



“Vergeten” trauma’s

Een beknopt overzicht van de stand van zaken van CGT bij ouderen in het algemeen en bij de diagnostiek en behandeling van PTSS bij ouderen in het bijzonder

**Prof. Dr. Gert-Jan Hendriks, psychiater
Bijzonder hoogleraar behandeling angststoornissen en depressie bij ouderen
Radboud Universiteit Behavioural Science Institute
Hoofd onderzoekslijn Angst-, Dwangstoornissen en PTSS Pro Persona**

**g.hendriks@propersona.nl of gertjan.hendriks@ru.nl
<https://repository.ubn.ru.nl/handle/2066/250829>**

Disclosure

(potentiële) Belangenverstrengeling	
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven	Geen
• Sponsoring of onderzoeksgeld • Honorarium of andere (financiële) vergoeding • Aandeelhouder • Andere relatie, namelijk ...	• Diverse ZonMw-subsidies • Honoraria voor symposia/congressen/nascholingen

Twée casus

Casus 1

- Man, 72 jaar, gepensioneerd, getrouwd.
- Sinds 1996 wisselende angst - depressie, als gevolg van OCD.
- Focus lag op depressie, OCD werd niet als primair beschouwd.
- Laatste behandeling in 2018-2019 voor doorverwijzing:
 - Intramurale behandeling voor depressie gedurende 8 weken.
 - Gevolgd door dagbehandeling gedurende 12 weken (zelfs EMDR werd geprobeerd).
 - Farmacotherapie: Venlafaxine, olanzapine en depakine (adequate doseringen, sinds 3 jaar).
- Second opinion in 2020 gevraagd i.v.m. geen effect en onvrede over onbeantwoorde hulpvraag op angst.

Casus 2

- Man, 65 jaar, gehuwd, 5 kinderen, 11 kleinkinderen, familieman
- Bekend met ernstig hartfalen en COPD
- Gediagnosticeerd met GAS, agorafobie, depressie
- Behandeling door team ouderen S-GGZ:
 - i.v.m. chronische, hardnekkige angst hoge doseringen psychofarmaca:
 - Clomipramine 300 mg per dag
 - Quetiapine 1000 mg per dag
 - Oxazepam 190 mg per dag
 - CGT komt niet van de grond, later blijkt dwangstoornis
- Behandeling stagneert inmiddels aantal jaren.
- Verwezen in 2021

Wat valt op?

- Beide casus combinatie van angststoornissen (OCD) en depressie
- Vitaliteit versus frailty – heterogeniteit passend bij deze levensfase
- Chroniciteit – stagnatie over meerdere jaren
- Ineffectiviteit farmacotherapie
- Geen evaluatie op diagnostiek/ROM
- Lang doorgaan zonder effect
- Nog meer?

Wat hebben we gedaan – Casus 1

- Onze conclusie: OCD en ernstige depressie:
 - Harming obsessions over het veroorzaken van verkeersongelukken, ongelukken thuis (bijv. brand).
 - Controlerende, dwangrituelen.
 - Vermijden van autorijden, vermijden van alleen uit huis gaan
- Verwijzing naar een gespecialiseerde afdeling voor ernstige angst en OCD.
- Ambulante intensieve exposure en response preventie gedurende 4 dagen met aansluitend 4 wekelijkse boostersessies à 90 min.
- Vervolgens afbouw van venlafaxine, olanzapine en depakine.
- FU-controles gedurende 12 maanden.



[Home](#) / [Artikelen](#) / [Intensieve exposure bij obsessieve-compuls...](#)

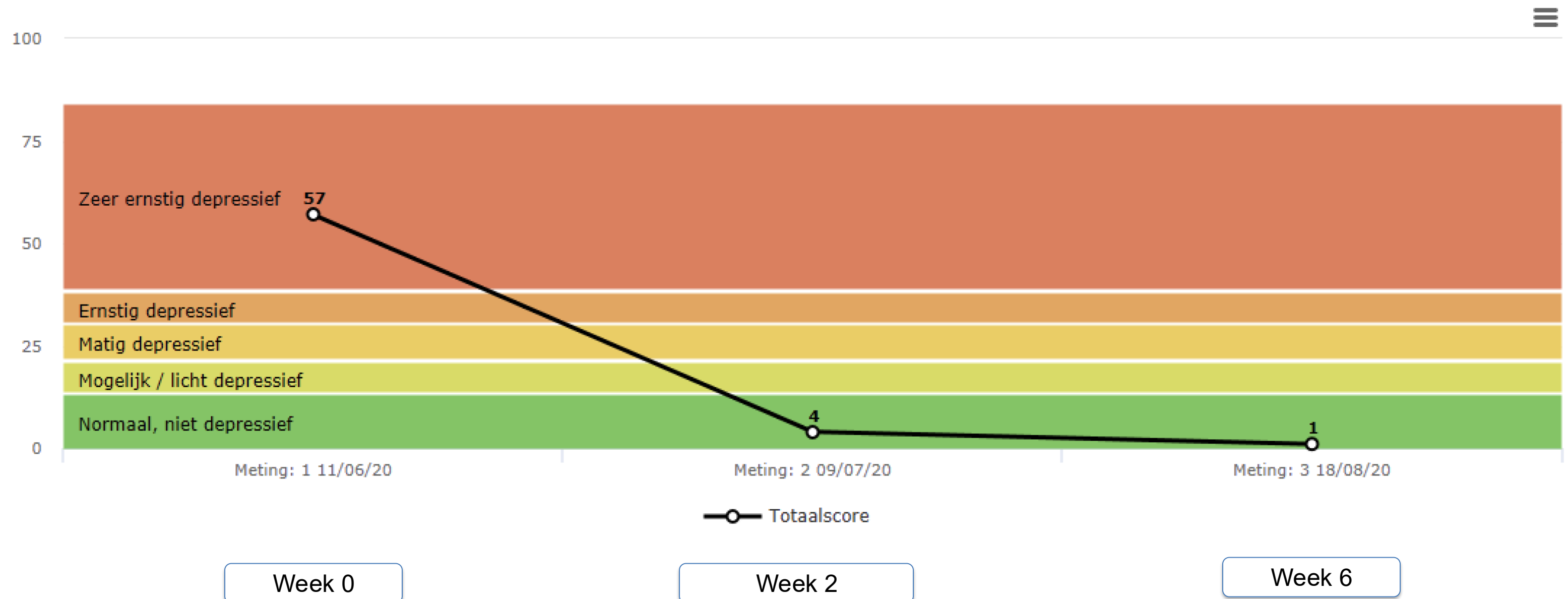
KLINISCHE PRAKTIJK

Intensieve exposure bij obsessieve-compulsieve stoornis op oudere leeftijd

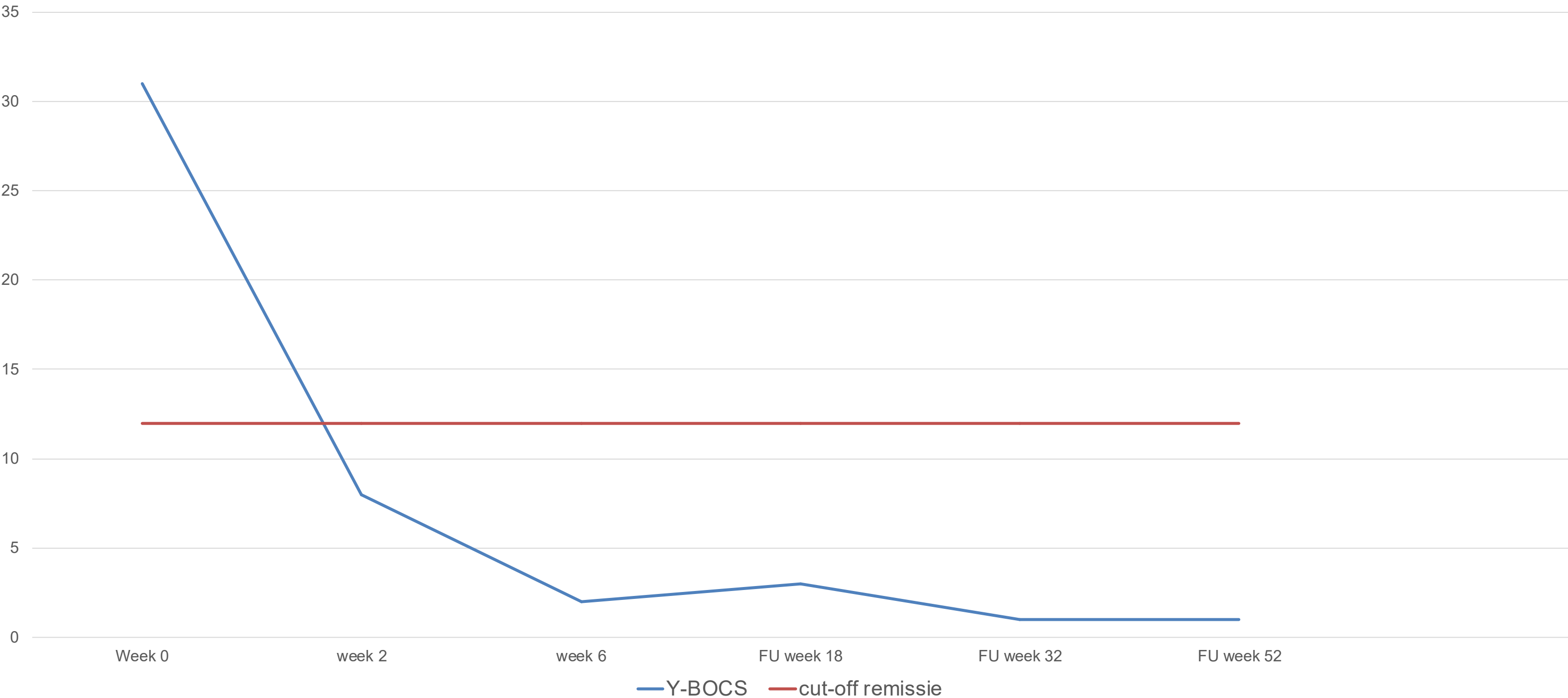
M.G. Guineau, R.C. Oude Voshaar, G.-J. Hendriks

Outcome depressieve symptomen

Stemming - IDS-SR DEF norm (*scoreverloop metingen*)



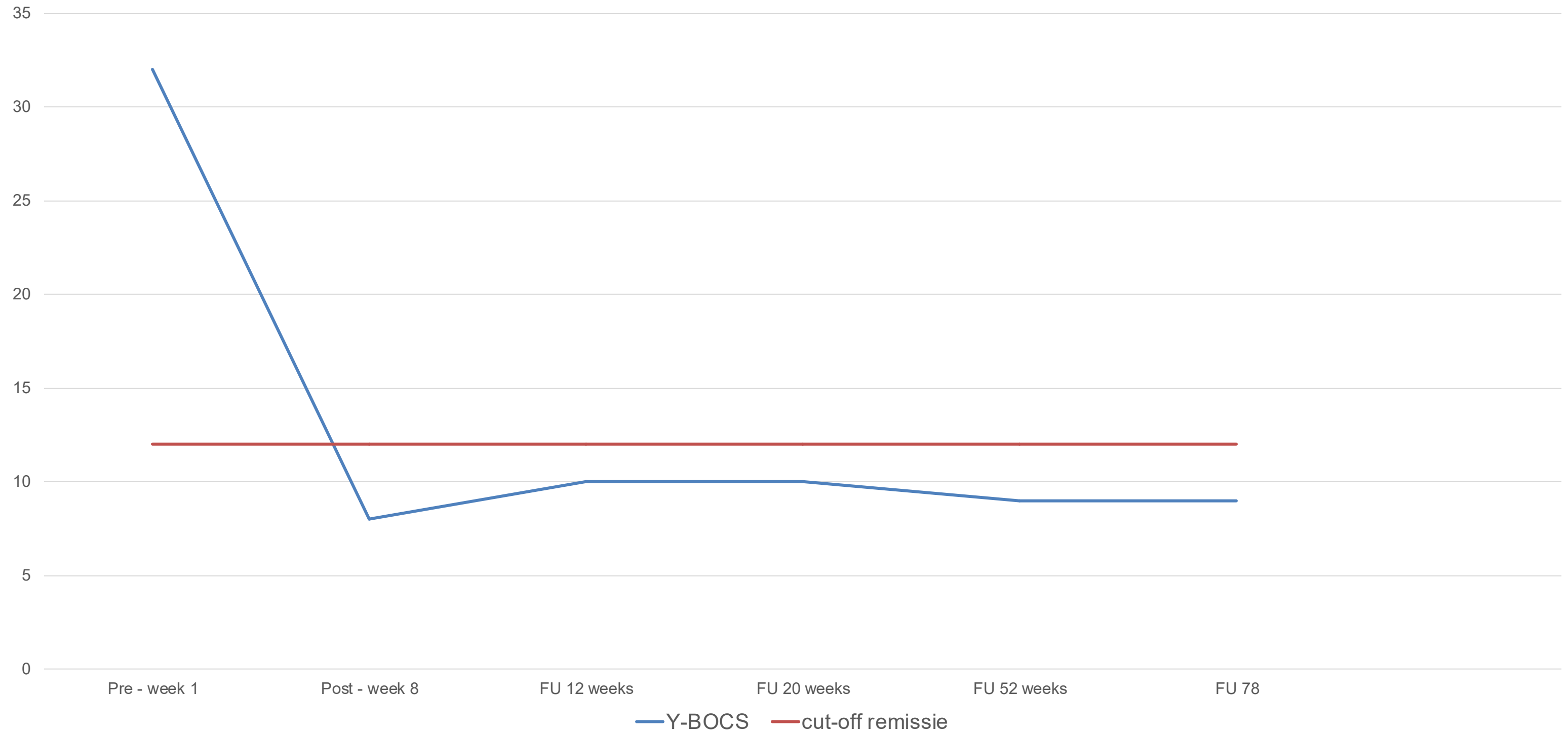
Casus 1 – effect op Y-BOCS



Wat hebben we gedaan – Casus 2

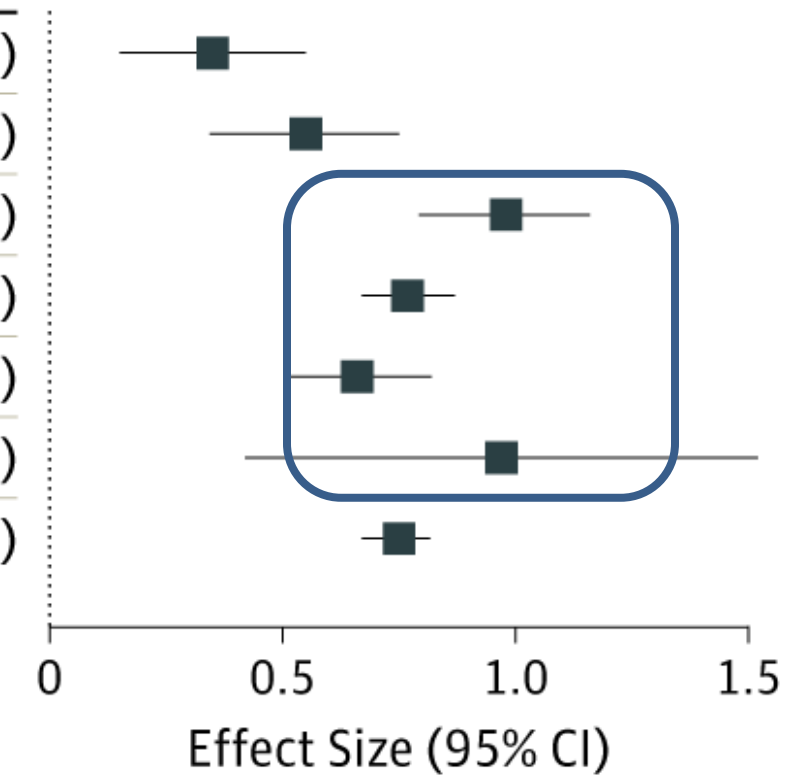
- Verwijzing naar een gespecialiseerde afdeling voor ernstige angst en OCD
 - OCD primair, geen GAS! Depressie secundair.
 - We probeerden eerst ambulante intensieve exposure:
 - Te complex ingewikkeld, continuïteit werd verstoord door ernstige somatische symptomen
 - OCD lijkt te ernstig voor ambulante behandeling
- Klinische behandeling met focus op:
 - Medische controle
 - Afbouwen van alle ineffectieve psycho-actieve medicatie.
 - Quetiapine 1000 mg werd afgebouwd tot 0.
 - Clomipramine van 300 mg naar 75 mg Oxazepam van 190 mg naar 40 mg
- Begeleide intensieve blootstelling
 - Beperking van het vragen om geruststelling (wat veel gemakkelijker was omdat de patiënt was opgenomen)
- Y-BOCS scores daalden binnen 8 weken van 32 naar 8.
- Patiënt werd ontslagen, 20 kg afgevallen.
- E + RP is ambulant thuis voortgezet.
- Na 2,5 jr nog steeds in remissie.

Y-BOCS score verloop casus 2



Psychotherapie bij depressie over de levensloop

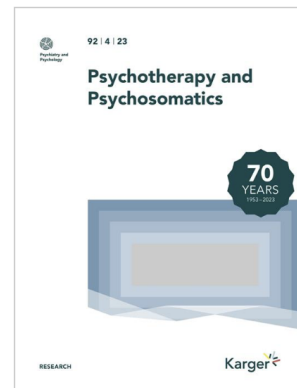
Age Category	No.	Effect Size (95% CI)
Children	15	0.35 (0.15-0.55)
Adolescents	28	0.55 (0.34-0.75)
Young adults	27	0.98 (0.79-1.16)
Middle-aged adults	304	0.77 (0.67-0.87)
Older adults	69	0.66 (0.51-0.82)
Older old	10	0.97 (0.42-1.52)
All studies	453	0.75 (0.67-0.82)



Cuijpers et al., Psychotherapy for Depression Across Different Age Groups: A Systematic Review and Meta-analysis, *JAMA Psychiatry*. 2020;77(7):694-702. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.0164

BeATDeP65+ - voorbeeld van een behandelstudie

Volume 92, Issue 4
September 2023



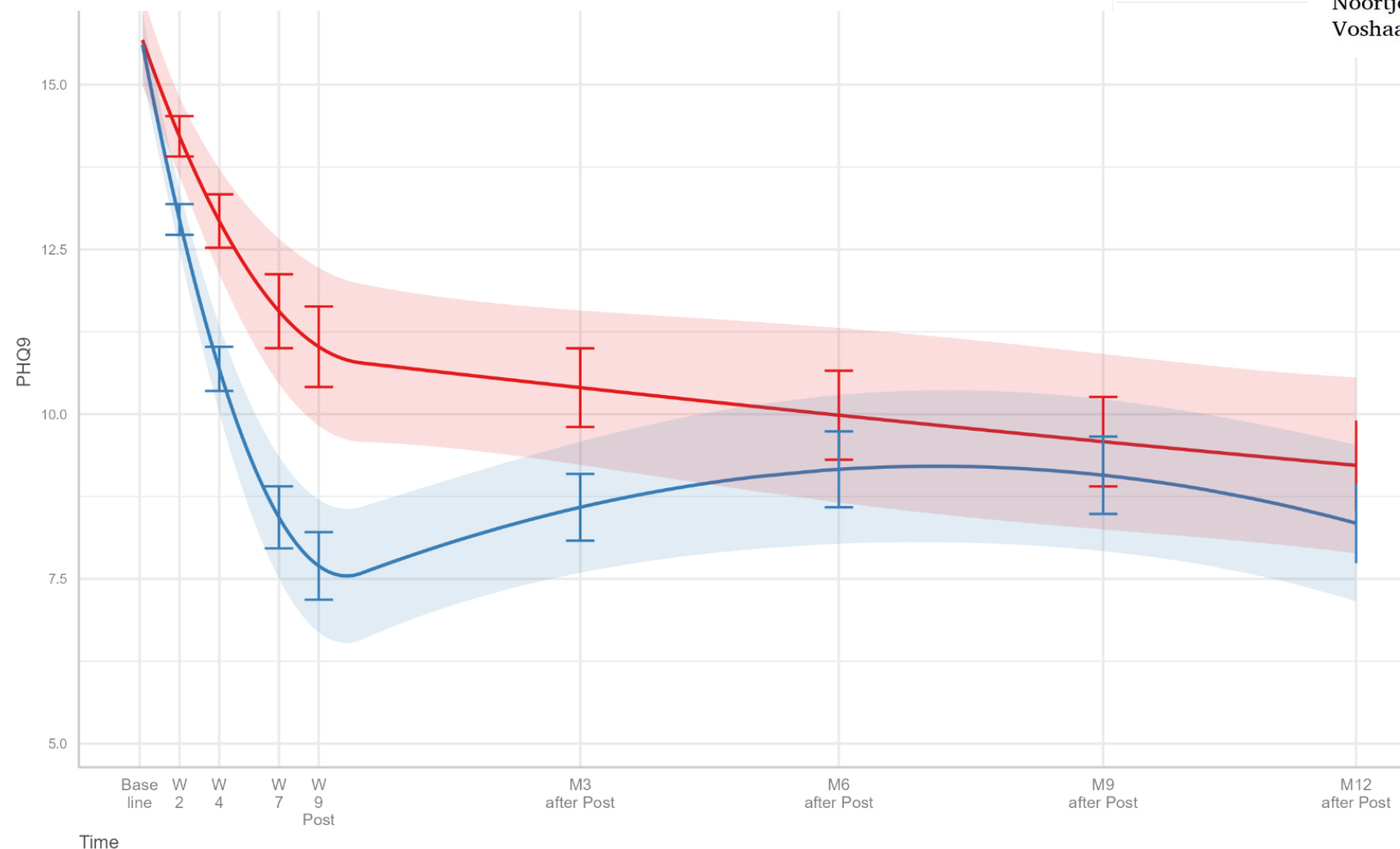
RESEARCH ARTICLES | JUNE 29 2023

Behavioural Activation versus Treatment as Usual for Depressed Older Adults in Primary Care: A Pragmatic Cluster-Randomised Controlled Trial

Special Collection: [Karger e-Journal Backfile Collection 2023](#)

Subject Area: [Psychiatry and Psychology](#)

Noortje P. Janssen ^{a,b,c,*}; Peter Lucassen ^b; Marcus J. H. Huibers; David Ekers; Theo Broekman ^b; Judith E. Bosmans; Harm Van Marwijk; Jan Spijker; Richard Oude Voshaar ^b; Gert-Jan Hendriks ^b



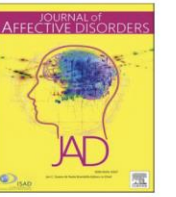
Journal of Affective Disorders 350 (2024) 665–672



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Journal of Affective Disorders

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jad



Research paper

Cost-effectiveness of behavioral activation compared to treatment as usual for depressed older adults in primary care: A cluster randomized controlled trial

Noortje P. Janssen ^{a,b,c,*}, Gert-Jan Hendriks ^{a,c}, Renate Sens ^d, Peter Lucassen ^b, Richard C. Oude Voshaar ^e, David Ekers ^f, Harm van Marwijk ^g, Jan Spijker ^{a,c}, Judith E. Bosmans ^d

- 161 deelnemers met depressie, gemiddelde leeftijd 75 jaar,
- Gedragsactivatie en standaardzorg zijn beiden effectief,
- Maar, gedragsactivatie werkt veel sneller en is niet ingewikkeld!,
- En bespaart €1.500,- per persoon!

CGT voor angststoornissen – over de levensloop



Review Article | Full Access

Meta-analysis of the influence of age on symptom change following cognitive-behavioural treatment for anxiety disorders

Tom J. Barry, Sui P. Yeung, Jennifer Y.F. Lau

First published: 31 August 2018 | <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.08.008> | Citations: 8

- 149 studies (geen OCS, geen PTSS)
- N = 8.144
 - Jeugdigen: n= 1.125 (lft. = 13 jr)
 - Volwassenen: n= 7.019 (lft. = 33,7 jr)
 - Geen ouderen
- Outcome jeugdigen < outcome volwassenen:
 - Moeite met exposure/verdragen angst
 - Moeite met herinterpretatie van negatief affect

Belangrijk!

Bevindingen sluiten aan bij outcome psychotherapie bij depressie over de levensloop.

Long-term Outcomes of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety-Related Disorders

A Systematic Review and Meta-analysis

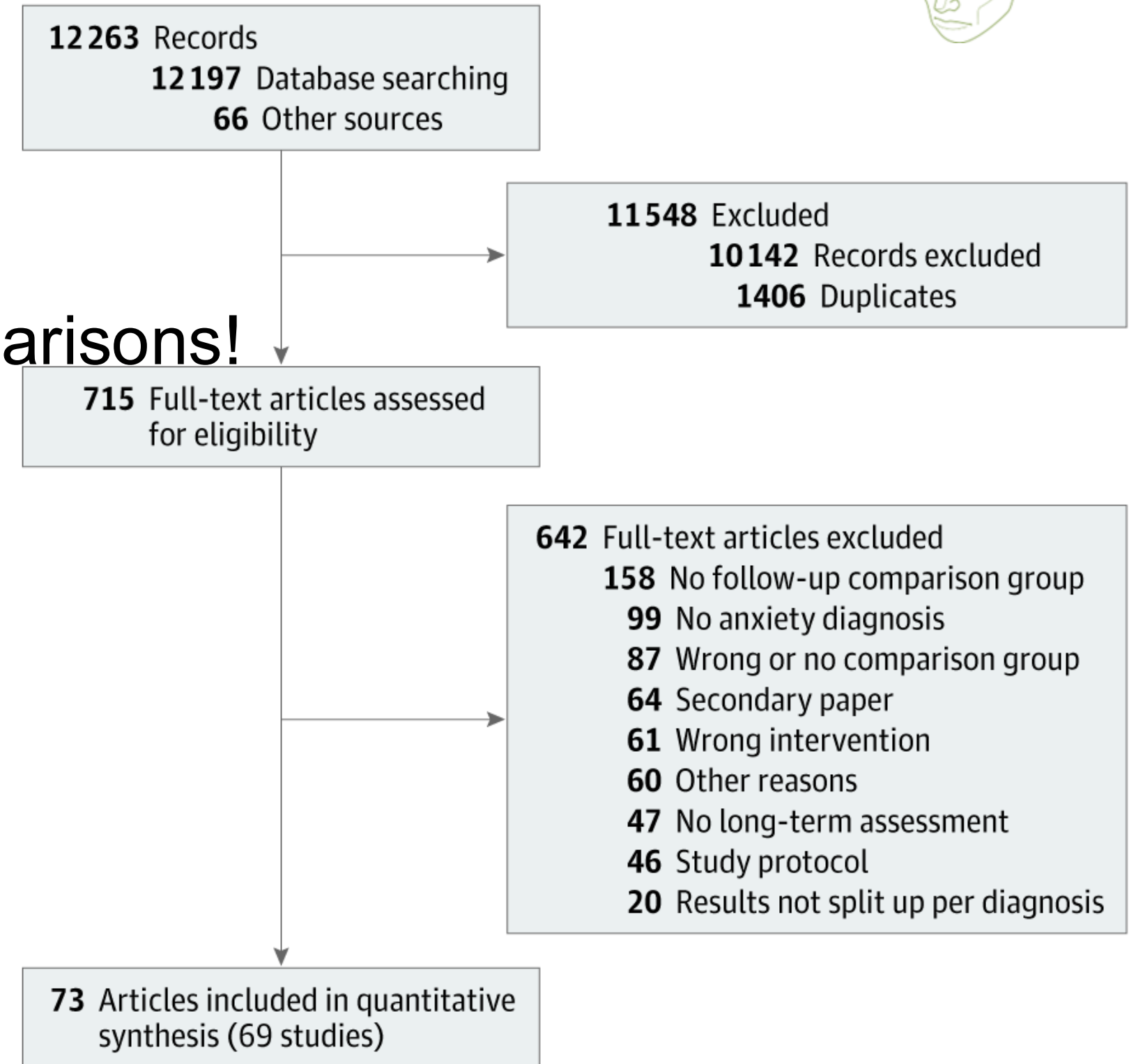
Eva A. M. van Dis, MSc¹; Suzanne C. van Veen, MSc¹; Muriel A. Hagenaars, PhD¹; [et al](#)

[» Author Affiliations](#) | [Article Information](#)

JAMA Psychiatry. 2020;77(3):265-273. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.3986



- N = 4.118
- Only RCT's with active FU-comparisons!





- Matige effectiviteit
- Wisselend beeld FU
- Consistentie van het effect wisselend bij FU
- Terugval lijkt laag (0-14%), maar weinig data
- Ruimte voor verbetering
- 2^e-, 3^e-fase studies?

Table 1. Treatment Effects (Hedges *g*), Heterogeneity Indices, and Effect Sizes Adjusted for Publication Bias Across Time

Diagnosis	<i>k</i>	Hedges <i>g</i> (95% CI)	95% Prediction Interval	(95% CI)	
				<i>I</i> ²	Adjusted Hedges <i>g</i>
At Treatment Completion					
GAD	14	0.39 (0.12 to 0.66) ^a	−0.55 to 1.33	67 (42-81)	0.34 (0.05 to 0.62) ^a
PD	13	0.22 (0.01 to 0.43) ^a	−0.30 to 0.74	29 (0-63)	0.19 (−0.02 to 0.41)
SAD	7	0.38 (0.19 to 0.57) ^a	0.04 to 0.72	11 (0-63)	0.22 (−0.01 to 0.44)
Specific phobia	3	0.49 (0.13 to 0.84) ^a	−1.80 to 2.78	0 (0-90)	0.34 (0.04 to 0.63) ^a
PTSD	30	0.72 (0.52 to 0.93) ^a	−0.26 to 1.71	74 (62-81)	0.50 (0.28 to 0.72) ^a
OCD	2	0.70 (0.29 to 1.12) ^a	NA	17 (NA)	NA
1-6 mo of Follow-up					
GAD	3	0.07 (−0.50 to 0.63) ^b	−6.48 to 6.61	73 (10-92)	NA ^c
PD	6	0.27 (−0.01 to 0.55)	−0.22 to 0.76	8 (0-64)	NA ^c
SAD	4	0.60 (0.36 to 0.85) ^a	0.06 to 1.15	0 (0-68)	NA ^c
Specific phobia	2	0.72 (0.01 to 1.44) ^a	NA	39 (NA)	NA
PTSD	24	0.67 (0.46 to 0.88) ^a	−0.19 to 1.52	63 (38-75)	0.50 (0.27 to 0.73) ^a
OCD	2	0.85 (0.47 to 1.22) ^a	NA	0 (NA)	NA
6-12 mo of Follow-up					
GAD	11	0.40 (0.13 to 0.67) ^a	−0.41 to 1.22	59 (20-79)	NA ^c
PD	9	0.35 (0.11 to 0.59) ^a	−0.08 to 0.77	12 (0-60)	NA ^c
SAD	3	0.34 (0.07 to 0.61) ^a	−1.40 to 2.08	0 (0-73)	0.22 (0.01 to 0.45) ^a
Specific phobia	0	NA	NA	NA	NA
PTSD	11	0.59 (0.42 to 0.77) ^a	0.28 to 0.90	12 (0-57)	0.55 (0.35 to 0.75) ^a
OCD	0	NA	NA	NA	NA
≥12 mo of Follow-up					
GAD	10	0.22 (0.02 to 0.42) ^a	−0.18 to 0.61	18 (0-59)	NA ^c
PD	5	0.14 (−0.19 to 0.47) ^b	−0.40 to 0.67	0 (0-64)	NA ^c
SAD	3	0.42 (0.04 to 0.79) ^a	−2.00 to 2.83	0 (0-73)	NA ^c
Specific phobia	1	NA	NA	NA	NA
PTSD	5	0.84 (0.03 to 1.64) ^a	−2.13 to 3.80	88 (71-93)	0.54 (−0.20 to 1.29)
OCD	0	NA	NA	NA	NA

Abbreviations: GAD, generalized anxiety disorder; *k*, number of studies; NA, not applicable; OCD, obsessive-compulsive disorder; PD, panic disorder with or without agoraphobia; PTSD, posttraumatic stress disorder; SAD, social anxiety disorder.

^a Effect sizes that are statistically significant (*P* < .05).

^b Post hoc statistical power beneath 80% (*α* = .05).

^c No adjustment for publication bias based on the trim and fill procedure of Duval and Tweedie.³⁶

Psychotherapie bij jongere (werkend) en oudere volwassenen (pensioen)(Chaplin et.al., Int.J.Ger.Psych., 2015)

Ondanks I-APT-inspanningen wordt de oudere leeftijd in verband gebracht met een driemaal zo hoog risico om niet te worden doorverwezen als werkende volwassenen.

Table 1 Experiences and outcomes of people of working age and older adults of psychological therapies

	Working age adults		Older adults		Significance	Odds ratio (95% CI)
Number referred for therapy	114 741	(93.6%)	7786	(6.4%)		
General Population	34 882 472	(79.9%)	9 223 073	(20.9%)		3.90 (3.81–3.99)
Numbers expected in morbidity adjusted sample	106 804	(87.0%)	15 936	(13.0%)		2.20 (2.14–2.26)
Diagnosis	48 148		2 458			
Depressive disorders	13 160	(32.5%)	790	(32.2%)	Not significant	
Generalised anxiety disorder	4865	(12.0%)	389	(15.9%)	$\chi^2 = 31.8, p < 0.0001$	
Mixed anxiety and depressive disorders	11 737	(29.0%)	669	(27.3%)	Not significant	
Number (%) completing therapy, whole sample	55 796/114 741 (48.6%)		4642/7786 (59.6%)		$\chi^2 = 392, p < 0.0001$	1.56 (1.49–1.63)
Number (%) dropping out, whole sample	28 195/114 741 (24.6%)		970/7786 (12.5%)		$\chi^2 = 352, p < 0.0001$	2.19 (2.04–2.34)
Number (%) completing therapy, those reaching clinical caseness	42 476/69 393 (61.2%)		3064/4150 (73.8%)		$\chi^2 = 265, p < 0.0001$	1.79 (1.67–1.91)
Number (%) dropping out, those reaching clinical caseness	15 622/69 393 (22.5%)		394/4150 (9.5%)		$\chi^2 = 390, p < 0.0001$	2.77 (2.49–3.08)
Waiting for assessment < 13 weeks	104 540/113 822 (91.8%)		7243/7744 (93.5%)		$\chi^2 = 27.6, p < 0.0001$	1.37 (1.24–1.50)
Waiting for treatment < 18 weeks	90 726/100 206 (90.5%)		6353/6854 (92.7%)		$\chi^2 = 34.8, p < 0.0001$	1.33 (1.21–1.45)
Individual therapy only	11 579/12 977 (90.4%)		1146/1305 (87.8%)		$\chi^2 = 11.7, p = 0.0006$	1.15 (0.965–1.37)
Group therapy only	724/12 997 (5.6%)		103/1305 (7.9%)		$\chi^2 = 11.6, p = 0.0007$	1.45 (0.965–1.80)
Treatment sessions: mean (range)	4.8 (0–600)		4.6 (0–90)		Wilcoxon $p = 0.982$	
Baseline: met criteria for clinical caseness	69 553/78 206 (88.9%)		4157/5219 (79.7%)		$\chi^2 = 409.9, p < 0.0001$	2.05 (1.91–2.21)
Treatment outcome 'recovered' (on those only who met initial criteria for caseness)	28 914/63 499 (45.5%)		2248/3841 (58.5%)		$\chi^2 = 245, p < 0.0001$	1.69 (1.56–1.80)
Treatment outcome 'recovered' or 'reliably improved' (on those only who met initial criteria for caseness)	37 086/63 499 (58.4%)		2626/3841 (68.4%)		$\chi^2 = 148, p < 0.0001$	1.54 (1.44–1.65)
Satisfied with waiting time	8500/12 956 (65.6%)		1008/1294 (77.9%)		$\chi^2 = 79.5, p < 0.0001$	1.85 (1.61–2.12)
Therapy helped me understand my difficulties	11 522/12 993 (88.7%)		1156/1297 (89.1%)		$\chi^2 = 0.44, p = 0.50$	1.05 (0.871–1.26)
Therapy helped me cope with my difficulties	10 733/12 972 (82.7%)		1085/1293 (83.9%)		$\chi^2 = 1.06, p = 0.30$	1.09 (0.932–1.27)
I am receiving the right number of sessions	8630/12 831 (67.3%)		887/1265 (70.1%)		$\chi^2 = 28.4, p < 0.0001$	1.14 (1.01–1.30)
If I have similar difficulties in the future, I would have this therapy again	10 813/12 935 (83.3%)		1068/1298 (82.2%)		$\chi^2 = 1.38, p = 0.240$	1.10 (0.945–1.27)

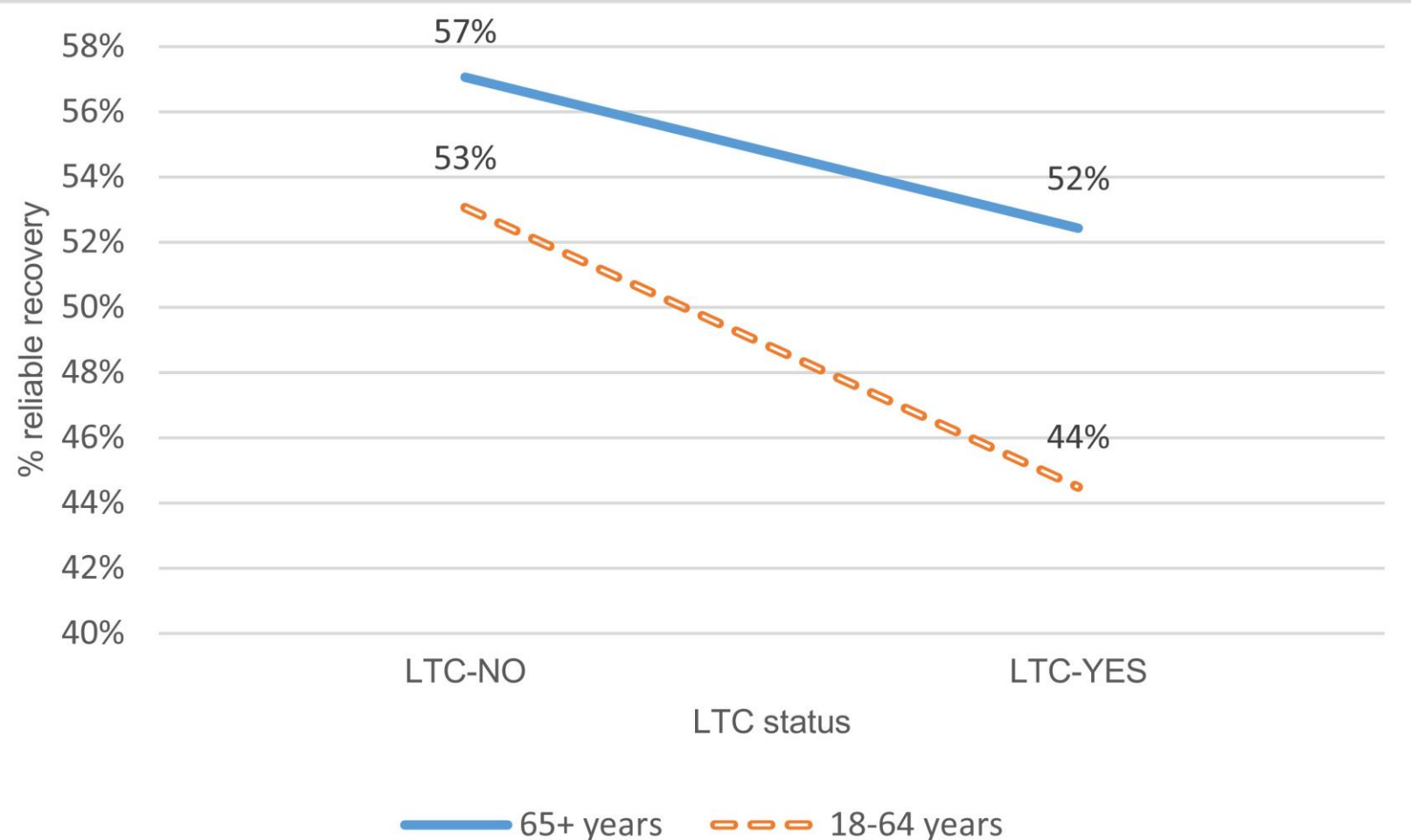
Research paper

Older adults respond better to psychological therapy than working-age adults: evidence from a large sample of mental health service attendees.

Rob Saunders ^{a,1} , Joshua E.J. Buckman ^{a,b,1}, Joshua Stott ^c, Judy Leibowitz ^b,
Elisa Aguirre ^d, Amber John ^c, Glyn Lewis ^e, John Cape ^a, Stephen Pilling ^{a,f},
NCEL network ²

[Show more](#) 

I-APT Leeftijdseffecten psychotherapie



Highlights

- There is a belief that older people do not benefit from psychological interventions.
- Older people had less severe symptoms pre-treatment compared to working-age people.
- Clinical improvement was more likely and attrition less likely among older patients.
- Effects held when adjusting for all baseline characteristics and treatment factors.
- Age-group effects were largest for those with LTCs or anxiety disorders.

Update FT - 2025

Implications of all the available evidence

The small number of studies and the risk of bias affects the certainty of evidence for treatment of anxiety in older adults. However, the results support the first-line use of antidepressants, with low and very low certainty of evidence for other drug classes. Findings from this study inform recommendations on first-line and second-line treatments, and clinical practice guidelines that support clinicians, patients, and caregivers in making informed decisions about the use of pharmacotherapy for anxiety in older adults.

- Weinig studies
- In 13 jr slechts 3 studies meer
- Ondersteund effectiviteit van SSRI's/SNRI's
- SSRI's > SNRI's
- 40% heeft respons, bij 18-65 is dat 40-65%
- Weinig ondersteuning voor andere psychofarmaca
- Geen data oudste ouderen/frailty

Articles

Pharmacological treatment of anxiety in older adults: a systematic review and meta-analysis

Sarah E Neil-Sztramko PhD ^{a,b}, AnneMarie Levy PhD ^e, Prof Alastair J Flint ^f, Zahra Goodarzi MD ^g,
^{h,i}, Amy Gough MD ^j, Shanna C Trenaman PhD ^k, Prof Michael Van Ameringen MD ^c,
Erica Weir MD ^l, Anthony Yeung MD ^m, Mahnoor R Akram MScPT ⁿ, Titus A Chan MSW ⁿ, Sébastien
Grenier PhD ^{o,p}, Heli Juola MSW ^q, Juliette Mojgani HBSc ⁿ, Kristin Reynolds PhD ^r,
Carly Whitmore PhD ^d, Andrea Iaboni MD ^{e,f}  

Added value of this study

This systematic review is the first since 2012 to synthesise the evidence for pharmacological treatment of anxiety symptoms and disorders in older adults across multiple drug classes, and to include a rigorous assessment of the certainty of evidence. The evidence supports the efficacy and safety of antidepressants for first-line treatment of anxiety in older adults. Antidepressants demonstrate the strongest evidence for treating anxiety disorders and alleviating symptoms of anxiety, in terms of effectiveness across primary and secondary outcomes and in terms of safety and tolerability in this population. The review highlights the paucity of evidence for interventions such as antipsychotics, gabapentinoids, and benzodiazepines, which is important given the risk-benefit considerations associated with their use in this population. We also identified important gaps in evidence, including few recent studies that address treatment-resistant anxiety or severe anxiety disorders and the limited generalisability of the current evidence for anxiety treatment in elderly people aged 85 years or older and those with frailty.

Cognitive behavioural therapy and third-wave approaches for anxiety and related disorders in older people (Review)

Hendriks GJ, Janssen N, Robertson L, van Balkom AJ, van Zelst WH, Wolfe S, Oude Voshaar RC, Uphoff E

Hendriks G-J, Janssen N, Robertson L, van Balkom AJ, van Zelst WH, Wolfe S, Oude Voshaar RC, Uphoff E. Cognitive behavioural therapy and third-wave approaches for anxiety and related disorders in older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2024, Issue 7. Art. No.: CD007674. DOI: [10.1002/14651858.CD007674.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD007674.pub3).

- Evidence suggests that cognitive behavioural therapy (CBT) may reduce anxiety severity right after treatment compared to minimal management. However, the lessening in anxiety severity may not be sustained and, at six months, there may be no difference between treatments.
- Due to a lack of evidence, we do not know if CBT is more or less effective than other psychological treatments.
- Larger, well-designed studies are needed to determine whether older people with anxiety issues who receive CBT recover fully or show an improvement in symptoms.

Resultaten - samengevat

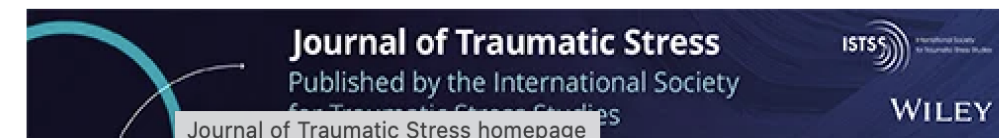
- 21 RCTs: n = 1.234
 - 10 GAS
 - 9 gemengd
 - 1 PDA, 1 Hoarding
- 2 RCTs PTSS
- Overall kleine studies: range 9-180 pps
- Heterogeniteit
- RoB: blinding, drop-out,
- Age range: 62-79 jr (gem. = 70 yrs)
- Vrouw: 70%
- Middelmattige reductie angst: SMD = -0.52
- Idem voor depressie: SMD = -0.57
- Idem voor piekeren: SMD = -0.65
- Geen verschil tussen aangepast vs niet-aangepast

Posttraumatische stressstoornis (PTSS) bij ouderen

- PTSS komt voor bij 0.4–4.5% van ouderen, hogere prevalentie bij veteranen.
- Veel ouderen hebben levenslange blootstelling aan trauma, vaak niet (h)erkend.
- Symptomen: herbelevingen, vermijding, negatieve cognities, hyperarousal.
- Maar, nauwelijks behandeldata!!

Diagnostiek en symptoomprofielen

- Diagnostiek complexer door cognitieve/sensorische beperkingen.
- Symptomen kunnen minder uitgesproken zijn of worden ondergerapporteerd.
- Symptomen kunnen heropleven bij verlies, ziekte of pensionering (late-onset PTSS).
- Lunney et al. (2014): ouderen rapporteren soms minder hyperarousal en afvlakking, m.n. ouderen mannen rapporteren lagere totaalscores
- Herbelevingen mogelijk minder, of juist weer actueel door levensgebeurtenissen.
- Zelfrapportages (PCL-5) kunnen afwijken van klinische beoordeling (CAPS-5):
 - Minder leeftijdsverschil op PCL-5 ivm CAPS-5



Research Article | [Full Access](#)

Comparison of Clinician- and Self-Assessments of Posttraumatic Stress Symptoms in Older Versus Younger Veterans

Carole A. Lunney, Paula P. Schnurr✉, Joan M. Cook

First published: 02 April 2014 | <https://doi-org.ru.idm.oclc.org/10.1002/jts.21908> | Citations: 10

Vrouwen en PTSS op latere leeftijd



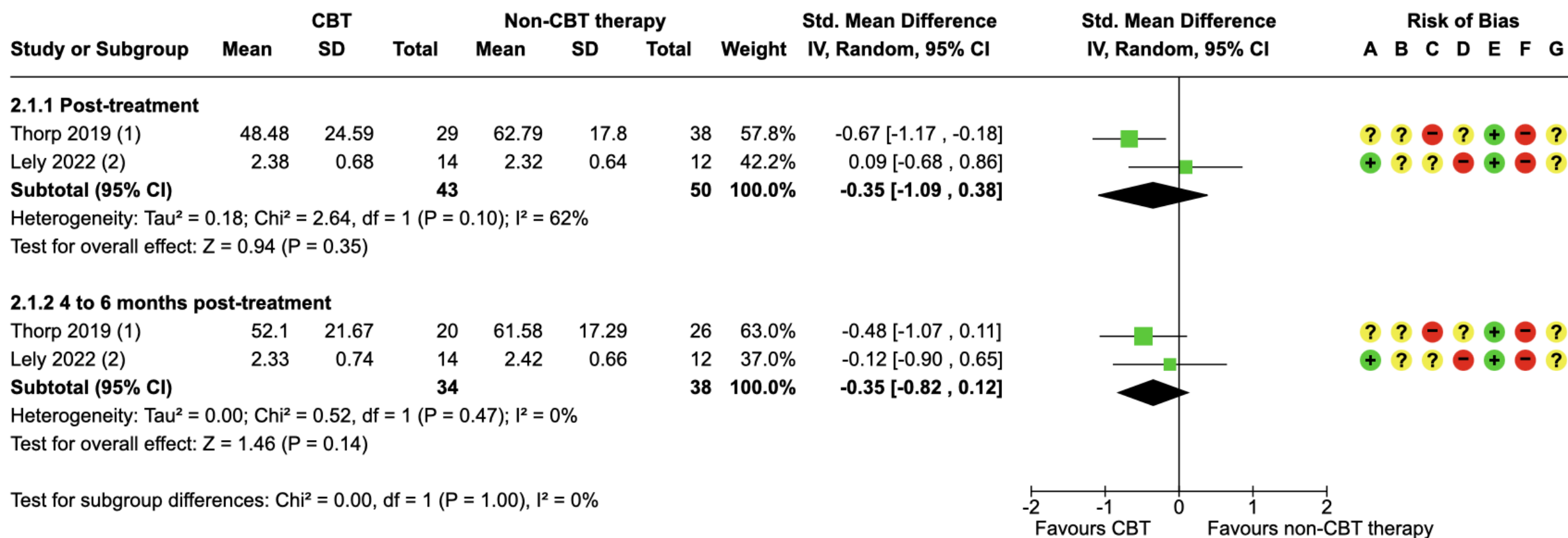
- Cook et al. (2011): vrouwen 65+ rapporteren lagere prevalentie, maar ernstige gevolgen.
- Seksueel geweld op jonge leeftijd kan decennia later tot PTSS leiden.
- Zorgprofessionals herkennen dit vaak niet; belang van screenen en trauma-kennis.

Cook JM, Dinnen S, O'Donnell C. Older women survivors of physical and sexual violence: a systematic review of the quantitative literature. J Womens Health (Larchmt). 2011 Jul;20(7):1075-81. doi: 10.1089/jwh.2010.2279. Epub 2011 Jun 13. PMID: 21668378; PMCID: PMC3130511.

Behandeling: trauma-gerichte psychotherapie

- Trauma-focused therapies (zoals PE, CPT, EMDR) zijn effectief bij volwassenen.
- Weinig directe studies bij ouderen, maar wel veelbelovend.
- Cochrane (2024): CBT effectief bij angststoornissen bij ouderen; bewijs voor PTSS beperkt.

PTSD – outcome angst



Footnotes

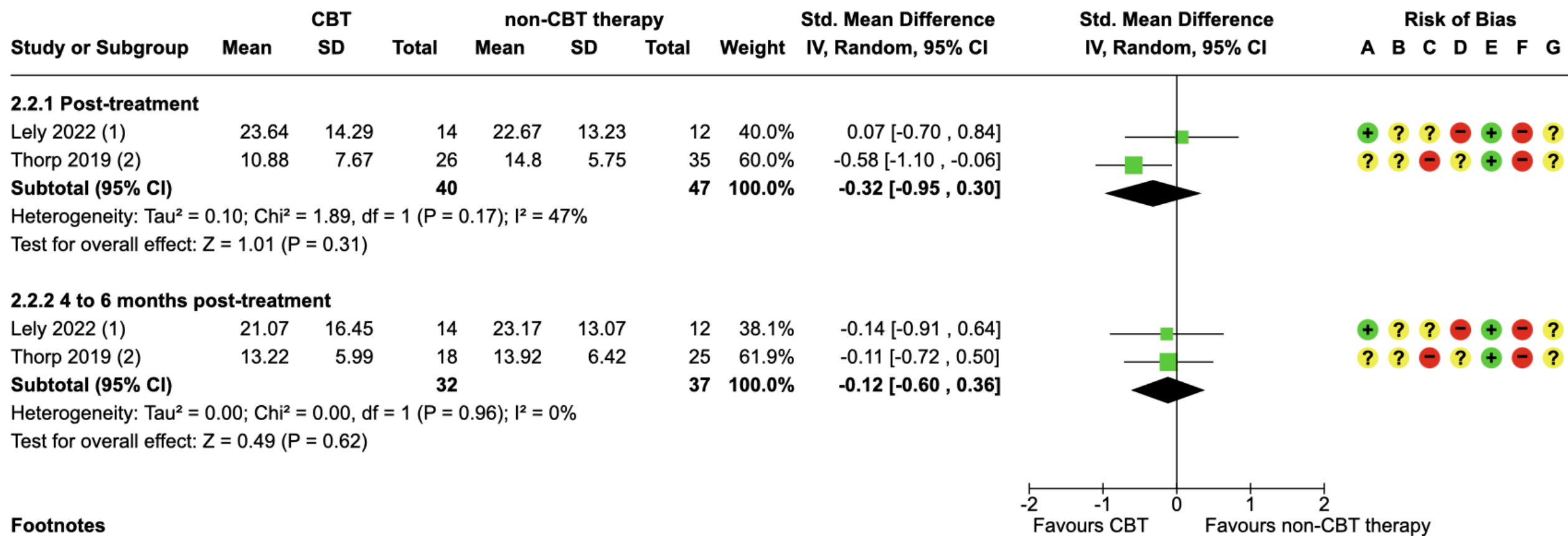
- (1) Comparator is relaxation therapy
(2) Comparator is present-centred therapy

Risk of bias legend

- (A) Random sequence generation (selection bias)
(B) Allocation concealment (selection bias)
(C) Incomplete outcome data (attrition bias)
(D) Selective reporting (reporting bias)
(E) Other bias
(F) Blinding of participants and personnel (performance bias)
(G) Blinding of outcome assessment (detection bias)

Comparison 2: CBT versus other psychological therapies for anxiety disorders (PTSD only), Outcome 1: Reduction in anxiety severity

PTSD – outcome depressie



Footnotes

(1) Comparator is present-centred therapy

(2) Comparator is relaxation therapy

Risk of bias legend

(A) Random sequence generation (selection bias)

(B) Allocation concealment (selection bias)

(C) Incomplete outcome data (attrition bias)

(D) Selective reporting (reporting bias)

(E) Other bias

(F) Blinding of participants and personnel (performance bias)

(G) Blinding of outcome assessment (detection bias)

Comparison 2: CBT versus other psychological therapies for anxiety disorders (PTSD only), Outcome 2: Symptoms of depression

Behandeling: medicatie versus psychotherapie

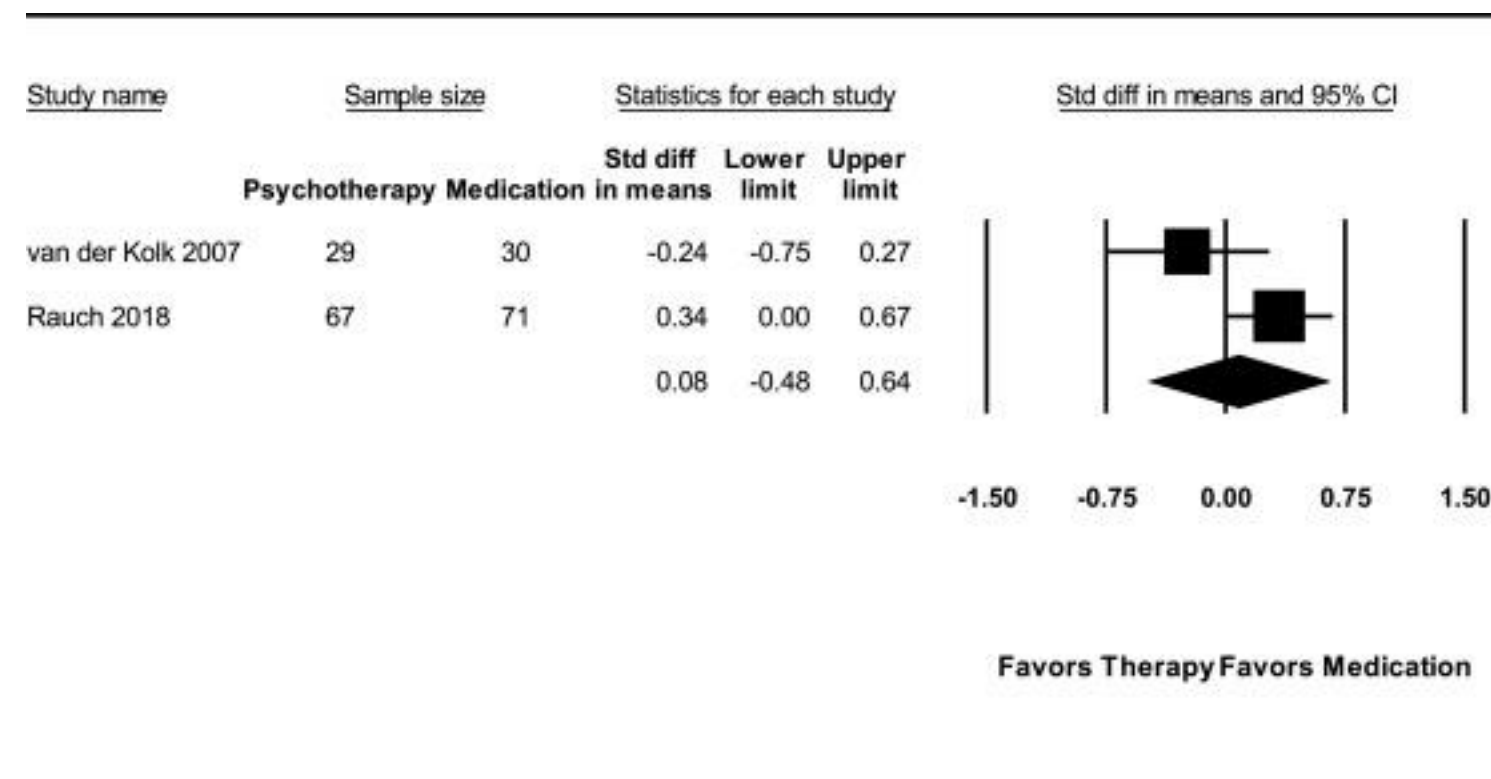


Psychiatry Research

Volume 282, December 2019, 112637



- Sonis & Cook (2019): onvoldoende bewijs dat medicatie beter werkt dan psychotherapie.
- Trauma-gerichte psychotherapie wordt aanbevolen als eerste keuze behandeling.
- SSRIs/SNRIs soms effectief, maar vaak bijwerkingen bij ouderen.

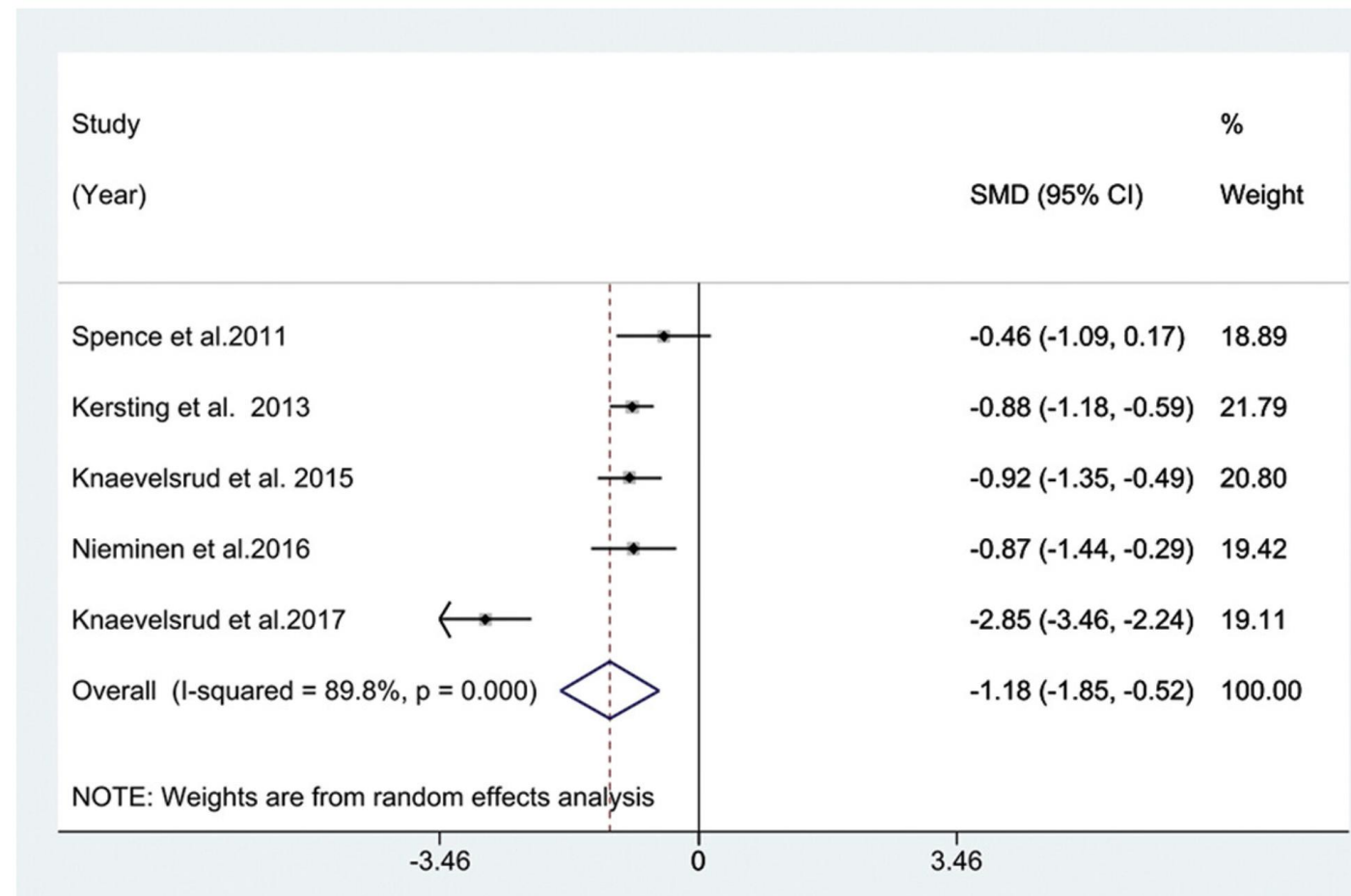


Highlights

- Four trials comparing a trauma-focused psychotherapy to a medication were identified.
- Two of those trials were rated high risk of bias.
- There was no difference in PTSD symptom change between medication and psychotherapy.
- The wide confidence interval indicates uncertainty about the true effect magnitude.
- There is insufficient evidence to determine comparative effectiveness.

Internet – CGT bij PTSS

Figure 2. Forest plot including studies that assessed the efficacy of I-CBT in reducing PTSD scores.



The efficacy of internet-delivered cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder according to the mean age of patients: a systematic review and meta-analysis

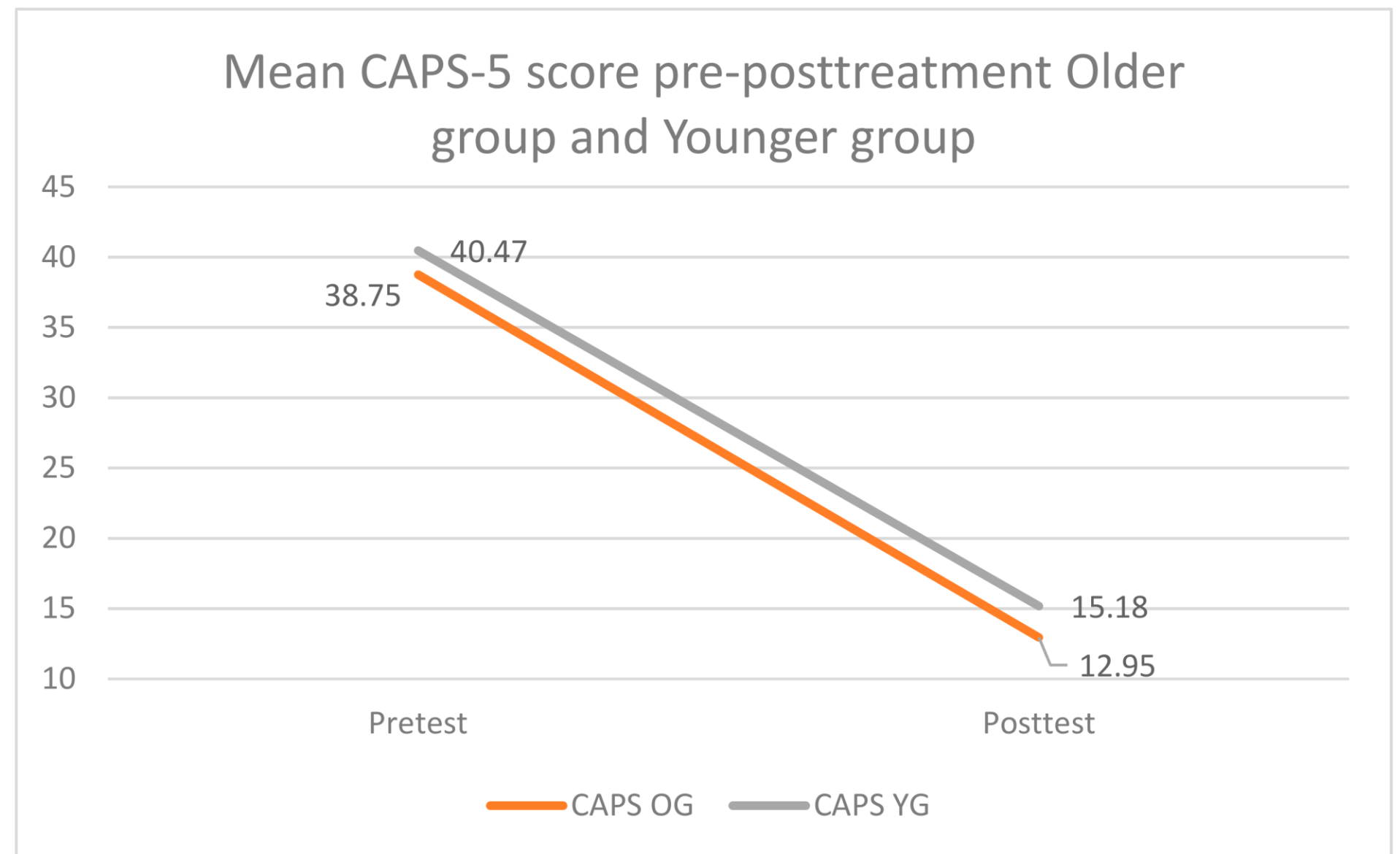
Jéssica Meirelles Paiva, Marina dos Santos Melani, Elisa Schoenche Nunes Marques, Cheyenne von Arcosy, Evandro Silva Freire Coutinho, Paula Ventura & William Berger

To cite this article: Jéssica Meirelles Paiva, Marina dos Santos Melani, Elisa Schoenche Nunes Marques, Cheyenne von Arcosy, Evandro Silva Freire Coutinho, Paula Ventura & William Berger (2024) The efficacy of internet-delivered cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder according to the mean age of patients: a systematic review and meta-analysis, Psychology, Health & Medicine, 29:4, 683-697, DOI: [10.1080/13548506.2023.2292478](https://doi.org/10.1080/13548506.2023.2292478)

- 5 RCT's, n= 579
- i-CBT vs WL
- Gem lft = 28 – 72jr
- Geen invloed van leeftijd op effectiviteit
- Echter: slechts één studie ouderen: Knaevelsrud 2017 (kind-/jeugdtrauma WO II, gem lft 72 jr (SD= 5 jr), n = 94, drop-out= 9,6%)

Tot slot – Psytrec studie

- *Gielkens et al, 2021*
- *J. Clin. Med.* **2021**, 10(6), 1246; <https://doi.org/10.3390/jcm10061246>
- 2 x n = 62 (18-59 jr vs 60-78 jr)
- FU 6 mnd: effect bleef behouden



Conclusie update CGT bij ouderen

- Het slechte bericht anno 2025:
 - Nog steeds onderbelicht
 - Ook bij PTSS, ondanks klinische relevantie
 - Schrijnend tekort aan goede behandelstudies overall
- Het goede bericht anno 2025:
 - De beschikbare data wijzen in dezelfde richting als bij 65-minners
 - Geen aanwijzingen voor geringere effectiviteit CGT bij ouderen
 - Leeftijdseffect vooral bij kinderen/jeugdigen: CGT 18- < CGT 18-65/65+
 - Somatische comorbiditeit niet sterk verstorend.
 - CGT heeft als voordeel dat het, om effectief te zijn, altijd gepersonaliseerd moet worden.
- Aanbevelingen:
 - Belang van gerichte diagnostiek (biases), training van behandelaren.
 - Belangrijke aandachtspunten: comorbiditeit, levensfase, fysieke beperkingen.
 - Therapeutische relatie, tempo en structuur cruciaal bij ouderen (Focusgroepen gedragsactivatie ouderen)



Pless Kaiser, A., Cook, J. M., Glick, D. M., & Moye, J. (2018). Posttraumatic Stress Disorder in Older Adults: A Conceptual Review. *Clinical Gerontologist*, 42(4), 359-376. <https://doi-org.ru.idm.oclc.org/10.1080/07317115.2018.1539801>