuele doorverwijzing naar de GGZ. Ook verschijnt er steeds meer onderzoek naar de inzetbaarheid van in de GGZ werkzame verpleegkundigen, die getraind worden in gedragstherapeutische interventies en vanuit de tweede lijn gesuperviseerd worden bij de uitvoering hiervan (bijvoorbeeld ¹⁸⁶). Deze ontwikkelingen hebben mede bijgedragen aan de nieuwe functie 'praktijkondersteuner GGZ'. Het is zeer wel mogelijk dat dergelijke ondernemingen ook bij de adequate behandeling van angst bij

ouderen in de toekomst een waardevolle bijdrage kunnen leveren.

De Werkgroep

De Werkgroep

mw.dr. J. Schuurmans (*voorzitter/auteur*) - universitair docent Vrije Universiteit, afdeling Klinische Psychologie,

Amsterdam

drs. G. J. Hendriks (*auteur*)

- directeur behandelzaken Kliniek Overwaal en psychiater-consulent angstpolikliniek GGZ Nijmegen

mw. drs. M. Veerbeek (*auteur*)

- wetenschappelijk medewerker Trimbos-instituut, Utrecht

Leden

drs. C. Bavinck

- psychiater Symfora, Hilversum

mw.drs. J. van Beukering

- GZ-psycholoog, GGZ Noord-Holland Noord, divisie ouderenpsychiatrie, Alkmaar

mw.drs. B. Birkenhager

- sociaal geriater, Bavo Europoort, Rotterdam

mw.dr. H. Comijs

- psycholoog en senior onderzoeker GGZ Buitenamstel, Amsterdam

mw.drs. E. Govers

- psychotherapeut Parnassia, Den Haag

drs. W. Houtjes

- verpleegkundig expert/onderzoeker, Adhesie GGZ locatie Riagg Almelo

mw.dr. Y. Kuin

- GZ-psycholoog en universitair docent, Radboud Universiteit Nijmegen

mw.drs. M. van Mastrigt

- psychotherapeut Parnassia, Den Haag

mw.prof.dr. A. M. Pot

- klinisch psycholoog en Hoofd Programma Ouderen, Trimbos-instituut

Utrecht

dr. M. Smalbrugge

- verpleeghuisarts en senior onderzoeker EMGO instituut, VUMC

Amsterdam

dr. B. Terluin

- huisarts te Almere en senior onderzoeker EMGO instituut, VUMC

Amsterdam

mw.drs. I. Weijnen

- psychotherapeut Riagg Maastricht en LavOri, Maastricht

mw.dr. W. van Zelst

- psychiater UMC Groningen

Adviseurs

mw.drs. E. Fischer

- wetenschappelijk medewerker Trimbos-instituut, Utrecht

dr. L. Henkelman

- programmahoofd Zorginnovatie Trimbos-instituut, Utrecht

Redactiecommissie

mw.dr. J. Schuurmans

- universitair docent Vrije Universiteit, afdeling Klinische Psychologie, Amsterdam

mw.prof.dr. A.M. Pot

- klinisch psycholoog, Trimbos-instituut, Utrecht;
afdeling klinische psychologie VU, Amsterdam

mw.drs. M. Veerbeek

- wetenschappelijk medewerker Trimbos-instituut, Utrecht

mw.drs. E. Fischer

- wetenschappelijk medewerker, Trimbos-instituut, Utrecht

Methodologische ondersteuning en begeleiding

Trimbos-instituut

Het Trimbos-instituut is het landelijk kennisinstituut voor de geestelijke gezondheidszorg, de verslavingszorg en de maatschappelijke zorg.

Het Trimbos-instituut bevordert de kwaliteit van leven door het ontwikkelen en toepassen van kennis over geestelijke gezondheid, verslaving en lichamelijke ziektes die daarmee samenhangen.

Referenties

1 - Achterberg

Achterberg, Th. van e. a. (2006) red. Effectief Verplegen 3; handboek ter onderbouwing van het verpleegkundig Handelen, Kavanah Dwingeloo.

2 - Akkerman

Akkerman, R.L., Stanley, M.A., Averill, P.M., Novy, D.M., Snyder, A.G. & Diefenbach, G.J. (2001). Recruiting older adults with generalized anxiety disorder. *Journal of Mental Health and Aging*, 7, 385-394.

4 - American Psychiatric Association (1990).

American Psychiatric Association (1990). Benzodiazepine dependence, toxicity and abuse. [Washington DC: American Psychiatric Association.](#)

5 - American Psychiatric Association (1990).

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th Edition). Washington DC: Author.

6 - Arrindell

Arrindell, W.A. & Ettema, J.H.M. (1986). SCL-90, Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie indicator. Lisse: Swets & Zeitlinger.

7 - Arrindell

Arrindell, W.A. (1980). Dimensional structure and psychopathology correlates of the Fear Survey Schedule (FSS-III) in a phobic population: a factorial definition of agoraphobia. [Behaviour Research and Therapy](#), 18, 229-242.

8 - Arrindell

Arrindell, W.A. (1986). Agoraphobic Cognitions Questionnaire. <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/meetinstrumenten/info.php?id=2>

9 - Arrindell

Arrindell, W.A. (1986). [Body Sensation Questionnaire](#).

10 - Austin

Austin, L.S., Zealberg, J.J. & Lydiard, R.B. (1991). Three cases of pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder in the elderly. [Journal of Nervous and Mental Disease](#), 179, 634-635.

11 - Averill

Averill, P.M. & Beck, J.G. (2000). Posttraumatic Stress Disorder in Older Adults: A Conceptual Review. [Journal of Anxiety disorders](#), 14 (2), 133-156.

12 - Ayers

Ayers, C. R., Sorrell, J. T., Thorp, S. R., & Wetherell, J. L. (2007). Evidence-based psychological treatments for late-life anxiety. [Psychol.Aging](#), 22, 8-17.

13 - Balkom

Balkom, A.J. van, Beekman, A.T.F., Beurs, E. de, Deeg, D.J., Dyck, R. van & Tilburg, W. van (2000). Comorbidity of the anxiety disorders in a community-based older population in The Netherlands. [Acta Psychiatr. Scand.](#), 101, 37-45.

14 - Barrowclough

Barrowclough, C., King, P., Colville, J., Russell, E., Burns, A., & Tarrier, N. (2001). A randomized trial of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling for anxiety symptoms in older adults. [J.Consult Clin.Psychol.](#), 69, 756-762.

15 - Barsky

Barsky, A.J., Frank, C.B., Cleary, P.D., Wyshak, G. & Klerman, G.L. (1991). The relation between hypochondriasis and age. [The American Journal Of Psychiatry](#), 148 (7), 923-928.

16 - Bech

Bech, P., Kastrup, M., Rafaelsen & O.J. (1986). Mini-compendium of rating scales for states of anxiety, depression, mania, schizophrenia with corresponding DSM-III syndromes. [Acta Psychiat Scand, 73, 1-37.](#)

17 - Beekman

Beekman, A.T.F. & Heeren, T.J. (2001). Depressieve stoornissen. In: T.J. Heeren, M.G. Kat & M.L. Stek (Eds.), Handboek ouderenpsychiatrie (pp. 77-90). Leusden: de Tijdstroom.

18 - Beekman

Beekman, A.T.F., Beurs, E. de, Balkom, A.J. van, Deeg, D.J., Dyck, R. van & Tilburg, W. van (2000). Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors. [American Journal of Psychiatry, 157\(1\), 88-95.](#)

19 - Beekman

Beekman, A.T.F., Bremmer, M.A., Deeg, D.J., Balkom, A.J. van, Smit, J.H., De Beurs, E. e.a. (1998). Anxiety disorders in later life: a report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. [International Journal of Geriatric Psychiatry, 13, 717-726.](#)

20 - Beurs

Beurs, E. de (1995). Mobility Inventory.
<http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/meetinstrumenten/info.php?id=16>

21 - Beurs

Beurs, E. de, Beekman, A.T.F., Balkom, A.J.L.M. van, Deeg, D.J.H., Dyck, R. van & Tilburg, W. van (1999). Consequences of anxiety in older persons: its effect on disability, well-being and use of health services. [Psychological Medicine, 29, 583-593.](#)

22 - Bienvenu

Bienvenu, O.J. & Eaton, W.W. (1998). The epidemiology of blood-injection-injury phobia. [Psychological Medicine, 28, 1129-1136.](#)

23 - Bijl

Bijl, R.V., Ravelli, A. & Zessen, G. van (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). [Soc. Psychiatry Psychiatri. Epidemiol., 33, 587-595.](#)

24 - Blake. D.D.

Blake. D.D., Weathers, F.W., Nagy, L.M., e.a. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. [J Trauma Stress, 8, 75-90.](#)

25 - Blank

Blank, S., Lenze, E.J., Mulsaent, B.H., Dew, M.A., Karp, J.F., Shear, M.K., Houck, P.R., Miller, M.D., Pollock, B.G., Tracey, B. & Reynolds, C. (2006). Outcomes of late-life anxiety disorders during 32 weeks of citalopram treatment. [Journal of Clinical Psychiatry, 67, 468-472.](#)

26 - Blazer

Blazer, D., George, L.K. & Hughes, D. (1991). The epidemiology of anxiety disorders: an age comparison. In C. Salzman & B.D. Lebowitz, Anxiety in the elderly: treatment and research (pp 17-30). New York: Springer Publishing Co.

27 - Boehnlein

Boehnlein, J.K. & Sparr, L.F. (1993). Group therapy with WWII ex-POWs: long-term posttraumatic adjustment in a geriatric population. [Am J Psychother, 47, 273-282.](#)

28 - Boerner

Boerner, R. J. (1995). [Anxiety disorders in the elderly--diagnostic problems and therapeutic prospects]. [Z.Gerontol.Geriatr., 28, 435-443.](#)

29 - Bohm

Bohm, C. Robinson, D.S., Gammans, R.E. et al. (1990). Buspirone therapy in anxious elderly patients: a controlled clinical trial. [Journal of Clinical Psychopharmacology, 10, 47S-51S.](#)

30 - Bonwick

Bonwick, R.J. (1998). Letters to the editor: group treatment programme for elderly war veterans with PTSD. *Int J Geriatr Psychiat*, 13, 64-67.

31 - Bos

Bos, A. (2006) Verpleegproblemen bij patiënten met angststoornissen, in:

32 - Bourin

Bourin, M. (2003). Use of paroxetine for the treatment of depression and anxiety disorders in the elderly: a review. *Human Psychopharmacology* 18 (3), 185-90.

33 - Boyer

Boyer, E. W. & Shannon, M. (2005). The serotonin syndrome. *New England Journal of Medicine*. 352, 1112-1120.

34 - Brom

Brom, D. & Kleber, R.J. (1985). De schokverwerkingslijst. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 40, 164-168.

35 - Cairney

Cairney, J., McCabe, L., Veldhuizen, S., Corna, L.M., Streiner, D. & Herrmann, N. (2007). Epidemiology of social phobia in later life. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 15(3), 224-233.

36 - Calamari

Calamari, J.E., Faber, S.D., Hitsman, B.L. & Poppe, C.J. (1994). Treatment of obsessive compulsive disorder in the elderly: a review and case example. *J Behav Ther & Exp Psychiat*. 25(2), 95-104.

37 - Carmin

Carmin, C.N., Pollard, C.A. & Ownby, R.L. (1998). Obsessive-compulsive disorder: cognitive behavioural treatment of older versus younger adults. *Clinical Gerontologist*, 19, 77-81.

38 - Caudle

Caudle, D. D., Senior, A. C., Wetherell, J. L., Rhoades, H. M., Beck, J. G., Kunik, M. E. et al. (2007). Cognitive errors, symptom severity, and response to cognitive behavior therapy in older adults with generalized anxiety disorder. *Am.J.Geriatr.Psychiatry*. 15, 680-689.

39 - Chambless

Chambless, D.L., Caputo, G.C., Bright, P., e.a. (1984). Assessment of fear in agoraphobics: the body sensations questionnaire and the agoraphobic cognitions questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 52, 1090-1097.

40 - Chambless

Chambless, D.L., Caputo, G.C., Jasin, S.E., Gracely, E.J. & Williams, C. (1985). The Mobility Inventory for agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*. 23, 35-44.

41 - Chemerinski

Chemerinski, E., Petracca, G., Manes, F., Leiguarda, R. & Starkstein, S.E. (1995). Prevalence and correlates of anxiety in Alzheimers's disease. *Depression and Anxiety*. 7, 166-170.

42 - Clarke

Clarke, D.M. & Lewis, M.J. (1982). Fear of crime among the elderly. *British Journal of Criminology*, 232-249.

43 - Cuijpers

Cuijpers, P. (2004) Alles onder controle: uw problemen en zorgen overwinnen door zelfanalyse. Amsterdam: Vrije Universiteit, afdeling Klinische Psychologie

44 - Cummings

Cummings, J.L., Mega, M. & Gray, K. (1994). Neuropsychiatric Inventory. Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 44 (12) 2308-2314

45 - Deer

Deer, T.M. & Calamari, J.E. (1998). Panic symptomatology and anxiety sensitivity in older adults. *Journal of*

[Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 29\(4\), 303-316.](#)

46 - [Derogatis](#)

Derogatis, L.R. (1977). SCL-90 Administration, scoring and procedures manual 1 for the R(evised) version and other instruments of the psychopathology rating scale series. Baltimore: Clinical Psychometrics Research Unit, Johns Hopkins University School of Medicine.

47 - [Diefenbach](#)

Diefenbach, G.J., Stanley, M.A. & Beck, J.G. (2001). Worry content reported by older adults with and without Generalized anxiety disorder. [Aging and Mental Health, 5, 269-274.](#)

48 - [DiNardo](#)

DiNardo, P.A., Brown, T.A. & Barlow, D.H. (1994). Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV. Boston: Center for Stress and Anxiety Related Disorders, Boston University.

49 - [Dorland](#)

Dorland, L.M., Pot, A.M., Veerbeek, M.A., e.a. (2007). Psychische hulpverlening voor ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen. In A.M. Pot, M. Depla & M. ten

50 - [Emmelkamp](#)

Emmelkamp, P.M.G. & Hout, A. van der (1983). Failure in treating agoraphobia. In E.B. Foa & P.M.G. Emmelkamp (Eds.), Failures in Behavior Therapy (1 ed., pp 58-81). New York: John Wiley & Sons.

51 - [Emmelkamp](#)

Emmelkamp, P.M.G. (2004). Behavior therapy with adults. In M. Lambert (Ed.), Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (5th ed., pp. 393-446). New York: Wiley.

52 - [Ensrud](#)

Ensrud, K. E., Blackwell, T., Mangione, C. M., Bowman, P. J., Bauer, D. C., Schwartz, A. et al. Central nervous system active medications and risk for fractures in older women. [Arch. Intern. Med 2003, 163, 949-957.](#)

53 - [Entsuah](#)

Entsuah, A. R., Huang, H., & Thase, M. E. (2001). Response and remission rates in different subpopulations with major depressive disorder administered venlafaxine, selective serotonin reuptake inhibitors, or placebo. [J Clin.Psychiatry, 62, 869-877.](#)

54 - [Fallon](#)

Fallon, B.A., Schneier, F.R., Marshall, R. et al. (1996). The pharmacotherapy of hypochondriasis. [Psychopharmacology Bulletin, 32, 607-611.](#)

55 - [First](#)

First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L. & Williams, J.B.W. (1996). User's guide for the Structured Clinical Interview for the DSM-IV Axis I disorders-research version. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.

56 - [Flint](#)

Flint, A.J. (1994). Epidemiology and co-morbidity of anxiety disorders in the elderly. [Am J Psychiatry, 151, 640-649.](#)

57 - [Flint](#)

Flint, A.J. (1997). Epidemiology and co-morbidity of anxiety disorders in later life: implications for treatment. [Cli.Neurosci., 4, 31-36.](#)

58 - [Flint](#)

Flint, A.J. (2005). Generalised anxiety disorder in elderly patients. Epidemiology, diagnosis and treatment options. [Drugs and Aging, 22\(2\), 101-114.](#)

59 - [Flint](#)

Flint, A.J., Koszycki, D., Vaccarino, F.J., Cadieux, A., Boulenger, J. & Bradwejn, J. (1998). Effect of aging on cholecystokinin-induced panic. [American Journal of Psychiatry, 155, 283-285.](#)

60 - Floyd

Floyd, M., Rice, J. & Black, R. (2002). Recurrence of posttraumatic stress disorder in late life: a cognitive aging perspective. *Journal of Clinical Geropsychology*, 8 (4), 303-311.

61 - Folstein

Folstein, M. E., Folstein, S. E., and McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. [*Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.](#)

62 - Fredrikson

Fredrikson, M., Annas, P., Fischer, H. & Wik, G. (1996). Gender and age differences in the prevalence of specific fears and phobias. [*Behaviour Research and Therapy*, 34\(1\), 33-39.](#)

63 - French

French, D. D., Campbell, R., Spehar, A., Cunningham, F., Bulat, T., & Luther, S. L. Drugs and falls in community-dwelling older people: a national veterans study. [*Clin. Ther.* 2006, 28, 619-630.](#)

64 - Fuentes

Fuentes, K. & Cox, B. (1997). Prevalence of anxiety disorders in elderly adults: a critical analysis. [*Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 28\(4\), 269-279.](#)

65 - Fuentes

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.](#)

66 - Garnefski

Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V.V., Kommer, T. van den & Teerds, J. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: a comparison between adolescents and adults. [*Journal Of Adolescence*, 25 \(6\), pp. 603-11.](#)

67 - Godderis

Godderis, J., Ven, L. van de & Wils, V. (1992). Neurosen. Angststoornissen bij ouderen. In: Handboek geriatrijsche psychiatrie. Godderis J. (red.), Leuven/Apeldoorn: Garant.

68 - Goodman

Goodman, W.K., Price, L., Rasmussen, S., Maxure, C., Delgado, P., Heninger, G. & Charney, D. (1989). The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I Development, use and reliability. [*Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.](#)

69 - Gorgels

Gorgels, W.J., Oude Voshaar, R.C., Mol, A.J., Lisdonk, E.H. van de, Balkom, A.J. van, Hoogen, H.J. van den, Mulder, J., Breteler, M.H. & Zitman, F.G. (2005). Discontinuation of long-term benzodiazepine use by sending a letter to users in family practice: a prospective controlled intervention study. [*Drug And Alcohol Dependence*, 78 \(1\), 49-56.](#)

70 - Gorgels

Gorgels, W.J., Oude Voshaar, R.C., Mol, A.J.J., Breteler, M.H., Lisdonk, E.H. van de & Zitman, F.G. (2001). Het langdurig gebruik van benzodiazepinen. *Ned Tijdschr Geneesk*, 145(28), 1342-1346.

71 - Gould

Gould, R.A., Safren, S.A., Washington, D.O. & Otto, M.W. (2004). A Meta-Analytic Review of Cognitive-Behavioral Treatments. In R.G. Heimberg, C.L. Turk & D.S. Menning (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 248-264). New York: Guilford Press.

72 - Grant

Grant, B.F. (2005). Prevalence, correlates, co-morbidity and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. [*Psychological Medicine*, 35\(12\), 1747-1759.](#)

73 - Groenestijn

Groenestijn, M.A.C. van, Akkerhuis, G.W., Kupka, R.W., Schneider, N. & Nolen, W.A. (1999). Gestructureerd klinisch interview voor de vaststelling van DSM-IV As-I stoornissen. Lisse: Swets en Zeitlinger.

74 - Haight

Haight, B. K., & Dias, J. K. (1992). Examining key variables in selected reminiscing modalities. [International Psychogeriatrics, 4, 279-90.](#)

75 - Haley (1996)

Haley (1996). The medical context of psychotherapy with the elderly. In: Effective clinical interventions in a life-stage context: a guide to psychotherapy and ageing (pp. 221-240). Washington DC: American Psychological Association.

76 - Hamer

Hamer, T. (2007). Gedragstherapie en mediatieve behandeling. In: A.M. Pot, Y. Kuin & M. Vink (Eds.), Handboek Ouderenpsychologie (pp. 315-327). Utrecht: de Tijdstroom.

77 - Hasher

Hasher, L. & Zacks, R.T. (1988). Working memory, comprehension and aging: a review and a new view. Psychol Learn Motiv, 22, 193-225.

78 - Have (Red.)

Have (Red.), Monitor Geestelijke Gezondheidszorg Ouderen. Rapportage 2006 (pp. 37-43). Utrecht: Trimbos-instituut.

79 - Heimberg

Heimberg, R.G., Horner, K.J., Juster, H.R., Safren S.A., Brown, E.J., Schneier, F.R. & Liebowitz, M.R. (1999). Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. [Psychol Med. 29, 199-212.](#)

80 - Heinrichs

Heinrichs, M., Hoffman, E.C. & Hofmann, S.G. (2001). Cognitive-behavioral treatment for social phobia in Parkinson's disease: a single-case study. [Cogn Behav Pract. 8\(4\), 328-335.](#)

81 - Hersen

Hersen, M. & Hasselt, V.B. van (1992). Behavioral assessment and treatment of anxiety in the elderly, [Clinical Psychology Review. 12\(6\), 619-640.](#)

82 - Himmelfarb

Himmelfarb, S. & Murrell, S. A. (1984). The prevalence and correlates of anxiety symptoms in older adults. [J Psychol., 116, 159-167.](#)

83 - Hocking

Hocking, L.B. & Koenig, H.G. (1995). Anxiety in medically ill older patients: a review and update. [International Journal of Psychiatry in Medicine. 25\(3\), 221-238.](#)

84 - Hofman

Hofman, A. (1995). De prevalentie van chronische ziekten bij ouderen; het ERGO-onderzoek. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 139, 1975-1978.

85 - Horowitz

Horowitz, M., Wilner, N. & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective distress. [Psychosom Med. 41, 209-218.](#)

86 - Hovens

Hovens, J.E. (1994). Research into the psychodiagnostics of posttraumatic stress disorder. Delft: Eburon.

87 - Hunt

Hunt, L.M., Marschall, M. e.a. (1997). Past trauma in late life. European perspectives on therapeutic work with older people. London: Jessica Kingsley Publishers.

88 - Jeste

Jeste, D.V., Blazer, D.G. & First, M. (2005). Aging-related diagnostic variations: need for diagnostic criteria appropriate for elderly psychiatric patients. [Biological Psychiatry. 58 \(4\), 265-71.](#)

89 - Jorm

Jorm, A.F. (2000). Does old age reduce the risk of anxiety and depression? A review of epidemiological

studies across the adult life span. [Psychological Medicine, 30\(1\), 11-22.](#)

90 - Kan

Kan, C.C., Breteler, M.H. & Zitman, F.G. (1997). High prevalence of benzodiazepine dependence in out-patient users, based on the DSM-III-R and ICD-10 criteria. [Acta Psychiatrica Scandinavica, 96 \(2\), 85-93](#)

91 - Karno

Karno, M. & Golding, J.M. (1991). Obsessive-compulsive disorder. In: Psychiatric Disorders in America: the epidemiologic catchment area study. Robins, L.S. & Regier, D.A. (red.), New York: Free Press, 204-219.

92 - Kat

Kat, M.G., Jonghe, J.F.M. de, Aalten, P., Kalisvaart, C.J., Dröes, R.M. & Verhey, F.R.J. (2002). Neuropsychiatrische symptomen bij dementie: psychometrische aspecten van de Nederlandse Neuropsychiatric Inventory (NPI). Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 33, 150-156.

93 - Katerndahl

Katerndahl, D.A. & Talamantes, M. (2000). A comparison of persons with early- versus late-onset panic attacks. [Journal of Clinical Psychiatry, 61\(6\), 422-427.](#)

94 - Katz

Katz, I.R., Reynolds, C.F., Alexopoulos, G.S. & Hackett, D. (2002). Venlafaxine ER as a treatment for Generalized anxiety disorder in older adults: Pooled analysis of five randomized placebo-controlled clinical trials. [Journal of the American Geriatric Society, 50, 18-25.](#)

95 - Kellner

Kellner, R. (1987). Somatization and Hypochondriasis. New York: Praeger.

96 - Kennisnetwerk valpreventie.

[Kennisnetwerk valpreventie.](#)

97 - Kessler

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Jin, R., Ruscio, A. M., Shear, K., & Walters, E. E. (2006). The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. [Arch.Gen.Psychiatry, 63, 415-424.](#)

98 - Kessler

Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., Merikangas, K.R., Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. [Archives of General Psychiatry, 62\(6\), 617-627.](#)

99 - Knauper

Knauper, B. & Wittchen, H. U. (1994). Diagnosing major depression in the elderly: evidence for response bias in standardized diagnostic interviews? [J Psychiatr.Res., 28, 147-164.](#)

100 - Kohn

Kohn, R., Westlake, R.J., Rasmussen, S.A., Marsland, R.T. & Norman, W.H. (1997). Clinical features of obsessive-compulsive disorder in elderly patients. [American Journal of Geriatric Psychiatry, 5, 211-215.](#)

101 - Krasucki

Krasucki, C. (1998). The relationship between anxiety disorders and age. [International Journal of Geriatric Psychiatry, 13\(2\), 79-99.](#)

102 - Landelijke Stuugroep Multidisciplinaire rRichtlijnontwikkeling in de GGZ.

Landelijke Stuugroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Multidisciplinaire richtlijn depressie, addendum ouderen (2008). Utrecht: Trimbos-instituut.

103 - Landelijke Stuugroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ.

Landelijke Stuugroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2003). Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis. Utrecht: Trimbos-instituut

104 - Lasher

Lasher, K.P. & Faulkender, P.J. (1993). Measurement of aging anxiety: development of the anxiety about aging scale. [International Journal of Aging and Human Development, 37, 247-259.](#)

105 - Le Roux

Le Roux, H., Gatz, M. & Wetherell, J. (2005). Age at onset of generalized anxiety disorder in older adults. [Am J Geriatr Psychiatry, 13 \(1\), 23-30.](#)

106 - Lenze

Lenze, E. J., Karp, J. F., Mulsant, B. H., Blank, S., Shear, M. K., Houck, P. R. e. a. (2005). Somatic symptoms in late-life anxiety: treatment issues. [J.Geriatr.Psychiatry Neurol., 18, 89-96.](#)

108 - Lenze

Lenze, E.J., Mulsant, B.H., Shear, M.K., Dew, M.A., Miller, M.D., Pollock, B.G., Houck, P., Tracey, B. & Teynolds, C.F. (2005). Efficacy and tolerability of citalopram in the treatment of late-life anxiety disorders: results from an 8-week randomized, placebo-controlled trial. [American Journal of Psychiatry, 162, 146-150.](#)

109 - Lindsay

Lindsay, J. (1991). Anxiety disorders in the elderly. In R.Jacoby & C. Oppenheimer (Eds.), Psychiatry in the elderly. Oxford: Oxford University Press.

110 - Lipton

Lipton, M.I. & Schaffer, W.R. (1986). Posttraumatic stress disorder in the older veteran. [Mil Med, 151, 522-524.](#)

111 - Liu

Liu, B., Anderson, G., Mittmann, M., To, T., Axcell, T. & Shear, N. (1998). Use of selective serotonin-reuptake inhibitors or tricyclic antidepressants and risk of hip fractures in elderly people. [The Lancet, 351 \(may 2\), 1303-1307.](#)

112 - Maercker

Maercker, A. (2002). Life-review technique in the treatment of PTSD in elderly patients: rationale and three single case studies. J Clin Geropsychology, 8, 239-249.

113 - Majercsik

Majercsik, E., Haller, J., Leveleki, C., Baranyi, J., Halász, J. & Rodjers, R.J. (2003). The effect of social factors on the anxiolytic efficacy of buspirone in male rats, male mice, and men. [Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 27, 1187-1199](#)

114 - Manela

Manela, M., Katona, C. & Livingston, G. (1996). How common are the anxiety disorders in old age? International Journal of Geriatric Psychiatry, 11, 65-70.

115 - McCabe

McCabe, L., Cairney, J., Veldhuizen, S., Herrmann, N., & Streiner, D. L. (2006). Prevalence and correlates of agoraphobia in older adults. [Am.J.Geriatr.Psychiatry, 14, 515-522.](#)

116 - McCullough

McCullough, P.K. (1992). Evaluation and management of anxiety in the older adult. [Geriatrics, 47\(4\), 35-38, 44](#)

117 - Meer

Meer, A. van der, & Burgerhout, K. (2004). Nederlandse versie van de Panic Disorder Severity Scale. Amsterdam: Programmagroep Klinische Psychologie, UvA.

118 - Meulenbeek

Meulenbeek, P. Herzmanatus, J., Smit, F., Willemse, G. & Zanden, R. van der (2005). Cursusmap 'Geen Paniek, leren omgaan met panieklachten'. Utrecht: Trimbos-instituut/GGNet

119 - Meyer

Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L. & Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. [Behaviour Research and Therapy, 28, 487-495.](#)

120 - Mierlo

Mierlo, C. van, Aken, C. van, Krale, A., Medema, K., Plassche, H. van de & Zoeste, H. van (2004). Zelfhulp cursus 'Angstige gevoelens? Zelf aan de slag! Zeist: Altrecht Preventie

121 - Mierlo

Mierlo, C. van, Hees, T. van, Lieshout, V. van, Pronk, M. & Krale, A. (2005). Cursusmap 'Angst in de hand'. Zeist: Altrecht preventie

122 - Mohamed

Mohamed, S., Osatuke, K., Aslam, M. & Kasckow, J. (2006). Escitalopram for comorbid depression and anxiety in elderly patients: a 12-week, open-label, flexible-dose, pilot trial. [The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy](#), 4 (3), 201-209.

123 - Mohlman

Mohlman, J. (2004). Psychosocial treatment of late-life generalized anxiety disorder: current status and future directions. [Clin.Psychol.Rev.](#), 24, 149-169.

125 - Mohlman

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. [Am.J.Geriatr.Psychiatry](#), 11, 24-32.

126 - Molen

Molen, H.T. van der (1985). Hulp als onderwijs: effecten van cursussen voor verlegen mensen. proefschrift. Groningen: RUG.

127 - Monopoli

Monopoli, J. & Vaccaro, F.J. (1998). Depression, hypochondriasis and demographic variables in a non-institutionalized elderly sample. *Clinical Gerontologist*, 19(3), 75-79.

128 - Montfort

Montfort, M. van, Hoevenaars, A., Akkermans, M. & Kloek, J. (2007). Cursus Angst de Baas 55+. Cursistenmap. Utrecht, Trimbos-instituut.

129 - Nordhus

Nordhus, I. H. & Pallesen, S. (2003). Psychological treatment of late-life anxiety: an empirical review. [J.Consult Clin.Psychol.](#), 71, 643-651.

131 - Oppen

Oppen, P. van, Balkom, A.J.L.M. van, Haan, E. de & Dyck, R. van (2005). Cognitive therapy and exposure in vivo alone and in combination with fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder: a 5-year follow-up. [Journal of Clinical Psychiatry](#), 66 (11), 1415-1422.

132 - Oppen

Oppen, P. van, Emmelkamp, P.M.G., Balkom, A.J.L.M. van, e.a. (1995). The sensitivity to change of measures for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 241-248.

133 - Oppen

Oppen, P. van, Hoekstra, R.J. & Emmelkamp, P.M.G. (1995). The structure of obsessive-compulsive symptoms. [Behaviour Research and Therapy](#), 33, 15-23.

134 - Öst

Öst, L.G. (1992). Age of onset of different phobias. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 223-229.

135 - Oude Voshaar

Oude Voshaar, R.C., Gorgels, W.J.M.J., Mol, A.J.J., Balkom, A.J.L.M. van, Lisdonk, E.H. van de, Breteler, M.H.M., Hoogen, H.J.M. van den & Zitman, F.G. (2004). Het staken van chronisch benzodiazepinegebruik met behulp van gereguleerde dosisreductie met en zonder groepstherapie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 725-737.

136 - Oude Voshaar

Oude Voshaar, R.C., Gorgels, W.J.M.J., Mol, A.J.J., Couvée J.E., Balkom, A.J.L.M. van & Zitman, F.G. (2001). Behandelmethoden om langdurig benzodiazepinegebruik te staken. *Ned Tijdschr Geneesk*, 145(28), 1347-1350.

137 - Pachana

Pachana, N.A., Byrne, G.J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E. & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19(1), 103-114.

138 - Papageorgiou

Papageorgiou, C. & Wells, A. (1998). Effects of attention training on hypochondriasis: a brief case series. *Psychological Medicine*, 28, 198-200.

139 - Peskind

Peskind, E.R., Bonner, L.T., Hoff, D.J. e.a. (2003). Prazosin reduces trauma-related nightmares in older men with chronic posttraumatic stress disorder. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 16, 165-171.

140 - Pfeiffer

Pfeiffer, E. (1983). Psychiatric disorders related to physiological changes in aging. In: *Psychiatric update: The American Psychiatric Association Annual Review*. Grinspoon, L. (red.), Washington D.C.: American Psychiatric Association, 140-151.

141 - Pilowsky

Pilowsky, I. (1970). Primary and secondary hypochondriasis. *Acta Psychiatr Scand*, 46, 273-285.

142 - Pinquart

Pinquart, M. & Duberstein, P.R. (2007). Treatment of anxiety disorders in older adults: a meta-analytic comparison of behavioral and pharmacological interventions. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15 (8), 639-651.

143 - Ploeg

Ploeg, H.M. van der, Defares, P.B. & Soielberger, C.D. (1980). Handleiding bij de Zelf Beoordelings Vragenlijst, ZBV: Een Nederlandse bewerking van de Spielberger Stait-Trait Anxiety Inventory, STAI-DY. Lisse: Swets & Zeitlinger

144 - Pollack

Pollack, M.H., Zaninell, R., Goddard, A. et al. (2001). Paroxetine in the treatment of Generalized anxiety disorder: results of a placebo-controlled, flexible-dosage trial. *J Clin Psychiatry*, 62, 350-357.

145 - Pot

Pot, A.M., Kuin, Y. & Vink, M. (red.) (2007). *Handboek Ouderenpsychologie*. Utrecht: De Tijdstroom.

146 - Rademakers

Rademakers, G. & Groen, A. (2003). *Cursus Leren omgaan met verlegenheid*. Apeldoorn: Spatie, Centrum voor Geestelijke Gezondheid

147 - Raj

Raj, B.A., Corvea, M.H. & Dagon, E.M. (1993). The clinical characteristics of panic disorder in the elderly: a retrospective study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54(4), 150-155.

148 - Rampello

Rampello, L., Alvano, A., Raffaele, R., Malaguarnera, M., & Vecchio, I. (2006). New possibilities of treatment for panic attacks in elderly patients: escitalopram versus citalopram. *J Clin.Psychopharmacol.*, 26, 67-70.

149 - Rapaport

Rapaport, M. H., Schneider, L. S., Dunner, D. L., Davies, J. T., & Pitts, C. D. (2003). Efficacy of controlled-release paroxetine in the treatment of late-life depression. *J Clin.Psychiatry*, 64, 1065-1074.

150 - Raskind

Raskind, M.A., Peskind, E.R., Kanter, E.D., Petrie, E.C., Radant, A., Thompson, C.E., Dobie, D.J., Hoff, D., Rein, R.J., Straits-Tröster, K., Thomas, R.G. & McFall, M.M. (2003). Reduction of nightmares and other PTSD symptoms in combat veterans by prazosin: a placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 160,

371-373.

151 - Rijsoort

Rijsoort, S. van, Emmelkamp, P. & Vervaeke, G. (1999). The Penn State Worry Questionnaire and the Worry Domains Questionnaire: structure, reliability and validity. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 297-307.

152 - Roose

Roose, S. P., Sackeim, H. A., Krishnan, K. R., Pollock, B. G., Alexopoulos, G., Lavretsky, H. e. a. (2004). Antidepressant pharmacotherapy in the treatment of depression in the very old: a randomized, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry*, 161, 2050-2059.

153 - Ruiter

Ruiter, C. de, Bouman, T.K., & Hoogduin, C.A.L. (1997). Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV—Nederlandse bewerking [Dutch translation] (ADIS-IV-NL). Unpublished manuscript.

154 - Sanavio

Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: the Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 167-177.

155 - Schneider

Schneider, L.S., Nelson, J.C., Clary, C.M., Newhouse, P., Krishnan, K.R., Shiovitz, T. & Weihs, K. (2003). An 8-week multicenter, parallel-group, double-blind, placebo-controlled study of sertraline in elderly outpatients with major depression. *The American Journal Of Psychiatry* 160 (7). 1277-85.

156 - Schoevers

Schoevers, R.A., Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H., Jonker, C. & Tilburg, W. van (2003). Comorbidity and risk-patterns of depression, generalised anxiety disorder and mixed anxiety-depression in later life: results from the AMSTEL study. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 18, 994-1001.

157 - Schuurmans

Schuurmans, J. & Weijnen, I.J.C. (2003). Angststoornissen bij ouderen. In A. Bak, W.T.M. Berlo & J.J.L. Derksen (Eds.), *Handboek Klinische Psychologie* (22 ed., pp. 1-26). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

158 - Schuurmans

Schuurmans, J. The Phenomenology of anxiety in older adults. In: *Anxiety in late life. Moving toward a tailored treatment*. Dissertatie. Amsterdam: Vrije Universiteit.

159 - Schuurmans

Schuurmans, J., Comijs, H., Emmelkamp, P. M., Gundy, C. M., Weijnen, I., van den Hout, M. e. a. (2006). A randomized, controlled trial of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and sertraline versus a waitlist control group for anxiety disorders in older adults. *Am.J.Geriatr.Psychiatry*, 14, 255-263.

160 - Schuurmans

Schuurmans, J., Comijs, H.C., Beekman, A.T., Beurs, E. de, Deeg, D.J., Emmelkamp, P.M. & Dyck, R. van (2005). The outcome of anxiety disorders in older people at 6-year follow-up: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111 (6), 420-8

161 - Seguí

Seguí, J., Salvador-Carulla, L., Márquez, M., Garcíá, L., Canet, J. & Ortiz, M. (2000). Differential clinical features of late-onset panic disorder. *Journal of Affective Disorders*, 57, 115-124.

162 - Shear

Shear, M.K. & Maser, J.D. (1994). Standardized assessment for panic disorder research: a conference report. *Archives of General Psychiatry*, 51, 346-354.

163 - Sheehan

Sheehan, B., Bass, C., Briggs, R. & Jacoby, R. (2003). Somatization among older primary care attenders. *Psychological Medicine*, 33(5), 867-877.

164 - Sheikh

Sheikh, J. I. & Swales, P. J. (1999). Treatment of panic disorder in older adults: a pilot study comparison of alprazolam, imipramine, and placebo. *Int.J.Psychiatry Med.*, 29, 107-117.

165 - Sheikh

Sheikh, J.I. & Salzman, C. (1995). Anxiety in the elderly. Course and treatment. [Psychiatric Clinics of North America, 18, 871-883.](#)

166 - Sheikh

Sheikh, J.I., Lauderdale, S.A. & Cassidy, E.I. (2004). Efficacy of sertraline for panic disorder in older adults: A preliminary open-label study. [American J. Ger. Psych., 12, 230.](#)

167 - Sheikh

Sheikh, J.I., Swales, P.J. & King, R.J. (1998). Somatization in young versus older female panic disorder patients. [International Journal of Geriatric Psychiatry, 13\(8\), 564-567.](#)

168 - Sheikh

Sheikh, J.I., Swales, P.J., Carlson, E.B. & Lindley, S.E. (2004). Aging and panic disorder. Phenomenology, co-morbidity and risk factors. [American Journal of Geriatric Psychiatry, 12, 102-109.](#)

169 - Smalbrugge

Smalbrugge, M. (2005). Comorbidity of depression and anxiety in nursing home patients. [International Journal of Geriatric Psychiatry, 20\(3\), 218-226.](#)

170 - Sonnenberg

Sonnenberg, C.M., Beekman, A.T., Deeg, D.J. & Tilburg, van (2003). Drug treatment in depressed elderly in the Dutch community. [International Journal Of Geriatric Psychiatry, 18 \(2\), 99-104.](#)

171 - Spano

Spano, A. & Forstl, H. (1992). Falling and the fear of it. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 7, 149-151.

172 - Speckens

Speckens, A.E.M., Spinhoven, Ph., Sloekers, P.P.A., e.a. (1996b). A validation study of the Whitely index, the illness attitude scales and the somatosensory amplification scale in general medical and general practice patients. [Journal of Psychosomatic Research, 40, 95-104.](#)

173 - Stanley

Stanley, M.A. & Averill, P.M. (1999). Strategies for treating generalized anxiety in the elderly. In M. Duddy (Ed.), *Handbook of counseling and psychotherapy with older adults* (pp. 511-525). New York: John Wiley & Sons.

174 - Stanley

Stanley, M.A., Beck, J.G. & Zebb, B.J. (1996). Psychometric properties of four anxiety measures in older adults. [Behaviour Research and Therapy, 34\(10\), 827-838.](#)

175 - Stanley

Stanley, M.A., Beck, J.G., DeWitt Glassco, J. (1996). Treatment of Generalized Anxiety in Older Adults: A Preliminary Comparison of Cognitive-Behavioral and Supportive Approaches. *Behavior Therapy*, 27, 565-581.

176 - Stanley

Stanley, M.A., Beck, J.G., Novy, D.M., Averill, P.M., Swann, A.C., Diefenbach, G.J. et al. (2003). Cognitive-behavioral treatment of late-life Generalized anxiety disorder. [J.Consult Clin.Psychol., 27, 309-319.](#)

177 - Stanley

Stanley, M.A., Hopko, D., Diefenbach, G.J., Bourland, S.L., Rodriguez, H. & Wagner, P. (2003). Cognitive behavioural treatment of late-life generalized anxiety disorder in primary care: preliminary findings. [American Journal of Geriatric Psychiatry, 11, 92-96.](#)

178 - Stanley

Stanley, M.A., Novy, D.M., Bourland, S.L., Beck, J.G. & Averill, P.M. (2001). Assessing older adults with generalized anxiety: a replication and extension. [Behaviour Research and Therapy, 39, 221-235.](#)

179 - Steinberg

Steinberg, J.R. (1994). Anxiety in elderly patients: a comparison of azapirones and benzodiazepinen. [Drugs and Aging, 5, 335-345.](#)

180 - Straten

Straten, A. van, Cuijpers, P. & Smit, N. (in voorbereiding). The effectiveness of a geriatric web-based self-help intervention on depression, anxiety and stress.

181 - Tallis

Tallis, F., Eysenck, M. & Mathews, A. (1992). A questionnaire for the measurement of nonpathological worry. *Personality and Individual Differences*, 13, 161-168.

182 - Tennstedt

Tennstedt, S., Howland, J., Lachman, M., Peterson, E., Kasten, L., & Jette, A. (1998). A randomized, controlled trial of a group intervention to reduce fear of falling and associated activity restriction in older adults. [*J.Gerontol.B Psychol.Sci.Soc.Sci.*, 53, 384-392.](#)

183 - Terluin

Terluin, B., van Marwijk, H. W., Ader, H. J., de Vet, H. C., Penninx, B. W., Hermens, M. L. et al. (2006). The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. [*BMC Psychiatry*, 6, 34.](#)

184 - Thomas

Thomas, R. & Gafner, G. (1993). PTSD in an elderly male; treatment with eye movement desensitization and reprocessing. *Clin Gerontologist*, 14, 57-59.

185 - Trimbos instituut (2006)

Trimbos instituut (2006). Monitor Geestelijke Gezondheidszorg Ouderen. Pot, A.M., Depla, M. & ten have, M. (red.) Houten: Ladenius Communicatie BV.

186 - van Schaik

van Schaik, A., van Marwijk, H., Ader, H., van Dyck, R., de Haan, M., Penninx, B. et al. (2006). Interpersonal psychotherapy for elderly patients in primary care. [*American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 777-786.](#)

187 - Verhey

Verhey, F.R.J. & Kat, M.G. (2001). Dementie en amnestische stoornissen. In: Handboek ouderenpsychiatrie. Heeren, T.J., Kat, M.G. & Stek, M.L. (red.), Leusden: de Tijdstroom.

188 - Verhey

Verhey, F.R.J., Ponds, R.W.H.M. & Jolles, J. (1991). Een nieuw psychogeriatrisch syndroom. De vergeetfobie. *Medisch contact*, 18, 575-576.

189 - Verstraten

Verstraten, P.F.J. & Eekelen, C.W.J.M. van (2002). Vroegsignalering door gedragsobservatie [VSGO] in verzorgingshuizen. Leren vroegsignaleren van psychische, psychosociale en psychogeriatrische problemen bij bewoners van het verzorgingshuis door observatie : cursusboek voor verzorgenden. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

190 - Verstraten

Verstraten, P.F.J., & van Eekelen, C.W.J.M. (1987). Handleiding voor de GIP. Gedragsobservatieschaal voor de Intramurale Psychogeriatric. Deventer: Van Loghum Slaterus.

191 - Vries

Vries, W. de & Smits, C. (2005). Stap voor stap. Een preventieve cursus voor oudere Turken en Marokkanen met angstklachten. Cursistenboek. Utrecht: Trimbos-instituut

192 - Weijnen

Weijnen, I.J.C. & Beurs, E. de (2001). Angststoornissen bij ouderen. In: Behandelingsstrategieën bij angststoornissen. Balkom, A.J.L.M. van, Oppen, van, Dyck, R. van (red.). Houten/Diemen: Bohn Stafleu van Loghum, 171-187.

193 - Weijnen

Weijnen, I.J.C. (2001). Angststoornissen. In HB uitgevers (ed.), Psychologische hulpverlening aan ouderen. Deel 2. Psychiatrische problematiek (pp. 117-164). Baarn.

194 - Weijnen

Weijnen, I.J.C., Schuurmans, J., Comijs, H.C., Emmelkamp, P.M.G., Dyck, R. van & Hout, M.A. van (2006). The phenomenology of anxiety in older adults. In: J. Schuurmans. Anxiety in late life: moving toward a tailored treatment (pp 31-50). Dissertatie. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam

195 - Wetherell

Wetherell, J. L., Maser, J. D., & van, B. A. (2005). Anxiety disorders in the elderly: outdated beliefs and a research agenda. [Acta Psychiatr.Scand., 111, 401-402.](#)

196 - Wetherell

Wetherell, J.L, Gatz, M. & Craske, M.G. (2003). Treatment of generalized anxiety disorder in older adults. [J.Consult Clin.Psychol., 71, 31-40.](#)

197 - Wetherell

Wetherell, J.L. & Gatz, M. (2001). Recruiting anxious older adults for a psychotherapy outcome study. Journal of Clinical Geropsychology, 7, 29-38.

198 - Wilson

Wilson, K. & Mottram, P. (2004). A comparison of side effects of selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants in older depressed patients: a meta-analysis. [Int.J Geriatr.Psychiatry, 19, 754-762.](#)

199 - Wilson

Wilson, K.C.M., Mottram, P.G. & Ashworth, L. (2003). Older community residents with depression: Long-term treatment with sertraline. Randomised, double-blind, placebo-controlled study. [British Journal of Psychiatry, 182\(6\), 492-497.](#)

200 - Wisocki

Wisocki, P. (1988). Worry as a phenomenon relevant to the elderly. Behavior Therapy, 19, 369-379.

201 - Wolpe

Wolpe, J. & Lang, P.J. (1964). Fear Survey Schedule for use in behavior therapy. [Behaviour Research and Therapy, 2, 27-30.](#)

202 - Yehuda

Yehuda, R., Kahana, B., Schmeidler, J., Southwick, S.M., Wilson, S. & Giller, E.L. (1995). Impact of cumulative lifetime trauma and recent stress on current posttraumatic stress disorder symptoms in holocaust survivors. [American Journal of Psychiatry, 152 \(12\), 1815-1818.](#)

203 - Zelst

Zelst, W. van, Beurs, E. de, Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H. & Dyck, R. van (2003). Prevalence and risk factors of posttraumatic stress disorder in older adults. [Psychotherapy and Psychosomatics, 72 \(6\), 333-342.](#)

204 - Zelst

Zelst, W.H. van, Beurs, E. de & Beekman, A.T.F. (2006). Well-being, physical functioning and use of health services in the elderly with PTSD and subthreshold PTSD. [International Journal of Geriatric Psychiatry, 21\(2\), 180-188.](#)

205 - Zigmond

Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. [Acta Psychiatrica Scandinavica, 67, 361-370.](#)

206 - Zijlstra

Zijlstra, G. A. R., Tennstedt, S. L., van Haastregt, J. C. M., van Eijk, J. T. M., & Kempen, G. I. J. M. (2006). Reducing fear of falling and avoidance of activity in elderly persons: The development of a Dutch version of an American intervention. [Patient Education and Counseling, 62, 220-227.](#)

207 - Zijlstra

Zijlstra, G. A. R., van Haastregt, J. C. M., van Eijk, J. T. M., van Rossum, E., Stalenhoef, P. A., & Kempen, G. I. J. M. (2007). Prevalence and correlates of fear of falling, and associated avoidance of activity in the general population of community-living older people. [Age and Ageing, 36, 304-309.](#)

208 - Gildengers e.a. (2002).

Gildengers AG, Houck PR, Mulsant BH, Pollock BG, Mazumdar S, Miller MD, Dew MA, Frank E, Kupfer DJ, Reynolds CF 3rd (2002).

Course and rate of antidepressant response in the very old. [J Affect Disord. 2002 May;69\(1-3\):177-84.](#)

209 - [Spielberger e.a. \(1970\).](#)

Spielberger, C., Gorsuch, R., & Lushene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (1970)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychology Press.

210 - [Janzing e.a. \(2007\)](#)

Janzing, J.G.E. & Eijndhoven, P. van (2007). Gegeneraliseerde angst en dementie. een studie naar de effecten van risicofactoren en comorbiditeit. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49 (suppl 1), S103-S104

211 - [Hendriks e.a. \(2008\)](#)

Hendriks, G.J., Oude Voshaar, R.C., Keijsers, G.P.J., Hoogduin, C.A.L. & Balkom, A.J.L.M. van (2008). Cognitive-behavioural therapy for late-life anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. [Acta Psychiatr Scand. 117, 403-411](#)

Bijlagen

1. Organisatiestructuur

De multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen Addendum Ouderen is ontwikkeld onder auspiciën van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Methodologische en organisatorische ondersteuning en begeleiding werd verzorgd door het Trimbos-instituut. De ontwikkeling van dit addendum is gefinancierd door ZonMW (projectnummer: 13.110.0003).

Onder auspiciën van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ

Federatie Verpleegkundigen in de GGZ (FVGGZ)
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)

In samenwerking met de deelnemende cliëntenorganisatie en beroepsverenigingen:

Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGCT)
NVVA, Beroepsvereniging van Verpleeghuisartsen en Sociaal Geriaters

Ondersteuning en begeleiding: Trimbos-instituut

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ

Voorzitter

R.M.W. Smeets - Raad van Bestuur GGZ Friesland

Vice-voorzitter

Prof. dr. G. Hutschemaekers - De Gelderse Roos

Secretaris

Dr. A.L.C.M. Henkelman - Trimbos-instituut

Leden

Dr. P.M.A.J. Dingemans - Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
Dr. D.P. Ravelli - Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
Dr. A.N. Goudswaard - Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
Dr. H.H.G.M. Lendemeijer - Federatie Verpleegkunde in de GGZ (FVGGZ)
† Prof.dr. R.W. Trijsburg - Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie(NVP)

Agendaleden

Mw. dr. G.H.M.M. ten Horn - Voorzitter Commissie Clientenparticipatie
Dhr. drs. W.P.H. Brunenberg - Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Adviseur

Ir. T.A. van Barneveld - Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO
Prof.dr. J.A. Swinkels - AMC De Meren/Trimbos-instituut

Commissie Cliëntenparticipatie

Voorzitter

Mw. dr. G.H.M.M. ten Horn

Secretaris

Mw. drs. M.T. Vink - Trimbos-instituut

Leden

Mw. M.H. van der Aar-Peulen - Stichting Labyrinth/In Perspectief
Mw. drs. A.K. Bols - Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa
Mw. drs.H. Boumans - Ypsilon
Mw. A. Faber - Stichting Labyrinth/In Perspectief
Mw. J.T.E. van Hamersveld - Angst, Dwang en Fobiestichting

Mw. drs. A. Kal	-	Ypsilon
Dhr. I. Keuchenius	-	Angst, Dwank en Fobiestichting
Dhr. Ir. B.H. Kraaijenbrink	-	Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa
Mw. M. Mannak-Bouman	-	Stichting Labyrint/In Perspectief
Mw. M.C. Muis	-	Anoiksis
Mw. L. van 't Veen	-	Clëntenbond in de GGZ
Dhr. M. P. Vermeulen	-	Vereniging voor Manisch Depressieven en
Betrokkene		
Dhr. dr. T.F. van Wel	-	Gezondheidszorgpsycholoog, medisch socioloog
Mw. L. Westerhof	-	Vereniging voor Manisch Depressieven en
Betrokkenen		
Mw. I.R.M. Wijne	-	Landelijke Stichting Zelfbeschadiging
Mw. drs. J. Zwanikken-Leenders	-	GGZ Den Bosch
Dhr. drs. H. Zwol	-	Landelijk Steunpunt Ouders van Drugsgebruikers

Disclaimer

De informatie in woord en beeld op deze website www.ggzrichtlijnen.nl wordt aangeboden als een service.

Aan de op deze website aangeboden informatie en/of diensten kunnen op geen enkele wijze rechten worden ontleend. De auteurs/makers aanvaarden geen aansprakelijkheid voortvloeiende uit gebruik, onnauwkeurigheid of onvolledigheid van de geboden informatie.

Het Trimbos-instituut sluit iedere aansprakelijkheid voor de opmaak en de inhoud van deze richtlijn alsmede voor de gevolgen die de toepassing van deze richtlijn in de patiëntenzorg mocht hebben uit.

Het Trimbos-instituut stelt zich daarentegen wel open voor attendering op (vermeende) fouten in de opmaak of inhoud van deze richtlijn. Hiertoe kunt u contact opnemen met via email: ggzrichtlijnen@trimbos.nl.

Bezoekersstatistieken:

Voor statistische doeleinden worden bezoekersstatistieken van deze www-pagina's bijgehouden. Informatie zoals bezoekaantallen en bezoekfrequentie worden gebruikt voor intern onderzoek en verbetering van de website. Deze informatie is echter algemeen van aard en valt niet te herleiden tot de individuele bezoeker. De identiteit van de bezoeker blijft onbekend. Deze gegevens worden niet gekoppeld aan door u verstrekte persoonsgegevens.

Bescherming persoonsgegevens:

Door abonnees verstrekte persoonsgegevens ten behoeve van abonnementen zal door de auteurs vertrouwelijk worden behandeld. Gegevens zullen niet worden verstrekt aan derden.