

## Behandeling van angststoornissen bij ouderen

G.-J. HENDRIKS, G.P.J. KEIJSERS, M. KAMPMAN, M.J.P.M. VERBRAAK,  
T.G. BROEKMAN, C.A.L. HOOGDUIN, R.C. OUDE VOSHAAR

**ACHTERGROND** Hoewel angststoornissen tot de meest voorkomende psychiatrische stoornissen behoren op hogere leeftijd is er sprake van onderdiagnostiek en -behandeling.

**DOEL** Verzamelen van empirisch bewijs voor de effectiviteit van behandeling van angststoornissen bij ouderen.

**METHODE** Meta-analyse en gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek.

**RESULTATEN** Meta-analyse toont aan dat cognitieve gedragstherapie (CGT) superieur is aan zowel een wachtlijstconditie als een actieve controlegroep bij de behandeling van ouderen met angststoornissen. Bij directe vergelijking van de behandeling van ouderen met paniekstoornis waren CGT en behandeling met paroxetine superieur aan een wachtlijstconditie. CGT bij ouderen met paniekstoornis was effectiever in het reduceren van vermijding dan bij jongeren. Ouderen rapporteerden minder en minder ernstige agorafobische cognities dan jongeren, terwijl het agorafobische vermijdingsgedrag niet verschilde.

**CONCLUSIE** Er is voldoende empirisch bewijs voor de effectiviteit van CGT bij ouderen met angststoornissen. Bij het beoordelen van de ernst van de paniekstoornis dient men bij ouderen vooral af te gaan op de ernst van het vermijdingsgedrag. Omdat er geen verschil is in effectiviteit tussen CGT en paroxetine en CGT effectiever is dan bij jongeren in de reductie van vermijding, is er een lichte voorkeur voor CGT bij ouderen met paniekstoornis. Een hogere leeftijd gaat niet samen met een slechter behandelresultaat van CGT.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)9, 589-595]

**TREFWOORDEN** angststoornissen, cognitieve gedragstherapie, farmacotherapie, ouderen, paniekstoornis

Angststoornissen behoren tot de meest voorkomende psychiatrische stoornissen op hogere leeftijd (Kessler e.a. 2005). Desondanks is onderzoek naar de behandeling hiervan schaars en ontvangt minder dan 10% van de ouderen met een angststoornis een adequate behandeling (de Beurs e.a. 1999). In tegenspraak met richtlijnen gebruikt naar schatting 25-43% van de ouderen met een angststoornis langdurig benzodiazepinen (de Beurs e.a. 1999; Schuurmans e.a. 2005). Deze middelen zijn echter geen eerste keus en de bijwerkingen, waaronder een verhoogd risico op (onge)val-

len, hebben juist op hoge leeftijd grote gevolgen.

Wij deden daarom onderzoek om empirisch bewijs te verzamelen voor de effectiviteit van behandeling van angststoornissen bij ouderen in het algemeen en de paniekstoornis in het bijzonder. Hierbij maakten wij gebruik van een systematisch overzicht van de literatuur, een kwantitatieve analyse daarvan en een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek.

## PREVALENTIE

De prevalentie van angststoornissen bij ouderen is 10-15% (o.a. Kessler e.a. 2005). De meest voorkomende angststoornissen boven het 60ste levensjaar zijn de specifieke fobie (7,5%), gegeneraliseerde angststoornis (6,6%), de sociale fobie (3,6%), de posttraumatische stressstoornis (2,5%) en de paniekstoornis (2,0%). De beginleeftijd is ruim voor het 60ste levensjaar, waarbij 75% van alle angststoornissen zich heeft gemanifesteerd voor het 21ste jaar.

De incidentie van angststoornissen op oudere leeftijd is laag. Slechts 1% van de patiënten met een sociale fobie krijgt deze stoornis voor het eerst na het 52ste jaar. Bij de paniekstoornis en specifieke fobie ligt deze leeftijdsgrens bij respectievelijk 63 en 64 jaar, en bij de posttraumatische stressstoornis en gegeneraliseerde angststoornis is dat respectievelijk 71 en 75 jaar (Kessler e.a. 2005).

Dat betekent dat angststoornissen gekenmerkt worden door een jonge ontstaansleeftijd en een chronisch en fluctuerend beloop. Mogelijk als gevolg daarvan hebben hulpverleners, patiënten zelf en hun omgeving vaak lage verwachtingen van behandelbaarheden op hogere leeftijd voor deze vaak al lang bestaande klachten en is het vertrouwen in herstel gering (Klap e.a. 2003).

## ONDERBEHANDELING EN ONDERSCHATTING

Op grond van het voorgaande is het wellicht niet verwonderlijk dat onderbehandeling eerder regel is dan uitzondering. Deze onderbehandeling is multifactorieel bepaald (Hendriks 2009; zie p. 11-26 voor een overzicht en literatuurreferenties). Ten eerste is vermijdingsgedrag minder zichtbaar bij ouderen omdat het sociaal-maatschappelijk appel en dus de externe druk voor behandeling minder worden met de leeftijd. Ten tweede is de diagnostiek complexer door interferentie met zowel somatische aandoeningen als depressieve stoornissen. Ten derde bestaan, vooral onder de oudste ouderen, terughoudendheid in het

bespreekbaar maken van psychische problemen en een neiging deze toe te schrijven aan somatische problemen. Tot slot wordt onderbehandeling in de hand gewerkt door de suggestie dat angststoornissen bij ouderen minder ernstig zijn dan bij jongeren. Men veronderstelt dat dit een gevolg is van normale, leeftijdsgerelateerde afname van emotionele responsiviteit. Naast de hiervoor genoemde redenen speelt vermoedelijk bij de paniekstoornis ook mee dat de fysiologische arousal en agorafobische cognities afnemen met de leeftijd.

Dit alles heeft geleid tot de veronderstelling dat de paniekstoornis op oudere leeftijd een mindere ernstige aandoening is. Eerdere bevindingen hebben echter uitgewezen dat agorafobische cognities en paniekfrequentie, in tegenstelling tot het vermijdingsgedrag, geen betrouwbare graadmeter zijn voor de ernst van de paniekstoornis. Wanneer we rekening houden met deze laatste bevindingen en met het gegeven dat vermijding bij paniekstoornis niet afneemt met het ouder worden, is de agorafobische component, vergeleken met de agorafobische cognities en de paniekfrequentie, mogelijk een betrouwbaardere graadmeter voor de ernst van de paniekstoornis.

Onderzoek wijst uit dat angststoornissen de kwaliteit van leven bij ouderen ernstig aantasten en gepaard gaan met veel somatische en psychiatrische comorbiditeit en een hoge medische consumptie.

## META-ANALYSE NAAR EFFECTIVITEIT VAN CGT

Recent gepubliceerde overzichtsartikelen en meta-analyses suggereren dat psychotherapie effectief is voor angststoornissen bij ouderen (o.a. Piquart & Duberstein 2007). Hierbij moeten wij een aantal beperkingen in ogenschouw nemen. Ten eerste zijn de meeste interventiestudies naar de behandeling van angststoornissen bij ouderen ongecontroleerd. Ten tweede worden in de meeste studies patiënten alleen geïncludeerd op basis van een score boven het afkappunt op een specifieke

angstvragenlijst (zonder diagnostiek), waardoor het onderscheid met subklinische (*subthreshold*) angststoornissen en stemmingsstoornissen wordt verdoezeld. Tot slot worden psychotherapeutische behandelingen in de genoemde meta-analyses samengevoegd.

Wij verrichtten daarom een meta-analyse naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie (CGT) voor angststoornissen bij ouderen, waarbij we stringente eisen voor inclusie hanteerden, onder andere een gerandomiseerde studieopzet en adequate psychiatrische diagnostiek. Tevens maakten we a priori onderscheid tussen wachtlijstcontrolegroepen en actieve controlegroepen (ter controle voor niet-specifieke therapie-effecten).

Een systematische zoekactie in de literatuur leverde 56 artikelen op, waarvan er 7 voldeden aan de inclusiecriteria (Hendriks e.a. 2008). Meta-analyse toonde aan dat CGT zowel ten opzichte van de wachtlijst als de actieve controlegroep superieur was in vermindering van de angstklachten. Vergelijkbare effecten werden gevonden voor de secundaire uitkomstmaten piekeren en depressieve klachten.

De generaliseerbaarheid werd beperkt door het geringe aantal studies, de bescheiden aantallen deelnemers per studie, de relatief jonge gemiddelde leeftijd en de oververtegenwoordiging van de gegeneraliseerde angststoornis. In 5 studies includeerde men ouderen met een primaire diagnose GAS en in 2 studies includeerde men GAS, paniekstoornis en sociale fobie. In het onderzoek naar angststoornissen bij ouderen worden GAS, paniekstoornis en sociale fobie vaak samengenomen op basis van comorbiditeitscijfers en overlap tussen deze beelden (Oude Voshaar e.a. 2009). Deze samenvoeging is echter niet in overeenstemming met stoornisspecifieke CGT-interventies. Op grond hiervan hebben wij een gecontroleerde en gerandomiseerde studie (RCT) verricht naar de effecten van behandeling van ouderen met een primaire diagnose paniekstoornis conform DSM-IV-criteria.

## RCT NAAR PANIEKSTOORNIS BIJ OUDEREN

In onze RCT randomiseerden wij 49 patiënten met een paniekstoornis van 60 jaar of ouder over 14 sessies CGT, conform het protocol voor jongvolwassenen ( $n = 20$ ), 40 mg paroxetine ( $n = 17$ ) en een wachtlijstcontroleconditie ( $n = 12$ ). De gemiddelde leeftijd bedroeg 70 jaar en 61% was vrouw. Somatische en psychiatrische comorbiditeit was aanwezig bij respectievelijk 67 en 28% van deelnemers.

Beide behandelingen waren significant beter dan de controleconditie op zowel de primaire uitkomstmaten (agorafobisch vermijdingsgedrag en agorafobische cognities) als de secundaire uitkomstmaat (algemene psychiatrische klachten). De effectgroottes varieerden tussen 0,6 en 0,9, hetgeen overeenkomt met een middelmatig tot groot effect. Er was geen verschil tussen behandeling met CGT of paroxetine. Ook nu betrof het een relatief jonge groep en waren de deelnemers in staat om met of zonder begeleiding naar de polikliniek te komen, wat de generaliseerbaarheid beperkt.

Een belangrijke bevinding was dat zowel de farmacologische als de psychologische behandeling goed werd verdragen, slechts 5% (1/20) viel uit in de CGT-groep, 18% (3/17) in de paroxetinegroep en 8% (1/12) in de wachtlijstgroep. Dit contrasteert sterk met een gemiddeld uitval van 25-30% in vergelijkbare studies (Hendriks e.a. 2008; Pinquart & Duberstein 2007). De lage uitval is waarschijnlijk te verklaren doordat beide behandelingen werden uitgevoerd op een gespecialiseerde polikliniek met een lange traditie in de uitvoering van geprotocolleerde behandeling van angststoornissen.

In de klinische praktijk wordt vaak verondersteld dat oudere leeftijd, zeker bij een lange ziekte-duur, een ongunstig effect heeft op het resultaat van psychiatrische behandeling (Mitchell & Subramaniam 2005). In onze RCT bleek leeftijd echter geen invloed te hebben op het behandelresultaat. Wel gingen een kortere ziekte-duur en een aanvangsleeftijd boven het 60ste levensjaar samen met een groter therapie-effect in de CGT-groep, terwijl deze factoren in de paroxetinegroep er niet toe deden (Hendriks 2009; p. 97-103).

Hieruit kunnen we voorzichtig afleiden dat bij ouderen met een paniekstoornis bij wie de klachten op jonge leeftijd zijn ontstaan (ziektebeloop van tientallen jaren) behandeling met paroxetine mogelijk effectiever is dan met CGT. Dit zou kunnen betekenen dat in deze gevallen monotherapie met een antidepressivum of combinatie van CGT met een antidepressivum de voorkeur heeft.

#### VERGELIJKING OUDEREN EN JONGVOLWASSENEN MET PANIEKSTOORNIS

Om deze veronderstellingen te toetsen vergeleken wij het effect van CGT voor paniekstoornis bij ouderen ( $n = 31$ ) en jongvolwassenen ( $n = 141$ ) (Hendriks 2009; p. 73-85). Hieruit bleek dat de effectgroottes in beide groepen gelijk waren wat betrof vermindering van de agorafobische cognities (effectgrootte voor ouderen was 0,4 en voor jongvolwassenen 0,5), maar dat bij ouderen de agorafobische vermijding significant sterker afnam (effectgrootte voor ouderen 0,8; voor jongvolwassenen 0,5). Bovendien bleek uitval tijdens de behandeling onder ouderen lager (2/31; 7%) dan bij jongvolwassenen (29/141; 21%). Een hogere leeftijd hangt dus niet samen met een slechter resultaat van CGT. Wel bleek dat ouderen met een paniekstoornis lager scoorden op de ernst van agorafobische cognities gemeten met de *Agorafobic Cognition Questionnaire* (ACQ).

In een vervolgstudie met 48 ouderen en 157 jongvolwassenen met een paniekstoornis werd bevestigd dat ouderen significant minder ernstige agorafobische cognities rapporteerden, terwijl het agorafobisch vermijdingsgedrag zoals gemeten met de *Mobility Inventory* (MI) niet verschilde (Hendriks e.a. 2010b). Dit resultaat is in overeenstemming met eerdere bevindingen die laten zien dat ouderen minder angstcognities rapporteren dan jongvolwassenen, vooral minder agorafobische cognities bij de paniekstoornis (Hendriks 2009; p. 73-85). Of dit daadwerkelijk betekent dat de paniekstoornis bij ouderen minder ernstig is,

blijft de vraag: de instrumenten waarmee dit is onderzocht, zijn ontwikkeld voor jongere patiënten en de inhoud van agorafobische cognities verandert met de leeftijd (Griez e.a. 2007).

Om meer zicht te krijgen op de verschillen tussen ouderen en jongvolwassenen analyseerden wij de scores op de ACQ op itemniveau. Ouderen bleken op elke item gemiddeld een lagere score te hebben, waarbij we significant lagere scores vonden voor de angstgedachte gek te worden, zich belachelijk te gedragen, de controle te verliezen, flauw te vallen en de angstgedachte een hersentumor te hebben. Hieruit blijkt dat bepaalde agorafobische cognities bij paniekstoornis met agorafobie op oudere leeftijd mogelijk minder relevant zijn dan bij jongere volwassenen met een paniekstoornis. Een beperking van de studie is dat niet is nagegaan of ouderen met paniekstoornis met agorafobie andere agorafobische cognities hebben, zoals angst om te vallen.

Deze bevindingen leidden dus tot twijfels bij het gebruik van de ACQ bij ouderen. Vooralsnog is er echter geen geschikt onderzoeksinstrument voor het beoordelen van de agorafobische cognities bij ouderen met een paniekstoornis met agorafobie. Omdat er geen verschil was in agorafobische vermijding tussen beide leeftijdsgroepen adviseren wij om bij het beoordelen van de ernst van de paniekstoornis met agorafobie bij ouderen vooral af te gaan op de ernst van deze vermijding.

#### DISCUSSIE

Uit onze meta-analyse blijkt dat CGT voor angststoornissen bij ouderen effectiever is dan andere psychologische interventies. In onze vergelijking tussen ouderen en jongeren met paniekstoornis, waarbij ouderen een grotere afname in vermijding lieten zien, werd het CGT-behandelprotocol niet specifiek aangepast. Sommigen adviseren bij ouderen met angststoornissen het CGT-protocol aan te passen om het resultaat van de behandeling te vergroten (Schuurmans 2006). Tot op heden werd slechts in één pilotstudie ( $n = 42$ ;

Mohlman e.a. 2003) aangetoond dat een specifiek CGT-protocol voor ouderen met GAS een beter resultaat heeft dan het standaardprotocol.

In onze RCT naar de behandeling van paniekstoornis werden vergelijkbare effecten voor CGT en paroxetine gevonden. Beide werden goed verdragen op oudere leeftijd, met slechts geringe uitval. Bovendien speelde de actuele leeftijd geen rol van betekenis bij het behalen therapie-effect. Wel vonden wij dat CGT op hogere leeftijd meer effect sorteert bij de laat ontstane paniekstoornis dan bij de vroeg ontstane variant. Gezien de kleine aantallen en de vergelijkbare effecten van CGT en medicatie in de primaire analyses kunnen wij hier geen algemeen geldende conclusies aan verbinden.

Slechts in één andere RCT vergeleek men direct het effect van CGT en medicatie bij ouderen met een angststoornis (Schuurmans e.a. 2006). Deze auteurs vonden een superieur effect voor sertraline ten opzichte van CGT, mogelijk door een andere verhouding van het vroeg en laat ontstane type, dan wel het type angststoornis; zij onderzochten een gemengde populatie met GAS, paniekstoornis en/of sociale fobie.

## CONCLUSIE

Wij concluderen dat recente aanbevelingen om ouderen met angststoornissen bij voorkeur met medicatie te behandelen op basis van effect-groottes uit verschillende meta-analyses (Pinquart & Duberstein 2007) voornamelijk niet te staven zijn met empirische gegevens. De bevindingen bij de enige twee rechtstreekse vergelijkingen tussen CGT en medicatie waren immers niet eensluidend (Hendriks e.a. 2010a; Schuurmans e.a. 2006).

In de afweging 'behandelen met CGT of met antidepressiva?' dient men mee te nemen dat ouderen zelf vaak een lichte voorkeur hebben voor psychologische behandeling (Wetherell e.a. 2004) en dat antidepressiva een vergelijkbaar risico hebben op ongevallen, vallen en fracturen als benzodiazepinen (o.a. Hartikainen e.a. 2007). Op basis

van onze gegevens hebben wij, tenminste bij ouderen met een recent ontstane paniekstoornis, een lichte voorkeur voor CGT.

## LITERATUUR

- Beurs E de, Beekman AT, van Balkom AJ, Deeg DJ, van Dyck R, van Tilburg W. Consequences of anxiety in older persons: its effect on disability, well-being and use of health services. *Psychol Med* 1999; 29; 583-93.
- Griez EJ, Colasanti A, van Diest R, Salamon E, Schruers K. Carbon dioxide inhalation induces dose-dependent and age-related negative affectivity. *PLoS One* 2007; 2: e987. 10.1371/journal.pone.0000987.
- Hartikainen S, Lonnroos E, Louhivuori K. Medication as a risk factor for falls: critical systematic review. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007; 62: 1172-81.
- Hendriks GJ, Oude Voshaar RC, Keijsers GP, Hoogduin CA, van Balkom AJ. Cognitive-behavioural therapy for late-life anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2008; 117: 403-11.
- Hendriks GJ. Studies on the treatment of late-life anxiety and late-life panic disorder. (proefschrift). Amsterdam: Uitgeverij Boom; 2009.
- Hendriks GJ, Keijsers GP, Kampman M, Oude Voshaar RC, Verbraak MJ, Broekman TG, Hoogduin CA. A randomized controlled study of paroxetine and cognitive-behavioural therapy for late-life panic disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2010a; 122: 11-9.
- Hendriks GJ, Keijsers GP, Kampman M, Oude Voshaar RC, Hoogduin CA. Agoraphobic cognitions in old and young patients with panic disorder. *Am J Geriatr Psychiatry* 2010b; 18: 1155-8.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 593-602.
- Klap R, Unroe KT, Unutzer J. Caring for mental illness in the United States: a focus on older adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 2003; 11: 517-24.
- Mitchell AJ, Subramaniam H. Prognosis of depression in old age compared to middle age: a systematic review of comparative studies. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1588-601.
- Mohlman J, Gorenstein EE, Kleber M, de Jesus M, Gorman JM, Papp LA. Standard and enhanced cognitive-behavior therapy for late-life generalized anxiety disorder: two pilot investigations.

Am J Geriatr Psychiatry 2003; 11: 24-32.

- Oude Voshaar RC, Hendriks GJ, Keijsers G, van Balkom AJ. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in later life [Protocol]. Cochrane Database Syst Rev 2009; 1: CD 007674.
- Pinquart M, Duberstein PR. Treatment of anxiety disorders in older adults: a meta-analytic comparison of behavioral and pharmacological interventions. Am J Geriatr Psychiatry 2007; 15: 639-51.
- Schuurmans J, Comijs HC, Beekman AT, de Beurs E, Deeg DJ, Emmelkamp PM, van Dyck R. The outcome of anxiety disorders in older people at 6-year follow-up: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. Acta Psychiatr Scand 2005; 111: 420-8.
- Schuurmans J. Anxiety in late life: moving toward a tailored treatment (proefschrift). Amsterdam: Vrije Universiteit; 2006.
- Schuurmans J, Comijs H, Emmelkamp PM, Gundy CM, Weijnen I, van den Hout M, van Dyck R. A randomized, controlled trial of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and sertraline versus a waitlist control group for anxiety disorders in older adults. Am J Geriatr Psychiatry 2006; 14: 255-63.
- Wetherell JL, Kaplan RM, Kallenberg G, Dresselhaus TR, Sieber WJ, Lang AJ. Mental health treatment preferences of older and younger primary care patients. Int J Psychiatry Med 2004; 34: 219-33.

## AUTEURS

GERT-JAN HENDRIKS is psychiater, Centrum voor Angststoornissen Overwaal, Lent (onderdeel van Pro Persona), tevens Afdeling Psychiatrie, UMC St Radboud, en Behavioural Science Institute, Radboud Universiteit Nijmegen.

GER P.J. KEIJSERS is klinisch psycholoog, Behavioural Science Institute, Radboud Universiteit, Nijmegen.

MIRJAM KAMPMAN is klinisch psycholoog, Centrum voor Angststoornissen Overwaal, Lent, tevens Behavioural Science Institute, Radboud Universiteit Nijmegen.

MARC J.P.M. VERBRAAK is bijzonder hoogleraar Gezondheidszorgpsychologie, Behavioural Science Institute, Radboud Universiteit, Nijmegen.

THEO G. BROEKMAN is klinisch psycholoog /methodoloog te Nijmegen.

KEES A.L. HOOGDUIN is emeritus hoogleraar Psychopathologie, Behavioural Science Institute, Radboud Universiteit Nijmegen.

RICHARD C. OUDE VOSHAAR is hoogleraar Ouderenpsychiatrie bij het UMC Groningen.

Correspondentieadres: dr. Gert-Jan Hendriks, Centrum voor Angststoornissen Overwaal, Pastoor van Laakstraat 48, 6663 CB Lent.

E-mail: g.hendriks@propersona.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 30-11-2010.

## SUMMARY

Treatment of anxiety disorders in the elderly – G.-J. Hendriks, G.P.J. Keijsers, M. Kampman, M.J.P.M. Verbraak, T.G. Broekman, C.A.L. Hoogduin, R.C. Oude Voshaar –

**BACKGROUND** Although anxiety disorders are among the most prevalent psychiatric disorders in the elderly, they tend to be underdiagnosed and inadequately treated.

**AIM** To collect empirical evidence concerning the effectiveness of the treatment of anxiety disorders in the elderly.

**METHOD** Meta-analysis and randomised controlled trials.

**RESULTS** Meta-analysis showed that cognitive behavioural therapy (CBT) was more successful than waiting-list control or active control as a treatment for older persons with anxiety disorders. In a direct comparison of the treatment of older persons with panic disorder (PD), both CBT and paroxetine were found to be more effective than waiting-list control. CBT was more successful in reducing avoidance behaviours in older persons with PD. Older persons with PD reported fewer and less severe agoraphobic cognitions than younger patients, but there was no difference between the severity of agoraphobic avoidance in older patients with PD and younger patients with PD.

**CONCLUSION** There is sufficient empirical evidence to support the effectiveness of CBT in the treatment of older persons with anxiety disorders. In assessing the severity of PD in the elderly, one should carefully consider the severity of avoidance behaviours. Because no difference was found between the effectiveness of CBT and paroxetine for the treatment of PD in the elderly and because CBT was more effective in reducing avoidance behaviours in older patients with PD than in younger patients with PD, there seems to be a slight preference for CBT in the case of older patients with PD. Older age is not associated with a poorer outcome of treatment with CBT.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)9, 589-595]

**KEY WORDS** anxiety disorders, cognitive behavioural therapy, elderly, panic disorder, pharmacotherapy