

De prevalentie van angststoornissen bij ouderen

door A.W.A. Vermeulen, A.T.F. Beekman, M.L. Stek en

R. van Dyck

Gepubliceerd in 1994, no. 9

Samenvatting

In deze literatuurstudie worden onderzoeksgegevens over de prevalentie van angststoornissen bij ouderen besproken. Bij de vergelijking van het beperkte aantal studies van de afgelopen decennia blijkt een grote spreiding van de uitkomsten. De verscheidenheid aan gehanteerde diagnostische criteria, de wisselende classificatie van angststoornissen en het verschil in gebruikte meetinstrumenten lijken hiervoor grotendeels verantwoordelijk. De uitkomsten van de geschikt bevonden bevolkingsstudies wijzen er hoe dan ook op dat angststoornissen waarschijnlijk de meest frequent voorkomende psychiatrische stoornissen bij ouderen zijn. De diffuse angststoornis (1-3.7%) en agorafobie (0.6-7.8%) komen relatief veel voor. De obsessief compulsieve stoornis (1%) en de paniekstoornis (0.1%) zijn zeldzamer. Uit het onderzoek blijkt voorts dat de prevalentie van angststoornissen bij ouderen lager is dan bij de jongere populatie. In dit artikel wordt nader ingegaan op mogelijke verklaringen hiervoor.

Inleiding

In de laatste decennia is de belangstelling voor angststoornissen duidelijk toegenomen, getuige het vele onderzoek dat verricht is bij de populatie beneden de 65 jaar. Dit onderzoek heeft onder meer aangetoond dat angststoornissen in deze populatie de meest frequent voorkomende psychiatrische stoornissen zijn (Regier e.a. 1988). De klinische indruk bestaat echter dat angststoornissen bij ouderen daarentegen zeldzaam zijn. Mogelijk is dit de reden dat het onderzoek zo beperkt is. Naar verhouding is bij ouderen veel meer onderzoek verricht naar depressie en dementie (Lindesay e.a. 1989). In de therapie-effectstudies van angststoornissen is de ouderenpopulatie vrijwel nooit onderzocht (Mattick e.a. 1990; Van Balkom e.a. 1994). Men mag niet zonder meer aannemen dat resultaten uit dit onderzoek van toepassing zijn op de populatie ouder dan 65 jaar.

De volgende factoren kunnen een rol spelen bij de gedachte dat angststoornissen bij ouderen weinig frequent zouden voorkomen. Ten eerste blijkt maar een gering percentage van de ouderen bij ernstige angstklachten psychiatrische hulp te zoeken (Himmelfarb en Murell 1984; Lindesay 1991). Ten tweede blijken artsen moeite te hebben met het herkennen van angststoornissen bij ouderen. Enerzijds hangt dit samen met het verschijnsel 'ageism' (Lindesay e.a. 1989), hetgeen inhoudt dat symptomen van pathologische angst bij ouderen vaak worden beschouwd als een normaal verschijnsel van veroudering. Anderzijds lijkt de diagnostiek van angststoornissen bij ouderen moeilijker, omdat ze vaak gepaard gaan met somatische aandoeningen (Lindesay 1991) of depressies (Salzman en Lebowitz 1990), op welke aandoeningen de aandacht wordt gericht.

Kennis over het vóórkomen en behandelen van angststoornissen bij ouderen is van klinisch belang. Onderzoek heeft aangetoond dat een angststoornis bij ouderen het functioneren in sterke mate belemmert en de zelfstandigheid vermindert, vergelijkbaar met een matig ernstige depressie (Lindesay

1991). Onderdiagnostiek van angststoornissen kan leiden tot een grotere somatische consumptie, die dan ook in onderzoek is aangetroffen (Himmelfarb en Murell 1984; Lindesay 1991). Ouderen zullen hierdoor in onvoldoende mate profiteren van de behandelmethodes die bij de jongere populatie effectief gebleken zijn. Een aanwijzing hiervoor is het bij ouderen veel hogere benzodiazepinegebruik (Salzman en Lebowitz 1991, p. 149-150), met de eventuele nadelen als valpartijen en/of verminderd cognitief functioneren.

Dit literatuuronderzoek geeft een overzicht van de huidige kennis van de epidemiologie van angststoornissen bij ouderen. Het beoogt meer helderheid te verschaffen in de prevalentie van angststoornissen bij deze bevolkingsgroep. Gegevens over beloop of incidentie zijn niet in dit overzicht opgenomen, omdat onderzoeksresultaten hierover in de literatuur vrijwel ontbreken.

Methode

De literatuur is verzameld door de publikaties waarin over angst en ouderen (65+) wordt gerapporteerd, op te vragen in de bestanden van Medline van 1983 tot 1994. Aan de hand van de literatuurlijsten werden publikaties toegevoegd. Uit deze publikaties hebben we de epidemiologische studies geselecteerd. De meerderheid van deze bevolkingsstudies beschrijft prevalentiecijfers voor de totale volwassenenpopulatie. Als er voor de ouderencategorie geen aparte gegevens worden vermeld, is de studie uiteraard niet in dit literatuuroverzicht opgenomen. Studies die slechts cijfers geven voor 'neurose', hebben we eveneens uitgesloten. Het begrip neurose is onduidelijk geworden, omdat er in de loop der jaren etiologische betekenissen aan verbonden zijn, die het oorspronkelijk niet bezat (Larkin e.a. 1992). Het zal duidelijk zijn dat epidemiologisch onderzoek met cijfers over de prevalentie van neurosen onvergelijkbaar is met onderzoek dat een indeling van angststoornissen kent volgens de descriptieve diagnostische criteria van de DSM-III. Dit betekent dat studies van vóór 1980 (o.a. Persson (1980) met een resultaat van 17.3% voor 'neurosen en persoonlijkheidsstoornissen') niet zijn opgenomen. Een uitzondering is gemaakt voor de studies van Copeland e.a. (1987) waarin een indeling in angst-, fobische, obsessionele en hypochondrische neurose wordt gemaakt. Wij hebben deze studies toch in ons overzicht opgenomen, omdat het recente en betrekkelijk grote onderzoeken zijn met een duidelijke definitie van gehanteerde diagnostische criteria. We hebben de uitkomsten vergeleken met de DSM-III-categorieën. Hierbij dient opgemerkt te worden dat in het begrip angstneurose diffuse angst en paniek zijn inbegrepen.

Om de studies te kunnen vergelijken hebben we ze tevens beoordeeld op informatie over gebruikte meetinstrumenten en verdere methode van onderzoek. De volgende drie studies zijn op deze gronden uitgesloten. Bij de studie van Weissman en Myers (1980) is een zodanige selectie opgetreden dat de resultaten niet generaliseerbaar zijn. De studie van Robins e.a. (1984) vermeldt alleen 'life-time'-prevalentie en is derhalve onvergelijkbaar met studies met veel kortere prevalentieperiodes. De studie van Larkin e.a. (1992) heeft een onvergelijkbare bewerking en indeling van de gegevens.

Voor dit overzicht zijn uiteindelijk 10 studies overgebleven, waarvan slechts 4 studies uitsluitend de ouderenpopulatie betreffen (zie tabel 1 en 2). Overigens hebben we de uitkomsten van studies met onderzoek op verschillende plaatsen zoals Myers e.a. (1984) en Copeland e.a. (1987) in de tabel bij elkaar gevoegd, om ze beter te kunnen vergelijken met de andere studies. Dit geldt evenzeer voor het weglaten van een geslachtsverdeling, omdat slechts twee studies (Myers en Copeland) hiervoor cijfers geven. De prevalentiecijfers van de studies blijken ondanks onze selectie toch nog sterk uiteen te lopen. Bij de interpretatie van de uitkomsten hebben wij enkele problemen ondervonden. Voorts hebben wij enkele bronnen van vertekening gesignaleerd waarvan enkele specifiek zijn voor de ouderenpopulatie. Deze aspecten zullen eerst worden besproken, alvorens op de resultaten in te gaan.

Diagnose- en classificatieprobleem - Met name 'de angststoornissen' hebben in de loop der jaren grote veranderingen ondergaan wat hun definitie en classificatie betreft. Tot de komst van DSM-III (1980) en ICD-9 (1978) bleven de diverse vormen van pathologische angst gegroepeerd onder de neurose ofwel neurotische stoornis. DSM-III en ICD-9 vertonen echter vooral betreffende de angststoornissen ook nog duidelijke verschillen. De meeste studies van na 1980 hanteren de DSM-III-classificatie. Dit zijn tevens de grootste, voornamelijk Amerikaanse 'Epidemiologic Catchment Area' (ECA), onderzoeken. In dit artikel zal dan ook de indeling volgens DSM-III aangehouden worden. In nog geen enkele bevolkingsstudie wordt de DSM-III-R gehanteerd. Gegevens voor de posttraumatische stressstoornis ontbreken. Deze stoornis moeten we in dit overzicht dan ook buiten beschouwing laten. Er is geen studie waarin alle angststoornissen afzonderlijk zijn onderzocht. Enkele studies groeperen de fobische stoornissen bij elkaar (Regier e.a. 1988; Copeland e.a. 1987; Bland e.a. 1988), terwijl weer andere maar een deel van de angststoornissen hebben onderzocht (Von Korff e.a. 1985; Lindsay e.a. 1989; Weissman e.a. 1985). Uhlenhuth e.a. (1983) geven alleen een totaalcijfer voor agorafobie en paniekstoornis. Myers e.a. (1984) voegen bij de angststoornissen de categorieën hypochondrie en somatisatie. Hierdoor wordt een vergelijking van de prevalentiecijfers van de diverse angststoornissen bemoeilijkt. Dit geldt zeker voor de schatting van de prevalentie van de totale groep van angststoornissen.

Meetinstrumenten - Samenhangend met de diverse classificatiesystemen zijn er verschillende meetinstrumenten vervaardigd. De ontwikkeling en toepassing van de DSM-III in de VS en de ICD-8 in Europa hebben geleid tot het gebruik van de meetinstrumenten DIS (Diagnostic Interview Schedule) en PSE (Present State Examination). De DIS (Robins e.a. 1981) is een nauwkeurige operationalisatie van as I in DSM-III. Het interview wordt door getrainde leken afgenomen en kent vrij strikte criteria voor de diagnostische niveaus. De weging en bewerking van de symptomen en de al dan niet toegepaste hiërarchie zijn inzichtelijk. De PSE (Wing 1974) en de hiervan afgeleide GMS(A) (Geriatric Mental State (A is de verkorte versie voor onderzoek), Copeland e.a. 1976) worden daarentegen afgenomen door een klinisch ervaren onderzoeker, hetgeen tot een andere weging van symptomen leidt. De GMS(A), een meetinstrument voor onderzoek in de ouderenpopulatie, bevat slechts een beperkt aantal items omtrent angst (veel minder dan bijvoorbeeld voor depressie). De onderzoeker mag bovendien alleen angsten scoren waarvan de patiënt of de onderzoeker meent dat ze onredelijk zijn. Hij dient bijvoorbeeld de bij ouderen als normaal beschouwde angst de straat op te gaan uit angst voor beroving of overval, niet te scoren. Lindsay e.a. (1989) noemen dit een voorbeeld van 'ageism': de neiging bij artsen, omgeving en/of patiënt om angstsymptomen te rekenen tot de normale veroudering en ze uit dien hoofde te negeren. Lindsay heeft dan ook voor zijn onderzoek eigen instrumenten voor fobische angst bij ouderen ontwikkeld (1989).

Bij gebruik van de bovengenoemde diagnostische meetinstrumenten wordt al dan niet gebruik gemaakt van *hiërarchische* principes. Een hiërarchische indeling in een classificatiesysteem houdt in dat de verschillende categorieën onder elkaar zijn geplaatst. Dit betekent dat bij een patiënt die aan twee verschillende stoornissen lijdt (comorbiditeit), slechts de hoger geplaatste stoornis wordt gescoord. In DSM-III en ICD8/9 staan de angststoornissen hiërarchisch onder de psychose en de stemmingsstoornissen. De prevalentiecijfers van angststoornissen kunnen hierdoor juist bij ouderen vertekend zijn, daar angststoornissen bij hen vaak samen met depressies voorkomen (Salzman 1990). Een dergelijke vertekening is door Lindsay en Banerjee (1993) duidelijk aangetoond. In tabel 1 en 2 is aangegeven of bij een studie wel of niet hiërarchie is toegepast.

Voorts noemen wij nog drie bronnen van *vertekening*. Ten eerste hebben de meeste bevolkingsstudies slechts zelfstandig wonende ouderen in hun steekproef opgenomen. Dit betekent dat de eventuele respondenten in ziekenhuizen of andere instellingen zijn uitgesloten. De resultaten hebben derhalve betrekking op het gezondste deel van de ouderenbevolking, hetgeen de uitkomsten kan vertekenen.

Ten tweede is er een verschil in gemeten prevalentieperiodes die de diverse onderzoekers hanteren (variërend van 1 tot 12 maanden). Ten derde worden in sommige onderzoeken zelfbeoordelingsschalen gebruikt (Uhlenhuth e.a. (1983) gebruiken de Symptom Checklist (SCL- 90)). Men mag deze resultaten niet zonder meer vergelijken met die van studies die bovengenoemde diagnostische meetinstrumenten hanteren (zie verder).

Gevalsdefinitie - Naast deze problemen van verschil in meetinstrument en gebruik daarvan willen we tot slot het probleem van de gevalsdefinitie bespreken. De gevalsdefinitie ('caseness') van een stoornis is van groot belang bij epidemiologisch onderzoek. Copeland e.a. (1987) hebben het begrip gevalsdefinitie ingevoerd. Hij onderscheidt vier diagnostische niveaus, oplopend in mate van ernst van de gevonden psychopathologie: het symptoom-, syndroom-, diagnostisch en het criteriumniveau. Over het algemeen rapporteren onderzoekers prevalentiecijfers voor syndroom- en (of) diagnostisch niveau. Onderlinge vergelijking is alleen zinvol als dit onderscheid in de interpretatie van de literatuur wordt doorgevoerd. Vermenging van gegevens over angstsyndromen (b.v. verkregen d.m.v. zelfbeoordelingsschalen) met gegevens over angststoornissen volgens diagnostische criteria leidt tot sterk uiteenlopende en niet vergelijkbare bevindingen. Voor de interpretatie hebben we de tweedeling in diagnostisch niveau (tabel 1) en syndroomniveau (tabel 2) aangehouden.

Resultaten

In tabellen 1 en 2 zijn de verschillende resultaten gerangschikt. Het meest consistente resultaat in het onderzoeksmateriaal betreft de uitkomsten voor de *obsessief compulsieve stoornis*. Op diagnostisch niveau wordt een getal van rond de 1% gevonden. Het cijfer voor de totale bevolking (rond de 1.5%, Regier e.a. 1988) is hiermee vergelijkbaar. Over het vóórkomen van dwangsymptomen op syndroomniveau zijn geen conclusies te trekken. De studies van Copeland e.a. (1987) geven sterk uiteenlopende resultaten met een prevalentie van 0.7% voor het New York-onderzoek en 9.3% voor het Londen-onderzoek (totaalcijfer is 3.08%).

De prevalentie voor de *diffuse angststoornis* varieert van circa 1% tot 3.7%. Blazer e.a. (1991) vergeleken de cijfers voor de oudere en de jongere populatie. Hij vond 1.9% voor ouderen en 3.1% voor de populatie van 45-64 jaar. Overigens wordt de diffuse angststoornis in vele van de studies niet onderzocht. Dit hangt mogelijk samen met het feit dat het concept moeilijk is te operationaliseren en de afgrensbaarheid van andere stoornissen lastig is (Breier e.a. 1985; Tyrer 1984). Diffuse angstklachten op syndroomniveau lijken frequenter. Er is slechts één studie die dit onderzocht heeft, namelijk Uhlenhuth: 7.1%. Dit is vergelijkbaar met het cijfer voor de totale bevolking in dit onderzoek: 6.4%. De syndroomcijfers van de studies van Copeland e.a. (1987) liggen veel hoger: rond de 17%. Het zijn echter getallen voor een 'mengstoornis' van diffuse angst- en panieklachten ('angstneurose'). Deze uitkomsten lijken op die uit het onderzoek van Himmelfarb en Murell (1984), die 20% vonden. In dit onderzoek wordt echter de STAI (Spielberger e.a. 1970) gehanteerd. Dit instrument meet angstklachten, waaruit men geen diagnose kan distilleren.

De *paniekstoornis* blijkt bij ouderen weinig voor te komen: circa 0.1%, hetgeen enigszins vergelijkbaar is met het cijfer voor de totale bevolking (0.5%, Regier e.a. 1988). Blazer vond in zijn vergelijkend onderzoek: 1.1% voor 45-65 jaar, en 0.04% voor 65+. Op syndroomniveau zijn panieklachten ook weinig frequent. Uhlenhuth geeft het hoogste resultaat hiervoor: 1.7%. Hierbij zijn echter paniek- en agorafobische klachten bij elkaar gevoegd.

Voor de fobische stoornissen blijken de cijfers sterk uiteen te lopen, hetgeen met name geldt voor de *agorafobie*. Lindesay e.a. (1989) vonden 7.8% voor agorafobie. De andere studies geven veel lagere uitkomsten: gemiddeld 1%. Volgens Lindesay maakt juist bij deze stoornis het mechanisme van 'ageism' opgang. Het zeer lage cijfer van Copeland voor de totale fobiegroep (0.42%), gemeten met de

GMS(A), wijst op dit door Lindsay beschreven effect. Blazer vond 5.2% voor 65+ en 7.3% voor 45-65 jaar. Over agorafobische klachten op syndroomniveau valt weinig te zeggen. Uhlenhuth vond 1.7% voor agorafobische en panieklachten.

Er zijn maar weinig studies die cijfers voor de *sociale fobie* geven, zodat we die ook niet apart vermeld hebben in de tabellen. Myers vond 0.3% tot 1.9% voor vrouwen, en 0.1% tot 1.5% voor mannen. Lindsay geeft 1.3% aan. Blazer vond 1.3% voor 65+ en 2% voor 45-65 jaar. Voor de *enkelvoudige fobie* geven alleen Myers en Blazer aparte getallen. De uitkomsten zijn zeer sterk uiteenlopend van 0.7% tot 12.5% (Myers). Blazer vond 13.3% voor 45-65 jaar en 9.6% voor ouderen. Voor de fobische stoornissen als geheel geven drie studies cijfers die redelijk overeenkomen: rond de 4% (Regier e.a. 1988; Bland e.a. 1988; Weissman e.a. 1985; Bosma 1990).

Een uitkomst voor het totaal aan angststoornissen is alleen door Bland e.a. (1988) berekend, namelijk 3.5% voor ouderen en 6.5% voor 45-65-jarigen.

Discussie

Uit het onderzoek blijkt dat de prevalentie van angststoornissen bij ouderen niet duidelijk afwijkt van die bij de jongere populatie. Als we de prevalentie van alle angststoornissen bij elkaar optellen, kan gezegd worden dat deze prevalentie hoger is dan die van de depressie bij ouderen (vergelijk Beekman e.a. 1993). De diffuse angststoornis en de agorafobie komen het meest frequent voor. De paniekstoornis en de OCD zijn daarentegen zeldzamer. Over de fobieën als geheel is weinig te zeggen. Op syndroomniveau lijken angstklachten bij ouderen veel frequenter te zijn. Vooral diffuse angstklachten komen veel voor en zijn mogelijk zelfs frequenter dan in de totale bevolking (Uhlenhuth e.a. 1983).

De prevalentie van angststoornissen lijkt na het vijfenzestigste jaar een dalende trend te vertonen. Hiervoor bestaat een aantal mogelijke verklaringen. Het is mogelijk dat deze bevinding, ondanks de genoemde problemen van interpretatie en methode van onderzoek, juist is. Er zou bijvoorbeeld sprake kunnen zijn van een cohort-effect, overeenkomend met het feit dat ook van andere stoornissen een dalende prevalentie is te zien (o.a. depressies). Het cohort-effect houdt in dat de huidige 65+-populatie vroeger al minder psychopathologie vertoond heeft. De (enigszins onbetrouwbare) lagere 'life-time'-prevalenties voor ouderen wijzen ook in deze richting. Er kan echter ook sprake zijn van uitval van psychopathologie uit de populatie vanwege selectieve mortaliteit. In een aantal artikelen wordt dit gesuggereerd (Bland e.a. 1988), maar deze bewering is nauwelijks onderbouwd. Uitval van psychopathologie kan ook veroorzaakt worden door selectieve opname in instellingen, welke deelpopulatie in de verschillende studies vaak niet is onderzocht. Mogelijk komen angststoornissen minder voor bij ouderen, omdat veroudering zou kunnen leiden tot verandering in het neurobiologisch substraat (Sunderland 1991). Enkele auteurs hebben gesuggereerd dat ouderen een andere reactie op angstopwekkende stimuli hebben dan jongeren. Volgens Jarvik en Russel (1979) vertonen zij eerder een 'freezing-reactie' in plaats van het bekende 'fight/flight'-patroon.

De tweede mogelijkheid is dat de bevinding van een dalende prevalentie onjuist is en onder andere berust op artefacten in het onderzoek. Het is mogelijk dat er bij ouderen sprake is van onderrapportage bij het interviewen in studies. Hierop zou onder meer de 'ageism'-theorie van Lindsay aansluiten. De onderrapportage zou derhalve optreden omdat ouderen hun angstsymptomen loochenen of wel toeschrijven aan de normale veroudering. Door de sterke somatische component van angststoornissen zal somatische interpretatie veel voorkomen. Een te intensieve thuiszorg zou in de praktijk een eventuele agorafobie in stand kunnen houden en ouderen zodoende aan huis gebonden laten. Onderrapportage zou ook optreden door schaamte (Lader 1982) of door het kenmerk van deze generatie om niet zozeer van angst maar van nervositeit te spreken. Mogelijk presenteren

angststoornissen zich op oudere leeftijd anders, en het is dan ook de vraag of het angstconcept onveranderd extrapoleerbaar is naar deze populatie. Lader (1982) meent dat bij ouderen de somatische angstsymptomen meer op de voorgrond staan. Busse (1982) stelt dat angst bij ouderen zich meer uit als lichamelijke bezorgdheid met veel hypochondrisch getinte klachten. Lindsay e.a. (1987) en Sheikh (1992) menen dat angststoornissen bij ouderen niet fundamenteel anders zijn, maar suggereren dat de symptomatologie milder is, hetgeen herkenning ervan lastiger maakt. Volgens Sheikh geldt dit vooral voor de zogenaamde 'late-onset'-vorm. Sheikh meent verder dat de fobische angst voor misdaad bij ouderen een typische en veel voorkomende vorm van enkelvoudige fobie is. Voorts stelt hij dat het onderscheid tussen angststoornis en depressie bij ouderen vervaagt, hetgeen blijkt uit de sterke positieve correlatie die angst- en depressieschalen bij ouderen geven (Sheikh 1992). Met de diagnostiek die in feite geënt is op de jongere populatie, zouden weleens onbetrouwbare uitkomsten gevonden kunnen worden. Dit geldt evenzeer voor het gebruik van de meetinstrumenten, die grotendeels niet gevalideerd zijn voor de ouderenpopulatie.

Conclusie

De beperkingen van het onderzoeksmateriaal in ogenschouw genomen, kunnen we toch de volgende uitspraken doen. De angststoornissen komen óók bij ouderen voor. Dit is conform het inzicht dat ouderen hetzelfde spectrum aan psychiatrische ziektes vertonen als de jongere populatie (Roth 1986). Uit epidemiologisch onderzoek blijkt dat de angststoornissen bij ouderen de meest frequent voorkomende psychiatrische stoornissen zijn. De klinische indruk dat deze stoornissen bij ouderen weinig zouden voorkomen, lijkt derhalve een misvatting. Angststoornissen zijn daarbij ook bij ouderen klinisch van grote betekenis. Tevens wijzen enkele onderzoeken erop dat de effectieve (o.a. gedragstherapeutische) behandelmethodes ook in deze populatie met succes kunnen worden toegepast (Hersen en Van Hasselt 1992). Deze patiënten komen echter veeleer bij somatische artsen terecht. Als ze in psychiatrische behandeling komen, blijkt de aandacht meer gericht te zijn op een vaak tegelijkertijd voorkomende andere psychiatrische aandoening, hetgeen de prognose wederzijds negatief zal beïnvloeden.

Literatuur

American Psychiatric Association (1980), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition*

. Washington DC.

American Psychiatric Association (1987), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition revised*. Washington DC.

Balkom, A.J.L.M. van, P. van Oppen, A.W.A. Vermeulen, M.C.E. Nauta, H.C.M. Vorst en R. van Dyck, A meta-analysis on the treatment of obsessive compulsive disorder. A comparison of antidepressant, behavioral and cognitive therapy. (In voorbereiding.)

Beekman, A.T.F., W. van Tilburg en D. Deeg (1993), Depressie bij ouderen in de bevolking. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 3, 154-168.

Bergman, K. (1971), The neuroses of old age. *Recent developments in psychogeriatrics*(red. D.W.K. Kay & A. Walk).

Bland, R.C., S.C. Newman en H. Orn (1988), Prevalence of psychiatric disorders in the elderly in Edmonton. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 77 (suppl. 338), 57-63.

- Blazer, D., L.K. George en D. Hughes (1991), The epidemiology of anxiety disorders: an age comparison. *Anxiety in the elderly*, C. Salzman en B.D. Lebowitz, 17-30. Springer Publishing Company, New York.
- Bosma, A. (1990), Psychiatrische problematiek bij zelfstandig wonende ouderen en verzorgingstehuisbewoners. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 32, 173-183.
- Breier, A., D.S. Charney en G.R. Heninger (1985), The diagnostic validity of anxiety disorders and their relationship to depressive illness. *The American Journal of Psychiatry* 142: 7, 787-795.
- Busse, E. (1975), Aging and psychiatric diseases in late life. *American handbook of psychiatry* 4. Basic Books, New York.
- Copeland, J.R.M., M.J. Kelleher, M.J.M. Kellett, A.J. Gourlay, B.J. Gurland, J.L. Fleiss en L. Sharpe (1976), A semi-structured clinical interview for the assessment of diagnosis and mental state in the elderly: The Geriatric Mental State. *Psychological Medicine* 16, 439-449.
- Copeland, J.R.M., M.E. Dewey, N.Wood, R. Searles, A. Davidson en C. McWilliam (1987), Range of mental illness among the elderly in the community. *British Journal of Psychiatry* 150, 815-823.
- Copeland, J.R.M., B.J. Gurland, M.E. Dewey, M.J. Kelleher, A.M.R. Smith en A. Davidson (1987), Is there more dementia, depression and neurosis in New York? *British Journal of Psychiatry* 151, 466-473.
- Copeland, J.R.M., B.J. Gurland, M.E. Dewey, M.J. Kelleher, A.M.R. Smith en A. Davidson (1987), The distribution of dementia, depression and neurosis in elderly men and women in urban community. Assessed using the GMS-Agecat Package. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2, 177-184.
- Derogatis, L.R., R.S. Lipman, K. Rickels e.a. (1974), The Hopkins Symptom Checklist (HSCL). *Behavioral Science* 19, 1-15.
- Hersen, M., en V.B. van Hasselt (1992), Behavioral assessment and treatment of anxiety in the elderly. *Clinical Psychology Review* 12, 619-640.
- Himmelfarb, S., en S.A. Murrell (1984), The prevalence and correlates of anxiety symptoms in older adults. *Journal of Psychology* 116, 159-167.
- Jarvik, L.F., en D. Russel (1979), Anxiety, aging and the third emergency reaction. *Journal of Gerontology* 34, 197-200.
- Korff, M.R. von, W.W. Eaton en P.M. Keyl (1985), The epidemiology of panic attacks and panic disorder. *American Journal of Epidemiology* 122, 970-981.
- Lader, M. (1982), Differential diagnosis of anxiety in the elderly. *Journal of Clinical Psychiatry* 43, 4-7.
- Larkin, B.A., R.M. Copeland, M.E. Dewey, A. Davidson, P.A. Saunders, V.K. Sharma, C. McWilliam en C. Sullivan (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.
- Lindesay, J., en S. Banerjee (1993), Phobic disorders in the elderly: A comparison of three diagnostic systems. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 8, 387-393.
- Mattick, R.P., G. Andrews, D. Hadzi-Pavlovic en H. Christensen (1990), Treatment of panic and agoraphobia. An integrative review. *Journal of nervous and mental diseases* 178, 567-576.
- Myers, J.K., M.M. Weissman, G.L. Tischler, C.E. Holzer, P.J. Leaf, H. Orvaschel, J.C. Anthony, J.H. Boyd, J.D. Burke, M. Kramer en R. Stolzman (1984), Six month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Archives of General Psychiatry* 41, 959-967.
- Ormel, J., M.W.J. Koeter, W. van den Brink en G. van de Willige (1991), Recognition, management and course of anxiety and depression in general practice. *Archives of General Psychiatry* 48, 700-706.
- Persson, G. (1980), Prevalence of mental disorders in a 70-year old urban population. *Acta Psychiatrica* 62, 119-139.
- Regier, D.A., J.H. Boyd, J.D. Burke, D.S. Rae, J.K. Myers, M. Kramer, L.N. Robins, L.K. George, M. Karno en B.Z. Locke (1988), One month prevalence of mental disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry* 45, 977-986.
- Robins, L.N., J.E. Helzer, J. Croughan en K.S. Ratcliff (1981), National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule (DIS). *Archives of General Psychiatry* 38, 381-389.
- Robins, L.N., J.E. Helzer, M.M. Weissman, H. Orvaschel, E. Gruenberg, J.D. Burke en D.A. Regier (1984), Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry* 41, 941-958.
- Roth, M. (1986), Differential diagnosis of psychiatric disorders in old age. *Hospital Practice*, 111-138.
- Salzman, C. (1990), Anxiety in the elderly: treatment strategies. *Journal of Clinical Psychiatry* 51:10 (suppl.), 18-21.
- Salzman, C., en B.D. Lebowitz (1991), *Anxiety in the elderly, treatment and research*. Springer Publishing Company, New York.
- Sheikh, J.I. (1992), Anxiety disorders and their treatment. *Clinics in geriatric medicine* 8, 411-426.
- Spielberger, C.D., R.C. Gorsuch en R.E. Lushine (1970), *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Consulting Psychological Press, Palo Alto, CA.
- Sunderland, T., B.A. Lawlor, R.A. Martinez en S.E. Molchan (1991), Anxiety in the Elderly: Neurobiological and Clinical Interface. *Anxiety in the elderly*, C. Salzman en B.D. Lebowitz, 105-129. Springer Publishing Company, New York.
- Tyrer, P. (1984), Classification of anxiety. *British Journal of Psychiatry* 144, 78-83.
- Uhlenhuth, E.H., M.B. Balter, G.D. Mellinger, I.H. Cisin en J. Clinthorne (1983), Symptom checklist syndromes in the general population. *Archives of General Psychiatry* 40, 1167-1173.

Weissman, M.M., en J.K. Myers (1980), Psychiatric disorders in a US community. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 62, 99-111.

Weissman, M.M., J.K. Myers, G.L. Tischler, C.E. Holzer, P.J. Leaf, H. Orvaschel en J.A. Brody (1985), Psychiatric disorders (DSM-III) and cognitive impairment among the elderly in a US urban community. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 71, 366-379.

Wing, J.K., J.E. Cooper en N. Sartorius (1974), *Measurement and classification of psychiatric symptoms: An instruction manual for the PSE*. Cambridge University Press.

World Health Organisation (1974), *International Classification of Diseases (achtste editie)*. Genève.

World Health Organisation (1978), *International Classification of Diseases (negende editie)*. Genève.

Summary: The prevalence of anxiety disorders in the elderly

Research regarding the prevalence of anxiety in the community-dwelling elderly is reviewed in this article. One of the most striking findings of the survey data is the diversity of classifications of anxiety and the difference in diagnostic criteria. Consequently there is a large variation in the results. Nevertheless we can conclude that anxiety disorders do exist in the elderly. These disorders are probably the most frequent psychiatric disorder in this age group. Generalised anxiety disorder (1-3.7%) and agoraphobia (0.6-7.8%) are seen relatively frequent. Pure obsessive compulsive disorder (1%) and panic disorder (0.1%) on the contrary are less frequent. The prevalence of anxiety disorders seems lower in the elderly than for middle-aged. This could be explained by cohort-effects or selective drop out. On the other hand it could be due to report bias, 'ageism' assumptions or the possibility that anxiety presents itself differently in old people. There is a high comorbidity with depression and physical illness, which hampers the recognition. Validation of instruments or specially designed scales for the elderly are needed. Moreover attention should be paid in clinical practice for the existence and treatment of anxiety disorders in the elderly. They should benefit by the present effective treatment methods of these disorders as much as the younger adults do.

De auteurs zijn respectievelijk als arts-assistent psychiatrie en als psychiaters werkzaam in de Valeriuskliniek te Amsterdam. Prof. dr. R. van Dyck is als hoogleraar Ambulante en Sociale Psychiatrie verbonden aan de VU Amsterdam. Correspondentieadres: A.W.A. Vermeulen, Valeriuskliniek, Valeriusplein 9, 1075 BG Amsterdam.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 10-6-1994.