



Universiteit  
Leiden  
The Netherlands

## **Anxiety in older adults: prevalence and low-threshold psychological interventions**

Witlox, M.

### **Citation**

Witlox, M. (2023, January 12). *Anxiety in older adults: prevalence and low-threshold psychological interventions*. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/3505602>

Version: Publisher's Version

License: [Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/3505602>

**Note:** To cite this publication please use the final published version (if applicable).



DUTCH SUMMARY | NEDERLANDSE SAMENVATTING

PUBLICATIONS

CURRICULUM VITAE

ACKNOWLEDGEMENTS | DANKWOORD

## Nederlandse samenvatting

De afgelopen decennia is wereldwijd het absolute en relatieve aantal oudere volwassenen sterk toegenomen. In Nederland groeide het percentage 55-plussers van 19% in 1970 naar 22% in 1990 en 33% in 2019. Deze veroudering van de bevolking heeft invloed op alle facetten van de samenleving, inclusief de geestelijke gezondheidszorg. Met dit proefschrift hoopten wij bij te dragen aan het begrip van mentale gezondheid bij oudere volwassenen. We richtten ons daarbij specifiek op angstklachten, aangezien angstklachten een van de meest voorkomende psychologische klachten zijn onder oudere volwassenen. Dit proefschrift had twee doelen. Ten eerste poogde het middels een systematische review en meta-analyse antwoord te geven op vragen gerelateerd aan de prevalentie van angst op latere leeftijd. Ten tweede beschreef het de uitkomsten van een grootschalig gecontroleerd gerandomiseerd onderzoek (randomized controlled trial, RCT) waarin twee kortdurende psychologische behandelingen voor oudere volwassenen met angstsymptomen met elkaar vergeleken werden.

### 1. De prevalentie van angst bij oudere volwassenen

Tientallen studies hebben de prevalentie van angststoornissen bij ouderen onderzocht. Prevalentie schattingen variëren tussen de 3.2% en 14.2%. Er is echter nog weinig onderzoek gepubliceerd dat zich bezighoudt met de meer complexe vragen omtrent de prevalentie van angst in de latere levensfasen. Met een systematische review en meta-analyse hebben we in dit proefschrift data uit de reeds bestaande wetenschappelijke literatuur geïntegreerd om antwoord proberen te geven op twee onderzoeksvragen die doorgaans niet de focus zijn van prevalentie onderzoek.

Ten eerste wilden we met onze systematische review en meta-analyse onderzoeken hoe de prevalentie van zogenoemde subklinische angst zich verhoudt tot de prevalentie van angststoornissen. Met subklinische angst bedoelen we angstklachten die niet voldoen aan de diagnostische criteria voor een angststoornis. Onderzoek laat zien dat er een vrij grote groep oudere volwassenen is met (sterk) verhoogde angstniveaus, die niet voldoen aan alle diagnostische criteria voor een angststoornis. Zo heeft een eerdere studie aangetoond dat 5.6% van de oudere volwassenen in de steekproef voldeed aan de criteria voor een angststoornis, terwijl 26.2% verhoogde angstniveaus rapporteerde. Verder blijkt uit onderzoek dat angstklachten het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven van oudere volwassenen sterk negatief kunnen beïnvloeden, ook wanneer niet aan alle diagnostische criteria voor een stoornis wordt

---

voldaan. Subklinische angst bij oudere volwassenen lijkt dus zowel vaak voor te komen als klinisch relevant. Mogelijk komt subklinische angst veel voor onder ouderen omdat de gangbare diagnostische procedures en instrumenten voor het vaststellen van angststoornissen niet voldoende toegesneden zijn op oudere leeftijdsgroepen, wat kan leiden tot onderdiagnosticering. Om angst op latere leeftijd goed te begrijpen, lijkt het belangrijk om niet enkel op gediagnosticeerde angststoornissen te focussen, omdat hiermee een grote groep oudere volwassenen met relevante angstklachten over het hoofd wordt gezien. Met onze systematische review en meta-analyse probeerden we antwoord te geven op de vraag hoe groot de groep oudere volwassenen met subklinische angst is.

De tweede vraag die we poogden te beantwoorden is of er een verschil bestaat in de prevalentie van angststoornissen tussen verschillende leeftijdsgroepen van oudere volwassenen. Veel epidemiologisch onderzoek rapporteert een enkel prevalentiecijfer voor de groep 'oudere volwassenen' waarbij deze groep vaak een leeftijdsspanne van 30 tot 40 jaar beslaat (bijv. 55-plussers, 60-plussers of 65-plussers). Het is echter aannemelijk dat de vele sociale, fysieke en cognitieve veranderingen die mensen doormaken gedurende de latere leeftijdsfasen invloed hebben op de aard en prevalentie van angstklachten in verschillende leeftijdsgroepen van oudere volwassenen. Voor een goed begrip van de prevalentie van angst op latere leeftijd dienen we oudere volwassenen niet als een homogene groep te zien, maar proberen te begrijpen hoe verschillende demografische en klinische variabelen invloed hebben op de aanwezigheid van angstklachten op latere leeftijd. In onze meta-analyse vergeleken we daarom gerapporteerde prevalentie cijfers voor verschillende leeftijdsgroepen van oudere volwassenen (namelijk 55-64 jarigen, 65-74 jarigen, 75-84 jarigen en 85-plussers). Ook onderzochten we of er sprake is van interactie-effecten tussen leeftijd en andere methodologische, demografische of klinische kenmerken (bijv. het diagnostisch instrument dat gebruikt is in het onderzoek, geslacht, nationaliteit, woonsituatie).

In **Hoofdstuk 2** beschreven we de resultaten van de systematische literatuur review en meta-analyse. Na een systematische literatuur screening werden er 46 publicaties geïnccludeerd. Om de gerapporteerde prevalentie cijfers voor subklinische angst en angststoornissen te vergelijken, berekenden we per type angststoornis een relatief risico (risk ratio) dat uitdrukte hoe vaak de subklinische manifestaties voorkwamen ten opzichte van de corresponderende angststoornissen. Een relatief risico groter dan 1 betekent dat subklinische angst vaker voorkomt dan de angststoornis

en een relatief risico kleiner dan 1 betekent het omgekeerde. Een vergelijking van de gerapporteerde prevalentiecijfers voor subklinische angst en angststoornissen liet zien dat subklinische angst minstens evenveel lijkt voor te komen als angststoornissen. Alle relatieve risico's waren groter dan 1. Voor een aantal typen angst (gegeneraliseerde angst (RR=3.49 [1.90-6.43],  $p < .001$ ), paniek (RR=4.10 [2.71-6.21],  $p < .001$ ) en specifieke fobie (RR=5.63 [2.05-15.46],  $p < .001$ )) bleken subklinische manifestaties ervan significant vaker voor te komen dan de corresponderende angststoornissen zelf. De statistische power van onze bevindingen is laag vanwege het kleine aantal artikelen dat we in onze analyses konden gebruiken, dus we kunnen op basis van deze meta-analyse geen harde conclusies trekken over de prevalentie van subklinische angst bij oudere volwassenen. Wat opvalt in de literatuur is het ontbreken van een eenduidige definitie van subklinische angst. Het is ingewikkeld om tot een valide en werkbare definitie te komen, maar dit is wel belangrijk om het onderzoek naar en de klinische aandacht voor subklinische angst bij oudere volwassenen te bevorderen.

De vergelijking van prevalentiecijfers in de vier onderscheiden leeftijdsgroepen van oudere volwassenen toonde aan dat specifieke fobie vaker voorkwam in de 55-64 (8.59%, [5.70-12.77]) en 65-74 (7.13%, [5.39-9.37]) groep dan in de 75-84 (4.43%, [3.06-6.38]) en 85+ groep (3.72%, [2.19-6.25]). Posttraumatische stress stoornis kwam het meest voor in de 55-64 groep (5.47%, [4.88-6.13]) en het minst in de 85+ groep (1.61%, [0.96-2.70]). Voor de andere angststoornissen vonden we geen significante verschillen tussen de leeftijdsgroepen. De interacties tussen leeftijd en andere variabelen konden beperkt worden onderzocht, omdat slechts een klein aantal van de geïncludeerde publicaties informatie rapporteerde die hiervoor gebruikt kon worden. Geen van de onderzochte interacties bleek significant in het voorspellen van de prevalentie van angststoornissen. Ook voor deze analyses geldt dat de statistische power laag was vanwege het kleine aantal artikelen dat informatie rapporteerde voor verschillende leeftijdsgroepen. Om beter te begrijpen hoe de prevalentie van angst verandert gedurende de latere volwassenheid is het belangrijk dat studies consistentere informatie rapporteren voor verschillende leeftijdsgroepen. Daarnaast is longitudinaal onderzoek waarin verschillende cohorten van oudere volwassenen langdurig gevolgd worden noodzakelijk om leeftijdseffecten van cohorteffecten te kunnen onderscheiden.

---

## 2. Psychologische behandeling van oudere volwassenen met angst

Angstklachten komen veel voor onder oudere volwassenen en kunnen flink belemmerend zijn. Als mensen lange tijd met deze klachten rond blijven lopen, kunnen de klachten verergeren. Daarom is het belangrijk dat er op tijd passende hulp wordt geboden. Behandelaren en wetenschappers zullen bestaande interventies (die vaak zijn ontwikkeld voor en onderzocht bij jongere volwassenen) kritisch moeten evalueren op hun geschiktheid voor oudere patiëntenpopulaties. Er is al vrij veel onderzoek gedaan naar de psychologische behandeling van angst bij oudere volwassenen, maar het onderzoek is erg homogeen wat betreft de onderzochte behandeling (cognitieve gedragstherapie (CGT)) en de doelgroep (oudere volwassenen met een gegeneraliseerde angststoornis). Er is daarom behoefte aan meer variatie in het behandelonderzoek. De RCT die we in hoofdstuk 3 tot en met 7 van dit proefschrift beschreven, verschilt op drie cruciale punten van de meerderheid van de eerdere onderzoeken naar psychologische behandelingen voor angstklachten bij oudere volwassenen. Ten eerste wat betreft de onderzochte behandelaanpak, ten tweede qua behandelformat en ten derde qua behandelsetting.

Wat betreft behandelaanpak, vergeleken we in onze studie kortdurende traditionele CGT met kortdurende Acceptance & Commitment Therapy (ACT). CGT is op dit moment de meest onderzochte en meest toegepaste behandelvorm voor angst bij oudere volwassenen. Kort gezegd is traditionele CGT gericht op het verkrijgen van inzicht in en het veranderen van de gedachten- en gedragspatronen die samenhangen met angstgevoelens. Cognitief herstructureren en gedragsexperimenten vormen vaak de kern van de behandeling. Bij cognitief herstructureren worden onrealistische en onbehulpzame negatieve gedachten opgespoord die samenhangen met de angst. Deze gedachten worden vervolgens kritisch onderzocht en vervangen door meer functionele/genuanceerde gedachten. Gedragsexperimenten worden daarbij ingezet als directere manier om de angstige interpretaties of voorspellingen van mensen te testen. Mensen worden aangemoedigd om situaties op te zoeken die zij eerder vanuit hun angst vermeden, om zo direct te ondervinden dat hun angstige gedachten vaak niet realistisch zijn.

ACT is een behandelvorm die de afgelopen decennia veel klinische en wetenschappelijke aandacht heeft gekregen. ACT wordt gerekend tot de 'derde golf van cognitieve gedragstherapieën'. De therapieën in deze stroming verschillen van traditionele CGT omdat ze zich niet richten op de *inhoud* van wat iemand denkt en voelt, maar op *hoe iemand zich verhoudt* tot deze innerlijke ervaringen. ACT is gericht

op het vergroten van 'psychologische flexibiliteit'. Psychologische flexibiliteit is het vermogen om flexibel om te kunnen gaan met situaties, gedachten en gevoelens, ook als ze moeilijk of pijnlijk zijn - en tegelijkertijd betekenisvolle keuzes (m.a.w. keuzes vanuit je eigen intrinsieke waarden) in het leven te kunnen maken. Anders gezegd, ACT richt zich op het vergroten van acceptatie van (negatieve) gevoelens en gedachten en op het stimuleren van een meer waardengericht leven. Onderzoeken hebben aangetoond dat ACT effectief is als behandeling voor een grote variëteit aan mentale klachten, inclusief angst. Echter, tot op heden zijn er geen grootschalige onderzoeken uitgevoerd naar ACT-behandelingen voor oudere volwassenen.

Er zijn verschillende redenen waarom ACT een geschikte behandeling zou kunnen zijn voor oudere volwassenen met angstklachten. Ten eerste sluit de focus op waardengericht leven aan bij de natuurlijke neiging van mensen in deze levensfase om te (her)evalueren wat daadwerkelijk belangrijk voor hen is. Ten tweede kan het ontwikkelen van een acceptatiegeoriënteerde coping stijl belangrijk zijn voor oudere volwassenen, omdat dit mogelijk de meest passende manier van omgaan is met de vaak onvermijdelijke leeftijd gerelateerde veranderingen waarmee zij te maken krijgen, zoals rolverandering, gezondheidsproblemen en verlies van naasten. Tot slot is de transdiagnostische benadering van ACT een belangrijk voordeel. De comorbiditeit van angst- en depressieklachten is bij oudere volwassenen nog hoger dan bij jongere volwassenen. Door de transdiagnostische focus op het vergroten van de psychologische flexibiliteit, richt ACT zich gelijktijdig op beide typen klachten.

Wat betreft behandelformat: de ACT interventie die wij hebben onderzocht is een blended behandeling. Dit betekent dat het face-to-face gesprekken met een hulpverlener combineert met een online zelfhulp module. Onderzoek naar internet interventies laat zien dat gedeeltelijk online behandelingen effectief en kostenbesparend kunnen zijn in het behandelen van veel voorkomende mentale klachten zoals angst en depressie. Onder oudere volwassenen is nog niet veel onderzoek gedaan naar dit type interventies, mogelijk vanwege het idee dat ouderen minder graag en/of goed werken met computers en internet. Er is echter een klein aantal studies dat laat zien dat online interventies ook effectief kunnen zijn in het verminderen van angstsymptomen bij oudere volwassenen.

De behandelsetting van ons onderzoek was de huisartspraktijk, waar deelnemers behandeling kregen van praktijkondersteuners-geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ). We hebben voor deze setting gekozen omdat het meeste eerdere onderzoek naar de behandeling van angstklachten bij ouderen plaats vond in specialistische



---

behandelsettings. Echter, in de dagelijkse praktijk zoeken oudere volwassenen minder snel specialistische hulp en worden ze hier ook minder snel naar verwezen dan jongere volwassenen. De huisartspraktijk kan vanwege de laagdrempeligheid en bekendheid voor veel oudere volwassenen met milde tot matig ernstige angstklachten de meest geschikte en aansprekende behandelsetting zijn. Daarom hebben wij ons onderzoek uitgevoerd in deze realistische behandelsetting.

### **Aard van de behandelingen**

In **Hoofdstuk 3** beschreven we het studieprotocol van de RCT waarin een korte blended ACT behandeling werd vergeleken met een korte traditionele face-to-face CGT behandeling. Beide behandelingen werden door de POH-GGZ uitgevoerd in de huisartspraktijk van de deelnemers. We verwachtten dat de blended ACT interventie effectiever zou zijn dan de CGT interventie, omdat ACT meer lijkt aan te sluiten bij het psychologisch profiel van oudere volwassenen. De blended ACT-interventie maakte gebruik van de *Voluit Leven* module, een eerder onderzocht en effectief gebleken online zelfhulp programma. Deze online module werd gecombineerd met 4 gesprekken bij de POH-GGZ. De CGT-interventie bestond ook uit 4 gesprekken met de POH-GGZ, gecombineerd met huiswerkopdrachten aan de hand van werkbladen. De behandelingen dienden te worden afgerond in een tijdspanne van 9 tot 12 weken. Oudere volwassenen konden deelnemen aan het onderzoek als ze 55–75 jaar oud waren en last hadden van milde tot matig ernstige angstklachten. Mensen bij wie er sprake was van zeer ernstige óf zeer milde angstklachten of ernstige lichamelijke, cognitieve of psychische aandoeningen konden niet deelnemen aan het onderzoek. Deelnemers aan het onderzoek vulden op 4 momenten vragenlijsten in: vóór de behandeling (de baseline meting), direct na de behandeling (3 maanden na baseline) en 6 en 12 maanden na de baseline meting. De meeste vragenlijsten konden door deelnemers online worden ingevuld. Een deel van de lijsten werd telefonisch afgenomen door masterstudenten klinische psychologie.

### **Effectiviteit van de behandelingen**

In **Hoofdstuk 4** presenteerden we de bevindingen over de klinische effectiviteit van de twee behandelingen. Werving van deelnemers vond plaats in 38 huisartspraktijken verspreid over Nederland. Volwassenen tussen de 55 en 75 jaar die ingeschreven stonden bij deze praktijken ontvingen een informatie- en uitnodigingsbrief over het

onderzoek. In totaal werden er 35.820 brieven verstuurd en meldden 683 mensen zich aan voor deelname aan het onderzoek. Na de screening en het invullen van de voormeting werden er 314 oudere volwassenen met angstsymptomen geïnccludeerd in het onderzoek. De behandelingen werden uitgevoerd door een totaal van 40 POH's-GGZ. Randomisatie over de CGT-interventie en ACT-interventie vond plaats op het niveau van de POH's-GGZ. Dit betekent dat 20 POH's-GGZ alleen maar CGT behandelingen uitvoerden in het kader van het onderzoek en de 20 andere POH's-GGZ enkel ACT behandelingen. De CGT-interventie werd gevolgd door 164 deelnemers, de ACT-interventie door 150. Uit de intention to treat analyses bleken geen statistisch significante verschillen tussen de twee behandelingen wat betreft hun korte- en lange termijn-effect op angstklachten. Direct na het afronden van de interventies was in beide behandelgroepen een sterke afname van angstklachten te zien in vergelijking met de baseline meting. Deze afname was nog steeds zichtbaar tijdens de follow-up metingen 6 en 12 maanden na de baseline meting. Ook op de andere uitkomstmaten bleek de effectiviteit van de twee interventies weinig te verschillen. Wel bestond er een significant verschil tussen de condities wat betreft hun effect op positieve mentale gezondheid: in de ACT-groep nam positieve mentale gezondheid toe tussen de 3-maanden meting (direct na de behandeling) en de 12-maanden follow-up meting, terwijl positieve gezondheid in die periode afnam in de CGT-groep. Verder was na afloop van de behandeling de gerapporteerde tevredenheid met de interventie significant hoger in de ACT-groep dan de CGT-groep. Deze bevinding is echter mogelijk veroorzaakt doordat er ook meer deelnemers vroegtijdig stopten met de ACT-interventie, wat ertoe geleid kan hebben dat vooral de meest tevreden deelnemers de evaluatie van de interventie invulden.

**Hoofdstuk 5** bevat een kosteneffectiviteitsanalyse en een kostenutiliteitsanalyse van de blended ACT-interventie vergeleken met de CGT-interventie. Uitkomstmaat in de kosteneffectiviteitsanalyse was de lange termijn (12 maanden na baseline) effectiviteit van de interventies op het angstniveau van de deelnemers. In de kostenutiliteitsanalyse werd kwaliteit van leven gemeten als voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaren (Quality Adjusted Life Years, QALYs) gedurende de 12 maanden van het onderzoek. Beide analyses werden uitgevoerd vanuit een maatschappelijk perspectief en omvatten interventiekosten, medische kosten en niet-medische kosten (bijvoorbeeld productiviteitsverlies op werk) gedurende 12 maanden. Deze analyses bevestigden het beeld uit **Hoofdstuk 4** dat er geen belangrijke verschillen bestaan in de klinische effectiviteit van de ACT-interventie en de CGT-interventie. Wel leek ACT gepaard te gaan met minder niet-medische kosten dan CGT. Vanuit gezondheids-economisch

---

perspectief is er op basis van onze bevindingen echter geen duidelijke voorkeur uit te spreken voor een van de twee interventies.

De belangrijkste conclusie uit **Hoofdstuk 4** en **Hoofdstuk 5** was dat de twee kortdurende interventies beide effectief lijken te zijn in het behandelen van angstklachten bij oudere volwassenen. Dit komt overeen met resultaten uit eerdere onderzoeken die ACT en CGT voor angst vergeleken in steekproeven van jongere volwassenen. De bevinding dat oudere volwassenen met angstklachten goed geholpen kunnen worden met laagdrempelige en kortdurende interventies in de huisartspraktijk is hoopgevend. Het is belangrijk deze bevindingen onder de aandacht te brengen bij oudere volwassenen en bij hulpverleners. Dit kan er toe leiden dat meer oudere volwassenen die worstelen met angst psychologische hulp ontvangen, in plaats van dat ze rond blijven lopen met hun klachten of kalmerende medicatie met (soms gevaarlijke) bijwerkingen voorgeschreven krijgen. Een van de manieren waarop we onze onderzoeksbevindingen hebben verspreid is aan de hand van korte animaties die op verschillende media zijn gepubliceerd (zie de QR-codes onder deze tekst voor de links naar deze videos). Ook zijn we betrokken bij een ZonMW implementatie project dat de bekendheid met de POH-GGZ wil vergroten onder verschillende demografische groepen—waaronder oudere volwassenen— die momenteel relatief weinig gebruik maken van deze vorm van psychologische hulpverlening.

Uit de analyses kwam een klein aantal verschillen naar voren, allen in het voordeel van de ACT-interventie. Deze verschillen waren echter klein en/of mogelijk het gevolg van bias en dienen vooral opgevat te worden als aanwijzingen voor mogelijk interessant vervolgonderzoek.

Een limitatie van ons onderzoek is dat de generaliseerbaarheid van onze bevindingen beperkt is, omdat de deelnemers met name hoogopgeleide, zelfstandig thuiswonende ouderen met een Nederlandse achtergrond waren. Mensen met ernstige psychische of fysieke problemen konden ook niet deelnemen aan het onderzoek. Een andere beperking van het onderzoek is dat de twee interventies niet vergeleken werden met een controle conditie (zoals een aandachtscntrole conditie of een wachtlijst). Hierdoor konden we op basis van ons onderzoek geen conclusies trekken over de absolute effectiviteit van de interventies. Echter, de effectgrootte van de afname van angstklachten in beide condities ( $d=0.96$  (ACT);  $d=1.09$  (CBT)) was aanzienlijk groter dan gerapporteerde effectgroottes van wachtlijstcondities in andere trials bij oudere volwassenen met angst ( $d$  waarden van rond de 0.30).

De bevinding dat twee interventies niet verschillen wat betreft hun effectiviteit is vrij gebruikelijk in psychologisch onderzoek. De afgelopen decennia is er veel

behandelonderzoek gedaan waaruit blijkt dat de meeste psychologische behandelingen ongeveer even effectief zijn. Ondanks de vele bewezen effectieve behandelingen is de algehele effectiviteit van psychologische behandeling weinig toegenomen in de afgelopen decennia: er is nog steeds een grote groep mensen die niet of weinig profiteert van therapie. Het is duidelijk dat de bevindingen van enkel RCT's niet genoeg zijn om de effectiviteit van de mentale gezondheidszorg te verbeteren. Om psychologische behandeling te optimaliseren houden onderzoekers zich daarom steeds meer bezig met de vraag welke behandeling voor welke patiënt het meest geschikt is (*wat werkt voor wie?*) en proberen ze te identificeren wat de werkzame mechanismen van psychologische behandeling zijn (*hoé werkt het?*)? In **Hoofdstuk 6** en **Hoofdstuk 7** van dit proefschrift probeerden we deze twee vragen te beantwoorden in relatie tot de onderzochte ACT-interventie en CGT-interventie.

### **Moderatoren en mogelijke mechanismen van de behandel-effecten**

In **Hoofdstuk 6** omschreven we een exploratieve studie naar moderatoren en non-specifieke predictoren van het behandel-effect van de ACT-interventie en de CGT-interventie. Om dit te onderzoeken analyseerden we de relatie van verschillende baseline kenmerken van deelnemers met de uitkomst van de behandelingen. We onderzochten de volgende kenmerken: 1) demografische kenmerken (geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, werkstatus, relaties tatus, negatieve levensgebeurtenissen); 2) (psycho)pathologie kenmerken (ernst van angstklachten, ernst van depressieve klachten, de aanwezigheid van een angststoornis, medicatie gebruik, somatische klachten); 3) sociale steun (zowel praktische als emotionele steun); 4) psychologische processen (eigenwaarde, mastery, experiëntiele vermijding, mindfulness, emotieregulatie). Een variabele is een moderator wanneer mensen die hoger/lager of wel/niet scoren op de variabele beter reageren op de ACT-interventie dan de CGT-interventie, of andersom. Non-specifieke predictoren zijn kenmerken die geassocieerd zijn met betere behandeluitkomsten, ongeacht welke behandeling werd aangeboden. We vonden geen moderatoren van het behandel-effect, wat betekent dat er op basis van de onderzochte variabelen geen subgroepen van deelnemers konden worden onderscheiden die beter op de ACT- of CGT-interventie reageerden. Wel vonden we twee non-specifieke predictoren. Ernstigere depressieve klachten bij aanvang van de behandeling voorspelden een slechtere behandelrespons op zowel de korte als lange termijn in beide behandelcondities. Verder voorspelden hogere baseline scores op mastery (de mate waarin mensen het idee hebben dat zij zelf invloed hebben op

---

de situaties en gebeurtenissen in hun leven) een betere behandelrespons op beide behandelingen op de korte termijn.

In **Hoofdstuk 7** presenteerden we de resultaten van analyses waarmee we poogden variabelen te identificeren die verwijzen naar mogelijke werkzame mechanismen van verandering tijdens de ACT-interventie en de CGT-interventie. We probeerden dus antwoord te geven op de vraag welke mechanismen ertoe leidden dat de angstklachten van de deelnemers verminderd waren na de behandelingen. We onderzochten twee typen mechanismen. Ten eerste keken we naar mechanismen waarvan we verwachtten dat ze kenmerkend waren voor specifiek ACT of specifiek CGT, gebaseerd op de theorieën achter de beide behandelingen. We verwachtten dat variabelen gerelateerd aan het accepteren van innerlijke ervaringen ACT-specifieke mediators zouden zijn en dat cognitieve herwaardering een mediator zou zijn in de CGT-groep. Ten tweede keken we naar variabelen waarvan we verwachtten dat deze in beide behandelingen voorspellend zouden zijn voor verbetering van angst, te weten gedragsmatige vermijding, behandelverwachtingen van de deelnemer en de therapeutische relatie. Omdat we een causaal verband tussen de veronderstelde mediators en de behandeluitkomst wilden aantonen, gebruikten we data die we verzameld hadden op meerdere momenten tijdens de behandeling (zodat we konden nagaan of verandering in de mediators *vooraf ging aan* verandering van het angstniveau). Geen van de onderzochte variabelen bleek van invloed te zijn op veranderingen in angstniveaus gedurende de behandelingen.

We hebben derhalve geen moderatoren en mediators van het behandel-effect van de ACT-interventie en de CGT-interventie kunnen identificeren. We kunnen op basis van ons onderzoek dus geen aanbevelingen doen over welke behandeling aan welke patiënt aangeboden dient te worden om de kans op succes zo groot mogelijk te maken. Ook ondersteunen onze bevindingen de theorieën over de werkingsmechanismen van ACT en CGT niet. Het is belangrijk om te noemen dat onderzoek naar moderatoren en mediators nog in de kinderschoenen staat; er zijn nog weinig moderatoren en mediators herhaaldelijk aangetoond. Ook verschillen onderzoeken sterk wat betreft onderzoeksdesign en statistische analyses, waardoor resultaten van verschillende onderzoeken lastig met elkaar te vergelijken zijn. Verder zijn er weinig studies die als primair doel hebben om moderatoren of mediators op te sporen. Ook ons onderzoek was primair ontworpen om de effectiviteit van de twee interventies met elkaar te vergelijken. Hierdoor konden wij de moderatie en mediatie analyse niet optimaal uitvoeren. Er is nog een lange weg te gaan voordat bevindingen uit onderzoek naar moderatoren en mediators stevig genoeg zijn om vertaald te kunnen worden naar de klinische praktijk.

## Conclusie

Dit proefschrift richtte zich op het beantwoorden van vragen omtrent de prevalentie en de psychologische behandeling van angstklachten bij oudere volwassenen. Met een systematische review en meta-analyse hebben we de wetenschappelijke literatuur over de prevalentie van subklinische angst en de prevalentie van angststoornissen in verschillende leeftijdscategorieën van oudere volwassenen samengevat en geïntegreerd. We vonden aanwijzingen dat subklinische angst minstens even veel lijkt voor te komen onder oudere volwassenen als angststoornissen en dat de prevalentie van specifieke fobie en posttraumatische stressstoornis lager is in de oudere leeftijdsgroepen van oudere volwassenen dan in de jongere groepen. Het grootste deel van het proefschrift beschreef de resultaten van een RCT waarin we een blended ACT-interventie vergeleken met een CGT- interventie in een grote groep oudere volwassenen met angstklachten. We richtten ons op het analyseren van de klinische effectiviteit en kosteneffectiviteit van de interventies en op mogelijke moderatoren en mediators van de behandelresultaten. We vonden geen duidelijke verschillen tussen de ACT-interventie en CGT-interventie wat betreft hun effectiviteit op korte en lange termijn. Ook vonden we geen moderatoren en mediators van het behandelresultaat. Beide interventies leidden tot een sterke afname van angstklachten. Dit betekent dat oudere volwassenen met angstklachten goed geholpen kunnen worden met laagdrempelige en korte behandelingen in de huisartspraktijk. Meer onderzoek naar de prevalentie, aard, diagnostiek en behandeling van mentale klachten bij oudere volwassenen is van groot belang om de juiste professionele psychologische hulp te kunnen aanbieden aan een toenemend oudere bevolking.

Video voor oudere volwassenen



Video voor hulpverleners



---