



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Angststoornissen bij ouderen

Diagnostiek, fenomenologie en behandeling

Ingrid Weijnen*

samenvatting

Angststoornissen blijken met een prevalentie van tien procent de grootste groep van psychiatrische aandoeningen bij ouderen te vormen. In dit artikel komen achtereenvolgens aan de orde: de prevalentie van angststoornissen bij ouderen uit de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA), diagnostische problemen, specifieke kenmerken en fenomenologie van angst bij senioren, psychotherapeutische en medicamenteuze behandelmogelijkheden, en eventuele aanpassingen in de behandeling. In Nederland lopen op dit moment twee grote behandelstudies waarvan de eerste resultaten veelbelovend zijn.

Inleiding

Meneer Janssen heeft last van angst voor vuil en besmetting. Hij vreest met name aids of een geslachtsziekte te krijgen, reden waarom hij fysiek contact met andere mensen en het gebruik van openbare toiletten zo veel mogelijk vermijdt. Als hij onverhoopt toch door iemand is aangeraakt, dan moet hij uitvoerig zijn handen wassen en telkens met een schone handdoek zijn handen drogen. Deze tijdrovende rituelen brengen hem in de problemen bij het uitoefenen van zijn beroep als magazijnmedewerker. In zijn vrije tijd blijft hij bij voorkeur thuis bij zijn ouders, zodat hij geen andere mensen hoeft te ontmoeten. Zijn werkgever overweegt ontslag, omdat zijn werk ondanks aanmaningen onder de maat blijft. Hij meldt zich regelmatig ziek door de spanningen die dit alles met zich meebrengt. Na overleg met de arbo-arts verwijst de huisarts hem naar de afdeling volwassenenzorg van de RIAGG met het verzoek zijn dwangstoornis te behandelen. Na de intake krijgt meneer Janssen een geprotocolleerde behandeling, die bestaat uit cognitieve-gedragstherapie voor obsessieve-compulsieve stoornis. Bij de sombere meneer Franssen speelt eveneens angst voor vuil en mogelijke besmetting, vooral voor urine. Wanneer hij maar de geringste aandrang tot plassen voelt, snelt hij naar het toilet, waar hij zich volledig uitkleedt uit angst dat er een druppel urine op zijn kleding terecht komt. Hij vreest dat via zijn handen urine in zijn mond komt en dat hij daar ziek van wordt. Daarna wast hij zich van top tot teen en poetst hij de wasbak. Zo brengt hij een groot deel van de dag in de badkamer met toilet door. Hij durft het huis niet te verlaten, omdat hij dan niet meteen naar een toilet zou kunnen gaan, bezoek is niet welkom om dezelfde reden. Deze klachten zijn pas anderhalf jaar geleden ontstaan, rond de tijd dat zijn vrouw in het verpleeghuis werd opgenomen en daar aan een slopende ziekte overleed. Voor haar opname heeft meneer Franssen een prostaatoperatie ondergaan, waarna hij incidenteel last heeft van incontinentie. Vanwege een vroeger hartinfarct en hoge bloeddruk neemt hij al jaren een bloeddrukverlagend middel en plastabletten. Behalve zichzelf heeft niemand last van zijn

* DRS. I.J.C. WEIJNEN, GZ-psycholoog en psychotherapeut, is werkzaam bij de RIAGG Maastricht, afdeling Ouderen en Spreekuurteam Volwassenenzorg. Zij was als onderzoeker verbonden aan het onderzoeksproject 'Fenomenologie en behandeling van angststoornissen bij ouderen', een project van de Universiteiten van Amsterdam en Maastricht.

klachten, hoewel zijn enige dochter zich wel zorgen maakt. Hij vraagt zelf niet om hulp. Op de huisarts maakt meneer Franssen een afwezige, vergeetachtige en depressieve indruk. Hij besluit hem aan te melden bij de RIAGG Ouderenzorg met de vraag uit te zoeken of hij lijdt aan dementie of aan een depressie.

In essentie vertonen deze twee gevalbeschrijvingen veel overeenkomsten: beide cliënten hebben last van smetvrees en een wasdwang. Wat maakt het verhaal van meneer Franssen nu tot een typische ‘ouderencasus’?

Het meest in het oog springende verschil tussen de cliënten -- Janssen is 26 jaar oud, Franssen 76 -- is van grote invloed op de diagnostiek: bij Franssen wordt de diagnose angststoornis gemakkelijk gemist. Zijn fysieke problemen, medicatiegebruik en presentatie als een vergeetachtige, eenzame en sombere man die in de rouw is, maken het minder waarschijnlijk dat de differentiële diagnose obsessieve-compulsieve stoornis wordt overwogen. Hij heeft wel last van zijn klachten, maar hij loopt er maatschappelijk niet mee vast. Vanuit de omgeving wordt weinig druk op hem uitgeoefend om iets aan zijn probleem te doen, men vindt het zelfs wel begrijpelijk dat hij depressief zou zijn. Een hulpvraag heeft meneer Franssen niet, laat staan dat hij weet dat er goede behandelingen bestaan voor zijn angstklachten. Hij wordt niet verwezen naar een specialistisch team voor de behandeling van zijn angststoornis, maar naar een ouderenafdeling waar (helaas) niet altijd dergelijke expertise aanwezig is. Als hij een gedragstherapeutische of medicamenteuze behandeling krijgt, zullen daarin aanpassingen moeten plaatsvinden die deze interventies beter laten aansluiten op een aantal leeftijdsgebonden aspecten.

In de literatuur over psychische problemen bij ouderen gaat veruit de meeste aandacht uit naar depressie en dementie. Dit zijn evenwel niet de meest voorkomende psychiatrische aandoeningen, zoals vaak wordt gedacht. De laatste jaren is uit onderzoek gebleken dat angststoornissen met een prevalentie van 10,2 procent de grootste groep van psychische stoornissen bij ouderen vormen (De Beurs, Beekman, Deeg, & Van Dyck, 2000). Ter vergelijking: dementie is aangetoond bij drie tot zeven procent van de ouderen (Verhey & Kat, 2001), depressie bij 1,7 procent en dysthymie bij drie tot zeven procent (Beekman & Heeren, 2001).

De diagnose angststoornis wordt vaak gemist met als gevolg onderbehandeling. In dit artikel bespreek ik welke kwesties de diagnostiek van angst bij ouderen bemoeilijken en wat karakteristiek is voor angst op latere leeftijd. Ook zullen verschillende behandelmogelijkheden de revue passeren, waarbij de hamvraag is of verbijzonderingen te noemen zijn van de behandelprotocollen die voor jongere volwassenen zijn ontwikkeld.

Hier zij nog gemeld dat in de literatuur geen overeenstemming bestaat over het begrip ‘oudere’. In navolging van verschillende onderzoeken en de in Nederland van oudsher gehanteerde grens van de pensioengerechtigde leeftijd, zal ik in dit artikel met de term ‘ouderen’ mensen van 65 jaar en ouder bedoelen, tenzij anders aangegeven.

Prevalentie

Lange tijd nam men aan dat angststoornissen bij ouderen niet of beduidend minder voorkwamen dan bij jongere volwassenen. De eerste harde prevalentiecijfers van angststoornissen bij ouderen kwamen uit een Amerikaans overzicht van de periode na 1970 (Flint, 1994) en deze suggereerden dat om en nabij de tien procent van de Amerikaanse ouderen zou lijden aan een angststoornis. In hun overzicht van tien studies na 1980 concludeerden Vermeulen, Beekman, Stek en Van Dyck (1994) dat de prevalentie van alle angststoornissen bij ouderen samen rond de tien procent lag en daarmee niet opvallend afweek van die bij jongere volwassenen. In de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA; Deeg, Bosscher, Broese van Groenou, Horn, & Jonker, 2000), een longitudinaal onderzoek onder 3500 ouderen (55 tot 85 jaar), werd een zesmaandsprevalentie van 10,2 procent voor angststoornissen gevonden (De Beurs et al., 2000). Dit is niet veel minder dan bij volwassenen; in het NEMESIS-onderzoek werd een twaalfmaandsprevalentie van 12,4 procent vastgesteld (Bijl, Van Zessen, & Ravelli, 1997). Opmerkelijk is bovendien dat angststoornissen driemaal zoveel als depressie en tweemaal zoveel als dementie voorkomen bij ouderen in de algemene bevolking.

De gegeneraliseerde angststoornis komt in de gegevens van LASA bij ouderen het meeste voor, gevolgd door fobieën (agorafobie en de specifieke fobie). Paniekstoornis en obsessieve-compulsieve stoornis komen weinig voor (tabel 1). Over sociale fobie en de posttraumatische stress-stoornis (PTSS) bij de oudere populatie ontbreken gegevens. Schattingen ten aanzien van PTSS bij ouderen liggen rond de tien procent (Hunt, Marshall, & Rowling, 1997). De verdeling over de verschillende angststoornissen afzonderlijk blijkt dus wel af te wijken van die van volwassenen. Vooral de gegeneraliseerde angststoornis (GAS) komt bij ouderen meer voor dan bij volwassenen. De reden daarvan is niet bekend, mogelijk speelt een rol dat ouderen meer tijd hebben om te piekeren en meer aanleiding tot zorgen hebben, zoals hun afnemende gezondheid. Deze hoge prevalentie vraagt om een goed behandelprotocol voor GAS bij ouderen.

Tabel 1 Prevalentie van angststoornissen onder volwassenen (nemesis, twaalfmaandsprevalentie) en ouderen (lasa, zesmaandsprevalentie).

	% van de	
	volwassenen	ouderen
Alle angststoornissen	12.4	10.2
Paniekstoornis	2.2	1.0
Agorafobie	1.6	
Enkelvoudige fobie	7.1	3.1
Sociale fobie	4.8	
Gegeneraliseerde angststoornis	1.2	7.3
Obsessieve-compulsieve stoornis	0.9	0.6

* = een hogere score betekent een beter resultaat** = een hogere score betekent een slechter resultaat

Als men alleen kijkt naar angstsymptomen of subklinische angst, komt er nog 11,4 procent ouderen met klachten bij die niet geheel voldoen aan de criteria voor een angststoornis. Een bevinding met verstrekkende gevolgen uit de LASA-studie is dat deze groep ouderen met maar een paar symptomen van angst nauwelijks verschilt van de groep met een gediagnosticeerde angststoornis, wat betreft subjectief welbevinden, bezoek aan de huisarts of specialist, gebruik van benzodiazepinen en ontevredenheid

over de geboden zorg (De Beurs, Beekman, & Van Balkom, 1999). Dit suggereert dat ook ouderen met subklinische angst baat kunnen hebben bij een gerichte angstbehandeling.

Er zijn slechts enkele gegevens bekend over de prevalentie van angststoornissen in verzorgings- en verpleeghuizen. Cheok, Snowdown en Miller (1996) suggereren dat de cijfers bij deze populatie hoger liggen dan bij thuiswonende ouderen. Zo zou de obsessieve-compulsieve stoornis bij verzorgingshuisbewoners vijfmaal zoveel voorkomen en angststoornissen driemaal zo vaak als in de algemene bevolking. Parmelee, Katz en Lawton (1993) daarentegen vonden in verzorgingshuizen een prevalentie van slechts 3,5 procent van angststoornissen volgens de DSM-III-R-criteria. Er zijn nog te weinig gegevens voorhanden om verregaande conclusies te trekken.

Diagnostische kwesties

Problemen bij de herkenning

Als angst zoveel voorkomt bij ouderen in de algemene bevolking, wekt het des te meer verbazing dat weinig ouderen vanwege angstklachten worden behandeld in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Diverse verklaringen zijn hiervoor naar voren gebracht. Sommigen menen dat ouderen als generatie hun psychische klachten overwegend in de vorm van lichamelijke problemen, zoals 'zich beroerd voelen' of hartkloppingen presenteren en minder in psychologische termen (Godderis, Van de Ven, & Wils, 1992). Zeker bij ouderen zal de huisarts deze somatische klachtenpresentatie snel, maar vaak ook uitsluitend, in het somatische circuit verder laten uitzoeken. Wanneer daar niets wordt gevonden, komt men niet meer in de GGZ omdat als differentiële diagnose bij ouderen niet als vanzelfsprekend een angststoornis wordt overwogen. Zo blijkt dat cardiologen op de Spoedeisende hulp slechts in twee procent van de gevallen een paniekstoornis herkennen, wanneer zij geen cardiologische oorzaak voor de hartkloppingen en benauwdheid van de cliënten vaststellen (Kuijpers, Honig, Griez, Braat, & Wellens, 2000a; 2000b). Dit geldt overigens zowel voor volwassenen als voor ouderen. Nog ingewikkelder wordt het wanneer een reëel somatisch probleem bestaat als een hart- of longaandoening, maar tegelijkertijd ook een angststoornis. Multipathologie komt veel voor bij ouderen en maakt dat angstklachten gemakkelijk over het hoofd worden gezien (Cohen, 1991).

Een ander argument voor onderdiagnostiek is dat angst bij ouderen wordt gemaskeerd door depressieve klachten. Hoewel angst vaak voorkomt bij ouderen die aan een depressie lijden, bleek slechts tien procent van de ouderen met een angststoornis volgens de LASA-studie ook werkelijk een comorbide depressie te hebben (De Beurs et al., 2000). Waarschijnlijk is er vaak een diagnostische bias in de richting van depressie.

Anderen zien als reden voor onderdiagnostiek dat ouderen als generatie niet gemakkelijk praten over angst en zelf geen hulp vragen hiervoor. Weer anderen menen dat de angstklachten mogelijk minder invaliderend zijn bij ouderen, omdat zij makkelijker kunnen vermijden en minder onder maatschappelijke druk staan (Weijnen, 2001). Tevens zou op grond van een hoge leeftijd langdurige habituatie en betere evaluatie van gebeurtenissen ertoe kunnen leiden dat ouderen minder last van hun angsten hebben (Borcovec, 1988). Minder last van de angst leidt tot minder vragen om hulp.

Uit de LASA-studie bleek niettemin dat angst een grote negatieve invloed heeft op de kwaliteit van leven van ouderen en dat deze groep mensen juist veel de huisarts of de specialist bezoekt (De Beurs et al., 2000).

Bij verwijzers als huisartsen wordt angst mogelijk ook niet herkend op grond van *ageism*, het fenomeen dat klachten aan de leeftijd worden toegeschreven (Lindesay, 1991). Men vindt het al gauw gewoon dat een bejaarde bang is om te vallen en dus niet de straat op gaat. Of men gaat ervan uit dat iemand op deze leeftijd toch niet meer van zijn al lang bestaande angst kan afkomen.

Een laatste oorzaak van onderdiagnostiek is dat het huidige DSM-classificatiesysteem en de courante vragenlijsten, beide geënt op populaties van jongere volwassenen, ongeschikt zijn voor de diagnostiek van angststoornissen op oudere leeftijd (De Groot, 1996; Fuentes & Cox 1997; Hersen & Hasselt, 1992). Ouderen noemen bijvoorbeeld vaak lichamelijke symptomen als gevolg van een reële somatische aandoening, zoals hartkloppingen of benauwdheid, die tevens als symptomen van een paniekoornis kunnen worden opgevat; of zij geven een inhoudelijke beschrijving van hun angst die niet overeenstemt met de beschrijving van de DSM, zoals angst om te vallen, als aanleiding voor agorafobie.

Diagnostische instrumenten

Behalve de *Worry Scale* van Wisocki (Wisocki, 1988), zijn er geen angstvragenlijsten voor ouderen ontwikkeld. In Nederland is wel een verkorte versie samengesteld met vijftien vragen van de *Worry Scale* (Wisocki, Handen, & Morse, 1986) en van de *Fear Questionnaire* (Marks & Mathews, 1979), aangevuld met items die betekenis hebben voor ouderen (Raabe & Weijers 1999). Dit blijken twee geschikte instrumenten te zijn om angst bij ouderen te meten. In lopend onderzoek wordt op dit moment een angstschaal met speciaal op ouderen gerichte items op zijn bruikbaarheid bekeken (Emmelkamp, Van den Hout, Weijnen, De Beurs, & Van Dyck, 1998).

Het is nog onbekend of de gangbare (veelal ook in het Nederlands vertaalde) zelfrapportagelijsten van angst, zoals de *Fear Survey Schedule* (FSS; Wolpe & Lang, 1964) bij de groep ouderen wel toepasbaar zijn. Een 84-jarige weduwe antwoordt 'ja' op de vraag of zij cafébezoek vermijdt, maar of hiermee sociale fobie gemeten wordt, is maar zeer de vraag. Ouderen zijn minder bekend met psychologisch jargon en zullen de term 'vermijden' vaak opvatten als 'iets niet doen', waar we in het vak bedoelen 'iets nalaten of uit de weg gaan vanwege angst'. Bovendien zal deze vrouw waarschijnlijk niet op deze leeftijd alleen in een café gaan zitten.

Stanley, Beck en Zebb (1996b) en Stanley en Beck (2000) gaven een overzicht van de psychometrische eigenschappen van Engelstalige angstvragenlijsten bij ouderen. De *State-Trait Inventory* (STAI; Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970), de *Worry Scale* (WS; Wisocki et al., 1986), de *Fear Questionnaire* (FQ; Marks & Mathews, 1979) en de *Padua Inventory* (PI; Sanavio, 1988), de *Beck Anxiety Inventory* (BAI; Beck & Steer, 1993), de *Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger, & Borcovec, 1990) en de *Fear Survey Schedule* (FSS; Wolpe & Lang, 1964) werden onderzocht bij deze populatie. Als meest bruikbare instrumenten voor de assessment van angst op latere leeftijd noemen deze auteurs de BAI (hoge interne consistentie en convergente validiteit

ondanks relatief zware focus op lichamelijke klachten), de PSWQ (goede interne consistentie en gevoelige maat voor verandering na behandeling) en de WS (idem, goede test-hertestbetrouwbaarheid met uitzondering van de subschaal Gezondheid).

Naast het gebrek aan goede meetinstrumenten voor relatief gezonde ouderen in de bevolking, bestaan er evenmin assessment-instrumenten om angst te meten bij zogenaamde *frail elderly*, dat wil zeggen ouderen met cognitieve problemen, ernstige lichamelijke aandoeningen, ernstige zintuiglijke of communicatieproblemen (afasie), of ouderen in instituties. Bij een dergelijke populatie zal men mogelijk meer gebruik moeten maken van observatie-instrumenten of psychofysiologische metingen, omdat men niet in staat is een zelfrapportage in te vullen (Stanley, 2002).

Naast vragenlijsten kan gebruikgemaakt worden van een (semi-) gestructureerd interview voor de beoordeling van psychische klachten. Het beperkte onderzoek bij ouderen hiermee resumerend, rapporteren Stanley en Beck (2000) dat het *Structured Clinical Interview for DSM-III-R-Disorders* (SCID) ook bruikbaar is bij ouderen. Hiervan is een Nederlandse versie beschikbaar, gebaseerd op de DSM-IV (Groenestijn, Akkerhuis, Kupka, Schneider, & Nolen, 1997). Over het gebruik bij ouderen van de bekende klinische beoordelingsschaal, de *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS; Hamilton, 1959), zijn de meningen verdeeld, vanwege de nadruk op somatische klachten (Sheikh, 1991; Stanley & Beck, 2000).

Fenomenologische verschillen

Een andere reden waarom angst bij ouderen minder herkend wordt, kan gelegen zijn in fenomenologische verschillen in angst tussen jongere volwassenen en ouderen (Stanley & Beck, 2000; Weijnen & De Beurs, 2001). Met andere woorden: de kwaliteit van angst verschilt bij oudere en jongere volwassenen. Liddell, Locker en Burman (1991) vonden dat bij het invullen van de *Fear Survey Schedule* (FSS; Wolpe & Lang, 1964) ouderen meer dan jongeren aangeven: angst voor de dood van een geliefd persoon, angst voor een vroegtijdige dood, ziekte of verwonding van een geliefd iemand, auto-ongevallen, vechtpartijen, voor gek staan, falen bij een test en angst om te stikken.

Een kwalitatief verschil kan te maken hebben met andere uitlokkende stimuli dan die in de gangbare vragenlijsten genoemd worden. Zo noemen ouderen: trappen, iemand in een ziekenhuis of verpleeghuis bezoeken, naar een begrafenis gaan, eten of drinken met andere mensen, nieuwe technologie als de computer, mobiele telefoon of pincode, plaatsen waar men niet direct naar het toilet kan gaan, zelf auto rijden of een drukke straat alleen oversteken als situaties die angst oproepen en die tot vermijding leiden.

Een kwalitatief verschil kan ook voortkomen uit voor jongeren gebruikelijke uitlokkende stimuli, die echter om een heel andere reden angst oproepen bij ouderen. Ouderen vermijden bijvoorbeeld de gebruikelijke agorafobische stimulus 'de straat' niet uit angst voor een paniekaanval, maar uit angst te vallen, een heup te breken en in het verpleeghuis te belanden. Deze angst kan zulke vormen aannemen dat een 'valfobie' ontstaat (Spano & Forstl, 1992). Van ondervraagde ouderen in een huisartsenpraktijk bleek 48 procent een belemmerende angst om te vallen te kennen (Stalenhoef, 1999). Ouderen vermijden de straat ook vanwege grote angst voor criminaliteit, in weerwil van het feit dat zij daarvan, gecorrigeerd voor een aantal factoren, niet vaker slachtoffer

zijn dan jongeren (Clarke & Lewis, 1982). Vrees de urine of ontlasting niet te kunnen ophouden is een andere veelgenoemde gevreesde catastrofe bij agorafobische senioren. Niet vreemd natuurlijk als je beseft dat zestig procent van alle ouderen in meer of mindere mate last heeft van incontinentie.

Wanneer ouderen sociale situaties vermijden, zal dit vaker worden veroorzaakt door angst om te trillen bij eten of schrijven, dan vanwege angst om te spreken in het openbaar (Sheikh, 1992). Een typische sociale angst bij ouderen is 'de vergeetfobie' (Verhey, Ponds, De Lugt, & Jolles, 1991). Het gaat om ouderen die bang zijn voor hun vergeetachtigheid en vrezen door anderen als dement te worden beoordeeld. Op grond daarvan gaan zij sociale contacten vermijden of vervallen ze in dwangmatig controlegedrag.

In genoemde voorbeelden zijn de uitlokkende stimuli dezelfde als bij jongeren, maar de cognitieve inhoud of gevreesde catastrofe is anders, ingekleurd door thematiek uit de derde levensfase. Hoewel dergelijke ouderdomsangsten soms een reële basis lijken te hebben (dus niet geheel irrationeel zijn) kunnen ze toch bovenmatige proporties aannemen. Ze kunnen leiden tot belemmeringen als verregaande vermijding, en daarmee disfunctioneel worden in het dagelijkse leven.

DSM-IV angststoornissen bij ouderen

In principe komen alle twaalf angststoornissen uit de DSM-IV ook bij ouderen voor en is de symptomatologie niet wezenlijk anders. Niettemin zijn er verschillen die om een verbijzondering van de theorie over angst bij ouderen vragen. Soms zijn deze verschillen terug te voeren op het feit dat de angststoornis al vanaf jonge leeftijd bestaat (angststoornissen met een vroeg begin) of juist pas na het vijfenzestigste jaar voor het eerst is ontstaan (met verlaat begin), hetgeen implicaties voor de behandeling en prognose kan hebben. Hierna wordt een aantal verbijzonderingen toegelicht.

Ongeveer twee derde van de paniekstoornis met agorafobie bestaat al lang bij ouderen en deze is vrijwel identiek aan die bij jongere volwassenen. Daarbij valt wel op dat men soms helemaal geen paniekaanvallen rapporteert, omdat het mogelijk is de gevreesde situaties volledig te vermijden of ze alleen met iemand anders samen te ondergaan. Ouderen bij wie een paniekstoornis voor het eerst op latere leeftijd ontstaat, zouden minder intense panieklachten van kortere duur hebben en minder vermijdingsgedrag vertonen, op grond van fysiologische veranderingen in de structuur en functie van neurotransmittersystemen (Flint et al., 1998).

De klinische indruk bestaat dat agorafobie zonder paniek in de voorgeschiedenis bij ouderen relatief veel voorkomt. Traumatische gebeurtenissen, zoals een ongeval of overval of lichamelijke beperkingen, worden door ouderen als reden genoemd om de straat en andere situaties te vermijden. Zo kan ook de eerdergenoemde angst om te vallen een oorzaak van agorafobie zijn. Dit soort agorafobische klachten ontstaat meestal pas op latere leeftijd voor het eerst.

Sociale fobie is doorgaans in de puberteit ontstaan en op latere leeftijd als chronische klacht blijven bestaan. Er is geen systematisch onderzoek bekend bij ouderen. De hiervoor genoemde 'vergeetfobie' (Verhey et al., 1991) zou als een vorm van sociale

fobie opgevat kunnen worden. Dit geldt ook voor de angst voor incontinentie, waarbij men vreest dat anderen dit ruiken of zien en de betrokkene op grond daarvan afwijzen.

De obsessieve-compulsieve stoornis bestaat in het merendeel van de gevallen als een voortzetting van een al jaren bestaande, soms latente stoornis. Door de lange bestaansduur ervaren ouderen de bijbehorende symptomen vaak als egosyntoon en zien ze geen reden om hulp te zoeken. Dwanghandelingen en rituelen leiden pas tot werkelijke problemen wanneer men afhankelijk wordt van zorg door anderen. Denk aan een oudere met smetvrees en een wasdwang als eerder beschreven, waar de wijkzuster vijftien minuten tijd voor 'een wasbeurt' heeft, of ouderen met een verzamel dwang (*hoarding*), waarbij de thuiszorg haar werk niet naar behoren kan uitvoeren.

De specifieke fobie ziet men bij ouderen in de vorm van angst voor gesloten of kleine ruimten, waarbij bijvoorbeeld de lift door lichamelijke beperkingen of rolstoelgebruik niet langer meer kan worden vermeden. Sommige specifieke fobieën verergeren bij ouderen wanneer zij alleen komen te staan, zoals angst voor onweer en inbraak.

De posttraumatische stress-stoornis (PTSS) kent bij ouderen twee vormen. Het kan gaan om traumata van zeer lang geleden -- denk daarbij aan seksueel misbruik op jonge leeftijd, de Tweede Wereldoorlog of Indië -- ofwel is de stoornis chronisch, ofwel kent deze een verlaat begin. Klachten lijken pas jaren na dato voor het eerst te ontstaan, mogelijk omdat ze effectief werden onderdrukt via zogenaamde veiligheidssignalen of -gedragingen zoals hard werken (Weijnen, 2001). Door het wegvallen hiervan na de pensionering, of door actuele gebeurtenissen die aan het oude trauma doen denken, zouden posttraumatische stressverschijnselen op latere leeftijd getriggerd kunnen worden. Er is weinig bekend over de symptomatologie. Sommige auteurs menen dat herbelevingen en *arousal* minder vóórkomen (Salzman & Lebowitz, 1991), anderen constateren in de klinische praktijk dat de frequentie en intensiteit van herbelevingen kunnen toenemen op oudere leeftijd (Schreuder, Kleijn, Vogelaar, & Rooijmans, 1997). Recente trauma's kunnen eveneens tot PTSS leiden. Trauma's die ook bij volwassenen veel voorkomen, zoals een ongeval of geweldpleging, maar ook traumatische gebeurtenissen als de vondst van de dode echtgenoot op het toilet, reanimatie van de partner die door een hartinfarct is getroffen, of zelf een hartstilstand meegemaakt hebben, worden door ouderen genoemd als oorzaak van hun herbelevingen.

Ook bij de gegeneraliseerde angststoornis (GAS) lijkt het onderscheid tussen vroeg en laat begin van belang, waarbij een bimodale verdeling blijkt in de ontstaansleeftijd (Stanley & Beck, 2000). De GAS met een vroeg begin is chronisch geworden met mogelijk tijdelijke verergeringen en zit dicht tegen de trek angst aan. Het betreft hier ouderen die vaak al jaren afhankelijk zijn van benzodiazepinen. Doorgaans zijn de klachten hardnekkig en is het tranquillizergebruik moeilijk af te bouwen. De GAS die op latere leeftijd pas begint, heeft de meeste overeenkomsten met die van jongeren, zij het met een andere inhoud en thematiek van de bezorgdheid. De oudere patiënt maakt zich relatief meer zorgen over gezondheid en het welzijn van de kinderen en minder over werk dan jongere patiënten (Stanley, 2002). Mogelijk worden deze klachten uitgelokt door ingrijpende gebeurtenissen in deze levensfase, zoals het verlies van de partner.

De diagnose angststoornis door een somatische aandoening, door middelengebruik en NAO lijken bij ouderen vaker gesteld te worden dan bij volwassenen, zo is althans

de klinische indruk. Bij NAO kan gedacht worden aan de sociaal fobische angst om te trillen bij de ziekte van Parkinson of dwanghandelingen bij een beginnende dementie.

Behandeling

De meeste ouderen met een angststoornis komen terecht in een medische setting, voornamelijk bij de huisarts. Naturalistische data laten zien dat ongeveer de helft van deze eerstelijns oudere patiënten medicijnen krijgt, met name anxiolytica of antidepressiva (Stanley, 2002). Dit aantal neemt toe tot 85 procent wanneer zowel angst als depressie worden gediagnosticeerd.

Medicamenteuze behandeling

Er is geen systematisch onderzoek gepubliceerd naar de behandeling met medicatie van angstklachten bij ouderen. Ouderen worden relatief veel (17 tot 50 procent) met benzodiazepinen behandeld (De Beurs et al., 2000; Hersen & Hasselt, 1992; Salzman, 1991), ondanks de grote bezwaren die daaraan kleven, zoals de potentieel verslavende werking, een verhoogd valrisico (en daarmee heupfracturen) en vergeetachtigheid of sufheid. Net als bij jongere volwassenen verdient een behandeling met antidepressiva en met name met een SSRI de voorkeur. Er is vooralsnog geen middel duidelijk effectiever dan een ander. Dezelfde richtlijnen als bij volwassenen gelden, in de zin van voldoende hoog en lang doseren en de behandeling minstens een jaar voortzetten. In het algemeen wordt met een lage dosering gestart en een trager opbouwschema gehanteerd vanwege veranderingen in het metabolisme op leeftijd, maar ook om bijwerkingen te beperken en de therapietrouw te bevorderen. Het is van belang rekening te houden met de veelal gelijktijdig voorkomende somatische aandoeningen en de (interacties met) medicatie die patiënten daarvoor gebruiken (Hendriks & Weijnen, 2001). Goede richtlijnen ontbreken vooralsnog.

Onderzoek naar gecombineerde behandelingen van medicatie en gedragstherapie zijn nog niet bij ouderen verricht.

Psychotherapie

Van de volwassen Nederlanders met een angststoornis wordt veertig procent naar een hulpverlener in de GGZ verwezen, zo blijkt uit onderzoek van het Trimbos-instituut (Bijl et al., 1997), maar van ouderen met angststoornissen wordt nog geen twee procent doorverwezen! Dit terwijl een (klein) aantal studies laat zien dat met cognitieve-gedragstherapie en psychosociale behandeling gunstige resultaten bij oudere patiënten worden geboekt (Stanley, Beck, & DeWitt Glassco, 1996a; Swales, Solfvinn, & Sheikh, 1996). Naast de problemen met de herkenning van angststoornissen zoals genoemd, speelt ook de mening van het brede publiek en van zowel verwijzers als psychotherapeuten dat ouderen minder baat zouden hebben bij psychotherapie, een grote rol (Zivian, Gekoski, Knox, Larsen, & Hatchette, 1994).

Er zijn individuele gevalsbeschrijvingen van ouderen met een variëteit aan angstklachten die effectief werden behandeld met overwegend gedragstherapie, waarvan een overzicht

wordt gegeven in onder andere O'Leary (1996). De laatste jaren zijn enkele gecontroleerde studies naar cognitief-gedragstherapeutische behandeling van paniek met agorafobie en GAS bij ouderen verricht, met positieve behandelresultaten (Rickhard, Scogin, & Keith, 1994; Stanley et al., 1996; Swales et al., 1996). De behandeling bestond uit psycho-educatie, ontspanningsoefeningen, cognitieve therapie en exposure in vivo. Er lopen momenteel twee behandelstudies van angststoornissen bij ouderen in Nederland, waarin cognitieve-gedragstherapie wordt vergeleken met medicamenteuze behandeling (SSRI) en een wachtlijstcontrolegroep (het OMA-project bij de Universiteiten van Amsterdam en Maastricht en onderzoek op de poli Angststoornissen te Nijmegen). Al met al is er nog weinig evidentie waarop we in de klinische praktijk kunnen terugvallen.

Een opmerking lijkt nog op zijn plaats gezien de vaak negatieve verwachtingen van ouderen zelf en van verwijzers en behandelaars. Veel ouderen hebben hun angstklachten al vele jaren, zo niet levenslang, voordat zij hulp zoeken. De lange bestaansduur van de klachten leidt echter niet tot een slechtere prognose voor therapie. In de studie van Stanley et al. (1996) bleek de gemiddelde klachtenduur van GAS 35,5 jaar (SD = 24,8 jaar) te bedragen. De paniekpatiënten in het onderzoek van Swales et al. (1996) rapporteerden dat hun klachten ontstaan waren variërend in de leeftijd van 10 tot 63 jaar met een gemiddelde van 36 jaar geleden. Er is dus geen reden tot therapeutisch nihilisme als de klachten al zo lang bestaan. Wel is het van groot belang bij de eerste intakecontacten verwachtingen op tafel te krijgen en veel aandacht aan motivering voor behandeling te besteden. Ouderen hebben zelf vanwege hun gebrekkige kennis op dit terrein dikwijls geen eigen hulpvraag en zouden om die reden al afgewezen worden voor psychotherapie. Het formuleren van een vraag kan al een eerste doel van behandeling zijn.

Aanpassingen

In principe worden ouderen succesvol behandeld met dezelfde protocollen als jongere volwassenen. Door verschillende auteurs wordt echter gesuggereerd dat aanpassingen nodig zijn voor ouderen (Stanley & Beck, 2000; Weijnen 1998; Zarit & Knight, 1998, Zeiss & Steffen, 1996, 1998). Systematisch onderzoek hiernaar ontbreekt tot nu toe.

De leeftijd is geen sluitende indicator. Individuele variatie tussen ouderen is bijzonder groot (Zeiss & Steffen, 1996). Daarnaast spelen cohortverschillen een rol. Er zijn momenteel twee generaties ouderen: de 'jongbejaarden' tot pakweg 75 jaar en de 'hoogbejaarden' die aanzienlijk van elkaar verschillen wat betreft gezondheid, opleidingsniveau en bekendheid met psychologische problematiek en hulp, ten nadele van laatstgenoemde groep (Knight, 1998; Zarit & Knight, 1998). Aanpassingen zijn bij deze hoogbejaarden het meest aangewezen. Eventuele aanpassingen houden verband met cognitieve veranderingen, zintuiglijke beperkingen, chronische gezondheidsproblemen, en in meer positieve zin met kapitaliseren op de levenservaring van oudere volwassenen.

Wat betreft de cognitieve veranderingen kunnen problemen ontstaan met het opnemen van nieuwe informatie ten gevolge van het ouder worden, hersenveranderingen door een trauma als CVA, of door beginnende dementie. Gezien het feit dat de herkenningfunctie doorgaans niet al te zeer verstoord is, kunnen ouderen veel profijt

hebben van informatiefolders, het op schrift krijgen van de rationale van behandeling, huiswerkopdrachten opschrijven en dergelijke (Zeiss & Steffen, 1996). Ouderen zijn sneller afgeleid en associëren concreet door op bepaalde onderwerpen; het is raadzaam hen meer structuur in de sessie te bieden en een sessieagenda op een whiteboard te zetten. Ook generaliseren ouderen niet automatisch nieuwe vaardigheden naar andere dan de besproken situaties. Hierin moet de therapeut hen actief sturen.

Behandeling dient bij voorkeur plaats te vinden in een multidisciplinair team, waarbij wordt uitgegaan van een breed 'bio-psychosociaal' model. Er is goede afstemming met behandelend artsen nodig inzake gezondheidsproblemen en medicatie, vaak moet er praktische hulp geregeld worden (een rollator, vervoer, huishoudelijke hulp, aanvraag voor een verzorgingshuis) voordat de psycholoog een cognitieve-gedragstherapie voor de angststoornis kan aanbieden. Het kan nodig zijn de therapie bij de cliënt aan huis of aan het ziekenhuisbed uit te voeren. Slecht zicht of gehoorproblemen vragen veel inventiviteit van de ouderentherapeut. Dit betekent ook dat de doelstelling van de therapie in een aantal gevallen beperkter is, zoals in volgende casus wordt geïllustreerd.

De alleenstaande mevrouw Spronck is tachtig jaar oud wanneer zij wordt aangemeld vanwege een al vijftig jaar bestaande agorafobie. Toen zij dertig was, kreeg mevrouw Spronck op een brede spoorwegovergang een paniekaanval, waarna zij allerlei situaties ging vermijden. Zij is nooit meer alleen de straat op gegaan. Haar zus, met wie zij altijd samen boodschappen deed, kreeg kanker en is opgenomen in een verzorgingshuis. Mevrouw Spronck zag een oplossing in eveneens verhuizen naar hetzelfde verzorgingshuis, maar daar liet men haar niet toe. Van gedragstherapie heeft zij nog nooit gehoord. Zij schaft een rollator aan en oefent met de therapeut en de thuiszorg met naar buiten gaan en paniekmanagement. Na een halfjaar therapie is de doelstelling bereikt dat zij in staat is zelfstandig in een kleine straal rond haar huis boodschappen te doen en vriendinnen te bezoeken. Mevrouw Spronck wil niet meer naar het verzorgingshuis.

Verhogen van de motivatie is van groot belang bij ouderen die hun klachten al jaren hebben of een voorgeschiedenis hebben van ineffectieve behandelingen (Calamari & Cassidy, 1999). Ouderen hebben vaak geen, of verkeerde verwachtingen van psychotherapie. 'Pretherapie' is meer dan bij jongere volwassenen een omvangrijke deel van de behandeling (Gallagher-Thompson & Thompson, 1996; Weijnen, 2001). In een aangepast protocol voor ouderen worden twee sessies besteed aan wat normale angst en een angststoornis is, wat cognitieve-gedragstherapie inhoudt, aan de vaak wonderlijke vooroordelen of vreemde verwachtingen die ouderen van therapie hebben. Al deze informatie krijgen zij ook in de vorm van folders in groot lettertype mee naar huis.

Daarnaast zijn aanpassingen nodig aan de thematiek van de derde levensfase of de inhoud van de angsten en zorgen van de oudere cliënten. Zij hebben vaker te maken met verlieservaringen, zingevingvragen, of het omgaan met gezondheidsproblemen (Gallagher-Thompson & Thompson, 1996).

Mevrouw Peters (74) is iemand die zich veel zorgen maakt. Ze denkt dat dit komt door de beschermde opvoeding die ze kreeg omdat zij als kind aan Engelse ziekte leed. Sinds zij op latere leeftijd is gescheiden, is Mevrouw Peters zich toenemend zorgen gaan maken of ze het

alleen wel redt, wat er moet gebeuren als zij minder goed ter been zal zijn, dat niemand haar zal vinden als ze valt en haar kind is op vakantie, dat haar zoon verongelukt op vakantie, dat ze misschien wel gek wordt als ze zoveel piekert, en zo kan de maalstroom van gedachten nog verder aangevuld worden. Ze wil geen pillen, ze heeft in haar leven al zoveel kalmerende tabletten geslikt. Ze is gemotiveerd voor behandeling. Na acht sessies cognitieve-gedragstherapie geeft ze te kennen het piekeren onder controle te hebben. Zoals wel meer ouderen betreurt ze het dat zij niet eerder een dergelijke therapie heeft gekregen.

Naast aanpassingen aan beperkingen staat in de therapie de positieve rol centraal van grote levenservaring, wijsheid en positieve copingvaardigheden, naar aanleiding van eerdere moeilijkheden in het leven. Ouderen kunnen vaak gemakkelijker relativiseren, lijken beter in staat moeilijkheden te verdragen. Ze zijn doorgaans therapietrouw en hebben de tijd huiswerkopdrachten, zoals uitvoerige schrijfopdrachten, uit te voeren. Als zodanig zijn het plezierige cliënten om mee te werken.

Hij ging als vrijwilliger voor een halfjaar naar Indië, maar het werden drie barre jaren, vertelt de 69-jarige meneer Soldaat terwijl hij vecht tegen zijn tranen. Toen hij nog werkte in de bouw was hij nooit met zijn verleden bezig. Maar sinds de pensionering, en zeker na de viering van vijftig jaar onafhankelijkheid van Indonesië, heeft hij last van nachtmerries. Gewelddadige gebeurtenissen trekken vooral 's nachts weer als een film aan hem voorbij. Hij heeft nooit gesproken over de Indië-tijd, zijn vrouw en kinderen weten nergens van. In eerste instantie laten we hem met veel moeite zijn verhaal vertellen, waarbij verdriet en woede loskomen. Hij zoekt oude foto's en gedenkboeken op en gaat over tot het schrijven van zijn persoonlijke levensverhaal in Indië als exposure-opdracht. Familie en vrienden laat hij zijn persoonlijke gedenkboek lezen en voor het eerst praat hij over zijn trauma's. Hij geeft zijn geschrift de titel mee 'Slamat tidoer. Een rustplaats voor mijn herinneringen aan mijn dienstdtijd in Nederlands-Indië'. Hij voelt zich nadien rustiger, minder prikkelbaar en heeft geen nachtmerries meer.

De belangrijkste aanpassingen in het proces van psychotherapie bij ouderen is door Zeiss en Steffen (1996) samengevat in het acroniem MICKS: *Multi-modal, Interdisciplinary awareness, Clearer, Knowledge of aging challenges & strengths, and Slower.*

Bij de uitvoering van gedragstherapeutische protocollen is een aantal aandachtspunten van belang. Wat betreft exposure wordt aangeraden bij ouderen vooral geleidelijk te werk te gaan (Calamari & Cassidy, 1999). Bij het toepassen van ontspanningsoefeningen kunnen cliënten die lijden aan medische aandoeningen als artritis, de ziekte van Parkinson, reuma of orthopedische aandoeningen, problemen ervaren. De methode van Jacobson van spannen en ontspannen kan pijnlijk zijn (Zeiss & Steffen, 1996). In zulke gevallen is het beter om met imaginaire ontspanningstechnieken te werken, waarbij ook het zich voorstellen van spanning en ontspanning effectief kan zijn (Rickhard et al., 1994). Bij cognitieve therapie is het vaak nodig de methode en formulieren te vereenvoudigen (Weijnen, 2001).

Voor specifieke ouderdomsangsten als de vergeetfobie zijn aparte behandelprotocollen ontwikkeld (Ponds et al., 1995). Nadat met behulp van neuropsychologisch onderzoek cognitieve achteruitgang is uitgesloten en dit met de cliënt is besproken, wordt het model van vergeetangst uiteengezet. Zo komen de rol van selectieve aandacht, vertekening van normale vergeetachtigheid, overmatige inspanning om te onthouden

of juist het achterwege laten van deze moeite aan de orde. Daarna krijgt de cliënt een geheugendagboek mee als huiswerkopdracht om zijn vergeetachtigheid te registreren. In de sessie worden de genoteerde 'vergeetsituaties' besproken en uitgedaagd. Daarnaast worden praktische geheugenadviezen gegeven, zoals het bijhouden van een agenda.

Ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen zijn niet altijd meer in staat zelf aan een therapie mee te werken. In dat geval wordt vaak gewerkt met mediatietherapie, waarbij angstklachten worden beïnvloed via derden, waaronder ook het verzorgend personeel. Via gedragsanalyses en vervolgens veranderen van uitlokkende en instandhoudende situaties probeert men de angst van de bewoner te laten afnemen (Hamer, 1998).

Beschouwing

Meneer Franssen, genoemd in het begin van dit artikel, is tijdens huisbezoeken met exposure in vivo en responspreventie effectief behandeld voor zijn smetvrees. Hij heeft weer een normaal 'toilet-patroon'. Hij heeft geleerd zijn cognities omtrent vuil en besmetting te vervangen door realistische gedachten. Zijn medicatie is in overleg herzien door de huisarts. De sombere stemming is verder verbeterd na het voorschrijven van Paroxetine 20 mg. Gespecialiseerde gezinszorg activeert hem thuis en leert hem huishoudelijke taken. Hij doet zelfstandig boodschappen, wandelt en gaat weer naar de bibliotheek. Hij bezoekt een dagopvang voor ouderen om contacten op te bouwen. De kwaliteit van zijn leven is er met een kortdurende behandeling aanzienlijk op vooruitgegaan. En hij is zeker niet dement, zoals de huisarts oorspronkelijk dacht.

Angst bij ouderen begint zich in de literatuur en onderzoek in toenemende belangstelling te verheugen. Toch is er nog veel onwetendheid inzake angst bij ouderen, in de eerste en in de tweede lijn. De klachten worden vaak pas in een laat stadium als zodanig gesignaleerd. Bij een grote groep ouderen blijven angstklachten ook na signalering nog onnodig voortbestaan, terwijl deze ouderen wel een groot beroep doen op de gezondheidszorg en grote afnemers van met name benzodiazepinen zijn. Effectieve behandelingen, zowel gedragstherapeutisch als medicamenteus, al of niet met specifieke aanpassingen voor deze leeftijdsgroep, blijken mogelijk en zinnig te zijn. Ook als blijkt dat ouderen al vele jaren of zelfs levenslang last van angstklachten hebben, is dit geen reden hen geen behandeling aan te bieden.

Er is meer onderzoek nodig naar verbetering van de diagnostiek en vroege onderkenning, alsook naar de fenomenologie van angst bij ouderen. Aanpassingen van bestaande vragenlijsten met items die relevant zijn voor de leefsituatie van ouderen, of ontwikkeling van vragenlijsten specifiek voor ouderen is dringend gewenst. De ervaringen met behandeling lijken positief en veelbelovend, zowel wat betreft toepassing van cognitieve-gedragstherapie als medicamenteuze behandeling. Verder onderzoek naar predictoren voor succes voor beide soorten behandeling is net gestart.

Vooralsnog ziet het ernaar uit dat alles wat bij jongere volwassenen werkt, ook bij ouderen goed toepasbaar is, met verbijzonderingen hier en daar. In hoeverre aanpassingen in de bestaande protocollen van gedragstherapie en medicatie en in het proces van behandeling wenselijk zijn, moet systematisch worden onderzocht. Verder is het wenselijk ook de therapeutische mogelijkheden te onderzoeken bij hoogbejaarden, ouderen met cognitieve problemen en ouderen in tehuizen waarbij angstklachten een

grote rol spelen. Het is een goede ontwikkeling dat er specifieke behandelingen voor specifieke ouderdomsangsten komen, zoals de behandeling van de vergeetfobie en de valfobie. Onlangs is een onderzoek gestart naar de behandeling in groeps/cursusverband van ouderen met angst om te vallen (Haastregt & Zijlstra, 2002). Vanuit preventie begint ook de belangstelling voor angst bij ouderen te groeien. Er is een landelijk project opgezet voor vroegtijdige signalering, voorlichting en preventieve interventie voor ouderen met lichte angstklachten (Enk et al., 2003).

De vergrijzing neemt toe. De huidige en toekomstige generatie ouderen wordt mondiger en is beter op de hoogte van de mogelijkheden op het gebied van psychische klachten. Er zal ongetwijfeld ook vanuit ouderen zelf meer aandacht voor angstklachten worden gevraagd. Mogelijk zal in de toekomst de diagnostiek en behandeling van ouderen met angstklachten een ingeburgerd verschijnsel zijn, maar het voorgaande overziend lijkt het voorlopig nog wenselijk aparte aandacht te besteden aan ouderen als groep.

abstract

Recently it became clear that anxiety disorders are among the most common psychiatric disorders in the elderly, with an estimated prevalence of 10 percent. In this article we will present prevalence data of anxiety disorders in this population from the Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). We will discuss diagnostical problems, characteristics and phenomenological issues of anxiety in older adults, psychotherapeutic and pharmacological treatment modalities and possible adaptations for use of these interventions with the elderly. In the Netherlands two studies are currently being held, focusing on treatment of anxiety in the elderly. The first results from these studies are promising.

Referenties

- Beck, A.T., & Steer, R.A. (1993). *Beck Anxiety Inventory Manual (2nd edition)*. San Antonio TX: Psychological Corporation.
- Beekman, A.T.F., & Heeren, T.J. (2001). Depressieve stoornissen. In T.J. Heeren, M.G. Kat & M.L. Stek (red.), *Handboek ouderenpsychiatrie* (pp. 77-90). Leusden: De Tijdstroom.
- Beurs, E. de, Beekman, A.T.F., & Balkom, A.J.L.M. van (1999). Consequences of anxiety in older persons: its effect on disability, well-being & use of health services. *Psychological Medicine*, 29, 583-593.
- Beurs, E. de, Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H., & Dyck, R. van (2000). Angst bij ouderen: een onderbelicht fenomeen. In D.J.H. Deeg, R.J. Bosscher, M.I. Broese van Groenou, L.M. Horn & C. Jonker (red.), *Ouder worden in Nederland. Tien jaar Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)* (pp. 79-87). Amsterdam: Thela-thesis.
- Bijl, R., Zessen, G. van, & Ravelli, A. (1997). Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland. Het NEMESIS-onderzoek II, prevalentie van psychische stoornissen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 2453-2400.
- Borcovec, T.D. (1988). Comments on Worry as a phenomenon relevant to the elderly. *Behavior Therapy*, 19, 381-383.
- Calamari, J.E., & Cassidy, K.L. (1999). Treating obsessive-compulsive disorder in older adults: a review of strategies. In M. Duffy (Ed.), *Handbook of counseling & psychotherapy with older adults* (pp. 526-538). New York: John Wiley & Sons.
- Cheok, A.J., Snowdown, R., & Miller, R. (1996). The prevalence of anxiety disorders in nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 405-410.
- Clarke, D.M., & Lewis, M.J. (1982). Fear of crime among the elderly. *British Journal of Criminology*, 232-249.

- Cohen, G. (1991). Anxiety & general medical disorders. In C. Salzman & B.D. Lebowitz (Eds.), *Anxiety in the elderly. Treatment and research* (pp. 47-62). New York: Springer.
- Deeg, D.J.H., Bosscher, R.J., Broese van Groenou, M.I., Horn, L.M., & Jonker, C. (2000). *Ouder worden in Nederland. Tien jaar Longitudinal Study Amsterdam (LASA)*. Amsterdam: Thela-thesis.
- Emmelkamp, P.M.G., Hout, M.A van den, Weijnen, I.J.C., Beurs, E. de, & Dyck, R. van (1998). *De fenomenologie van angst bij ouderen. Onderzoeksvoorstel*. Maastricht/Amsterdam: Universiteit van Maastricht, Universiteit van Amsterdam, Vrije Universiteit Amsterdam.
- Enk, A. van, Beukering, J. van, Hoevenaars, A., Lieffering, J., Meiberg, W., Reurink, R., & Theunissen, I. (2003). *Angst de baas. Nieuwe stappen voor oude angsten. Een programmatische verkenning voor de preventiepraktijk van angststoornissen bij ouderen*. Zwolle: Riagg.
- Flint, A.J. (1994). Epidemiology & comorbidity of anxiety disorders in the elderly. *American Journal of Psychiatry*, 151, 640-649.
- Flint, A.J., Koszycki, D., Vaccarino, F.J., Cadieux, A., Boulenger, J.P., & Bradwejn, J. (1998). Effect of aging on cholecystokinin-induced panic. *American Journal of Psychiatry*, 155, 283-285.
- Fuentes, K., & Cox, B.J. (1997). Prevalence of anxiety disorders in elderly adults. A critical analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 28, 269-279.
- Gallagher-Thompson, D., & Thompson, L.W. (1996). Applying cognitive-behavioral therapy to the psychological problems of later life. In S.H. Zarit & B.G. Knight (Eds.), *A guide to psychotherapy & aging. Effective clinical interventions in a life-stage context* (pp. 61-82). Washington DC: American Psychological Association.
- Godderis, J., Ven, L. van de, & Wils, V. (1992). Neurosen. Angststoornissen bij ouderen. In J. Godderis et al., *Handboek geriatrische psychiatrie. Deel 4: psychopathologische syndromen en stoornissen* (pp. 375-391). Leuven/Apeldoorn: Garant.
- Groenestijn, M.A.C., Akkerhuis, G.W., Kupka, R.W., Schneider, N., & Nolen, W.A. (1997). *Gestructureerd Klinisch Interview voor de vaststelling van de DSM-IV as-I stoornissen*. Haarlem: Swets Testpublishers.
- Groot, M.C. de (1996). Waarom werkt de DSM niet bij ouderen? *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 2, 159-162.
- Haastregt, J. van, & Zijlstra, R. (2002). *Beter in Balans. Een onderzoek naar het verminderen van angst om te vallen en vermindering van activiteiten bij zelfstandig wonende ouderen*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Hamer, A.F.M. (1998). Veranderen via een omweg. Mediatieve therapie. In M.T. Vink & P. Broek (red.), *Oud geleerd, oud gedaan. Gedragstherapie bij ouderen*. Houten/Diegem, Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.
- Hendriks, G.J., & Weijnen, I.J.C. (2001). Angststoornissen. In T.J. Heeren, M.G. Kat & M.L. Stek (red.), *Handboek ouderenspsychiatrie* (pp. 97-106). Enschede: De Tijdstroom.
- Hersen, M., & Hasselt, V.B. (1992). Behavioral assessment & treatment of anxiety in the elderly. *Clinical Psychology Review*, 12, 619-640.
- Hunt, L.M., Marshall, M., & Rowling, Ch. (1997). *Past trauma in late life. European perspectives on therapeutic work with older people*. Londen: Jessica Kingsley Publishers.
- Knight, B.G. (1998). Overzicht van psychotherapie met ouderen: het contextuele cohortgebaseerde, ouderdomspecifieke uitdagingsmodel. In S.H. Zarit & B.G. Knight (red.), *Ouderen & Psychotherapie. Effectieve interventies in levensloopsperspectief* (pp. 31-48). Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers.
- Kuijpers, P.M.J.C., Honig, A., Griez, E.J.L., Braat, S.H.J.G., & Wellens, H.J.J. (2000a). Paniekstoornissen, pijn op de borst en palpaties: een pilotonderzoek op een Nederlandse Eerste harthulp. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 144, 745-749.
- Kuijpers, P.M.J.C., Honig, A., Griez, E.J.L., Braat, S.H.J.G., & Wellens, H.J.J. (2000b). Paniekstoornis bij patiënten met pijn op de borst en palpaties: een onvoldoende onderkend verband. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 144, 732-736.
- Liddell, A., Locker, D., & Burman, D. (1991). Self-reported fears (FSS-II) of subjects aged 50 years & older. *Behavior Research and Therapy*, 29, 105-112.
- Lindesay, J. (1991). Anxiety disorders in the elderly. In R. Jacoby & C. Oppenheimer (Eds.), *Psychiatry in the elderly* (pp. 735-757). Oxford: Oxford University Press.
- Marks, I.M., & Mathews, A.M. (1979). Brief standardized self-rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 263-267.
- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L., & Borcovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.

- O'Leary, E. (1996). *Counseling older adults. Perspectives, approaches and research*. Londen: Chapman & Hall.
- Parmelee, P.A., Katz, I.R., & Lawton, M.P. (1993). Anxiety and its association with depression among institutionalized elderly. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 1, 46-58.
- Ponds, R.W.H.M., Schmidt, A.J.M., Lugt, M. de, Lulofs, R., Verhey, F.R.J., & Jolles, J. (1995). De angst om te vergeten: behandeling van functionele geheugenklachten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 37, 62-67.
- Raabe, S., & Weijers, A. (1999). *Angststoornissen bij ouderen. De ontwikkeling van een korte angstvragenlijst voor ouderen op basis van de Worry Scale en de Fear Questionnaire*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, vakgroep Klinische Psychologie.
- Rickhard, H.C., Scogin, F., & Keith, S. (1994). A one year follow up of relaxation training for elders with subjective anxiety. *Gerontologist*, 34, 121-122.
- Salzman, C. (1991). Pharmacologic treatment of the anxious elderly patient. In C. Salzman & B.D. Lebowitz (Eds.), *Anxiety in the elderly. Treatment and Research* (pp. 149-173). New York: Springer.
- Salzman, C., & Lebowitz, B.D. (1991). *Anxiety in the elderly. Treatment and research*. New York: Springer.
- Sanavio, E. (1988). Obsessions & compulsions : the Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 169-177.
- Schreuder, J.N., Kleijn, W.C., Vogelaar, H.H., & Rooijmans, H.G.M. (1997). Late psychische klachten en verschijnselen bij veteranen met schokkende krijgsvaardingen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 37-49.
- Sheikh, J.I. (1991). Anxiety rating scales for the elderly. In C. Salzman & B.D. Lebowitz (Eds.), *Anxiety in the elderly* (pp. 251-265). New York: Springer Publishing Company.
- Sheikh, J.I. (1992). Anxiety disorders. In C.E. Coffey & J.L. Cummings, *Textbook of geriatric neuropsychiatry* (pp. 279-296). Washington DC/Londen: American press.
- Spano, A. & Forstl, H. (1992). Falling & the fear of it. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 7, 149-151.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.C., & Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Stalenhoef, P.A. (1999). *Falls in the elderly. A primary care-based study*. Maastricht,: Datawyse/ Universitaire Pers.
- Stanley, M.A. (2002). Generalized anxiety disorder in later life. In D. Nutt, K. Rickels & D.J. Stein (Eds.), *Generalized anxiety disorder. Symptomatology, pathogenesis & management* (pp. 171-183). Londen: Martin Dunitz.
- Stanley, M.A., & Beck, J.G. (2000). Anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 20, 731-754.
- Stanley, M.A., Beck, J.G., & DeWitt Glassco, J. (1996a). Treatment of generalized anxiety in older adults. A preliminary comparison of cognitive-behavioral and supportive approaches. *Behavior Therapy*, 27, 565-581.
- Stanley, M.A., Beck, J.G., & Zebb, B.J. (1996b). Psychometric properties of four anxiety measures in older adults. *Behavior Research in Therapy*, 10, 827-838.
- Swales, P.J., Solfvin, J.F., & Sheikh, J.I. (1996). Cognitive-behavioral therapy in older panic disorder patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 4, 46-60.
- Verhey, F.R.J., Ponds, R.W.H.M., Lugt, M. de, & Jolles, J. (1991). De Vergeetfobie. Een nieuw psychogeriatrisch syndroom. *Medisch Contact*, 46, 575-576.
- Verhey, F.R.J., & Kat, M.G. (2001). Dementie en amnestische stoornissen. In T.J. Heeren, M.G. Kat & M.L. Stek (red.), *Handboek ouderenpsychiatrie* (pp. 45-64). Enschede: De Tijdstroom.
- Vermeulen, A.W.A., Beekman, A.T.F., Stek, M.L., & Dyck, R. van (1994). De prevalentie van angststoornissen bij ouderen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 36, 657-658.
- Weijnen, I.J.C. (1998). 't Is vast K. Individuele gedragstherapie bij ouderen. In M.T. Vink & P. Broek (red.), *Oud geleerd, oud gedaan. Gedragstherapie bij ouderen* (pp. 40-57). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Weijnen, I.J.C. (2001). Angststoornissen. In H. Buijssen (red.), *Psychologische hulpverlening aan ouderen. Deel 2. Psychiatrische problematiek* (pp. 117-164). Baarn: Hbuitgevers.
- Weijnen, I.J.C., & Beurs, E. de (2001). Angststoornissen bij ouderen. In A.J.L.M. van Balkom, P. van Oppen & R. van Dyck (red.), *Behandelingsstrategieën bij angststoornissen* (pp. 171-187). Houten/Diemen: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Wisocki, P.A. (1988). Worry as a phenomenon relevant to the elderly. *Behavior Therapy*, 19, 369-379.
- Wisocki, P.A., Handen, B., & Morse, C.K. (1986). The Worry Scale as a measure of anxiety among housebound & community active elderly. *The Behavior Therapist*, 5, 91-95.

- Wolpe, J., & Lang, P.J. (1964). A Fear Survey Schedule for use in behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 2, 27-30.
- Zarit, S.H., & Knight, B.G. (1998). Psychotherapie en ouder worden: verschillende strategieën, positieve resultaten. In S.H. Zarit & B.G. Knight (red.), *Ouderen en Psychotherapie. Effectieve interventies in levensloopperspectief* (pp. 13-29). Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers.
- Zeiss, A.M., & Steffen, A. (1996). Treatment issues with elderly clients. *Cognitive & Behavioral Practice*, 3, 371-389.
- Zeiss, A.M., & Steffen, A. (1998). Gedragstherapeutische en cognitief-gedragstherapeutische interventies: een overzicht van sociaal leren. In S.H. Zarit & B.G. Knight (red.), *Ouderen en Psychotherapie. Effectieve interventies in levensloopperspectief* (pp. 49-75). Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers.
- Zivian, M.T., Gekoski, W., Knox, V.J., Larsen, W., & Hatchette, V. (1994). Psychotherapy for the elderly: public opinion. *Psychotherapy*, 31, 492-502.