

Cognitieve gedragstherapie bij ouderen met angststoornissen

G.J. HENDRIKS, G.P.J. KEIJSERS, C.A.L. HOOGDUIN

SAMENVATTING Een 72-jarige man met een paniekstoornis met lichte agorafobie en een specifieke fobie en een 66-jarige man met een obsessieve compulsieve stoornis en secundaire depressie werden succesvol behandeld met protocollaire cognitieve gedragstherapie. Beide casus laten zien dat ook bij ouderen succesvolle behandeling, respectievelijk 50 en 35 jaar na het ontstaan van de klachten, met de huidige, 'evidence-based' behandelmethodes mogelijk is.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 41 (1999) 11, 000-000]

TREFWOORDEN angststoornissen, cognitieve gedragstherapie, ouderen

Uit internationale epidemiologische studies blijkt dat angststoornissen ook bij ouderen veel voorkomen (Flint 1994). De zesmaandsprevalentie wordt geschat op 5-15%. Dit is iets lager dan bij jongeren. Een recente Nederlandse steekproef onder meer dan 3000 ouderen meldt een over-all zesmaandsprevalentie van 10,2% (Bremmer e.a. 1997). Gerichte behandeling met cognitieve gedragstherapie of SSRI's vindt zelden plaats (Hersen & Van Hasselt 1992). Uit de literatuur blijkt dat benzodiazepines veel (17-50%) worden voorgeschreven (Weiss 1994), ondanks dat daar grote risico's met betrekking tot morbiditeit en mortaliteit aan zijn verbonden (traumata ten gevolge van valaccidenten, bijvoorbeeld heupfracturen).

Er zijn een aantal redenen aan te voeren waarom op het gebied van de angststoornissen bij ouderen nog weinig bekend is. Gerichte diagnostiek vindt nauwelijks plaats en kan bemoeilijkt worden doordat ouderen ertoe neigen psychische problemen meer te vertalen in somatische klachten. Comorbiditeit, in het bijzonder met depressieve stoornissen en chronische somatische aandoeningen (cardiovasculair,

pulmonaal), kan een reden zijn waarom de aanwezigheid van een angststoornis niet onderkend wordt. Tot slot worden angstklachten bij ouderen sneller geaccepteerd en minder toegankelijk geacht voor behandeling (Salzman & Lebowitz 1991).

In deze bijdrage worden twee gevalsbeschrijvingen gepresenteerd die duidelijk maken dat ouderen met angststoornissen goed met cognitieve gedragstherapie zijn te behandelen. In de beide casus worden de eerste twee afgeronde behandelingen weergegeven uit een gecontroleerd onderzoek van een onderzoeksproject naar de behandeling van angststoornissen bij ouderen.

CASUS 1

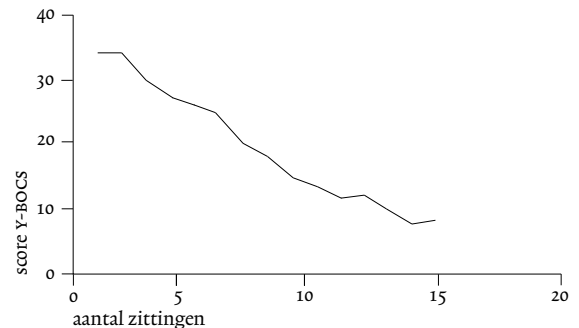
Voorgeschiedenis Patiënt A is 65 jaar als hij in verband met een obsessieve compulsieve stoornis en depressieve stoornis wordt opgenomen. Uit de anamnese blijkt dat hij sinds 35 jaar last heeft van dwanggedachten en dwanghandelingen. De dwanggedachten hebben betrekking op de angst dat familieleden of hijzelf een ongeval of een ern-

stige ziekte zouden kunnen krijgen. De dwanggedachten worden geneutraliseerd door het uitvoeren van controlehandelingen, die inhouden dat patiënt A zijn handelen dient te onderbreken wanneer hij zich bewust is van een dwanggedachte. Hij dient zich er dan van te vergewissen dat hij, wanneer hij een handeling uitvoert, op dat moment niet denkt aan de angst dat zijn familie of hemzelf wat zou kunnen overkomen. Pas wanneer de betreffende gedachte uit zijn bewustzijn is, mag hij zijn handelen voortzetten. Dit leidde tot een patroon van voortdurende herhalingen in het uitvoeren van alledaagse handelingen. Gedurende enkele tientallen jaren was patiënt A erin geslaagd deze problematiek voor zijn echtgenote en familieleden verborgen te houden. Op subtiele wijze schakelde hij hen in wanneer het voor hem onmogelijk was bepaalde handelingen te verrichten. Dit bleek geregeld tot grote spanningen in het gezin te hebben geleid. Na zijn pensionering namen de dwangklachten in ernst toe. Secundair daaraan ontwikkelden zich depressieve klachten. Gedurende een jaar werd patiënt A poliklinisch zonder succes behandeld met steunende gesprekken en medicamenteus met tweemaal daags 10 mg zuclopentixol en eenmaal daags 40 mg fluoxetine. Verergering van de depressieve klachten met regressie, volledige inactiviteit en hulpeloosheid waren aanleiding om over te gaan tot klinische behandeling.

Behandeling Bij opname voldeed patiënt A aan de criteria voor een obsessieve compulsieve stoornis en depressieve stoornis volgens de DSM-IV (APA 1994). In verband met de angst voor dementie en anamnestic vermeldde geheugenproblemen werden neuropsychologisch onderzoek, EEG en CT-scan verricht. Hierbij konden geen afwijkingen aangetoond worden. Patiënt A werd op geleide van het klinisch effect ingesteld op eenmaal daags 60 mg paroxetine. Na drie maanden waren de depressieve klachten sterk verminderd, maar de dwangklachten waren nog onverminderd aanwezig. Vervolgens werd begonnen met protocollaire cognitieve gedrags-

therapie (Verbraak e.a. 1997). Met behulp van de Hopkins Symptom Checklist (SCL-90; Arrindell & Ettema 1986) en de Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS; zie Verbraak e.a. 1997) werd voor aanvang van deze behandeling een baseline-meting gedaan. De totaalscores van de SCL-90 en de Y-BOCS waren respectievelijk 233 en 34. Halverwege de protocollaire behandeling waren de klachten voldoende verminderd om over te gaan op poliklinische behandeling. Na vijftien sessies waren de scores op de SCL-90 en de Y-BOCS respectievelijk gedaald tot 143 (-63%) en 8 (-76%). Grafiek 1 geeft het scorebeloop van de Y-BOCS weer per sessie.

GRAFIEK 1 Patiënt a: beloop scores y-bocs' over vijftien zittingen



1. Y-BOCS = Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

De frequentie van de cognitieve gedragstherapie werd verminderd en de paroxetine afgebouwd. Zes maanden na ontslag waren de scores op de SCL-90 en de Y-BOCS verder afgenomen tot 121 en 5, hetgeen een verbetering betekende van respectievelijk 78% en 85%.

CASUS 2

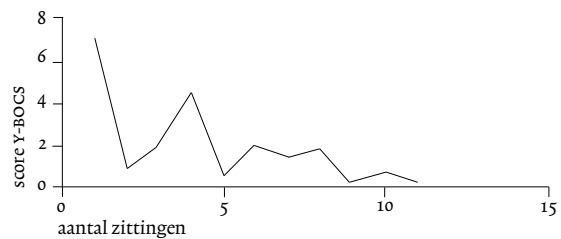
Voorgeschiedenis Patiënt B is 74 jaar wanneer hij zich meldt op de polikliniek in verband met periodieke, plotseling opkomende angst- en paniekgevoelens. Sinds vijftig jaar heeft hij last van deze verschijnselen. Hij is daarbij bevreesd de controle over zichzelf te verliezen en 'rare dingen' te doen. De klachten doen zich periodiek voor gedurende twee maanden gemiddeld

driemaal per jaar. Tijdens een episode voelt patiënt B zich nerveus en rusteloos, zijn er gemiddeld twee paniekaanvallen per week en heeft hij last van doorslaapstoornissen. Voor deze slaapproblemen krijgt hij nitrazepam 5 mg voorgeschreven van zijn huisarts. Het stoort hem dat hij de verschijnselen niet kan controleren. Hij ziet er dan tegenop op drukke tijdstippen te winkelen, langdurig in de rij te staan bij het postkantoor of de bank en sociale gelegenheden te bezoeken, zoals vergaderingen en recepties. Alhoewel de situaties niet worden vermeden, tracht patiënt B dan op rustige tijdstippen te gaan winkelen of naar het postkantoor te gaan. Dit leidt tot voortdurende hinderlijke aanpassingen zoals anticipatieangst en veiligheidsgedragingen. Daarnaast vermijdt hij sinds vele jaren kleine ruimtes (bijvoorbeeld liften, kelders). Dit is vooral hinderlijk wanneer hij in het verzorgingshuis in zijn directe woonomgeving naar de hoger gelegen verdiepingen moet, hetgeen in verband met verenigingswerk wekelijks voorkomt. Patiënt B heeft nooit eerder hulp gezocht, omdat hij zich niet gerealiseerd heeft dat hiervoor behandeling mogelijk is.

Behandeling Bij aanvang van de behandeling voldeed patiënt B aan de criteria van de DSM-IV (APA 1994) voor paniekstoornis met lichte agorafobie en specifieke fobie. Er waren anamnestiche geen aanwijzingen voor cognitieve functiestoornissen. Patiënt B werd poliklinisch behandeld met protocollaire cognitieve gedragstherapie (Kampman e.a. 1997). Voorafgaande aan de behandeling werd een baselinemeting gedaan met de SCL-90, de Agorafobische Cognitie Vragenlijst (ACV; zie Kampman e.a. 1997) en de Mobiliteit Inventarisatie (MI; zie Kampman e.a. 1997). De aanvangsscores waren 169 op de SCL-90, 1,53 op de ACV en 1,91 op de MI. Bij aanvang had patiënt B gemiddeld twee paniekaanvallen per week. Na elf zittingen werd de behandeling beëindigd en waren de scores afgenomen tot 113 op de SCL-90 (-71%), 1,20 op de ACV (-62%) en 1,10 op de MI (-89%).

Paniekaanvallen deden zich niet meer voor en het gebruik van nitrazepam was gestaakt. Grafiek 2 geeft het beloop weer van de angst- en spanningsklachten volgens een visuele analoge schaal (0-10).

GRAFIEK 2 Patiënt b: beloop angst en spanning (vas¹-scores 0-10) over elf zittingen



1. VAS = Visual Analogue Scale

Zes maanden na beëindiging van de behandeling vond een follow-upmeting plaats. De scores waren 113 op de SCL-90 (-71%), 1,28 op de ACV (-56%) en 1,36 op de MI (-60%). In deze periode had patiënt B eenmaal een paniekaanval gehad, geen gebruik meer gemaakt van benzodiazepines en vermeed hij geen liften meer.

DISCUSSIE

Bovenstaande gevalbeschrijvingen maken duidelijk dat ook ouderen met angststoornissen in vergelijkbare mate als bij jongere personen kunnen profiteren van cognitieve gedragstherapie. De therapietrouw van beide patiënten was goed. De opeenvolgende stappen in het behandelprotocol konden zonder vertraging worden gevolgd. Uiteraard kunnen uit bovenstaande bevindingen geen algemene conclusies worden getrokken ten aanzien van de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij ouderen met angststoornissen.

Er zijn bij ouderen wel enkele kenmerkende verschillen. Het is van belang rekening te houden met het vaker voorkomen van somatische aandoeningen, die bovendien van invloed op de behandeling kunnen zijn. Ouderen met atypische angineuze klachten blijken in $\pm 30\%$ van de

gevallen een onderliggende paniekstoornis te hebben. Angineuze klachten, myocardinfarct en paniekaanvallen komen bij ouderen vaak gezamenlijk voor (Beitman e.a. 1990). Bij ouderen met chronische longaandoeningen komen angststoornissen eveneens geregeld voor (Karajgi e.a. 1990). Voorts moet rekening worden gehouden met het gegeven dat ouderen vaak medicamenten (antihypertensiva, anti-arrhythmica) gebruiken die kunnen interfereren met SSRI's via het cytochroom P-450-systeem in de lever.

In de literatuur zijn nauwelijks gegevens bekend over de twee behandelingen van voorkeur, namelijk cognitieve gedragstherapie of behandeling met SSRI's, bij ouderen met angststoornissen. Er zijn diverse gevalbeschrijvingen, enkele klinische series en één gecontroleerd onderzoek gepubliceerd (Beck & Stanley 1997) over behandeling van ouderen met cognitieve gedragstherapie. De toegepaste interventies zijn: relaxatietraining, cognitieve herstructurering, exposure en responspreventie. Aanpassingen in de toegepaste behandelprotocollen hebben betrekking op gebruik van visuele hulpmiddelen en het vaker gebruikmaken van het verduidelijken van de therapierationale. Deze summierige gegevens wijzen erop dat de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij ouderen niet per se minder is dan bij jongere personen en dat de bestaande behandelprotocollen op vergelijkbare wijze toegepast kunnen worden.

Aangezien de prevalentie van angststoornissen bij ouderen niet veel lager is dan bij jongere personen, zijn wij van mening dat een dergelijke geringe aandacht in de literatuur voor deze populatie niet gerechtvaardigd is. Het zal duidelijk zijn dat het van belang is de resultaten uit eerder onderzoek verricht bij jongere personen te repliceren bij ouderen.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington DC: APA.
- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (1986). *Klachtenlijst (SCL-90)*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.
- Beck, J.G., & Stanley, M.A. (1997). Anxiety disorders in the elderly: The emerging role of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 28, 83-100.
- Beitman, B.D., Mukerji, V., Alpert, M., e.a. (1990). Panic disorder in cardiology patients. *Psychiatric Medicine*, 8, 67-81.
- Bremmer, M.A., Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H., e.a. (1997). Angststoornissen bij ouderen: prevalentie en risicofactoren. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 634-648.
- Flint, A.J. (1994). Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. *American Journal of Psychiatry*, 151, 640-649.
- Hersen, M., & van Hasselt, V.B. (1992). Behavioral assessment and treatment of anxiety in the elderly. *Clinical Psychology Review*, 12, 619-640.
- Kampman, M., & Keijsers, G.P.J. (1997). Protocollaire behandeling van patiënten met een paniekstoornis met of zonder agorafobie: Interoceptieve exposure, cognitieve gedragstherapie en exposure in vivo. In G.P.J. Keijsers, A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin (red.), *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg*. Houtem/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Karajgi, B., Rifkin, A., Doddi, S., e.a. (1990). The prevalence of anxiety disorders in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Psychiatry*, 147, 200-201.
- Salzman, C., & Lebowitz, B.D. (1991). *Anxiety in the elderly*, 17-30. New York: Springer Publishing Company.
- Verbraak, M.J.P.M., Hoogduin, C.A.L., Methorst, G.J., e.a. (1997). Protocollaire behandeling van patiënten met een obsessief-compulsieve stoornis: Exposure, responspreventie en cognitieve therapie. In G.P.J. Keijsers, A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin (red.), *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg*. Houtem/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Weiss, K.J. (1994). Management of anxiety and depression syndromes in the elderly. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55 (suppl.), 5S-12S.

AUTEURS

G. J. HENDRIKS, destijds psychiater Psychiatrische Universiteitskliniek, Academisch Ziekenhuis Nijmegen, thans psychiater en hoofd angstpolikliniek, Psychiatrisch Centrum Nijmegen.

G. P. J. KEIJSERS, psycholoog en universitair docent, vakgroep klinische psychologie en persoonlijkheidsleer, Katholieke Universiteit Nijmegen.

C. A. L. HOOGRUIN, zenuwarts en hoogleraar, vakgroep klinische psychologie en persoonlijkheidsleer, Katholieke Universiteit Nijmegen.

Correspondentieadres: G.J. Hendriks, angstpolikliniek PCN, Tarweweg 2, 6534 AM Nijmegen. Fax: (024) 3837821, e-mail: pcn.angstpoli@wxs.nl.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 5-7-1999.

SUMMARY The treatment of two elderly patients with anxiety disorders – G.J. Hendriks, G.P.J. Keijsers, C.A.L. Hoogduin – A 72 years old man with a panic disorder and mild agoraphobia as well as a specific phobia and a 66 years old man with an obsessive compulsive disorder and secondary depression were treated successfully with cognitive behavioural therapy. Both cases show that also in the elderly successful treatment of anxiety disorders is possible, respectively 50 and 35 years after onset of the disorder.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 41 (1999) 11, 000-000]

KEYWORDS anxiety disorders, cognitive behavioural therapy, elderly