

Angststoornissen bij ouderen: prevalentie en risicofactoren

*door M.A. Bremmer, A.T.F. Beekman, D.J.H. Deeg,
A.J.L.M. van Balkom, R. van Dyck en W. van Tilburg*

Samenvatting

Alhoewel er aanwijzingen zijn dat angststoornissen ook bij ouderen vaak voorkomen, is er relatief weinig onderzoek naar gedaan. In een grote steekproef (n = 3056) ouderen (55-85 jaar) uit de Nederlandse bevolking werd de prevalentie van alle angststoornissen tezamen geschat op 10.2%. De gegeneraliseerde angststoornis (7.3%) en de fobieën (3.1%) kwamen het meeste voor, terwijl de paniekstoornis (1.0%) en de obsessief compulsieve stoornis (0.6%) relatief zeldzaam lijken onder ouderen. Onderzoek naar risicofactoren ondersteunt het gebruik van het vulnerabiliteit-stressmodel voor de etiologie van angststoornissen. Vulnerabiliteitsfactoren lijken een overheersende rol te spelen.

Inleiding

Drie psychiatrische stoornissen komen in de oudere bevolking veel voor: dementie, depressie en angststoornissen. Over de angststoornissen is van deze drie het minst bekend, terwijl het volgens de Epidemiologic Catchment Area-studies de meest voorkomende psychiatrische aandoeningen onder ouderen zijn (Regier e.a. 1988). Angststoornissen beïnvloeden in sterke mate het succesvol ouder worden: ze zijn geassocieerd met een verhoogde mortaliteit, met meer somatische ziekten en met verlaagde zelfstandigheid. Daarnaast komen angststoornissen frequent samen voor met depressieve stoornissen en alcoholmisbruik (Kay en Bergmann 1966; Lindsay 1991; Larkin e.a. 1992; Maser en Cloninger 1990; Kushner e.a. 1990). Het feit dat ouderen de belangrijkste gebruikers van anxiolytica zijn kan als een indicatie gezien worden van de klinische betekenis van angststoornissen bij deze groep (Skegg e.a. 1977; Catalan e.a. 1988).

Er zijn geen gegevens beschikbaar betreffende de prevalentie van angststoornissen bij ouderen in Nederland. De schattingen in de internationale literatuur lopen sterk uiteen (Flint 1994; Vermeulen e.a. 1994). De oorzaak hiervan ligt met name in het gebruik van verschillende soorten meetinstrumenten en uiteenlopende definities van wat men een 'case' noemt (Wing e.a. 1978). De meetinstrumenten ver-

schillen in de wijze van afname, het diagnostisch niveau dat men hanteert, en het al dan niet gebruikmaken van hiërarchische exclusiecriteria in geval van comorbiditeit met andere stoornissen. Daar komt bij dat de meetinstrumenten die worden gebruikt in bevolkingsonderzoeken, in het algemeen niet bedoeld en gevalideerd zijn voor prevalentieonderzoek onder ouderen (Vermeulen e.a. 1994).

Inzicht in de risicofactoren die geassocieerd zijn met angststoornissen, maakt het mogelijk hypothesen te formuleren over de etiologie van angststoornissen. Bij het onderzoek naar risicofactoren voor psychiatrische stoornissen wordt vaak gebruikgemaakt van het vulnerabiliteit-stressmodel (Brown en Harris 1978; Goldberg en Huxley 1992). Vulnerabiliteitsfactoren, zoals kwetsbare persoonlijkheidskenmerken of gebrek aan opleiding, bepalen in hoeverre iemand in staat is stressoren als ziekte of rouw adequaat te verwerken. Uit onderzoek naar depressie is bekend dat het voorkomen van risicofactoren sterk kan veranderen in de oudere leeftijdsgroep. Voorbeelden zijn een toename van stressoren, zoals lichamelijke ziekte en verlies van naasten, een relatieve toename van het aantal vrouwen in de bevolking, en een relatieve afname van het aantal mensen met een langbestaande kwetsbaarheid (Beekman e.a. 1995). Of dit ook geldt voor de risicofactoren voor angststoornissen is onbekend. Systematisch onderzoek bij ouderen ontbreekt, zowel in de Nederlandse als in de internationale literatuur (Salzman en Lebowitz 1991). Inzicht in leeftijdsafhankelijke verschuivingen in risicofactoren van angststoornissen is van belang, zowel vanuit een theoretisch als vanuit een klinisch gezichtspunt.

Gezien de onduidelijkheid over het voorkomen van angststoornissen bij ouderen en het gebrek aan Nederlandse gegevens hierover, was het eerste doel van de huidige studie om de prevalentie van angststoornissen bij ouderen in de Nederlandse bevolking te schatten. Het tweede doel was om het belang van mogelijke risicofactoren na te gaan en om het profiel van de risicofactoren van de verschillende angststoornissen onderling te vergelijken.

Methoden

Steekproef

Het onderzoek naar angststoornissen werd gedaan in het kader van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) (Deeg e.a. 1993). LASA is een longitudinale (tien jaar), interdisciplinaire studie. Het doel van de studie is inzicht te verschaffen in de predictoren en consequenties van veranderingen in autonomie en welbevinden in de oudere bevolking. Hiertoe is een gestratificeerde random steekproef uit de bevolkingsregisters van elf gemeenten in drie regio's van Nederland samengesteld. Iedere regio bestaat uit een middelgrote tot grote stad en twee of meer kleinere gemeenten. Het aantal mannen en vrouwen per leeftijdsgroep

is gewogen samengesteld volgens de verwachte mortaliteit (CBS 1993) halverwege de studie. Hierdoor zijn de oudste ouderen oververtegenwoordigd. Personen boven de 85 jaar werden niet in de studie opgenomen vanwege een te hoge verwachte attritie in de loop van tien jaar. De steekproeftrekking is elders gedetailleerd beschreven (Broese van Groenou e.a. 1995). De steekproef is niet alleen voor LASA samengesteld maar ook voor NESTOR-LSN (Broese van Groenou e.a. 1995), een studie naar sociale netwerken van ouderen. Gemiddeld tien maanden voor het LASA-interview vond een interview voor NESTOR-LSN plaats. De response voor het NESTOR-LSN-interview was 62.3%. Non-response was geassocieerd met leeftijd ($p < 0.05$), sekse ($p < 0.05$) en urbanisatiegraad ($p < 0.05$). Alle NESTOR-LSN-respondenten werden benaderd voor een LASA-interview. De response was 81.7%. De oorzaken voor non-response waren: sterfte (3.3%), geen interesse (10.4%), fysiek of cognitief niet in staat (3.5%) of niet bereikbaar (1.2%) (Smit en De Vries 1994). Uitval was gerelateerd aan leeftijd ($p < 0.01$), maar niet aan sekse. De oudste ouderen waren vaker fysiek of cognitief niet in staat tot een interview ($p < 0.05$). Nog eens 51 respondenten vielen af vanwege item-non-response op het screeningsinstrument. Zo werd een steekproef van 3056 personen verkregen.

Voor de diagnosticering van angststoornissen werd een zogenaamde 'two-stage-screening'-procedure gebruikt. Op basis van de uitslag van een screening van alle deelnemers werd een niet-proportionele random steekproef samengesteld waarin een diagnostisch interview werd afgenomen. Deze diagnostische steekproef ($n = 659$) bestond uit alle screen-positieve respondenten ($n = 332$) en een ongeveer even groot aantal 'at random' geselecteerde screen-negatieven ($n = 327$). De response in dit tweede interview was 86.0%. Ook hier was non-response gerelateerd aan leeftijd ($p < 0.01$), maar niet aan sekse.

De interviews werden bij de respondenten thuis afgenomen door getrainde interviewers. De screening en het diagnostisch interview werden nooit door dezelfde interviewer afgenomen. Alle interviews werden op cassetteband opgenomen en gecontroleerd. De interviews werden met behulp van een laptop afgenomen. Het veldwerk duurde van oktober 1992 tot september 1993.

Meetinstrumenten

Screening – Ten tijde van de opzet van de studie was er geen gevalideerd screeningsinstrument voor angststoornissen bij ouderen voorhanden (Salzman en Leibowitz 1991). Uit eerder onderzoek was gebleken dat de Center for Epidemiologic Depression Scale (CES-D; Radloff 1977) niet alleen kan functioneren als screeningsinstrument voor depressieve stoornissen, maar ook voor angststoornissen (Breslau 1985). Naast de CES-D werd gebruikgemaakt van de angstsectie van de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmond en Snaith 1983). De

CES-D bleek voor de meeste angststoornissen een betere criteriumvaliditeit te hebben dan de HADS (artikel in voorbereiding). Daarom is gekozen de CES-D te gebruiken als screeningsinstrument. De maximumscore op de CES-D is 60. Meestal wordt een afkappunt van 16 of hoger aanbevolen bij gebruik als screeningsinstrument (Beekman e.a. 1994).

Diagnostiek – De angststoornissen in deze studie zijn gedefinieerd volgens de DSM-III-classificatie: obsessief compulsieve stoornis (OCS), paniekstoornis met of zonder agorafobie, fobieën (sociale, enkelvoudige, agora-) en gegeneraliseerde angststoornis. De posttraumatische stress-stoornis is niet in dit onderzoek opgenomen. Bij de classificatie van psychiatrische ziekten volgens de DSM-III worden hiërarchische exclusiecriteria toegepast. In deze hiërarchie komen de angststoornissen na de psychosen en de affectieve stoornissen. In het geval van comorbiditeit met deze stoornissen zal dit leiden tot onderrapportage van de angststoornissen. Om dit te voorkomen zijn in deze studie geen hiërarchische regels gebruikt. De diagnoses werden gesteld aan de hand van het National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule (DIS; Robins e.a. 1981). Ten tijde van het design van de studie was het DIS in Nederlandse vertaling beschikbaar, en was er ervaring mee opgedaan bij onderzoek onder ouderen in de algemene bevolking (Bosma 1990). De beschikbaarheid van een vertaald en bij ouderen bruikbaar onderzoeksinstrument was de reden dat de DSM-III-criteria voor angststoornis werden aangehouden, en niet de DSM-III-R-criteria.

Onafhankelijke variabelen – Op basis van het genoemde vulnerabiliteit-stressmodel (Brown en Harris 1978) zijn de in tabel 1 weergegeven risicofactoren geselecteerd. De netwerkvariabelen zijn moeilijk te plaatsen in het model (Goldberg en Huxley 1992) en worden daarom als een aparte categorie van risicofactoren beschouwd. Dit is gedaan omdat de afwezigheid van sociale steun niet alleen als vulnerabiliteitsfactor te beschouwen is, maar tevens een bron van stress kan zijn.

Sociaal-economische status is gemeten naar de hoogst bereikte opleiding. Lichamelijke gezondheid is in drie variabelen uitgedrukt: functionele beperkingen (Van Sonsbeek 1988), aantal chronische ziekten (CBS 1989) en ervaren gezondheid (CBS 1989). Sociale netwerken en steun worden uitgedrukt in de grootte van het sociale netwerk en in de hoeveelheid instrumentele en emotionele steun die gegeven en ontvangen wordt (Van Tilburg e.a. 1992). Eenzaamheid wordt uitgedrukt op de schaal van De Jong-Gierveld en Kamphuis (1985). Als persoonlijkheidskenmerk werd met behulp van de Mastery Scale (Pearlin en Schooler 1978) de locus of control gemeten. Cognitief functioneren is gemeten met de Mini Mental Status Examination (Folstein e.a. 1975). Bovenstaande onderzoeksinstrumenten waren deel van het interview

Tabel 1: Onafhankelijke variabelen: vulnerabiliteit-stressmodel

<i>Kwetsbaarheid</i>	<i>Stressoren</i>
Geslacht	Recente life events
Sociaal-economische status	Lichamelijke gezondheid
Urbanisatie van woonomgeving	Cognitieve achteruitgang
Burgerlijke staat	
Life events in vroege jeugd	
Trauma uit WO II	
Positieve familieanamnese	
Kwetsbare persoonlijkheid	
	<i>Sociaal netwerk</i>
	Omvang netwerk
	Sociale steun
	Eenzaamheid

dat aan alle respondenten is voorgelegd ($n = 3056$). In het diagnostisch interview ($n = 659$) werden, naast psychiatrische diagnostiek, de volgende variabelen gemeten: life events uit de vroege jeugd (verlies van één of beide ouders, ernstige ziekte, verwaarlozing, lichamelijke mishandeling en seksueel misbruik), extreme ervaringen in de Tweede Wereldoorlog (hebt u in de oorlog extreme situaties meegemaakt waardoor uw leven blijvend is veranderd?), en zeven items betreffende life events in het afgelopen jaar (persoonlijke verliezen en conflicten). Life events werden gevraagd met eenvoudige, op de schaal van Holmes en Rahe (1967) geënte vragen. Voor de familieanamnese werd een eenvoudige vragenlijst geconstrueerd, die werd afgenomen in aansluiting op het DIS. Gevraagd werd naar het in de familie voorkomen van depressieve stoornissen, manie, angststoornissen, alcohol- en middelenmisbruik en criminaliteit. Bij een positieve anamnese werd doorggevraagd naar het soort verwantschap met de respondent. De validiteit van de schalen was reeds eerder vastgesteld in vergelijkbare studies in Nederland of in de LASA-pilotstudie (Deeg e.a. 1993).

Data-analyse

Voor de vier angststoornissen afzonderlijk en alle angststoornissen tezamen werd de 6-maandsprevalentie geschat. De diagnostische steekproef is een niet-proportioneel gestratificeerde steekproef van de totale groep ouderen die aan het onderzoek deelnam. Dit is inherent aan de gevolgde screeningsprocedure. Aangezien de sensitiviteit van het screeningsinstrument niet perfect is, moet de in de diagnostische steekproef geobserveerde prevalentie van angststoornissen worden teruggewogen naar de totale steekproef. Hiertoe werd in de diagnostische steekproef, in verschillende strata van de CES-D, de kans berekend op het aanwe-

zig zijn van de verschillende angststoornissen. Aan de hand van de verdeling van de CES-D-scores in de totale steekproef werden de prevalenties voor de totale onderzoeksgroep geschat.

Voor het onderzoek naar risicofactoren werd in de diagnostische steekproef, in bivariate analyses, de odds ratios voor het bestaan van angststoornissen bepaald. Alle onafhankelijke variabelen werden gedi-chotomiseerd. De odds ratios worden statistisch significant beschouwd als het 95%-betrouwbaarheidsinterval niet 1 bevat. Om voor de vier angststoornissen apart de associaties met de onafhankelijke variabelen te bepalen, werden de vier verschillende angstdiagnosen steeds met eenzelfde controlegroep vergeleken (respondenten zonder enige angststoornis).

Resultaten

Beschrijving van de steekproef

In tabel 2 wordt een beschrijving van de gehele steekproef gegeven. Door de oververtegenwoordiging van respondenten van 75-85 jaar is een relatief groot deel van de respondenten ongetrouwd, en heeft een relatief groot deel één of meerdere chronische ziekten.

Tabel 2: Kenmerken van de steekproef

Kenmerk	n	(%)	Kenmerk	n	(%)
Leeftijd 55-64	964	(31,5)	Score CES-D		
65-74	954	(31,2)	CES-D < 16	2602	(83,7)
75-85	1138	(37,2)	CES-D ≥ 16	454	(14,9)
Sekse mannen	1478	(48,4)	Cognitieve status		
vrouwen	1578	(51,6)	MMSE ≥ 24	2567	(84,0)
MMSE < 23	474	(15,5)			
Opleidingsniveau			Chronische ziekten		
laag	1340	(43,9)	geen	1026	(33,6)
midden	1292	(42,3)	één of meer	2024	(66,4)
hoog	419	(13,7)			
Urbaniciteit			Beperkingen ADL		
woont in Amsterdam	840	(27,5)	geen	1787	(58,5)
woont elders	2216	(72,5)	één of meer	1239	(41,5)
Burgerlijke staat			Woonsituatie		
getrouwd	1920	(62,8)	zelfstandig	2946	(96,4)
niet (meer) getrouwd	1136	(37,2)	verzorgingshuis	93	(3,0)
			verpleeghuis	17	(0,6)

Tabel 3: 6-maandsprevalentie van angststoornissen naar leeftijd en geslacht

	Leeftijd		55-64		65-74		75-85		Totaal					
	Geslacht		M	V	Allen	M	V	Allen	M	V				
	N		465	499	964	442	512	954	571	567	1138	1478	1578	3056
Obsessief compulsieve stoornis			0	0.3	0.1	0	2.7	1.6	0	0.8	0.4	0	1.2	0.6
Gegeneraliseerde angst			2.8	5.2	4.0	10.3	12.6	11.5	5.4	8.5	6.9	5.7	8.7	7.3
Paniekstoornis			0.3	1.4	0.8	0	3.0	1.7	0.5	0.5	0.5	0.3	2.0	1.0
Fobieën			1.2	4.2	2.9	0.6	4.4	2.9	2.3	4.9	3.5	1.6	4.4	3.1
Alle angststoornissen			4.2	9.1	6.9	10.3	16.6	13.9	7.4	13.7	10.4	7.0	13.0	10.2

De prevalentie van angststoornissen

Tabel 3 geeft een overzicht van de geschatte 6-maandsprevalenties van angststoornissen naar leeftijd en geslacht. De 6-maandsprevalentie van alle angststoornissen tezamen is 10.2%. De meest voorkomende angststoornis is de gegeneraliseerde angststoornis (7.3%). De prevalentie van alle drie fobieën samen is 3.1%. De paniekstoornis en OCS blijken zeldzaam te zijn bij ouderen, met prevalenties van respectievelijk 1.0% en 0.6%. Voor de meeste angststoornissen wordt een hogere prevalentie onder vrouwen gevonden. Geen van de mannen in deze steekproef heeft een OCS. Zowel de paniekstoornis als OCS en gegeneraliseerde angststoornis komen het meest voor in de leeftijdsgroep van 65-74 jaar. De prevalentie van fobieën is het hoogst in de leeftijdsgroep van 75-85 jaar. Voor geen van de angststoornissen kan een duidelijk (lineair) verband met leeftijd worden vastgesteld.

Risicofactoren

Tabel 4 geeft een overzicht van het verband (odds ratios) tussen de onderzochte risicofactoren en de vier angststoornissen apart of voor alle angststoornissen tezamen. De associaties van de onafhankelijke variabelen met de verschillende angststoornissen worden besproken aan de hand van het vulnerabiliteit-stressmodel. Eerst worden alle angststoornissen tezamen en iedere stoornis apart besproken, waarna ze onderling vergeleken worden.

De odds ratios voor *alle angststoornissen tezamen* worden met name bepaald door de gegeneraliseerde angststoornis. Dit omdat deze stoornis veruit de meest frequent voorko-

Tabel 4: Odds ratios van onafhankelijke variabelen voor angststoornissen (95% betrouwbaarheidsinterval; significante bevindingen vetgedrukt)

	Alle angststoornissen	Geeneraliseerd	Fobieën	Paniekstoornis	Obsessief-compulsief
Geslacht V	1.8 (1.2-2.7)	1.8 (1.1-2.9)	1.6 (0.8-3.3)	3.5 (1.0-12.5)	-----
Lage opleiding	2.2 (1.5-3.4)	2.2 (1.3-3.5)	2.9 (1.4-5.9)	3.2 (1.1-9.3)	1.8 (0.5-6.9)
Wonen in Amsterdam	1.3 (0.9-2.0)	1.2 (0.7-2.0)	1.0 (0.5-2.1)	1.4 (0.5-3.8)	1.8 (0.5-6.9)
Ongehuwd/niet meer gehuwd	1.5 (1.0-2.3)	1.4 (0.8-2.2)	1.9 (1.0-3.9)	1.6 (0.6-4.2)	2.5 (0.6-10.2)
Externe beheersingsorientatie	3.1 (1.9-5.2)	3.1 (1.7-5.6)	4.7 (1.8-12.2)	5.1 (1.1-23.0)	1.7 (0.4-6.8)
Positieve familieaanname	1.9 (1.2-3.0)	1.7 (1.0-2.9)	2.5 (1.3-5.1)	1.8 (0.6-5.3)	3.1 (0.8-11.6)
Trauma uit WO II	2.0 (1.3-3.1)	2.1 (1.3-3.5)	2.4 (1.2-4.7)	6.0 (1.8-19.3)	0.8 (0.2-4.0)
Life events in vroege jeugd	1.6 (1.0-2.6)	1.6 (0.9-2.8)	1.4 (0.6-3.1)	3.6 (1.2-10.7)	1.6 (0.3-8.0)
Recente life events	1.7 (1.1-2.5)	1.7 (1.0-2.8)	1.7 (0.9-3.5)	0.8 (0.3-2.4)	8.9 (1.1-71.5)
Verlies van partner	1.7 (0.7-4.1)	2.5 (1.0-6.1)	0.7 (0.1-5.3)	4.0 (0.8-18.8)	3.0 (0.4-25.0)
Aantal ziekten ≥ 1	1.5 (0.9-2.4)	1.3 (0.8-2.4)	1.2 (0.6-2.7)	3.0 (0.7-13.3)	3.4 (0.4-27.7)
MMSE < 24	1.2 (0.7-2.1)	1.0 (0.5-2.0)	1.4 (0.6-3.3)	1.4 (0.4-5.1)	3.2 (0.8-13.1)
Functionele beperkingen	2.5 (1.7-3.9)	2.7 (1.6-4.6)	2.8 (1.3-5.8)	2.7 (0.9-8.0)	1.0 (0.3-3.9)
Slecht ervaren gezondheid	3.0 (1.9-4.8)	2.8 (1.7-4.7)	3.8 (1.7-8.5)	5.0 (1.4-17.6)	4.1 (0.9-20.0)
Klein netwerk	1.2 (0.8-1.8)	1.0 (0.6-1.7)	1.9 (0.9-4.1)	1.5 (0.5-4.5)	1.4 (0.3-5.9)
Krijgt weinig instrumentele steun	1.0 (0.6-1.5)	0.8 (0.5-1.3)	1.5 (0.7-3.0)	2.7 (0.8-8.6)	1.9 (0.4-7.8)
Geeft weinig instrumentele steun	1.2 (0.8-1.9)	0.9 (0.6-1.5)	1.8 (0.9-3.9)	0.9 (0.3-2.7)	2.8 (0.6-13.8)
Krijgt weinig emotionele steun	1.4 (0.9-2.1)	1.0 (0.6-1.7)	2.1 (1.0-4.3)	1.8 (0.6-5.5)	1.0 (0.3-4.1)
Geeft weinig emotionele steun	1.1 (0.7-1.6)	0.9 (0.5-1.4)	1.5 (0.7-3.0)	2.3 (0.7-7.6)	0.9 (0.2-3.8)
Eenzaamheid	2.0 (1.3-3.1)	1.8 (1.1-3.1)	4.3 (1.6-11.1)	1.6 (0.6-4.7)	5.9 (0.7-47.3)

mende angststoornis is. Voor de angststoornissen als groep geldt dat het patroon van risicofactoren zowel stressoren als vulnerabiliteit, alsmede netwerk gerelateerde factoren bevat. Meer vrouwen, lager opgeleiden en ongehuwden hebben angststoornissen. Wonen in een grote stad is niet geassocieerd met meer angststoornissen. Een persoonlijkheidskenmerk dat geassocieerd is met een verhoogde kans op angststoornissen is het hebben van een externe beheersingsoriëntatie. Ook andere kwetsbaarheidsfactoren, zoals een positieve psychiatrische familieanamnese en traumatische ervaringen tijdens de Tweede Wereldoorlog zijn geassocieerd met angststoornissen. Het leven met één of meerdere functionele beperkingen lijkt een belangrijke stressfactor voor angststoornissen te zijn. Ouderen met een angststoornis waarderen hun gezondheid lager, hoewel ze niet meer chronische ziekten hebben. Recente life events zijn wel geassocieerd met angststoornissen, maar een recent verlies van de partner kwam niet significant vaker voor. Niet significant is de relatie met cognitieve achteruitgang. Angststoornissen lijken niet geassocieerd te zijn met netwerkvariabelen als de hoeveelheid verkregen sociale steun of de omvang van het netwerk. Wel komen gevoelens van eenzaamheid vaker voor bij mensen met een angststoornis.

Het patroon van risicofactoren voor een *gegeneraliseerde angststoornis* komt bijna volledig overeen met het patroon voor alle angststoornissen tezamen. Het enige verschil is dat een recent verlies van de partner wel geassocieerd lijkt met een verhoogde kans op gegeneraliseerde angst.

De groep *fobieën* is een heterogene groep omdat sociale, agora- en enkelvoudige fobieën zijn samengevoegd. Het patroon van risicofactoren komt grotendeels overeen met het patroon voor alle angststoornissen tezamen, zoals hierboven beschreven. Opvallend is dat fobieën niet vaker bij vrouwen dan bij mannen voorkomen. Ook een positieve psychiatrische familieanamnese lijkt geen rol te spelen bij de fobieën. Er lijkt een sterke relatie te zijn met een externe beheersingsoriëntatie. Opvallend is verder dat de odds ratios voor stressoren als recente life events en een recent verlies van de partner niet-significant zijn. De relatie met eenzaamheid kan gezien worden als gevolg van de sociale en de agorafobie. Toch zijn ook voor de fobieën de associaties met de overige netwerkvariabelen niet significant.

Opvallend is bij de *paniekstoornis* het verband met vulnerabiliteitsfactoren als een lagere opleiding, life events in de vroege jeugd, extreme ervaringen tijdens de Tweede Wereldoorlog en een externe beheersingsoriëntatie. Paniekstoornis lijkt vaker bij vrouwen voor te komen, maar de odds ratios is net niet significant. De odds ratios voor recent verlies van de partner is hoog (3.95) maar door de kleine aantallen statistisch niet significant.

Vanwege de lage prevalentie van de *obsessief compulsieve stoornis* zijn de betrouwbaarheidsintervallen groot en de gevonden associaties in de meeste gevallen niet significant. Geen van de mannen in deze steek-

proef heeft de afgelopen zes maanden een OCS gehad. De enige significante risicofactoren zijn recente life events. Wel zijn er een aantal risicofactoren waarvan de odds ratios hoog is (> 3) en er dus mogelijk een associatie met OCS bestaat. Die risicofactoren zijn: eenzaamheid, lage waardering van de eigen gezondheid en een positieve psychiatrische familieanamnese. De OCS is de enige angststoornis waarbij kwetsbaarheidsfactoren als lage opleiding, extreme ervaringen tijdens de Tweede Wereldoorlog en een externe beheersingsoriëntatie geen rol lijken te spelen. Voorts lijkt er alleen bij de OCS een associatie te bestaan met cognitieve achteruitgang en het hebben van één of meerdere chronische ziekten ($OR > 3$).

Wanneer de angststoornissen *onderling* vergeleken worden, valt op dat voor alle angststoornissen geldt dat kwetsbaarheidsfactoren lijken te overheersen. Vulnerabiliteitsfactoren die bij drie van de vier angststoornissen een rol spelen, zijn: lage opleiding, het hebben van een externe beheersingsoriëntatie en extreme ervaringen tijdens de Tweede Wereldoorlog. In de associaties met de verschillende soorten stressoren verschillen de angststoornissen onderling meer. Recente gebeurtenissen zijn alleen geassocieerd met de gegeneraliseerde angststoornis en OCS. Geen van de angststoornissen is significant geassocieerd met het hebben van één of meerdere ziekten. Wel bestaat er een relatie voor zowel de fobieën als de gegeneraliseerde angststoornis met het hebben van functionele beperkingen. Alle angststoornissen zijn geassocieerd met een lage waardering van de eigen gezondheid. Geen van de angststoornissen is geassocieerd met de omvang van het netwerk of met sociale steun. Er is wel een associatie tussen eenzaamheid en de gegeneraliseerde angststoornis, de fobieën en mogelijk ook OCS.

Discussie

De geschatte 6-maandsprevalentie van alle angststoornissen tezamen onder ouderen in de Nederlandse bevolking is 10.2%. De geschatte 6-maandsprevalenties van de vier verschillende angststoornissen: de gegeneraliseerde angststoornis, de fobieën, de paniekstoornis en de obsessief compulsieve stoornis zijn respectievelijk 7.3%, 3.1%, 1.0% en 0.6%. Binnen de oudere bevolking geldt voor alle angststoornissen dat er geen duidelijk (lineair) verband is tussen prevalentie en leeftijd. Wel kan voorzichtig worden geconcludeerd dat de prevalentie van angststoornissen iets lager is dan wat doorgaans bij jongere volwassenen wordt gevonden, hetgeen overeenkomt met wat in een eerder literatuuroverzicht werd gesteld (Flint 1994). Gegeneraliseerde angst- en paniekstoornissen komen vaker voor bij oudere vrouwen dan bij oudere mannen, terwijl fobieën even vaak bij mannen als bij vrouwen voorkomen. Bij mannen werd geen enkele obsessief compulsieve stoornis gevonden. Gezien de lage prevalentie van OCS kunnen hier-

aan echter geen conclusies worden verbonden.

De belangrijkste studies waarmee de hier geschatte prevalenties vergeleken kunnen worden, zijn de ECA-studies (Regier e.a. 1988) en de Edmonton-studie (Bland e.a. 1988). Deze studies maken ook gebruik van het DIS, en de oudste ouderen zijn ook oververtegenwoordigd. Alleen de studies van Bland (1988), Regier (ECA 1988) en Uhlenhuth (1983) geven een schatting van de totale prevalentie van angststoornissen: respectievelijk 3.5%, 5.5% en 10.2%. Hierbij moet worden opgemerkt dat bij Bland en Regier de gegeneraliseerde angststoornis niet in deze schatting opgenomen is, terwijl Uhlenhuth een prevalentieschatting op syndroom-('subthreshold')-niveau geeft, waarin OCS en de paniekstoornis niet zijn opgenomen. De prevalentie van paniekstoornis uit de literatuur ligt rond de 0.1% (Vermeulen e.a. 1994), wat iets lager is dan de hier gevonden prevalentie. Voor OCS komen de gevonden prevalenties overeen met de ECA-data (Regier e.a. 1988). De cijfers die in de literatuur gegeven worden voor de fobieën, lopen meer uiteen. Regier, Bland en Uhlenhuth (syndroomniveau) komen op een vergelijkbare schatting, respectievelijk 4.8%, 3.0% en 3.1%. Copeland e.a. (1987) geven voor de fobieën op diagnostisch niveau 0.4% en op syndroomniveau 3.4%. Wat betreft de gegeneraliseerde angststoornis rapporteren Blazer e.a. (1991) 1.9%, Lindesay e.a. (1989) 3.7% en Copeland e.a. (1987) 1.0%. Op syndroomniveau liggen de cijfers tussen 7.1% en 17.0% (Uhlenhuth e.a. 1983; Copeland e.a. 1987). Omdat de prevalentieschattingen voor individuele angststoornissen in de literatuur zo sterk uiteen lopen, is het niet goed mogelijk te beoordelen in hoeverre de hier gevonden schattingen afwijken dan wel overeenkomen met eerder onderzoek.

De bestudeerde risicofactoren zijn ingedeeld volgens het vulnerabiliteit-stressmodel (Goldberg en Huxley 1992). Dit model is 'etiologisch neutraal' en biedt een handzaam raamwerk om de veelheid aan mogelijke risicofactoren onder te brengen. Echter, het is geen model in die zin dat het berust op een uitgewerkte theorie over de etiologie van angststoornissen. De indeling van risicofactoren als stressor dan wel vulnerabiliteitsfactoren geschiedt op arbitraire gronden. De beperkingen van het model komen duidelijk tot uiting bij de indeling van netwerkgerelateerde variabelen. Een gebrek aan sociale steun kan worden opgevat als zowel een stressor, als een vulnerabiliteitsfactor. Het is zelfs denkbaar dat het moeten ontvangen van steun van anderen als stresserende factor werkt. De betekenis van netwerk- en steungerelateerde factoren varieert, hetgeen een plaatsbepaling in het vulnerabiliteit-stressmodel hachelijk maakt (Goldberg en Huxley 1992). Om deze reden is voor de huidige studie gekozen om de steun- en netwerkvariabelen een aparte plaats te geven. Verwacht werd dat angststoornissen meer zouden voorkomen bij ouderen in de grote stad en onder ouderen met kleinere sociale netwerken, dan wel bij ouderen die minder sociale

steun uitwisselden met hun omgeving. Bij analyse van de data bleek echter dat urbaniciteit en netwerkgerelateerde variabelen niet samenhangen met een hogere kans op angststoornissen. Deze negatieve bevinding illustreert de ambigue rol die netwerk en sociale steun spelen als risicofactor.

Angststoornissen zijn wel geassocieerd met eenzaamheid. Aangezien eenzaamheid een subjectieve beleving is, kunnen gevoelens van eenzaamheid worden opgevat als een mogelijk gevolg van angst. Het is ook mogelijk dat de subjectieve waardering van contacten met de omgeving belangrijker is bij de totstandkoming van psychopathologie, dan de andere, objectief meetbare parameters van het sociale netwerk. In het huidige cross-sectionele materiaal kan niet worden uitgemaakt in hoeverre eenzaamheid oorzakelijk samenhangt met het optreden van angststoornissen. Bij de interpretatie van de samenhang tussen lichamelijke-gezondheidgerelateerde variabelen en angst kan een soortgelijke redenering worden gevolgd. De resultaten wijzen uit dat mensen met een angststoornis zich minder gezond voelen (subjectieve gezondheidsbeleving), terwijl er niet sprake is van meer lichamelijke aandoeningen.

Door te kiezen voor het DIS als diagnostisch meetinstrument werd het mogelijk om, binnen een grootschalig epidemiologisch onderzoek, vier angststoornissen tegelijk te onderzoeken. Een bezwaar van het DIS is echter dat het niet is ontwikkeld voor onderzoek onder ouderen. Voorts kunnen met het DIS alleen angststoornissen op diagnostisch niveau worden gemeten. Indien de veronderstelling dat angststoornissen bij ouderen vaak op syndromaal ('subthreshold')-niveau voorkomen juist is (Lindesay e.a. 1989; Sheikh 1992), dan is de hier weergegeven prevalentie mogelijk een onderschatting van de werkelijke prevalentie van klinisch relevante angststoornissen. Wat het onderzoek naar risicofactoren betreft, is de draagwijdte van de bevindingen beperkt doordat het om een cross-sectionele studie gaat. Hierdoor is het niet mogelijk om causale verbanden te leggen. Door de lage prevalentie van de paniekstoornis en OCS zijn de betrouwbaarheidsintervallen zo groot, dat er weinig statistisch significante verbanden konden worden vastgesteld.

Bovenstaande beperkingen in acht nemende, kan gezegd worden dat angststoornissen een belangrijke groep stoornissen zijn op latere leeftijd. Bezien we de risicofactoren, dan wordt een combinatie gevonden van stressoren en kwetsbaarheidsvariabelen. Dit ondersteunt het gebruik van het vulnerabiliteit-stressmodel. Echter, op grond van de hier gepresenteerde gegevens kan voorzichtig worden geconcludeerd dat vulnerabiliteit een overheersende rol lijkt te spelen in de etiologie van de meeste angststoornissen.

De gegevens waarover in dit artikel wordt gerapporteerd, zijn verzameld in het kader van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). Deze studie wordt grotendeels gefinancierd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Literatuur

- Beekman A.T.F., J. van Limbeek, D.J.H. Deeg e.a. (1994), Een screeningsinstrument voor depressie bij ouderen in de bevolking: de bruikbaarheid van de CES-D. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 25, 95-103.
- Beekman, A.T.F., D.J.H. Deeg, T. van Tilburg e.a. (1995), Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. *Journal of Affective Disorders*, 36, 65-75.
- Bland, R.C., C. Newman en H. Orn (1988), Prevalence of psychiatric disorders in the elderly in Edmonton. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 57-63.
- Blazer, D., L.K. George en D. Hughes (1991), The epidemiology of anxiety disorders: an age comparison. In: C. Salzman en B.D. Lebowitz, *Anxiety in the elderly*. Springer, New York, p. 17-30.
- Bosma, A. (1990), Psychiatrische problematiek bij zelfstandig wonende ouderen en verzorgingstehuisbewoners. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 32, 173-183.
- Breslau, N. (1985), Depressive symptoms, major depression, and generalised anxiety: a comparison of self-reports on CES-D and results from diagnostic interviews. *Psychiatric Research*, 15, 219-229.
- Broese van Groenou, M.I., T.G. van Tilburg, E.D. de Leeuw e.a. (1995), Data collection. In: C.P.M. Knipscheer, J. de Jong-Gierveld e.a. (eds.), *Living arrangements and social networks of older adults: first results*. VU-Uitgeverij, Amsterdam.
- Brown, G.W. en T.O. Harris (1978), *Social origins of depression*. Tavistock, Londen.
- Catalan, J., D.H. Gath, A. Bond e.a. (1988), General practice patients on long-term psychotropic drugs: a controlled investigation. *British Journal of Psychiatry*, 152, 399-405.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (1993), *Statistisch Jaarboek*. CBS, Den Haag.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (1989), *Health Interview Questionnaire*. CBS, Heerlen.
- Copeland, J.R.M., M.E. Dewey, N. Wood e.a. (1987), Range of mental illness among the elderly in the community: prevalence in Liverpool using the GMS-AGECAT Package. *British Journal of Psychiatry*, 150, 815-823.
- Deeg, D.J.H., C.P.M. Knipscheer en W. van Tilburg (1993), *Autonomy and well-being in the aging population: concepts and design of the Longitudinal Aging Study Amsterdam*. NIG-trend-studies No. 7, Nederlands Instituut voor Gerontologie, Bunnik Nederland.
- Flint, A.J. (1994), Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. *American Journal of Psychiatry*, 151, 640-649.
- Folstein, M.F., S.E. Folstein, P.R. McHugh e.a. (1975), 'Mini-mental state'. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Goldberg, D.P., en P. Huxley (1992), *Common mental disorders, a bio-social model*. Routledge, Londen.
- Holmes, T.H., en R.H. Rahe (1967), The social readjustment scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Jong-Gierveld, J. de, en F.H. Kamphuis (1985), The development of a Rasch-type loneliness scale. *Applied Psychological Measurement*, 9, 289-299.
- Kay, K.W., en K. Bergmann (1966), Physical disability and mental health in old age. *Journal of Psychosomatic Research*, 10, 3-12.
- Kushner, M.G., K.J. Sher en B.D. Beitman (1990), The relation between alcohol problems and anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147, 685-695.

- Larkin, B.A., R.M. Copeland, M.E. Dewey e.a. (1992), The natural history of neurotic disorder in an elderly urban population. *British Journal of Psychiatry*, 160, 681-686.
- Lindesay, J., K. Briggs en E. Murphy (1989), The Guy's/Age Concern Survey. Prevalence rates of cognitive impairment, depression, and anxiety in an urban elderly community. *British Journal of Psychiatry*, 155, 317-329.
- Lindesay, J. (1991), Phobic disorders in the elderly. *British Journal of Psychiatry*, 159, 531-541.
- Maser, J.D., en C.R. Cloninger (1990), *Comorbidity of mood and anxiety disorders*, Washington/London. American Psychiatric Press, Washington.
- Pearlin, L.J., en C. Schooler (1978), The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Radloff, L.S. (1977), The CES-D scale: a self-report scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Regier, D.A., J.H. Boyd, J.D. Burke e.a. (1988), One month prevalence of mental disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 45, 977-986.
- Robins, L., J.E. Helzer, J. Croughan e.a. (1981), National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule; its history characteristics and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38, 381-389.
- Salzman C., en B.D. Lebowitz (1991), *Anxiety in the elderly: treatment and research*. Springer Publishing Company, New York.
- Sheikh, J.L. (1992), Anxiety disorders and their treatment. *Clinics in Geriatric Medicine*, 8, 411-426.
- Skegg, D.G., R. Doll en J. Perry (1977), Use of medicines in general practice. *British Medical Journal*, 286, 1561-1563.
- Smit, J.H., en M.Z. de Vries (1994), Procedures and results of the field work. In: *Autonomy and well-being in the aging population: report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam 1992-1993*. VU-Uitgeverij, Amsterdam.
- Sonsbeek, J.L.A van (1988), Methodological and substantial aspects of the OECD indicator of chronic functional limitations. *Maandbericht Gezondheid*, 88, 4-17.
- Tilburg, T.G. van, P.A. Dijkstra, M.I. Broese van Groenou e.a. (1992), *The primary social network in the NESTOR program Living arrangements and social networks of older adults*. VU-Uitgeverij, Amsterdam.
- Uhlenhuth, E.H., M.B. Balter, G.D. Mellinger e.a. (1983), Symptom checklist syndromes in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1167-1173.
- Vermeulen A.W.A., A.T.F. Beekman, M.L. Stek e.a. (1994), De prevalentie van angststoornissen bij ouderen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 36, 657-668.
- Wing, J., S. Mann, J. Leff e.a. (1978), The concept of a case in psychiatric population surveys. *Psychological Medicine*, 8, 203-217.
- Zigmond, A.S., en R.P. Snaith (1983), The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Summary: Anxiety disorders in later life: a study of prevalence and risk factors

Although there is evidence that anxiety disorders are relatively common in later life, they have received less attention than other psychiatric disturbances. In a large community-based study of older people (n = 3056, 55-85 years) in the Netherlands, the prevalence of anxiety disorders was estimated at 10.2%. Generalized anxiety (7.3%) and the phobic disorder (3.1%) were quite common, while panic disorder (1.0%) and

obsessive compulsive disorder (0.6%) appear to be relatively rare among the elderly. The study of riskfactors supports using the vulnerability-stress model to conceptualize the etiology of anxiety disorders. On the whole, vulnerability factors appear to dominate the etiology of anxiety disorders in later life.

M.A. Bremmer was als studente geneeskunde verbonden aan de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). A.T.F. Beekman en A.J.L.M. van Balkom zijn beiden als psychiaters/onderzoekers verbonden aan de Vrije Universiteit en de PCA-Valeriuskliniek te Amsterdam. D.J.H. Deeg is epidemiologe/gerontologe en projectleidster van LASA. R. van Dyck en W. van Tilburg zijn beiden hoogleraar psychiatrie aan de Vrije Universiteit. W. van Tilburg is tevens opleider in de PCA-Valeriuskliniek. Correspondentieadres: A.T.F. Beekman, Vakgroep Psychiatrie Vrije Universiteit, PCA-Valeriuskliniek, Valeriusplein 9, 1075 BG Amsterdam.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 18-3-1997.