

HELENA ESPÍRITO-SANTO
FERNANDA DANIEL
(COORDS.)

IMPrensa DA
UNIVERSIDADE
DE COIMBRA
COIMBRA
UNIVERSITY
PRESS

TRAJETOS DO ENVELHECIMENTO

PERSPETIVAS TEÓRICAS E EMPÍRICAS



3. ENVELHECIMENTO E SAÚDE MENTAL

I: ANSIEDADE

*Helena Espírito-Santo, Inês Torres-Pena,
Nair Carolino, Bárbara Monteiro,
Laura Lemos e Ana Galbardo*

INTRODUÇÃO

A ansiedade foi definida por Freud (1916/1963) como um estado emocional que incluía sentimentos de «atenção sensorial», tensão motora, nervosismo e preocupação, acompanhados por ativação fisiológica. Com base na perspectiva evolucionista de Darwin, Freud apontou que a ansiedade tinha uma função adaptativa, pois motivava comportamentos que permitiam lidar com situações de perigo.

Com efeito, a ansiedade constitui uma emoção humana, com uma função adaptativa, possibilitando que o organismo se prepare ou evite situações desafiantes, ameaçadoras ou perigosas, tendo, assim, um papel de alerta e de defesa. No entanto, quando esta emoção se torna excessiva, intensa e/ou duradoura, interferindo com o funcionamento e tornando-se invalidante, poderá constituir-se como patológica, manifestando-se numa variedade de sintomas cognitivos, vegetativos e comportamentais (American Psychiatric Association [APA], 2013/2014; Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988; ver Quadro 1).

As diversas perturbações ansiosas apresentam como denominador comum o medo e ansiedade patológica, porém diferem no seu objeto ou situação temida (APA, 2013/2014). Em pessoas de idade avançada, as perturbações ansiosas são frequentes, contudo, a sua deteção e diagnóstico são processos complexos, dada a comorbilidade com doenças físicas e declínio cognitivo, sendo ainda de realçar a diversidade existente na expressão dos sintomas, quando comparada com idades mais novas (Andreas et al., 2017; Beekman et al., 2000; Gellis, Kim, & McCracken, 2008; Wolitzky-Taylor, Castriotta, Lenze, Stanley, & Craske, 2010).

QUADRO 1
Categorias de sintomas da ansiedade patológica

Cognitivos	Vegetativos	Comportamentais
Apreensão	Aperto do peito ou dificuldade em respirar	Andar/mexer inquietamente
Antecipação de sofrimento/perigo	Arrepios ou sensação de calor	Evitamento
Amplificação do perigo	Cansaço ou fraqueza muscular	Fuga
Crenças irrealistas	Frequência urinária	Repetição de ações
Desrealização	<i>Globus hystericus</i>	
Despersonalização	Hiperventilação	Uso de objeto
Dificuldade de concentração	Náusea ou desconforto abdominal	contrafóbico
Hipervigilância	Palpitações ou aceleração dos batimentos cardíacos	Verificação
Medo de enlouquecer	Parestesias	
Medo de perder o controlo	Sudação	
Medo de morrer	Tensão muscular	
Preocupação	Tonturas ou sensação de cabeça vazia	
Ruminação	Tremor	

Nota. Os sintomas assinalados em negrito mostraram-se prevaletentes em idosos de várias culturas (Dong, Chen, & Simon, 2014; Hermans, Beekman, & Evenhuis, 2013; Pachana, McLaughlin, Leung, Byrne, & Dobson, 2012; Starkstein, Jorge, Petracca, & Robinson, 2007; Wetherell et al., 2009).

Neste contexto, o presente capítulo procura abordar os aspetos caracterizadores destas perturbações na idade avançada.

A ANSIEDADE NA IDADE AVANÇADA

A natureza da ansiedade na idade avançada tem vindo a ser definida de forma diversa, com alguns autores a defenderem a existência de uma diferença qualitativa quando comparada com as idades mais jovens (e.g., Flint, 2005; Kreitler, 2017) e outros a tomar a defesa da ideia oposta (e.g., Wetherell, Maser, & van Balkom, 2005). Jeste, Blazer e First (2005), por exemplo, consideram que muitas expressões sintomatológicas das perturbações ansiosas podem variar com a idade, sendo ainda de considerar que estas se podem confundir com outros sintomas decorrentes da comorbilidade com doenças físicas, mais frequentes na idade avançada.

Nas descrições e definições mais recentes, esta controvérsia parece estar resolvida, assumindo-se a ansiedade em pessoas de idade avançada como contendo características diferentes. Por exemplo, na quinta edição do *Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais* (DSM-5; APA, 2013/2014), os critérios e as características descritivas foram alvo de revisão, por forma a facilitar o processo de deteção das perturbações de ansiedade na idade avançada. Wetherell e colaboradores (2009) verificaram que pessoas de idade avançada são menos precisas a identificar os sintomas de ansiedade, em comparação com indivíduos de outras faixas etárias. Ainda neste contexto, Brenes (2006) verificou que pessoas de idade avançada tendem a apresentar menores níveis de preocupações, ainda que sem diferenças quanto aos sintomas cognitivos e afetivos, quando comparados com indivíduos mais novos. No mesmo sentido, Crittendon e Hopko (2006) e Miloyan e Pachana (2015) constataram que as preocupações tendem a diminuir com a idade, sendo que o conteúdo destas também apresenta alterações, com os indivíduos de idade avançada a preocuparem-se mais com a saúde e família e menos com o trabalho e finanças (Lindesay et al., 2006). Corroborando esta ideia, Kvaal, Ulstein, Nordhus e Engedal (2005) indicam que os

sintomas de ansiedade podem refletir sentimentos de insegurança, particularmente em pessoas com doença e/ou maior fragilidade. Na sua revisão, Bassil, Ghandour e Grossberg (2011) acrescentam que pessoas de idade avançada tendem, frequentemente, a confundir os sintomas ansiosos com situações físicas, expressando-os mais como problemas somáticos ou físicos do que como sofrimento psicológico, pelo que estes são, por vezes, ignorados também nos cuidados de saúde primários.

Como referido, a ansiedade na idade avançada apresenta características diferentes, sendo ainda evidente uma alteração na sua intensidade com o avançar da idade. Num estudo baseado em dados do *Swedish Adoption/Twin Study of Ageing*, os investigadores verificaram que os níveis de ansiedade declinam durante a transição da meia-idade para os 65 anos, seguindo-se de um aumento moderado até alcançar um *plateau* aos 80 anos (Lee, Gatz, Pedersen, & Prescott, 2016). Ao analisar a possível existência de diferenças entre sexos relativamente aos sintomas ansiosos, os autores identificaram que as mulheres reportam níveis mais elevados de ansiedade comparativamente com os homens (Lee et al., 2016).

PERTURBAÇÕES ANSIOSAS E SUA EPIDEMIOLOGIA NA IDADE AVANÇADA

As perturbações ansiosas no adulto, segundo o *Manual Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (DSM-5, APA, 2013/2014), incluem fobia específica, perturbação de ansiedade social (PAS), perturbação de pânico, agorafobia e perturbação da ansiedade generalizada (PAG). As perturbações obsessivo-compulsivas (POC) e a perturbação de stresse pós-traumático (PSPT) são classificadas em categorias separadas e individualizadas, no entanto, face à sua componente ansiosa, optou-se por mantê-las nesta descrição.

Segundo a World Health Organization (2017), estima-se que as perturbações da ansiedade afetam 3,8% da população idosa, apresentando uma prevalência inferior à encontrada na população mais jovem (Baxter, Scott, Vos, & Whiteford, 2012; Gellis et al., 2008). A prevalência de sintomas ansiosos, que não preenchem os critérios para o diagnóstico de uma perturbação ansiosa, pode variar entre os 20-29% (Davis, Moye, & Karel, 2002; Lenze et al., 2005). No mesmo sentido, numa revisão da literatura realizada entre 1980 e 2007, Bryant, Jackson e Ames (2008) encontraram prevalências destas perturbações que variam entre os 15% e os 52,3% na comunidade em geral e entre os 15% e os 56% em amostras clínicas.

De seguida, serão descritas, de forma mais detalhada, algumas características específicas das perturbações ansiosas elencadas anteriormente.

A **fobia específica** caracteriza-se pelo medo ou ansiedade relativamente a um objeto ou situação específica, estando presentes comportamentos de evitamento ou confrontação, sendo que nesta última tendem a surgir elevados níveis de medo ou ansiedade. A prevalência encontrada nesta perturbação é inferior em indivíduos de idade avançada quando comparada com indivíduos de outras idades. Ainda assim, esta perturbação encontra-se presente nas perturbações ansiosas mais frequentes na idade avançada, variando entre 2,1% e 11,5% (APA, 2013/2014; Chou, 2009; Gum, King-Kallimanis, & Kohn, 2009; Kirmizioglu, Doğan, Kuğu, & Akyüz, 2009; Wolitzky-Taylor et al., 2010), apesar de o início ser tendencialmente prévio à idade avançada (Lindesay, 1991). Ainda neste contexto, verifica-se uma maior prevalência desta perturbação no sexo feminino (Chou, 2009; Sigström et al., 2011). Nesta faixa etária, as situações mais temidas são as relacionadas com quedas, chegando a ascender aos 60% em pessoas que já caíram e a 30% entre as que não apresentam história de quedas, sendo mais prevalentes no sexo feminino e aumentando com a idade (Aggarwal, Kunik, & Asghar-Ali, 2017; Bassil et al., 2011). Outros estudos referem como mais frequentes os medos de

relâmpagos e de alturas (41-70 anos; Fredrikson, Annas, Fischer, & Wik, 1996), de animais e de ocorrências do ambiente natural (Sigström et al., 2011). No estudo de Sigström e colaboradores (2011), a maioria das fobias reportadas entre as pessoas de idade avançada correspondem a fobias cujo início se havia verificado em idades mais jovens (92,3%). Outro aspeto a ter em conta nas fobias específicas nesta faixa etária é a sua associação com situações médicas em comorbilidade (APA, 2013/2014), incluindo obesidade, hipertensão, taquicardia e artrite (Chou, 2009; El-Gabalawy, Mackenzie, Pietrzak, & Sareen, 2014), pós-Acidente Vascular Cerebral (AVC) (revisão de Campbell Burton et al., 2012) e, também, com perturbações mentais, como depressão, POC, ataques de pânico ou fobia social (APA, 2013/2014; Sigström et al., 2011). Finalmente, há que notar que parece ser típico esta população não procurar ajuda para estas perturbações (Byers, Arean, & Yaffe, 2012).

Na perturbação de **ansiedade social** são temidas ou evitadas situações sociais em que existe a exposição ao escrutínio dos outros, temendo o indivíduo uma avaliação negativa por parte destes. Assim, este tipo de situações tende a ser evitado ou enfrentado com elevados níveis de ansiedade. Na terceira idade, as taxas de prevalência da ansiedade social tendem a diminuir (2% a 5% aos 12 meses; APA, 2013/2014; Byers, Yaffe, Covinsky, Friedman, & Bruce, 2010; Cairney et al., 2007). Volkert, Schulz, Härter, Wloldarczyk e Andreas (2013) encontraram um valor de 1,3% (IC 95%: 1,18-1,44%) na sua revisão de 25 estudos referentes a idosos de 15 países ocidentais. Este valor dizia respeito a pessoas que sofriam de ansiedade social desenvolvida já na idade avançada. Em idades avançadas, há que ter em atenção que a ansiedade social tende a ser expressa de forma menos intensa, mas relativamente a uma maior variedade de situações. Entre as situações que podem ser tidas como embaraçosas incluem-se a incapacidade auditiva ou visual e a manifestação sintomática de algumas doenças (e.g., tremor, incontinência, inclinação postural) (APA, 2013/2014).

A ansiedade social pode também decorrer de um AVC (revisão de Campbell Burton et al., 2012). Note-se ainda que o foco nos sintomas somáticos, as doenças físicas comórbidas, a restrição do julgamento, as mudanças no ambiente ou nos papéis sociais podem dificultar o diagnóstico da ansiedade social na idade avançada (APA, 2013/2014).

Na **perturbação de pânico** ocorrem ataques de pânico (aumentos repentinos de medo intenso acompanhados de sintomas físicos e/ou cognitivos), repetidos e inesperados, acompanhados pela apreensão ou preocupação de que estes se repitam (APA, 2013/2014). De acordo com o DSM-5 (APA, 2013/2014), a prevalência desta perturbação diminui nas pessoas com mais de 65 anos (ca. 0,7%), devendo-se, muito provavelmente, à diminuição da resposta do sistema nervoso vegetativo relacionada com o aumento da idade (Flint et al., 1998). Num estudo com 1468 idosos norte-americanos, Byers et al. (2010) observaram valores semelhantes, que oscilaram entre os 0,6% e os 1% na taxa de prevalência aos 12 meses. Chou (2010) encontrou um valor ligeiramente mais alto (1,17%), recolhido do *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. No entanto, estas baixas prevalências podem refletir mais uma dificuldade de diagnóstico do que a prevalência real. De facto, para o diagnóstico desta perturbação há que ter em consideração que as pessoas desta idade podem usar mais a expressão «desconforto» do que «pânico», apresentar sintomas mais limitados, relacionar os sintomas com acontecimentos indutores de stresse e dar explicações para os ataques de pânico (APA, 2013/2014). De acrescentar que a perturbação de pânico tende a ser uma patologia que se desenvolve numa idade mais jovem, a afetar três vezes mais as mulheres do que os homens (Sunderland, Anderson, Sachdev, Titov, & Andrews, 2015), grupos de rendimentos mais baixos e que passaram por acontecimentos de vida indutores de stresse recentes (Chou, 2010), incluindo AVC (revisão de Campbell Burton et al., 2012). Os aspetos cognitivos desta perturbação quando associada à agorafobia parecem ser menos relevantes na idade avançada (Hendriks, Keijsers, Kampman, Voshaar, & Hoogduin, 2010).

A perturbação de **agorafobia** diz respeito ao medo ou ansiedade acentuados em espaços públicos de onde se acredita não se poder fugir facilmente e não ter auxílio. Os indivíduos podem temer ter sintomas de pânico, incapacitantes ou embaraçosos, nesses espaços, acreditando que a ajuda não estará disponível. Em pessoas mais velhas é frequente que o sintoma embaraçoso seja a sensação de cair e que as situações evitadas incluam o permanecer em lojas, filas e espaços abertos (APA, 2013/2014). A prevalência é muito baixa, registando valores de 0,53% para o início na idade avançada e de 1% para a agorafobia de longa duração (Volkert et al., 2013). Byers e colaboradores (2010) observaram valores semelhantes para a taxa de prevalência a 12 meses, verificando a existência de uma diminuição gradual a partir dos 55 anos (65-74 anos: 0,5%; 75-84 anos: 0,4%). McCabe, Cairney, Veldhuizen, Herrmann e Streiner (2006), num estudo com 7736 canadianos de idade avançada, encontraram uma prevalência de 0,38%, afetando mais mulheres, divorciados/as ou viúvos/as. De acordo com estes autores, a menor prevalência poderá estar relacionada com o instrumento de avaliação usado (WMH-CIDI), que se baseia nos critérios do DSM-IV. Na maior parte dos casos, a sintomatologia teve início cedo na vida, mas a agorafobia pode desenvolver-se pela primeira vez em pessoas de idade avançada que tiveram um AVC ou outro problema médico significativo (Burvill et al., 1995; revisão de Campbell Burton et al., 2012; Rasquin, Lodder, & Verhey, 2005).

A **perturbação de ansiedade generalizada** (PAG) consiste em ansiedade e preocupação persistente relativas a vários domínios (APA, 2013/2014), sendo a perturbação mais comum na população idosa (Bryant et al., 2008; Sunderland et al., 2015), ainda que a sua prevalência tenda a diminuir na idade avançada para valores que oscilam entre os 0,8% e 1,8% (APA, 2013/2014; Byers et al., 2010). Na revisão da literatura, Volkert e colaboradores (2013) encontraram valores ligeiramente superiores (2,3%). Num estudo mais recente, foram encontrados valores de 11% para a prevalência ao longo da vida,

dos quais 25% reportaram um primeiro episódio depois dos 50 anos de idade (Zhang et al., 2015a). Nesta população a PAG manifesta-se frequentemente pela preocupação no que diz respeito ao bem-estar da família ou à sua própria saúde física (APA, 2013/2014). Há que destacar que o surgimento ou agravamento de uma doença crónica pode associar-se a preocupação excessiva (APA, 2013/2014; revisão de Campbell Burton et al., 2012) e que a limitação das atividades pode ser uma consequência nas pessoas que apresentam fragilidade e preocupação com a segurança, especialmente com quedas (APA, 2013/2014). Note-se ainda que as preocupações com a memória nas pessoas com défice cognitivo podem ser realistas e não ser consideradas como excessivas (APA, 2013/2014). Starkstein e colaboradores (2007) validaram os critérios de diagnóstico para esta perturbação em pessoas com doença de Alzheimer e referem também inquietude, irritabilidade, tensão muscular, medos e sintomas respiratórios.

A **perturbação obsessivo-compulsiva** (POC) caracteriza-se pela existência de obsessões (pensamentos, imagens ou impulsos repetitivos, persistentes, intrusivos, indesejados e causadores de sofrimento) e/ou por compulsões (comportamentos ou atos mentais em resposta às obsessões) (APA, 2013/2014). A POC tem sido negligenciada na idade avançada (Calamari, Pontarelli, Armstrong, & Salstrom, 2012), apesar do grande impacto no funcionamento social (Grenier, Préville, Boyer, & O'Connor, 2009). Esta negligência deve-se, provavelmente, à sua baixa prevalência (ver revisão de Bryant et al., 2008; 1,5% aos 12 meses segundo Grenier et al., 2009; 0,7% aos 12 meses segundo Sunderland et al., 2015), à comorbilidade com outras perturbações do humor/ansiedade (revisão de Bryant et al., 2008; Calamari et al., 2012; King-Kallimanis, Gum, & Kohn, 2009), à dificuldade em avaliar os sintomas, ou à atribuição dos sintomas a perturbações mais facilmente reconhecidas nesta faixa etária (Calamari et al., 2012, 2014). Relativamente à idade de início da POC em pessoas de idade avançada, parece não existir consenso. Neste contexto, uma das hipóteses explicativas será

a existência de sintomas obsessivos subclínicos há algum tempo, bem como de agentes de stresse relevantes (e.g., morte de parceiro ou problema físico significativo) que precipitem a síndrome completa mais tarde (Calamari et al., 2012). A sintomatologia obsessiva nestes indivíduos é heterogénea (tal como em adultos de outras idades) (revisão de Calamari et al., 2012), mas há descrições de pensamentos disfóricos intrusivos altamente incapacitantes aparentemente típicos de POCs de início tardio. Por exemplo, Jenike (1991) refere que alguns doentes se sentiam compelidos a recordar nomes, passando semanas em comportamentos de verificação. Também Calamari e equipa (2012) reportaram um caso de um idoso com esta mesma obsessão. Estes autores apontam outros estudos onde são relatados casos de escrupulosidade religiosa, dano e verificação, dúvida e confirmação, contaminação, preocupação com a saúde, entre os mais frequentes em pessoas de idade avançada. Também noutra estudo (Kohn, Westlake, Rasmussen, Marsland, & Norman, 1997) foram identificadas como mais comuns as obsessões com o pecado (religiosas) e as compulsões de lavagem das mãos. Numa pesquisa mais recente, Grenier e colaboradores (2009) reportaram como compulsões mais frequentes a lavagem, ordenação, verificação, contagem, repetição e acumulação (sem referir as obsessões). Assim, pressupõe-se que o estudo desta perturbação na idade avançada requer um maior investimento de modo a clarificar alguns destes aspetos.

No espectro obsessivo-compulsivo há ainda a destacar a **acumulação compulsiva** que consiste na dificuldade persistente em desfazer-se de bens, independentemente do seu valor, acompanhada de forte ansiedade em separar-se deles (APA, 2013/2014). A perturbação de acumulação pode ser um sintoma refratário da POC e um subtipo da perturbação da personalidade obsessivo-compulsiva, ocorrendo mais frequentemente e mais gravemente na idade avançada (Teachman, 2006).

Na **perturbação de stresse pós-traumático**, após experienciar, testemunhar ou ouvir uma situação traumática, ocorrem sintomas intrusivos (recordações, sonhos, dissociação ou sofrimento quando

o sujeito é exposto a estímulos que evoquem a situação), evitamento de estímulos associados ou que façam recordar a situação traumática, alterações cognitivas (amnésia, crenças, cognições distorcidas, etc.) e alterações relevantes no estado de ativação (APA, 2013/2014). A PSPT está entre as perturbações menos prevalentes em indivíduos de idade avançada (ver revisão de Bryant et al., 2008; Reynolds, Pietrzak, Mackenzie, Chou, & Sareen, 2016), variando entre os 0,1% e os 2,6% (Byers et al., 2010; Reynolds et al., 2016; Sunderland et al., 2015). Tal como referido anteriormente para outras perturbações ansiosas, a baixa prevalência neste grupo etário poderá dever-se à diferente expressão da PSPT (Reynolds et al., 2016) e às queixas mais frequentes de saúde física e cognitiva, quando se compara com as de adultos mais jovens com experiências traumáticas (revisão de Graziano, 2003).

No Quadro 2 são apresentadas as características que marcam as diferentes perturbações ansiosas em pessoas de idade avançada.

QUADRO 2
Características distintivas das perturbações ansiosas
(incluindo perturbações obsessivo-compulsivas e de stresse)
em pessoas de idade avançada

Fobias específicas	Medo frequente de cair
Perturbação de pânico	Aspetos cognitivos menos relevantes
Agorafobia	Sintoma embaraçoso mais frequente: sensação de cair Evitamento mais frequente: entrar em lojas
Ansiedade social	Menos intensa, mas relativa a maior variedade de situações
Perturbação de ansiedade generalizada	Preocupação com bem-estar da família ou saúde física pessoal
Perturbação obsessivo-compulsiva	Obsessão frequente em recordar nomes Obsessões religiosas Compulsão de lavagem das mãos Dados escassos
Acumulação compulsiva	Mais frequente na idade avançada
Perturbação de stresse pós-traumático	Menor comorbilidade, menos sintomas de evitamento e de ativação, menos experiências traumáticas e queixas mais frequentes de saúde física e cognitiva

COMORBILIDADE, FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO E CONSEQUÊNCIAS DA ANSIEDADE NA IDADE AVANÇADA

Aspetos biológicos

Apesar da diferente expressão sintomática das várias perturbações ansiosas, elas partilham características comuns. A revisão da investigação relativa às perturbações e sintomas ansiosos encontra-se, de seguida, dividida em quatro secções, compreendendo os estudos sobre a variação genética do transportador da serotonina, neuroimagingológicos, e sobre a atividade neuroendócrina e estado físico.

Genética. Num estudo longitudinal com gémeos australianos de várias idades, incluindo gémeos de idade avançada, foi evidente a agregação familiar para a ansiedade, sendo explicada pela ação genética cumulativa (Gillespie et al., 2004). O mesmo foi verificado noutra investigação com gémeos suecos, com a novidade de os investigadores terem observado que a componente genética é mais importante a partir dos 60 anos (Lee et al., 2016). Existem ainda evidências de estudos com adultos com menos de 70 anos de que níveis talâmicos mais baixos do gene do transportador da serotonina se associam a níveis mais elevados de ansiedade estado (Reimold et al., 2011) e sintomas de **POC** (Reimold et al., 2007). Provavelmente acontecerá o mesmo em doentes de idade avançada, pois numa investigação conduzida em indivíduos com um diagnóstico de **PAG**, a variação da resposta aos inibidores seletivos da recaptação da serotonina dependeu da variação genética no transportador deste neurotransmissor (Lenze et al., 2010).

Neuroestruturas cerebrais. A investigação sugere que as regiões laterais e mediais do córtex pré-frontal modulam a amígdala e estruturas límbicas associadas, durante a regulação emocional em pessoas de idade avançada (Mohlman, Eldreth, Price, Staples,

& Hanson, 2017; O'Donovan, Slavich, Epel, & Neylan, 2013), pelo que é de esperar que o declínio das regiões pré-frontais relacionado com o envelhecimento se acompanhe de dificuldades de regulação emocional. Noutra sentida, mas em suporte desta ideia, foram fornecidas evidências de que as funções executivas, particularmente o controlo inibitório, que é essencial para a regulação emocional, declinam com a idade em parte devido às mudanças nas regiões pré-frontais cerebrais (Hu, Chao, Zhang, Ide, & Li, 2014). De forma específica, na **PAG** da idade avançada, a investigação com ressonância magnética funcional mostrou que os sujeitos, diferentemente de pessoas mais novas, não ativam eficazmente o córtex pré-frontal durante a supressão da preocupação (Andreescu et al., 2011). Esta descoberta reforça a ideia de que haverá alterações nas regiões pré-frontais relacionadas com o envelhecimento, o que poderá explicar as dificuldades terapêuticas com este grupo etário (Andreescu et al., 2011, 2015). Na **POC** poderá haver relação com AVC isquémico tálamo-estriado (Khairkar & Diwan, 2012). Na **perturbação de pânico**, a investigação aponta para défices na substância cinzenta da insula-fronto-temporal (Lai & Wu, 2012). Outro aspeto importante em pessoas de idade avançada parece ser a relação entre ansiedade e a integridade da substância branca (fascículo fronto-occipital, corpo caloso e trato longitudinal superior), tal como acontece também na perturbação de pânico (Lai & Wu, 2013). A ansiedade acompanha-se de efeitos vasculares que explicarão o dano consequente na substância branca, pois este dano tende a manifestar-se em pessoas com doença aterosclerótica (Bijanki et al., 2013).

Atividade neuroendócrina. Os efeitos perniciosos do stresse aumentam com o envelhecimento, pois os mecanismos homeostáticos que impedem uma reatividade biológica excessiva estão diminuídos (Urry et al., 2006). Há evidências de que a ansiedade se associa à variação diurna do cortisol, havendo um padrão de declínio diferente

em pessoas com elevados níveis de ansiedade (Vedhara et al., 2003), especialmente em idosos (Heaney, Phillips, & Carroll, 2010). Mais recentemente, numa investigação com indivíduos de idade avançada que apresentavam perturbação ansiosa de longa duração (PAG, fobia específica, fobia social, agorafobia ou perturbação de pânico), os níveis salivares de cortisol matinal foram mais baixos do que em sujeitos sem qualquer perturbação ansiosa, sendo compatível com a noção de que a atividade do eixo hipotalâmico-hipófise-adrenal está abaixo do normal na ansiedade crónica (Hek et al., 2013). Esta hormona desempenha um papel de relevo no metabolismo energético, na atividade vascular e nas respostas inflamatória e imunitária (Schürmeyer & Wickings, 1999).

Estado físico. Diferentes estudos apontam para um maior risco de desenvolvimento de sintomas ansiosos ou de algumas perturbações ansiosas quando se sofre de uma doença física. Assim, num estudo qualitativo com pacientes com mais de 40 anos (média 58 anos) em remissão de cancro foram salientes os sintomas ansiosos (Firmin, Pathammavong, Johnson, & Trudel, 2014). Comparados com pessoas de idade avançada sem ansiedade, aqueles com alguma perturbação ansiosa ou sintomas ansiosos evidenciam pior estado de saúde (Dong et al., 2014) ou incapacidade física (Lenze et al., 2001).

A já referida resposta inflamatória é uma característica biológica comum às várias perturbações ansiosas (Gill, Saligan, Woods, & Page, 2009; Hoge et al., 2009; O'Donovan et al., 2010). Efetivamente, os processos inflamatórios associam-se a aceleração do envelhecimento e a risco aumentado de doenças crónicas (O'Donovan et al., 2013), o que tende a ser agravado pelo facto de esses processos inflamatórios durarem anos ou décadas, pois o início da maioria das perturbações ansiosas ocorre em idades jovens (Danese et al., 2011; Prenoveau et al., 2011). A resposta inflamatória é maior nas pessoas de idade avançada em que a perturbação ansiosa surgiu apenas nesta fase da vida (Vogelzangs, Beekman, Jonge, & Penninx, 2013).

Não será por acaso que a ansiedade pode influenciar o curso de doenças como a hipertensão e a doença coronária (Kubzansky, Cole, Kawachi, Vokonas, & Sparrow, 2006), aumentar o risco de doença gastrointestinal (El-Gabalawy et al., 2014) e a mortalidade cardiovascular (Carrière et al., 2013), especialmente em idosos de raça negra (Brenes et al., 2007). Mesmo quando se observam níveis moderados de ansiedade, estes associam-se a um risco aumentado de problemas cardiovasculares (Roest, Martens, de Jonge, & Denollet, 2010).

Especificando por tipos de perturbações, a PAG destaca-se pelo seu impacto e associação com o estado de saúde física (Gould, O'Hara, Goldstein, & Beaudreau, 2016). Os vários fatores de risco incluem artrite (El-Gabalawy et al., 2014), doença crónica (doenças respiratórias, cardíacas ou défice cognitivo), menor índice de massa corporal, défice na fluência verbal, menor suporte afetivo na infância (mesmo 50 anos depois) e a toma de polimedicação somática (Zhang et al., 2015a, 2015b). A existência de limitações funcionais associa-se também à PAG (Gonçalves, Pachana, & Byrne, 2011; Norton et al., 2012; Porensky et al., 2009; Schoevers, Deeg, van Tilburg, & Beekman, 2005), ainda que Zhang et al. (2015a) não tenham encontrado tal associação. Inversamente, na PAG a forte componente de comorbilidade psiquiátrica associa-se a um aumento do risco de problemas físicos (Mackenzie, Reynolds, Chou, Pagura, & Sareen, 2011). Existe, contudo, uma exceção, na síndrome coronária aguda. Neste os doentes com PAG têm um melhor prognóstico do que os que apresentam outras perturbações ansiosas, provavelmente porque procuram mais ajuda no decurso da sua preocupação (Parker, Hyett, Hadzi-Pavlovic, Brotchie, & Walsh, 2011).

Na **PSPT**, uma autoavaliação negativa da saúde física e incapacidade crónica correlacionaram-se com os sintomas da perturbação em pessoas com mais de 50 anos (Gelkopf Berger, Bleich, & Silver, 2012; Palgi, 2015; Pietrzak, Goldstein, Southwick, & Grant, 2012). A neuro-

degeneração da memória e o déficit cognitivo são outros aspectos da idade avançada que podem desinibir os sintomas de uma PSPT antiga em doentes cuja perturbação estava relativamente controlada (Mittal, Torres, Abashidze, & Jimerson, 2001). Outras experiências que frequentemente precedem a PSPT são as de saúde, incluindo o enfarte do miocárdio (Chung, Berger, Jones, & Rudd, 2006), AVC (revisão de Campbell Burton et al., 2012) e quedas (Chung et al., 2009). Em sentido contrário, indivíduos de idade avançada que sofrem de **PSPT** durante grande parte da sua vida têm também grande probabilidade de manifestar doenças físicas (Pietrzak et al., 2012), como hipertensão, cancro, doenças cardiovasculares, asma, neoplasia, dor de costas, dificuldade auditiva, osteoporose, problemas gástricos e da tiroide (Glaesmer, Braehler, Gündel, & Riedel-Heller, 2011; Pietrzak et al., 2012). A PSPT é ainda fator de risco para o uso de substâncias aditivas e diminuição do funcionamento psicossocial (Pietrzak, Goldstein, Southwick, & Grant, 2011).

Em relação à **POC** de início tardio, apesar de existirem menos dados, estes sugerem que possa estar relacionada com vários problemas neurológicos (revisão de Calamari et al., 2012), menor carga genética (Sharma, Sundar, Thennarasu, & Reddy, 2015), podendo também ser uma consequência de AVC (revisão de Campbell Burton et al., 2012).

Aspectos sociodemográficos e psicossociais

Variáveis sociodemográficas. As variáveis sociodemográficas parecem ter influência no aparecimento e curso dos sintomas ansiosos. Quanto ao sexo, as mulheres têm maior probabilidade de sofrer de sintomas ansiosos (Diefenbach, Tolin, Meunier, & Gilliam, 2009; Grammatikopoulos & Koutentakis, 2010) e de perturbação ansiosa (Dong et al., 2014), em particular de PAG (Zhang et al., 2015a, 2015b). No entanto, os estudos apontam para a existência de risco

de mortalidade em homens mais velhos, não sendo encontrada nas mulheres associação significativa entre ansiedade e mortalidade (Van Hout et al., 2004). A qualidade da relação conjugal surge associada a sintomatologia ansiosa (Santini, Koyanagi, Tyrovolas, & Haro, 2015; Wishman, Robustelli, & Labrecque, 2018). Em relação ao estado civil, a condição de viuvez na idade avançada aumenta a vulnerabilidade aos sintomas ansiosos (Dong et al., 2014; Mendes-Chiloff, 2006) e também à perturbação ansiosa (Dong et al., 2014), enquanto o envolvimento social e baixos níveis de solidão percebida parecem ser fatores protetores (Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkley, & Thisted, 2006; Grammatikopoulos, & Koutentakis, 2010). O envolvimento em atividade física regular está associado a menores níveis de ansiedade (McDowell, Gordon, Andrews, MacDonncha, & Herring, 2018).

Quanto a perturbações ansiosas em particular, os únicos estudos encontrados foram relativos aos fatores de risco na **POC**. De acordo com a revisão de Calamari et al. (2012), ser do sexo feminino constitui um fator de risco relativamente às perturbações de ansiedade em sujeitos de idade avançada. Contudo, no estudo de Grenier e equipa (2009) a prevalência foi mais alta em homens, em indivíduos com menos escolaridade e com companheiro/a. Por sua vez na **PSPT**, a escolaridade mais baixa e um efeito menor de outras variáveis sociodemográficas em contraste com idades mais jovens foi também reportada (Palgi, 2015).

Comorbilidade psiquiátrica e emocional. Tal como noutras idades, também na idade avançada as perturbações ansiosas frequentemente coocorrem com depressão. Ainda que seja uma comorbilidade que pode ser explicada por limitações metodológicas, não deixa de ser confirmada por investigações recentes (Beekman et al., 2000; Demirkan et al., 2010; Forlani et al., 2014; Hek et al., 2011; Kang et al., 2016; Vadla, Bozikov, Blazeković-Milaković, & Kovacić, 2013). A ansiedade não só surge muitas vezes associada à depressão, como também aumenta o risco de depressão (Potvin et

al., 2013; Sami & Nilforooshan, 2015). O mesmo foi observado no Projeto Trajetórias do Envelhecimento (Vicente et al., 2014).

Os fatores psicológicos são comuns, mas também diversos para a presença de sintomas ansiosos e para as diferentes perturbações ansiosas.

Para a presença de sintomas ansiosos foram identificados a solidão, o evitamento experiencial, o declínio da atividade física, a diminuição do envolvimento social, uma baixa percepção de saúde, níveis baixos de qualidade de vida e de satisfação com a vida, tédio, poucas atividades sociais de lazer e fraco aproveitamento dessas atividades (Bourland et al., 2000; Greaves & Farbus, 2006; Lenze et al., 2001; Losada et al., 2014). O afeto negativo é outra dimensão que prediz o desenvolvimento de sintomas ansiosos. Em indivíduos mais velhos com traços de afeto negativo, as mudanças cognitivas associadas à idade podem também contribuir para o desenvolvimento de sintomas ansiosos (Wilkes, Wilson, Woodard, & Calamari, 2013). Finalmente, traços elevados de neuroticismo aumentam o risco de a ansiedade persistir (Schuurmans et al., 2005).

Para a **fobia específica** mais frequente, o medo de quedas, entre 16% a 60% dos idosos que já caíram desenvolveram este medo, com o evitamento a envolver consequências a nível social, físico, cognitivo e perda da independência (Boyd & Stevens, 2009; Tirado, 2010). Já a **ansiedade social** parece ser mais comum em idosos que passaram por acontecimentos de vida dolorosos, como a morte do cônjuge (Cairney et al., 2007). A **perturbação de pânico** tende a iniciar-se precocemente, mas quando se inicia tardiamente pode associar-se a condições comórbidas médicas (especialmente doença cardiovascular) e psiquiátricas (distímia, depressão, PAG e agorafobia) (Flint & Gagnon, 2003; Hassan & Pollard, 1994; Seguí et al., 2000) e a acontecimentos de vida indutores de stresse recentes, incluindo a perda ou doença do cônjuge (Hassan & Pollard, 1994). Também na **agorafobia** é comum esta iniciar-se precocemente, ainda que possa

apresentar-se pela primeira vez na idade avançada depois de AVC ou outro problema médico, acompanhando-se frequentemente de outras perturbações mentais com predomínio da depressão (McCabe et al., 2006; Ritchie & Norton, 2015), pior desempenho na memória visuoespacial e ansiedade traço (Ritchie & Norton, 2015). Quanto à **PAG** de início tardio, os principais preditores são os acontecimentos de vida adversos recentes, acontecimentos adversos na infância e doença mental crónica (depressão, fobia e história de PAG) (Zhang et al., 2015a, 2015b), e perturbação da personalidade (Mackenzie et al., 2011). Na **POC** a informação é escassa, pois a POC de início tardio é rara (Bryant et al., 2008; Grenier et al., 2009; Sunderland et al., 2015). No entanto, têm sido encontrados alguns aspetos associados como problemas em áreas de funcionamento social (AVD, tarefas domésticas, atividades sociais e, especialmente, relações com os outros), apesar de muitos destes doentes terem apoio social (Grenier et al., 2009), comorbilidade com perturbações depressivas e de ansiedade (revisão de Bryant et al., 2008; Klenfeldt et al., 2014; Lenze et al., 2000) e esquizofrenia (Poyurovsky, Bergman, & Weizman, 2006). Os sintomas depressivos desempenham um papel relevante na **acumulação compulsiva**, explicando, provavelmente, a sua maior gravidade nesta faixa etária (Reid et al., 2011).

Finalmente, quanto à **PSPT** da idade avançada destacam-se os sintomas de depressão, maior religiosidade e alternâncias na cognição e humor (Palgi, 2015). A idade avançada traz consigo uma maior probabilidade de exposição a determinadas experiências, como, por exemplo, morte de pessoas próximas, o que tem sido associado à gravidade da PSPT (Breslau et al., 1998). A perda de pessoas próximas pode também agravar a PSPT pela diminuição de redes de suporte (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000). Acrescente-se que a idade avançada se faz igualmente acompanhar por uma maior probabilidade de se ter vivido um maior número de experiências traumáticas, tal como dá conta o estudo de Hauffa e equipa (2011).

Assim, o impacto cumulativo de experiências traumáticas ao longo da vida tem um papel significativo na PSPT do idoso, mais do que qualquer outro preditor conhecido para esta perturbação (Ogle, Rubin, & Siegler, 2014). Ainda assim, experiências traumáticas extremas, mesmo muitos anos depois de terem ocorrido, podem ligar-se a sintomas de PSPT, tal como revelou o estudo de Fridman, Bakermans-Kranenburg, Sagi-Schwartz e Van IJzendoorn (2011) com sobreviventes do Holocausto. Com efeito, a PSPT em indivíduos de idade avançada tende a associar-se a uma saúde mental deficitária, tal como mostrou o estudo de Brooks e Fulton (2010) com veteranos da guerra da Coreia.

Fatores e consequências neuropsicológicas. Os sintomas ansiosos apresentam uma prevalência elevada em pessoas de idade avançada com défice cognitivo ligeiro (DCL) (Lyketsos et al., 2002; Rozzini et al., 2009), podendo mesmo ser mais elevada do que em pessoas sem DCL (Hwang, Masterman, Ortiz, Fairbanks, & Cummings, 2004). Na demência, a prevalência da ansiedade comórbida varia entre 5% e 21% (Chemerinski, Petracca, Manes, & Leiguarda, 1998; Skoog, 1993), relacionando-se com défice nas atividades diárias, risco aumentado de institucionalização e pior qualidade de vida, mais do que com a demência só por si (Seignourel, Kunik, Snow, Wilson, & Stanley, 2008). Para além das associações referidas, a sintomatologia ansiosa na idade avançada associa-se a pior desempenho cognitivo com uma influência bidirecional (Petkus, Reynolds, Wetherell, Kremen, & Gatz, 2017; Sinoff & Werner, 2003). Em suporte deste aspeto, Wilson, Begeny, Boyle, Schneider e Bennett (2011) examinaram 785 indivíduos e acompanharam-nos durante três anos, tendo verificado que altos níveis de ansiedade se associavam a risco aumentado de doença de Alzheimer e a declínio mais rápido da cognição.

De forma a sintetizar esta informação, no Quadro 3 são listadas as principais consequências da ansiedade não tratada nos sujeitos de idade avançada.

QUADRO 3
Consequências da ansiedade não tratada
na pessoa de idade avançada

Físicos	Efeitos vasculares
	Dano na substância branca cerebral
	Efeitos inflamatórios e imunitários
	Risco aumentado de neoplasias
	Aceleração do envelhecimento
	Interferência no curso de diabetes, hipertensão e doença coronária
	Pior estado de saúde geral
	Incapacidade física ou limitação funcional
Aumento da mortalidade cardiovascular	
Emocionais	Depressão
	Interferência nas relações sociais
Cognitivos	Défice cognitivo ligeiro
	Demência

**AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE E SINTOMAS ANSIOSOS
NA IDADE AVANÇADA**

Numa revisão sistemática de instrumentos de avaliação da ansiedade para adultos com mais de 65 anos, Therrien e Hunsley (2012) identificaram 91 instrumentos de medida, contabilizando 12 como sendo de uso comum, mas concluindo que somente três apresentavam propriedades psicométricas satisfatórias para a administração nesta faixa etária. Os autores referiam-se ao *Beck Anxiety Inventory* (Kabacoff, Segal, Hersen, & Van Hasselt, 1997), ao *Penn State Worry Questionnaire* (Beck, Stanley, & Zebb, 1995) e ao *Geriatric Mental Status Schedule* (Copeland et al., 1976). A esta revisão, Lindsay, Stewart e Bisla (2012) acrescentaram o *Short Anxiety Screening Test* (Sinoff, Ore, Zlotogorsky, & Tamir, 1999), o *FEAR* (Krasucki et al., 1999), a *Worry Scale* (Wisocki, Handen, & Morse, 1986), a *Rating Anxiety in Dementia* (Shankar, Walker, Frost, & Orrell, 1999) e o *Geriatric Anxiety Inventory* (Pachana et al., 2007), incluindo a versão curta (Byrne & Pachana, 2011). Por fim, referiremos o *Spielberger*

State-trait Anxiety Inventory (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983).

Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck et al., 1988). O **BAI** foi originalmente desenvolvido para administração a adultos mais novos e, posteriormente, os autores forneceram uma pontuação média para indivíduos de idade avançada da comunidade. O inventário integra 21 itens com quatro opções de resposta referentes à última semana (0 = Ausente; 1 = Suave, não me incomoda muito; 2 = Moderado, é desagradável mas consigo suportar; 3 = Severo, quase não consigo suportar). Os itens são somados para obter um total que pode variar entre 0 e 63. Em sujeitos mais velhos, avaliados em consulta psiquiátrica, revelou uma consistência interna elevada e boa validade fatorial (fatores somático e subjetivo), não tendo sido possível encontrar um ponto de corte (Kabacoff et al., 1997). Este inventário não está validado para a faixa etária portuguesa idosa.

Penn State Worry Questionnaire (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990). O **PSWQ** foi desenvolvido inicialmente para adultos mais jovens, tendo revelado um modelo fatorial pouco adequado numa amostra de idosos (Hopko et al., 2003). Por esse motivo, foi criada uma versão abreviada (Penn State Worry Questionnaire - Abbreviated; PSWQ-A; Hopko et al., 2003) que inclui somente oito itens. Este questionário avalia a gravidade da preocupação independentemente do seu conteúdo e é pontuado numa escala de Likert que varia entre 1 («Nada típico») e 5 («Muito típico»), tendo revelado fortes índices de adequação fatorial e utilidade na determinação da gravidade da PAG na população geriátrica, mas não estando também validado em Portugal.

Geriatric Mental Status Schedule (GMS; Copeland et al., 1976). O **GMS** é uma entrevista semiestruturada validada para obter informação sobre o estado mental em pessoas de idade avançada e para as classificar em perfis sintomáticos. Posteriormente, os autores de-

envolveram um algoritmo diagnóstico informatizado, o *Automated Geriatric Examination for Computer Assisted Taxonomy* (AGECAT), com demonstrada validade e fidedignidade (Copeland, Dewey, & Griffiths-Jones, 1986; Copeland et al., 2002). A GMS-AGECAT avalia os agrupamentos de depressão e ansiedade relativos ao mês que precede a avaliação e engloba seis níveis de confiança diagnóstica que variam entre a ausência de sintomas (0) e a perturbação muito grave (5). Os sujeitos que obtêm níveis de ordem 3 ou superior são considerados «casos», pois ultrapassam o limiar que reflete a necessidade de intervenção profissional. Os que se situam no nível 1 ou 2 são considerados «casos limítrofes». Esta entrevista não se encontra validada para a população portuguesa.

Short Anxiety Screening Test (SAST; Sinoff et al., 1999). O **SAST** foi desenvolvido para indivíduos com idade superior a 70 anos e avalia a perturbação ansiosa na presença de depressão. O SAST é um questionário que inclui perguntas baseadas nos critérios definidos no DSM-IV e questões sobre queixas somáticas, considerando os autores que estas refletem a ansiedade em pessoas idosas. As dez questões são respondidas de 1 («Raramente ou nunca») a 4 («Sempre»), resultando o total do seu somatório. Os autores indicam os 24 pontos como ponto de corte para o diagnóstico de ansiedade. O SAST não está validado para a população idosa portuguesa.

FEAR (Krasucki et al., 1999). O **FEAR** corresponde a uma escala breve de 4 itens que deriva da Anxiety Disorder Scale, sendo usada para detetar ansiedade generalizada, especialmente nos cuidados de saúde primários. O FEAR está construído no formato dicotómico (sim/não) e o seu acrónimo deriva das iniciais dos seus 4 itens: *Frequency of anxiety* (frequência da ansiedade); *Enduring nature of anxiety* (caráter duradouro da ansiedade); *Alcohol or sedative use* (consumo de álcool ou sedativos); *Restlessness or fidgeting* (inquietação ou desassossego). Com um ponto de corte de 1-2 apresenta valores adequados de sensibilidade e especificidade. Do nosso

conhecimento não existem estudos em Portugal com análise das suas propriedades psicométricas.

Worry Scale (WS; Wisocki et al., 1986). A **WS** é um questionário de 35 itens relativos a preocupações na área da saúde, finanças e condições sociais. Os itens são respondidos numa escala de 0 («Nunca») a 4 («A maior parte do tempo»), variando o somatório total entre 0 e 140. Os autores não apresentam pontos de corte, nem dados normativos, mas Stanley, Beck e Zebb (1996) indicam uma média na pontuação total de 35,4 para pessoas com PAG e de 11,0 para o grupo de controlo. As propriedades psicométricas têm-se revelado adequadas para medir a preocupação em vários estudos nesta população (revisão de Therrien & Hunsley, 2012), não existindo, contudo, nenhum estudo português.

Rating Anxiety in Dementia (RAID; Shankar et al., 1999). A **RAID** classifica sinais e sintomas de ansiedade através de 18 questões colocadas a cuidadores de pessoas com demência. As questões dizem respeito a preocupação, apreensão, vigilância, tensão motora e hipersensibilidade vegetativa, sendo cotadas entre 0 («Ausente») e 3 («Grave»). Uma pontuação de 11 ou superior indica a presença de ansiedade clínica significativa. A RAID apresenta propriedades psicométricas adequadas à população em questão (Qazi, Shankar, & Orrell, 2003). A sua validação não foi ainda realizada em Portugal.

Geriatric Anxiety Inventory (GAI; Pachana et al., 2007). O **GAI** é um inventário desenvolvido para medir os sintomas ansiosos em pessoas idosas. A primeira versão inclui 20 itens com um formato de resposta dicotómico (sim/não) relativos à última semana, podendo ser auto ou heteroadministrado. A par com a facilidade de administração, o GAI inclui um número limitado de itens que espelham sintomas que podem ser encontrados noutras condições clínicas associadas à idade avançada. Uma outra vantagem deste instrumento é a sua adequação para todos os níveis de escolaridade e para o défice cognitivo ligeiro (Rozzini et al., 2009). A pontuação total

resulta do somatório de todos os itens, variando entre 0 e 20, sendo que pontuações mais elevadas indicam a existência de um maior número de sintomas. No estudo original, o ponto de corte identificativo da ocorrência de PAG foi de 10/11 (Pachana et al., 2007). No estudo português de Ribeiro, Paúl, Simões e Firmino (2011), o ponto de corte foi de 8/9. No Projeto Trajetórias do Envelhecimento, este valor foi de 13 (Daniel, Vicente, Guadalupe, Silva, & Espírito-Santo, 2015). As muitas versões linguísticas deste inventário adaptadas para várias populações de idosos mostraram boas propriedades psicométricas (Byrne et al., 2010; Daniel et al., 2015; Márquez-González, Losada, Fernández-Fernández, & Pachana, 2012; Massena, de Araújo, Pachana, Laks, & de Pádua, 2014; Ribeiro et al., 2011; Yan, Xin, Wang, & Tang, 2014). Foi também validada uma versão breve de 4 itens para uso em estudos epidemiológicos e de rastreio clínico (Byrne & Pachana, 2011).

Spielberger State-trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger et al., 1983). O **STAI** é um inventário de autorresposta projetado para diferenciar entre a ansiedade traço e a ansiedade estado. A forma Y do STAI-X foi proposta para melhorar as suas propriedades psicométricas e reduzir a sobreposição com sintomas depressivos (Spielberger et al., 1983), sendo também relevante por ser menos orientada para sintomas somáticos, comparativamente com outros instrumentos (Bergua et al., 2015). Existem várias versões do STAI-Y para diferentes populações, incluindo uma versão para indivíduos de idade avançada (Bergua et al., 2015) que inclui 20 itens relativamente aos quais é solicitado ao respondente que indique qual o valor que melhor descreve os seus sentimentos ansiosos, usando para o efeito uma escala de resposta de 4 pontos («De maneira nenhuma»; «Um pouco»; «Moderadamente»; «Bastante»). Para o STAI-Y estado, dez itens são positivos e dez são negativos (cotados de forma invertida), resultando numa pontuação que varia entre 20 e 80 (mais ansiedade) (Bergua et al., 2015). Como mostram as revisões de Bergua et al. (2015) e de

Potvin et al. (2011), muitos estudos mostraram a sua utilidade como instrumento de medição em populações de sujeitos mais velhos.

Medidas e considerações adicionais de diagnóstico

Com vista ao estabelecimento de diagnósticos de doença mental existem várias entrevistas estruturadas disponíveis, mas poucas foram utilizadas com esta população (Volkert et al., 2013). Neste contexto, serão seguidamente referidas as duas entrevistas mais usadas neste grupo etário.

A *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI; versão portuguesa 5.00: Amorim, 2000) ainda não se encontra validada, nem para a população portuguesa, nem, especificamente, para a população idosa portuguesa, ainda que vários investigadores a tenham utilizado para detetar perturbação mental, segundo os critérios do DSM-IV (e.g., Ritchie et al., 2004). Esta entrevista permite uma avaliação sintomatológica ampla, dispondo de algoritmos de diagnóstico. No Projeto Trajetórias do Envelhecimento este instrumento foi usado para despistar a presença potencial de ansiedade generalizada, tendo-se revelado uma entrevista simples de aplicar, rápida, não necessitando de treino extensivo para a sua administração. Noutras pesquisas com a população idosa foi utilizada para o diagnóstico de fobia específica (Karlsson et al., 2009); ataques de pânico/perturbação de pânico (Karlsson et al., 2009; Ritchie et al., 2004; Sigström et al., 2011), fobia social (Ritchie et al., 2004; Sigström et al., 2011), agorafobia (Karlsson et al., 2009), perturbação obsessivo-compulsiva (Ritchie et al., 2004) e ansiedade generalizada (Ritchie et al., 2004).

A *World Mental Health Composite International Diagnostic Interview* (WMH-CIDI) foi desenvolvida por Kessler e Üstün (2004) e adaptada para a população portuguesa por Xavier, Baptista, Mendes, Magalhães e Caldas-de-Almeida (2013). A WMH-CIDI é uma entrevista

ta estruturada que integra questões relativas à presença, persistência e intensidade de grupos de sintomas, permitindo o diagnóstico, através de algoritmos computadorizados, de perturbações mentais ao longo da vida e dos últimos 12 meses, seguindo os critérios da *International Classification of Diseases* (ICD-10) e do DSM-IV. As perturbações são classificadas como graves se estiver presente um dos seguintes: critério para perturbação bipolar I ou dependência de substância com síndrome fisiológico de dependência; tentativa de suicídio em comorbilidade com qualquer outra perturbação; pelo menos duas áreas de funcionamento com incapacidade grave devida à perturbação, segundo as *Sheehan Disability Scales*; presença de déficit funcional global num nível de 50 ou menos no *Global Assessment of Functioning*, em comorbilidade com qualquer outra perturbação. Na população idosa foi já usada para despistar fobia específica (Kessler et al., 2005), agorafobia (Kessler et al., 2005; McCabe et al., 2006), fobia social (Cairney et al., 2007; Kessler et al., 2005), perturbação de pânico e agorafobia (Cairney et al., 2007; Corna et al., 2007; Kessler et al., 2005; McCabe et al., 2006), ansiedade generalizada e perturbação obsessivo-compulsiva (Kessler et al., 2005).

Para o diagnóstico de uma perturbação ansiosa levanta-se a necessidade de avaliar outros aspetos que as entrevistas não consideram (Bryant et al., 2013). Assim, há que considerar explorar ativamente a ocorrência de evitamentos que o indivíduo possa evidenciar, como forma de perceber as consequências funcionais da ansiedade (Bryant et al., 2013). O grau ou nível dos sintomas («excesso») deve ser avaliado, questionando pelo número de vezes em que eles ocorrem (Mohlman et al., 2012). A presença de depressão deve também ser averiguada devido à elevada comorbilidade (Beekman et al., 2000; Demirkan et al., 2010; Forlani et al., 2014; Hek et al., 2011; Kang et al., 2016; Vadla et al., 2013), devendo colocar-se a hipótese de estabelecer o diagnóstico de ansiedade/depressão

mista para aqueles que não reúnem critérios para nenhuma destas perturbações consideradas isoladamente (Jeste et al., 2005). Outro aspeto relevante é a presença de doença física e uso de fármacos que podem mimetizar um quadro ansioso (e.g., diabetes, doença da tiroide e uso de corticoesteroides) ou a existência de resposta ansiosa a sintomas de uma doença física (revisão de Bryant et al., 2013). Por último, há também que não negligenciar a comorbilidade com a demência e a possibilidade de a presença desta impedir o diagnóstico correto de uma perturbação ansiosa, pelo que o recurso a informantes próximos deve ser considerado (revisão de Bryant et al., 2013).

Em síntese, no Quadro 4 são apresentados os principais aspetos a recolher para efetuar o diagnóstico de ansiedade no idoso.

QUADRO 4
Elementos para diagnóstico da ansiedade no idoso

-
- Rastreio dos sintomas (e.g., GAI-S)
 - Avaliação do evitamento (DSM-V)
 - Entrevista de diagnóstico (e.g., WMH-CIDI)
 - Funcionamento cognitivo (e.g., MMSE)
 - Avaliação da presença de depressão
 - Avaliação de doença física (potencialmente mimética de perturbação de ansiedade)
 - Medicação cujos efeitos secundários mimetizam sintomas ansiosos
 - Entrevista ao informante sobre cronologia dos sintomas ansiosos e cognitivos
-

Nota. Quadro baseado nas sugestões de Bryant et al. (2013). GAI-S = Geriatric Anxiety Inventory – Short version.

TRATAMENTO DA ANSIEDADE NA IDADE AVANÇADA

Ao longo do presente capítulo foi possível esclarecer a diversidade de perturbações ansiosas existentes, bem como a sua prevalência na idade avançada. Existe uma clara controvérsia em

torno das intervenções utilizadas e respectivos resultados obtidos, sendo que esta gira, fundamentalmente, em torno da intervenção farmacológica e da intervenção psicoterapêutica (Andreescu & Varon, 2015; Gonçalves & Byrne, 2012; Wetherell, Lenze, & Stanley, 2005). Para além desta dualidade (fármacos *vs.* psicoterapia), existem ainda diferentes abordagens psicoterapêuticas que poderão ser utilizadas, tais como, a *Terapia Cognitivo-Comportamental* (Pinquart & Duberstein, 2007; Wetherell, Lenze, et al., 2005) e as *Terapias Cognitivo-Comportamentais Contextuais*, ou de 3.^a geração, nomeadamente, a *Terapia da Aceitação e Compromisso* (Bluett, Homan, Morrison, Levin, & Twohig, 2014; Wetherell et al., 2011), *Terapia Cognitiva Baseada no Mindfulness* (Helmes & Ward, 2015; Wetherell, Sorrell, Thorp, & Patterson, 2005) e *Terapia Focada na Compaixão* (Pinquart & Duberstein, 2007; Shrestha, Robertson, & Stanley, 2011; Thorp et al., 2009). É ainda importante sublinhar a componente física das diferentes perturbações de ansiedade na idade avançada, visto que, tal como mencionado, pode verificar-se comorbilidade com doença física, para além de situações em que os quadros de ansiedade decorrem, quer de doença física, quer das características idiossincráticas das pessoas na idade avançada (Blay & Marinho, 2012; Bourgault-Fagnou & Hadjistavropoulos, 2009; Ismail et al., 2015). A intervenção na idade avançada deverá ter em linha de conta as características desta população específica, nomeadamente a comorbilidade de quadros físicos e psicológicos (muitas vezes sem diagnóstico ou menosprezados), a administração farmacológica e sua interação com outros fármacos e, por fim, a existência ou não de colaboração e envolvimento na intervenção, fruto de eventuais sentimentos de desesperança perante o envelhecimento.

Assim, irão ser analisadas as questões supracitadas por forma a esclarecer o impacto das diferentes respostas de intervenção e a promoção de uma intervenção múltipla.

Intervenção farmacológica

A intervenção farmacológica na idade avançada deverá ser utilizada com precaução por motivos de natureza diversa. A comorbilidade de quadros, quer de doença física, quer de doença mental, poderá determinar especificidades na administração de fármacos. Esta característica na população de idade avançada, bem como a existência de doença física (e.g., doença cardiovascular) poderão comprometer a intervenção farmacológica. Atendendo a estas características e perante a existência de sintomatologia ansiosa, os recursos comumente utilizados são os serviços de cuidados de saúde primários que, numa fase inicial, recorrem maioritariamente à prescrição de fármacos (Devane, Chiao, Franklin, & Kruep, 2005; Gonçalves & Byrne, 2012; Hunt, Issakidis, & Andrews, 2002; Wetherell, Lenze, et al., 2005). Neste contexto, o recurso às **Benzodiazepinas** é o mais verificado, devido à sua eficácia, seguindo-se a utilização de antidepressivos serotoninérgicos, bupiriona e venlafaxina, também devido à sua eficácia (Andreescu & Varon, 2015; Wetherell, Lenze, et al., 2005).

É ainda importante sublinhar que, muitas vezes, os efeitos secundários da intervenção farmacológica remetem para a existência de alguma relutância na adesão ao tratamento. A administração de benzodiazepinas poderá ter como efeitos secundários a dependência ao fármaco, a toxicidade, o declínio cognitivo, défice psicomotor e perda de equilíbrio, sendo que este último poderá predispor para a ocorrência de quedas (Andreescu & Varon, 2015; Thorp et al., 2009).

A intervenção farmacológica é, então, de forma transversal, acompanhada por efeitos secundários que são variáveis consoante o tipo de fármaco administrado. Por estes motivos, ainda que a eficácia nesta faixa etária seja notória, o recurso a intervenções psicoterapêuticas pode revelar-se mais adequado em casos em que exista

recusa de toma de fármacos deste tipo, interação não recomendada com outros fármacos já prescritos, bem como risco de efeitos secundários, que podem levar ao agravamento de estados de saúde anteriores (Thorp et al., 2009).

Intervenção ao nível físico

A intervenção ao nível físico, no que respeita à patologia de ansiedade, implica uma compreensão dessa sintomatologia. Sabe-se que a ansiedade poderá (ou não) decorrer de ou potenciar estados de doença física, e este tipo de intervenção nessas mesmas doenças poderá ter efeitos na sintomatologia ansiosa (Blay & Marinho, 2012; Bourgault-Fagnou & Hadjistavropoulos, 2009). Na idade avançada, a ansiedade está em grande parte relacionada com o medo da perda de capacidades físicas e cognitivas, diagnósticos de doença física e diminuição da qualidade de vida (Andreescu & Varon, 2015; Wheterell, Lenze & Stanley, 2005). Como tal, a intervenção com base no exercício físico poderá ser viável, mostrando-se eficaz, quer na intervenção dirigida à doença física, quer na intervenção dirigida a quadros ansiosos e depressivos (e outras condições psicopatológicas) (Bherer, Erickson, & Liu-Ambrose, 2013; Teixeira, Vasconcelos-Raposo, Fernandes, & Brustad, 2013).

A existência de *prática de exercício físico regular* (e.g., atividades aeróbicas, exercícios de fortalecimento muscular, flexibilidade e equilíbrio) promove o treino de diversas competências físicas, existindo assim uma maior consciência da capacidade e da manutenção de execução de tarefas diárias, independência e qualidade de vida (Netz, Wu, Becker, & Tenenbaum, 2005). Neste contexto, a prática regular de exercício físico é facilitadora, entre outros aspetos, da diminuição de rigidez muscular e, conseqüentemente, potencia estados de relaxamento (pelo princípio da inibição recíproca, sabe-se

que o estado ansioso não coocorre com o estado de relaxamento, sendo estas respostas orgânicas opostas). Para além deste aspeto, a prática de exercício fomenta melhorias na capacidade respiratória, na circulação sanguínea, nas capacidades cognitivas e, ainda, na estimulação da libertação de substâncias químicas que promovem a plasticidade cerebral, revelando-se, assim, como neuroprotetora (Erickson et al., 2011).

Paralelamente com a prática de exercício físico regular, a intervenção na sintomatologia ao nível físico no que respeita à ansiedade íntegra, inevitavelmente, elementos como o treino da respiração e técnicas de relaxamento. Não obstante o facto do exercício físico promover uma melhoria na respiração e um maior relaxamento, estes são aspetos fulcrais na intervenção sintomatológica da ansiedade. Estes exercícios (treino de relaxamento e treino da respiração) poderão resultar de um trabalho multidisciplinar, interligando a intervenção física e psicoterapêutica.

Intervenções psicoterapêuticas

As intervenções psicoterapêuticas em quadros de ansiedade podem ser de natureza diversa. Tal como referido, é possível recorrer à *Terapia Familiar e Sistémica*, *Terapias Cognitivo-Comportamentais*, *Terapias de Grupo*, *Abordagens Baseadas no Mindfulness* ou *Terapia da Aceitação e Compromisso*, entre outras (Andreescu & Varon, 2015; Gonçalves & Byrne, 2012; Shrestha et al., 2011; Thorp et al., 2009). A escolha destes modelos psicoterapêuticos prende-se com a necessidade, na idade avançada, de atuar fundamentalmente ao nível da diminuição da sintomatologia, tendo em conta que poderá haver menor recetividade e/ou adesão a intervenções a longo prazo (Pinquart & Duberstein, 2007). É ainda importante sublinhar que as pessoas de idade avançada podem apresentar défices cognitivos que

dificultam processos de reflexão, reestruturação cognitiva, compreensão de metáforas, entre outros. O terapeuta poderá ainda deparar-se com a complexidade do planeamento da intervenção que, em qualquer situação, deverá ser ajustado ao paciente independentemente da idade, mas que na idade avançada encontra outro tipo de variáveis que poderão ter implicações na escolha e sucesso das intervenções.

No que diz respeito à **Terapia Familiar e Sistémica**, esta poderá promover benefícios, no entanto, a dificuldade de ser implementada junto de famílias de idosos constitui, sem dúvida, um obstáculo. É necessário ter em conta que ocorre, por vezes, uma desresponsabilização da família nos processos de intervenção e que estas nem sempre se encontram disponíveis para este efeito. Ainda assim, poderá ser um modelo interessante dado que os desencadeadores de quadros ansiosos na idade avançada poderão relacionar-se com preocupações familiares, mitos e comunicação disfuncional e, assim, contribuir para o desenvolvimento e evolução deste tipo de patologias (Bourgault-Fagnou & Hadjistavropoulos, 2009). Para além da vertente familiar, a intervenção sistémica poderá ser adequada face a situações particulares, tais como as experienciadas em lares de idosos ou centros de dia.

No que respeita às **Terapias Cognitivo-Comportamentais** em pessoas de idade avançada, a componente comportamental tende a apresentar uma maior taxa de sucesso em relação às técnicas cognitivas (Andreescu & Varon, 2015; Gonçalves & Byrne, 2012). Esta discrepância deve-se, não só ao menor envolvimento do idoso no processo terapêutico (e.g., não realização de tarefas entre as sessões tipicamente indicadas neste modelo de intervenção ou dificuldade/incapacidade de preencher registos de automonitorização), como à resistência à mudança e à reestruturação cognitiva. Para além disso, a eventual existência de défices cognitivos poderá desencadear discursos distantes da realidade (ou relativos a períodos de vida dispersos), períodos de confusão mental ou dificultar exercícios

simples, como quantificação/descrição de episódios ou de respostas emocionais decorrentes dos mesmos (Gould, Coulson, & Howard, 2012). O diagnóstico diferencial é, sem dúvida, um ponto base para o sucesso terapêutico, bem como o conhecimento da história médica do indivíduo por forma a evitar erros de diagnóstico e intervenções que poderão não se revelar eficazes e comprometer a relação terapêutica ou até mesmo a receptividade para qualquer tipo de intervenção.

Ainda que nem sempre seja possível o recurso a uma **Intervenção Cognitiva** em pessoas de idade avançada que apresentem perturbações mediadas pela ansiedade, quando tal é viável, após uma avaliação detalhada, esta poderá incluir reestruturação cognitiva (e.g., distorções cognitivas), linha da vida (análise de diferentes eventos de vida por forma a normalizar a experiência ansiosa e recuperar estratégias de *coping* eficazes), treino do autorreforço, treino de resolução de problemas e automonitorização (e.g., Wetherell, Lenze, et al., 2005; Wetherell, Sorrell, et al., 2005).

Aliada à intervenção cognitiva, a **Intervenção Comportamental** pode, sem dúvida, ter impacto neste tipo de diagnósticos. A título de exemplo, o *Treino de Relaxamento Muscular Progressivo* ou outras formas de treino de relaxamento (e.g., slide de paz) (e.g., Ayers, Sorrell, Thorp, & Wetherell, 2007; Thorp et al., 2009), *Exposição Gradual com Prevenção de Resposta* (salvaguardando uma avaliação cuidadosa na seleção desta técnica) (e.g., Jones, Wootton, & Vaccaro, 2012; Price & Salsman, 2010; Shrestha et al., 2011), *Ativação Comportamental* (e.g., Shrestha et al., 2011) e *Treino de Respiração Diafragmática* (e.g., Jones et al., 2012) constituem ferramentas que poderão ser usadas para promoção de mudanças comportamentais. Para além destes, o conhecimento das emoções, suas funções e sensações corporais associadas poderá também ser útil, no contexto de uma intervenção corpo-mente.

Na linha da intervenção corpo-mente é possível recorrer às abordagens baseadas no *mindfulness*, ainda que seja importante a sua

adaptação a pessoas de idade avançada. A utilização de **Programas Baseados no Mindfulness** deverá passar por um processo de seleção dos componentes a integrar nos referidos programas, em consonância com as características dos participantes (e.g., défices executivos). As abordagens baseadas no *mindfulness* poderão ser aplicadas num contexto grupal ou individual, recorrendo a prática formal e/ou prática informal (Helmes & Ward, 2015). A prática formal deverá ser adaptada, optando-se maioritariamente pela posição sentada e por práticas de menor duração, tais como o *Espaço dos Três Minutos da Respiração*, versão reduzida do *Body Scan* e *Meditação focada na Respiração*. A prática informal poderá ser utilizada em diversas atividades adaptadas ao quotidiano do indivíduo. Assim, esta intervenção torna-se eficaz nos quadros ansiosos, pois permite o reconhecimento das sensações corporais, uma maior *desfusão* cognitiva, e um reconhecimento de padrões de pensamento. Estudos diversos (e.g., Helmes & Ward, 2015; Splevins, Smith, & Simpson, 2009; Young & Baime, 2010) têm demonstrado a eficácia e viabilidade do uso de abordagens baseadas no *Mindfulness* nesta população (ver Capítulo 8).

No que respeita à **Terapia da Aceitação e Compromisso** (ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999), esta tem vindo a revelar um efeito positivo em diversas condições clínicas, entre as quais as patologias de ansiedade (e.g., Bluett et al., 2014; Roemer & Orsillo, 2002; Shrestha et al., 2011; Wetherell et al., 2011). Com efeito, a ACT visa ajudar os indivíduos a construir uma vida plena, rica, com significado, através da promoção da flexibilidade psicológica. A ACT tem vindo a ser ilustrada através de um modelo hexagonal que engloba seis processos terapêuticos nucleares interligados: Aceitação, *desfusão*, o *self* como contexto, *mindfulness* e ação comprometida com os valores (Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig, & Wilson, 2004; Hayes et al., 1999). Na perspetiva inversa, processos como o evitamento experiencial, fusão cognitiva, ligação ao *self* conceptualizado,

predomínio do passado e do futuro (sobre o presente), valores pouco claros, e inação, impulsividade ou evitamento persistente correspondem aos vértices do hexágono que a ACT sugere, enquanto modelo para a psicopatologia, sendo que cada vértice corresponde a um processo que poderá contribuir ou causar sofrimento humano (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006).

O modelo da ACT tem vindo a ser apontado como adequado para pessoas de idade avançada, dado que muitas podem já apresentar direções de vida valorizadas face à circunstância de um período de vida mais curto. Para além disso, uma abordagem transdiagnóstica, como a que é preconizada pela ACT, possibilita a normalização de experiências comuns na idade avançada (e.g., mudanças físicas e cognitivas decorrentes da idade), uma vez que os idosos apresentam frequentemente experiências de vida e condições heterogéneas (Roberts & Sedley, 2016). Apesar deste modelo se apresentar como promissor, é ainda necessário um investimento no estudo de eficácia com esta população específica, quer em amostras da comunidade, quer em amostras institucionalizadas (Petkus & Wetherell, 2013).

No que concerne à **Terapia da Autocompaixão** (ver Capítulo 8), esta tende a apresentar-se como adequada para pessoas de idade avançada (Perez-Blasco, Sales, Meléndez, & Mayordomo, 2016). O envelhecimento é um processo inevitável que, por si só, pode desencadear estados de ansiedade. A autocrítica, a dificuldade em lidar com as inúmeras perdas e eventos negativos que ocorrem nesta fase do ciclo vital poderão estar na base do desenvolvimento de diferentes patologias e no seu agravamento ou dificuldade em aderir a determinadas intervenções. Assim, a autocompaixão tende a ter um impacto positivo, quer na promoção de um envelhecimento saudável, quer na resiliência perante os eventos negativos (Perez-Blasco et al., 2016).

Por fim, as **Terapias Grupais** poderão ter como base os modelos cognitivo-comportamentais ou as abordagens contextuais, como, por

exemplo, o *mindfulness*. O recurso a este formato de intervenção poderá ter impacto nas patologias de ansiedade devido à natureza da intervenção grupal promover a partilha de pensamentos, sentimentos e emoções que potenciam episódios de ansiedade, conduzindo à normalização dessas experiências (Agronin, 2009).

CONCLUSÃO

A ansiedade na idade avançada poderá manifestar-se de diversas formas e assumir constelações de sintomas característicos de diferentes tipos de perturbação. Ao longo do presente capítulo foi possível compreender que existe um vasto leque de perturbações, desde fobia específica, perturbação de ansiedade social, perturbação de pânico, perturbação de agorafobia, perturbação de ansiedade generalizada e, ainda que categorizadas de forma diferente no DSM-5, a perturbação obsessivo-compulsiva e a perturbação de stresse pós-traumático. A prevalência de cada perturbação revela-se diferente em pessoas de idade avançada por comparação com o que sucede em jovens e em adultos. No entanto, o estudo da ansiedade na idade avançada pode tornar-se desafiante, pois a não-existência de um diagnóstico de perturbação de ansiedade não se traduz forçosamente na ausência de sintomatologia ansiosa. Ainda neste contexto, o reconhecimento da ansiedade e do sofrimento causado pode não ser claro para o indivíduo e não existir, assim, um autorrelato que possibilite ao terapeuta/médico o diagnóstico ou a identificação de sintomatologia.

Para além da dificuldade mencionada, é ainda notória a multiplicidade de situações que poderão resultar em ansiedade na idade avançada. Desde a ansiedade que acompanha o indivíduo desde a infância ou idade adulta, e que não foi submetida a qualquer intervenção, arrastando-se e potenciando-se na idade avançada, até

à ansiedade que surge mais tardiamente, resultante de diferentes causas (e.g., perda de capacidades motoras e cognitivas, estados de doença física, perdas diversas na sua rede de suporte).

A sintomatologia ansiosa pode, então, decorrer de múltiplas causas, mas também potencializar diferentes estados preexistentes de doença física e psicopatológicos (e.g., perturbações do sono). Dependendo ainda do tipo de perturbação existente, poderá existir mesmo o comprometimento de um envelhecimento ativo. A título de exemplo, uma perturbação de ansiedade social pode levar a um evitamento de locais públicos, como hospitais ou outras estruturas importantes, e evitamento de atividades que envolvam a interação social.

A avaliação é, por estes motivos, um ponto fundamental, quer através do reconhecimento da sintomatologia, quer da existência de instrumentos adaptados a esta população que auxiliem no seu diagnóstico. A sensibilidade e o conhecimento das perturbações ansiosas e sintomatologia residual poderão ser fundamentais nos processos de envelhecimento, promovendo intervenções adequadas e adaptadas a esta população.

No que respeita à intervenção, apresentam-se respostas variadas aproximando-se, cada vez mais, da multidisciplinaridade. Como referido, a promoção do exercício físico regular, o eventual recurso à farmacologia, e a abordagens psicoterapêuticas diversas têm-se revelado eficazes, sendo de realçar a importância de atender as características individuais na sua seleção.

Referências bibliográficas

- Aggarwal, R., Kunik, M., & Asghar-Ali, A. (2017). Anxiety in later life. *Focus, Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 15(2), 157-161. doi:10.1176/appi.focus.20160045
- Agronin, M. (2009). Group therapy in older adults. *Current Psychiatry Reports*, 11(1), 27-32. doi:10.1007/s11920-009-0005-1

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5 – Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5.ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores (Trabalho original em inglês publicado em 2013).
- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): Validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106-115. doi:10.1590/S1516-4446200000300003
- Andreas, F., Schulz, H., Volkert, J., Dehoust, M., Sehner, S., Suling, A., ... Härter, M. (2017). Prevalence of mental disorders in elderly people: The European MentDis_ICF65+ study. *British Journal of Psychiatry*, 210(2), 125-131. doi:10.1192/bjp.bp.115.180463
- Andresescu, C., & Varon, D. (2015). New research on anxiety disorders in the elderly and an update on evidence-based treatments. *Current Psychiatry Reports*, 17(7), 53-57. doi:10.1007/s11920-015-0595-8
- Andresescu, C., Gross, J. J., Lenze, E., Edelman, K. D., Snyder, S., Tanase, C., & Aizenstein, H. (2011). Altered cerebral blood flow patterns associated with pathologic worry in the elderly. *Depression and Anxiety*, 28(3), 202-209. doi:10.1002/da.20799
- Andresescu, C., Sheu, L. K., Tudorascu, D., Gross, J. J., Walker, S., Banihashemi, L., & Aizenstein, H. (2015). Emotion reactivity and regulation in late-life generalized anxiety disorder: Functional connectivity at baseline and post-treatment. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(2), 200-214. doi:10.1016/j.jagp.2014.05.003
- Ayers, C. R., Sorrell, J. T., Thorp, S. R., & Wetherell, J. L. (2007). Evidence-based psychological treatments for late-life anxiety. *Psychology and Aging*, 22(1), 8-17. doi:10.1037/0882-7974.22.1.8
- Bassil, N., Ghandour, A., & Grossberg, G. T. (2011). How anxiety presents differently in older adults. *Current Psychiatry*, 10(3), 65-72.
- Baxter, A. J., Scott, K. M., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2012). Global prevalence of anxiety disorders: A systematic review and meta-regression. *Psychological Medicine*, 43(5), 1-14. doi:10.1017/S003329171200147X
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. doi:10.1037/0022-006X.56.6.893
- Beck, J. G., Stanley, M. A., & Zebb, B. J. (1995). Psychometric properties of the Penn State Worry Questionnaire in older adults. *Journal of Clinical Geropsychology*, 1(1), 33-42.
- Beekman, A. T. F., de Beurs, E., van Balkom, A. J. L. M., Deeg, D. J. H., van Dyck, R., & van Tilburg, W. (2000). Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 157(1), 89-95. doi:10.1176/ajp.157.1.89
- Bergua, V., Meillon, C., Potvin, O., Ritchie, K., Tzourio, C., Bouisson, J., ... Amieva, H. (2015). Short STAI-Y anxiety scales: Validation and normative data for elderly subjects. *Ageing & Mental Health*, 20(9), 987-995. doi:10.1080/13607863.2015.1051511
- Bherer, L., Erickson, K. I., & Liu-Ambrose, T. (2013). A review of the effects of physical activity and exercise on cognitive and brain functions in older adults. *Journal of Aging Research*, 2013(657508), 1-8. doi:10.1155/2013/657508

- Bijanki, K. R., Stillman, A. N., Arndt, S., Magnotta, V. A., Fiedorowicz, J. G., Haynes, W. G., ... Moser, D. J. (2013). White matter fractional anisotropy is inversely related to anxious symptoms in older adults with atherosclerosis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *28*(10), 1069-1076. doi:10.1002/gps.3930
- Blay, S. L., & Marinho, V. (2012). Anxiety disorders in old age. *Current Opinion in Psychiatry*, *25*(6), 462-467. doi:10.1097/YCO.0b013e3283578cdd
- Bluett, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of Anxiety Disorders*, *28*(6), 612-624. doi:10.1016/j.janxdis.2014.06.008
- Bourgault-Fagnou, M. D., & Hadjistavropoulos, H. D. (2009). Understanding health anxiety among community dwelling seniors with varying degrees of frailty. *Ageing & Mental Health*, *13*(2), 226-237. doi:10.1080/13607860802380664
- Bourland, S. L., Stanley, M. A., Snyder, A. G., Novy, D. M., Beck, J. G., Averill, P. M., & Swann, A. C. (2000). Quality of life in older adults with generalized anxiety disorder. *Ageing & Mental Health*, *4*(4), 315-323. doi:10.1080/713649960
- Boyd, R., & Stevens, J. A. (2009). Falls and fear of falling: Burden, beliefs and behaviours. *Age and Ageing*, *38*(4), 423-428. doi:10.1093/ageing/afp053
- Brenes, G. A. (2006). Age differences in the presentation of anxiety. *Ageing & Mental Health*, *10*(3), 298-302. doi:10.1080/13607860500409898
- Brenes, G. A., Kritchevsky, S. B., Mehta, K. M., Yaffe, K., Simonsick, E. M., Ayonayon, H. N., ... Penninx, B. W. J. H. (2007). Scared to death: Results from the health, aging, and body composition study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *15*(3), 262-265. doi:10.1097/JGP.0b013e31802e21f0
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, *55*(7), 626-632. doi:10.1001/archpsyc.55.7.626
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(5), 748-766. doi:10.1037/0022-006X.68.5.748
- Brooks, M. S., & Fulton, L. (2010). Evidence of poorer life-course mental health outcomes among veterans of the Korean War cohort. *Ageing & Mental Health*, *14*(2), 177-183. doi:10.1080/13607860903046560
- Bryant, C., Jackson, H., & Ames, D. (2008). The prevalence of anxiety in older adults: Methodological issues and a review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, *109*(3), 233-250. doi:10.1016/j.jad.2007.11.008
- Bryant, C., Mohlman, J., Gum, A., Stanley, M., Beekman, A. T. F., Wetherell, J. L., ... Lenze, E. J. (2013). Anxiety disorders in older adults: Looking to DSM5 and beyond. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *21*(9), 872-876. doi:10.1016/j.jagp.2013.01.011
- Burvill, P. W., Johnson, G. A., Jamrozik, K. D., Anderson, C. S., Stewart-Wynne, E. G., & Chakera, T. M. (1995). Anxiety disorders after stroke: Results from the Perth Community Stroke Study. *British Journal of Psychiatry*, *166*(3), 328-332. doi:10.1192/bjp.166.3.328

- Byers, A. L., Arean, P. A., & Yaffe, K. (2012). Low use of mental health services among older americans with mood and anxiety disorders. *Psychiatric Services*, 63(1), 66-72. doi:10.1176/appi.ps.201100121
- Byers, A. L., Yaffe, K., Covinsky, K. E., Friedman, M. B., & Bruce, M. L. (2010). High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults: The national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 67(5), 489-496. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.35
- Byrne, G. J., & Pachana, N. A. (2011). Development and validation of a short form of the Geriatric Anxiety Inventory - The GAI-SF. *International Psychogeriatrics*, 23(1), 125-131. doi:10.1017/S1041610210001237
- Byrne, G. J., Pachana, N. A., Gonçalves, D. C., Arnold, E., King, R., & Khoo, S. K. (2010). Psychometric properties and health correlates of the Geriatric Anxiety Inventory in Australian community-residing older women. *Aging & Mental Health*, 14(3), 247-254. doi:10.1080/13607861003587628
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 21(1), 140-151. doi:10.1037/0882-7974.21.1.140
- Cairney, J., McCabe, L., Veldhuizen, S., Corna, L. M., Streiner, D., & Herrmann, N. (2007). Epidemiology of social phobia in later life. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(3), 224-233. doi:10.1097/01.JGP.0000235702.77245.46
- Calamari, J. E., Pontarelli, N. K., Armstrong, K. M., & Salstrom, S. A. (2012). Obsessive-compulsive disorder in late life. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(1), 136-150. doi:10.1016/j.cbpra.2010.10.004
- Calamari, J. E., Woodard, J. L., Armstrong, K. M., Molino, A., Pontarelli, N. K., Socha, J., & Longley, S. L. (2014). Assessing older adults' obsessive-compulsive disorder symptoms: Psychometric characteristics of the Obsessive Compulsive Inventory-Revised. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(2), 124-131. doi:10.1016/j.jocrd.2014.03.002
- Campbell Burton, C. A., Murray, J., Holmes, J., Astin, F., Greenwood, D., & Knapp, P. (2012). Frequency of anxiety after stroke: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *International Journal of Stroke*, 8(7), 545-559. doi:10.1111/j.1747-4949.2012.00906.x
- Carrière, I., Ryan, J., Norton, J., Scali, J., Stewart, R., Ritchie, K., & Ancelin, M. L. (2013). Anxiety and mortality risk in community-dwelling elderly people. *British Journal of Psychiatry*, 203(3), 303-309. doi:10.1192/bjp.bp.112.124685
- Chemerinski, E., Petracca, G., Manes, F., & Leiguarda, R. (1998). Prevalence and correlates of anxiety in Alzheimer's disease. *Depression and Anxiety*, 7(4), 166-170. doi:10.1002/(sici)1520-6394(1998)7:4<166::aid-da4>3.0.co;2-8
- Chou, K.-L. (2009). Specific phobia in older adults: Evidence from the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(5), 376-386. doi:10.1097/JGP.0b013e3181943214
- Chou, K.-L. (2010). Panic disorder in older adults: Evidence from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(8), 822-832. doi:10.1002/gps.2424

- Chung, M. C., Berger, Z., Jones, R., & Rudd, H. (2006). Posttraumatic stress disorder and general health problems following myocardial infarction (Post-MI PTSD) among older patients: The role of personality. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *21*(12), 1163-1174. doi:10.1002/gps.1624
- Chung, M. C., McKee, K. J., Austin, C., Barkby, H., Brown, H., Cash, S., ... Pais, T. (2009). Posttraumatic stress disorder in older people after a fall. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *24*(9), 955-964. doi:10.1002/gps.2201
- Copeland, J. R. M., Dewey, M. E., & Griffiths-Jones, H. M. (1986). A computerized psychiatric diagnostic system and case nomenclature for older subjects: GMS and AGE-CAT. *Psychological Medicine*, *16*(1), 89-99. doi:10.1017/S0033291700057779
- Copeland, J. R. M., Kelleher, M. J., Kellett, J. M., Gurlay, A. J., Gurland, B. J., Fleiss, J. L., & Sharpe, L. (1976). A semi-structured clinical interview for the assessment of diagnosis and mental state in the elderly: The Geriatric Mental State Schedule: I. Development and reliability. *Psychological Medicine*, *6*(3), 439-449. doi:10.1017/S0033291700015889
- Copeland, J. R. M., Prince, M., Wilson, K. C. M., Dewey, M. E., Payne, J., & Gurland, B. (2002). The Geriatric Mental State Examination in the 21st century. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *17*(8), 729-732. doi:10.1002/gps.667
- Corna, L. M., Cairney, J., Herrmann, N., Veldhuizen, S., McCabe, L., & Streiner, D. (2007). Panic disorder in later life: Results from a national survey of Canadians. *International Psychogeriatrics*, *19*(6), 1084-1096. doi:10.1017/s1041610207004978
- Crittendon, J., & Hopko, D. R. (2006). Assessing worry in older and younger adults: Psychometric properties of an abbreviated Penn State Worry Questionnaire (PSWQ-A). *Journal of Anxiety Disorders*, *20*(8), 1036-1054. doi:10.1016/j.janxdis.2005.11.006
- Danese, A., Caspi, A., Williams, B., Ambler, A., Sugden, K., Mika, J., ... Arseneault, L. (2011). Biological embedding of stress through inflammation processes in childhood. *Molecular Psychiatry*, *16*(3), 244-246. doi:10.1038/mp.2010.5
- Daniel, F., Vicente, H., Guadalupe, S., Silva, A., & Espírito-Santo, H. (2015). Propriedades psicométricas da versão portuguesa do Inventário de Ansiedade Geriátrica numa amostra de utentes de estruturas residenciais para idosos. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, *1*(2), 31-45. doi:10.7342/ismt.rpics.2015.1.2.22
- Davis, M. J., Moye, J., & Karel, M. J. (2002). Mental health screening of older adults in primary care. *Journal of Mental Health and Aging*, *8*(2), 139-149.
- Demirkan, A., Penninx, B. W. J. H., Hek, K., Wray, N. R., Amin, N., Aulchenko, Y. S., ... Middeldorp, C. M. (2010). Genetic risk profiles for depression and anxiety in adult and elderly cohorts. *Molecular Psychiatry*, *16*(7), 773-783. doi:10.1038/mp.2010.65
- Devane, C. L., Chiao, E., Franklin, M., & Kruep, E. J. (2005). Anxiety disorders in the 21st century: Status, challenges, opportunities, and comorbidity with depression. *American Journal of Managed Care*, *11*(Supl. 12), 344-353.
- Diefenbach, G. J., Tolin, D. F., Meunier, S. A., & Gilliam, C. M. (2009). Assessment of anxiety in older home care recipients. *Gerontologist*, *49*(2), 141-153. doi:10.1093/geront/gnp019

- Dong, X., Chen, R., & Simon, M. A. (2014). Anxiety among community-dwelling U.S. Chinese older adults. *Journals of Gerontology: Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, *69*(Supl. 2), S61-S67. doi:10.1093/gerona/glu178
- El-Gabalawy, R., Mackenzie, C. S., Pietrzak, R. H., & Sareen, J. (2014). A longitudinal examination of anxiety disorders and physical health conditions in a nationally representative sample of U.S. older adults. *Experimental Gerontology*, *60*, 46-56. doi:10.1016/j.exger.2014.09.012
- Erickson, K. I., Voss, M. W., Prakash, R. S., Basak, C., Szabo, A., Chaddock, L., ... Kramer, A. F. (2011). Exercise training increases size of hippocampus and improves memory. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *108*(7), 3017-3022. doi:10.1073/pnas.1015950108
- Firmin, M. W., Pathammavong, M. B., Johnson, C. B., & Trudel, J. F. (2014). Anxiety experienced by individuals with cancer in remission. *Psychology, Health & Medicine*, *19*(2), 153-158. doi:10.1080/13548506.2013.793373
- Flint, A. J. (2005). Generalised anxiety disorder in elderly patients: Epidemiology, diagnosis and treatment options. *Drugs & Aging*, *22*(2), 101-114. doi:10.2165/00002512-200522020-00002
- Flint, A. J., & Gagnon, N. (2003). Diagnosis and management of panic disorder in older patients. *Drugs & Aging*, *20*(12), 881-891. doi:10.2165/00002512-200320120-00002
- Flint, A. J., Koszycki, D., Vaccarino, F. J., Cadieux, A., Boulenger, J. P., & Bradwejn, J. (1998). Effect of aging on cholecystokinin-induced panic. *American Journal of Psychiatry*, *155*(2), 283-285. doi:10.1176/ajp.155.2.283
- Forlani, M., Morri, M., Belvederi Murri, M., Bernabei, V., Moretti, F., Attili, T., ... Atti, A. R. (2014). Anxiety symptoms in 74+ community-dwelling elderly: Associations with physical morbidity, depression and alcohol consumption. *PLoS ONE*, *9*(2), e89859. doi:10.1371/journal.pone.0089859
- Fredrikson, M., Annas, P., Fischer, H., & Wik, G. (1996). Gender and age differences in the prevalence of specific fears and phobias. *Behaviour Research and Therapy*, *34*(1), 33-39. doi:10.1016/0005-7967(95)00048-3
- Freud, S. (1963). Lecture XXV, Anxiety. In *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud – Introductory lectures on psycho-analysis (Part III), Volume XVI (1916-1917)* (J. Strachey, Trad. & Ed., Vol. 16, pp. 392-411). London: Hogarth Press (Trabalho original em alemão publicado em 1916).
- Fridman, A., Bakermans-Kranenburg, M. J., Sagi-Schwartz, A., & Van IJzendoorn, M. H. (2011). Coping in old age with extreme childhood trauma: Aging Holocaust survivors and their offspring facing new challenges. *Aging & Mental Health*, *15*(2), 232-242. doi:10.1080/13607863.2010.505232
- Gelkopf, M., Berger, R., Bleich, A., & Silver, R. C. (2012). Protective factors and predictors of vulnerability to chronic stress: A comparative study of 4 communities after 7 years of continuous rocket fire. *Social Science & Medicine*, *74*(5), 757-766. doi:10.1016/j.socscimed.2011.10.022
- Gellis, Z. D., Kim, E. G., & McCracken, S. G. (2008). Anxiety disorders among older adults: A literature review. In *Council on Social Work Education, Master's Advanced Curriculum (Mac) Project Mental Health And Aging Resource Review 2014*

- Revision*. Acedido a 27 de junho de 2016, em <http://www.cswe.org/File.aspx?id=234851-13>
- Gill, J. M., Saligan, L., Woods, S., & Page, G. (2009). PTSD is associated with an excess of inflammatory immune activities. *Perspectives in Psychiatric Care*, 45(4), 262-277. doi:10.1111/j.1744-6163.2009.00229.x
- Gillespie, N. A., Kirk, K. M., Evans, D. M., Heath, A. C., Hickie, I. B., & Martin, N. G. (2004). Do the genetic or environmental determinants of anxiety and depression change with age? A longitudinal study of Australian twins. *Twin Research*, 7(1), 39-53. doi:10.1375/13690520460741435
- Glaesmer, H., Braehler, E., Gündel, H., & Riedel-Heller, S. G. (2011). The association of traumatic experiences and posttraumatic stress disorder with physical morbidity in old age - A German population based study. *European Psychiatry*, 26, 1814. doi:10.1016/S0924-9338(11)73518-0
- Gonçalves, D. C., & Byrne, G. J. (2012). Interventions for generalized anxiety disorder in older adults: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(1), 1-11. doi:10.1016/j.janxdis.2011.08.010
- Gonçalves, D. C., Pachana, N. A., & Byrne, G. J. (2011). Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder among older adults in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Journal of Affective Disorders*, 132(1-2), 223-230. doi:10.1016/j.jad.2011.02.023
- Gould, C., O'Hara, R., Goldstein, M., & Beaudreau, S. (2016). Multimorbidity is associated with anxiety in older adults in the Health and Retirement Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(10), 1105-1115. doi:10.1002/gps.4532
- Gould, R. L., Coulson, M. C., & Howard, R. J. (2012). Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in older people: A meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(2), 218-229. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03824.x
- Grammatikopoulos, I., & Koutentakis, C. (2010). Social activity and participation as determinants of anxiety and depression among elderly in primary care. *Annals of General Psychiatry*, 9(Supl. 1), S137. doi:10.1186/1744-859X-9-S1-S137
- Graziano, R. (2003). Chapter 1 Trauma and aging. *Journal of Gerontological Social Work*, 40(4), 3-21. doi:10.1300/J083v40n04_02
- Greaves, C. J., & Farbus, L. (2006). Effects of creative and social activity on the health and well-being of socially isolated older people: Outcomes from a multi-method observational study. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 126(3), 133-142. doi:10.1177/1466424006064303
- Grenier, S., Préville, M., Boyer, R., & O'Connor, K. (2009). Prevalence and correlates of obsessive-compulsive disorder among older adults living in the community. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(7), 858-865. doi:10.1016/j.janxdis.2009.04.005
- Gum, A. M., King-Kallimanis, B., & Kohn, R. (2009). Prevalence of mood, anxiety, and substance-abuse disorders for older Americans in the National Comorbidity Survey-Replication. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(9), 769-781. doi:10.1097/JGP.0b013e3181ad4f5a
- Hassan, R., & Pollard, C. A. (1994). Late-life-onset panic disorder: Clinical and demographic characteristics of a patient sample. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 7(2), 84-88. doi:10.1177/089198879400700203

- Hauffa, R., Rief, W., Brähler, E., Martin, A., Mewes, R., & Glaesmer, H. (2011). Lifetime traumatic experiences and posttraumatic stress disorder in the German population. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *199*(12), 934-939. doi:10.1097/nmd.0b013e3182392c0d
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(1), 1-25. doi:10.1016/j.brat.2005.06.006
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change* (1.^a ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. G. (2004). What is acceptance and commitment therapy? In S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (1.^a ed., pp. 1-30). New York, NY: Springer Science+Business Media. doi:10.1007/978-0-387-23369-7
- Heaney, J. L. J., Phillips, A. C., & Carroll, D. (2010). Ageing, depression, anxiety, social support and the diurnal rhythm and awakening response of salivary cortisol. *International Journal of Psychophysiology*, *78*(3), 201-208. doi:10.1016/j.ijpsycho.2010.07.009
- Hek, K., Direk, N., Newson, R. S., Hofman, A., Hoogendijk, W. J. G., Mulder, C. L., & Tiemeier, H. (2013). Anxiety disorders and salivary cortisol levels in older adults: A population-based study. *Psychoneuroendocrinology*, *38*(2), 300-305. doi:10.1016/j.psyneuen.2012.06.006
- Hek, K., Tiemeier, H., Newson, R. S., Luijendijk, H. J., Hofman, A., & Mulder, C. L. (2011). Anxiety disorders and comorbid depression in community dwelling older adults. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *20*(3), 157-168. doi:10.1002/mpr.344
- Helmes, E., & Ward, B. G. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy for anxiety symptoms in older adults in residential care. *Aging & Mental Health*, *21*(3), 272-278. doi:10.1080/13607863.2015.1111862
- Hendriks, G.-J., Keijsers, G. P. J., Kampman, M., Voshaar, R. C. O., & Hoogduin, C. A. L. (2010). Agoraphobic cognitions in old and young patients with panic disorder. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *18*(12), 1155-1158. doi:10.1097/JGP.0b013e3181dba6ba
- Hermans, H., Beekman, A. T. F., & Evenhuis, H. M. (2013). Comparison of anxiety as reported by older people with intellectual disabilities and by older people with normal intelligence. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *22*(12), 1391-1398. doi:10.1016/j.jagp.2013.04.017
- Hoge, E. A., Brandstetter, K., Moshier, S., Pollack, M. H., Wong, K. K., & Simon, N. M. (2009). Broad spectrum of cytokine abnormalities in panic disorder and posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, *26*(5), 447-455. doi:10.1002/da.20564
- Hopko, D. R., Reas, D. L., Beck, J. G., Stanley, M. A., Wetherell, J. L., Novy, D. M., & Averill, P. M. (2003). Assessing worry in older adults: Confirmatory factor analysis of the Penn State Worry Questionnaire and psychometric properties of an abbreviated model. *Psychological Assessment*, *15*(2), 173-183. doi:10.1037/1040-3590.15.2.173

- Hu, S., Chao, H. H.-A., Zhang, S., Ide, J. S., & Li, C.-S. R. (2014). Changes in cerebral morphometry and amplitude of low-frequency fluctuations of BOLD signals during healthy aging: Correlation with inhibitory control. *Brain Structure and Function*, *219*(3), 983-994. doi:10.1007/s00429-013-0548-0
- Hunt, C., Issakidis, C., & Andrews, G. (2002). DSM-IV generalized anxiety disorder in the Australian national survey of mental health and well-being. *Psychological Medicine*, *32*(4), 649-659. doi:10.1017/s0033291702005512
- Hwang, T. J., Masterman, D. L., Ortiz, F., Fairbanks, L. A., & Cummings, J. L. (2004). Mild cognitive impairment is associated with characteristic neuropsychiatric symptoms. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, *18*(1), 17-21. doi:10.1097/00002093-200401000-00004
- Ismail, Z., Mohamad, M., Isa, M. R., Fadzil, M. A., Yassin, S. M., Ma, K. T., & Abu Bakar, M. H. B. (2015). Factors associated with anxiety among elderly hypertensive in primary care setting. *Journal of Mental Health*, *24*(1), 29-32. doi:10.3109/09638237.2014.971148
- Jenike, M. A. (1991). Geriatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, *4*(1), 34-39. doi:10.1177/089198879100400107
- Jeste, D. V., Blazer, D. G., & First, M. (2005). Aging-related diagnostic variations: Need for diagnostic criteria appropriate for elderly psychiatric patients. *Biological Psychiatry*, *58*(4), 265-271. doi:10.1016/j.biopsych.2005.02.004
- Jones, M. K., Wootton, B. M., & Vaccaro, L. D. (2012). The efficacy of exposure and response prevention for geriatric obsessive compulsive disorder: A clinical case illustration. *Case Reports in Psychiatry*, *2012*(394603), 1-5. doi:10.1155/2012/394603
- Kabacoff, R. I., Segal, D. L., Hersen, M., & Van Hasselt, V. B. (1997). Psychometric properties and diagnostic utility of the Beck Anxiety Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory with older adult psychiatric outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, *11*(1), 33-47. doi:10.1016/s0887-6185(96)00033-3
- Kang, H.-J., Bae, K.-Y., Kim, S.-W., Shin, I.-S., Yoon, J.-S., & Kim, J.-M. (2016). Anxiety symptoms in Korean elderly individuals: A two-year longitudinal community study. *International Psychogeriatrics*, *28*(3), 423-433. doi:10.1017/S1041610215001301
- Karlsson, B., Klenfeldt, I. F., Sigström, R., Waern, M., Östling, S., Gustafson, D., & Skoog, I. (2009). Prevalence of social phobia in non-demented elderly from a Swedish population study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *17*(2), 127-135. doi:10.1097/JGP.0b013e3181860051
- Kessler, R. C., & Üstün, T. B. (2004). The world mental health (WMH) survey initiative version of the world health organization (WHO) composite international diagnostic interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *13*(2), 93-121. doi:10.1002/mpr.168
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*(6), 593-602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593
- Khairkar, P., & Diwan, S. (2012). Late-onset obsessive-compulsive disorder with comorbid narcolepsy after perfect blend of thalamo-striatal stroke and post-

- streptococcal infection. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 24(4), E29-E31. doi:10.1176/appi.neuropsych.11100252
- King-Kallimanis, B., Gum, A. M., & Kohn, R. (2009). Comorbidity of depressive and anxiety disorders for older Americans in the national comorbidity survey-replication. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(9), 782-792. doi:10.1097/JGP.0b013e3181ad4d17
- Kirmizioglu, Y., Doğan, O., Kuğu, N., & Akyüz, G. (2009). Prevalence of anxiety disorders among elderly people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(9), 1026-1033. doi:10.1002/gps.2215
- Klenfeldt, I. F., Karlsson, B., Sigström, R., Bäckman, K., Waern, M., Östling, S., ... Skoog, I. (2014). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in relation to depression and cognition in an elderly population. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(3), 301-308. doi:10.1016/j.jagp.2012.09.004
- Kohn, R., Westlake, R. J., Rasmussen, S. A., Marsland, R. T., & Norman, W. H. (1997). Clinical features of obsessive-compulsive disorder in elderly patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 5(3), 211-215. doi:10.1097/00019442-199700530-00004
- Krasucki, C., Ryan, P., Ertan, T., Howard, R., Lindesay, J., & Mann, A. (1999). The FEAR: A rapid screening instrument for generalized anxiety in elderly primary care attenders. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(1), 60-68. doi:10.1002/(sici)1099-1166(199901)14:1<60::aid-gps893>3.0.co;2-g
- Kreitler, S. (2017). The meaning profile of anxiety and depression: Similarities and differences in two age groups. *Cognition and Emotion*, 2017, 1-15. doi:10.1080/02699931.2017.1311248
- Kubzansky, L. D., Cole, S. R., Kawachi, I., Vokonas, P., & Sparrow, D. (2006). Shared and unique contributions of anger, anxiety, and depression to coronary heart disease: A prospective study in the normative aging study. *Annals of Behavioral Medicine*, 31(1), 21-29. doi:10.1207/s15324796abm3101_5
- Kvaal, K., Ulstein, I., Nordhus, I. H., & Engedal, K. (2005). The Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI): The state scale in detecting mental disorders in geriatric patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(7), 629-634. doi:10.1002/gps.1330
- Lai, C.-H., & Wu, Y.-T. (2012). Fronto-temporo-insula gray matter alterations of first-episode, drug-naïve and very late-onset panic disorder patients. *Journal of Affective Disorders*, 140(3), 285-291. doi:10.1016/j.jad.2012.01.049
- Lai, C.-H., & Wu, Y.-T. (2013). Fronto-occipital fasciculus, corpus callosum and superior longitudinal fasciculus tract alterations of first-episode, medication-naïve and late-onset panic disorder patients. *Journal of Affective Disorders*, 146(3), 378-382. doi:10.1016/j.jad.2012.09.022
- Lee, L. O., Gatz, M., Pedersen, N. L., & Prescott, C. A. (2016). Anxiety trajectories in the second half of life: Genetic and environmental contributions over age. *Psychology and Aging*, 31(1), 101-113. doi:10.1037/pag0000063
- Lenze, E. J., Goate, A. M., Nowotny, P., Dixon, D., Shi, P., Bies, R. R., ... Pollock, B. G. (2010). Relation of serotonin transporter genetic variation to efficacy of escitalopram for generalized anxiety disorder in older adults. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 30(6), 672-677. doi:10.1097/jcp.0b013e3181fc2bef

- Lenze, E. J., Mulsant, B. H., Mohlman, J., Shear, M. K., Dew, M. A., Schulz, R., ... Reynolds, C. F. (2005). Generalized anxiety disorder in late life: Lifetime course and comorbidity with major depressive disorder. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *13*(1), 77-80. doi:10.1097/00019442-200501000-00011
- Lenze, E. J., Mulsant, B. H., Shear, M. K., Schulberg, H. C., Dew, M. A., Begley, A. E., ... Reynolds, C. F. (2000). Comorbid anxiety disorders in depressed elderly patients. *American Journal of Psychiatry*, *157*(5), 722-728. doi:10.1176/appi.ajp.157.5.722
- Lenze, E. J., Rogers, J. C., Martire, L. M., Mulsant, B. H., Rollman, B. L., Dew, M. A., ... Reynolds, C. F. (2001). The association of late-life depression and anxiety with physical disability: A review of the literature and prospectus for future research. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *9*(2), 113-135. doi:10.1097/00019442-200105000-00004
- Lindesay, J. (1991). Phobic disorders in the elderly. *British Journal of Psychiatry*, *159*(4), 531-541. doi:10.1192/bjp.159.4.531
- Lindesay, J., Baillon, S., Brugha, T., Dennis, M., Stewart, R., Araya, R., & Meltzer, H. (2006). Worry content across the lifespan: An analysis of 16- to 74-year-old participants in the British National Survey of Psychiatric Morbidity 2000. *Psychological Medicine*, *36*(11), 1625-1633. doi:10.1017/S0033291706008439
- Lindesay, J., Stewart, R., & Bisla, J. (2012). Anxiety disorders in older people. *Reviews in Clinical Gerontology*, *22*(3), 204-217. doi:10.1017/S0959259812000019
- Losada, A., Márquez-González, M., Pachana, N. A., Wetherell, J. L., Fernández-Fernández, V., Nogales-González, C., & Ruiz-Díaz, M. (2014). Behavioral correlates of anxiety in well-functioning older adults. *International Psychogeriatrics*, *27*(7), 1135-1146. doi:10.1017/S1041610214001148
- Lyketsos, C. G., Lopez, O., Jones, B., Fitzpatrick, A. L., Breitner, J., & DeKosky, S. (2002). Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: Results from the cardiovascular health study. *Journal of the American Medical Association*, *288*(12), 1475-1483. doi:10.1001/jama.288.12.1475
- Mackenzie, C. S., Reynolds, K., Chou, K.-L., Pagura, J., & Sareen, J. (2011). Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder in a national sample of older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *19*(4), 305-315. doi:10.1097/JGP.0b013e318202bc62
- Márquez-González, M., Losada, A., Fernández-Fernández, V., & Pachana, N. A. (2012). Psychometric properties of the Spanish version of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, *24*(1), 137-144. doi:10.1017/S1041610211001505
- Massena, P. N., de Araújo, N. B., Pachana, N., Laks, J., & de Pádua, A. C. (2014). Validation of the Brazilian Portuguese version of Geriatric Anxiety Inventory - GAI-BR. *International Psychogeriatrics*, *27*(7), 1113-1119. doi:10.1017/S1041610214001021
- McCabe, L., Cairney, J., Veldhuizen, S., Herrmann, N., & Streiner, D. L. (2006). Prevalence and correlates of agoraphobia in older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *14*(6), 515-522. doi:10.1097/01.JGP.0000203177.54242.14
- McDowell, P., Gordon, R., Andrews, L., MacDonncha, C., & Herring, P. (2018). Associations of physical activity with anxiety symptoms and status: results from

- The Irish longitudinal study on ageing. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 31, 1-10. doi:10.1017/S204579601800001X
- Mendes-Chiloff, C. L. (2006). *Estudo da prevalência de sintomas depressivos e declínio cognitivo de idosos internados num Hospital de Ensino*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Botucatu — Universidade Estadual Paulista, São Paulo, Brasil. Acedido a 22 de novembro de 2015, em <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp003205.pdf>
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 487-495. doi:10.1016/0005-7967(90)90135-6
- Miloyan, B., & Pachana, N. A. (2015). Clinical significance of worry and physical symptoms in late-life generalized anxiety disorder. *Geriatric Psychiatry*, 30(12), 1186-1194. doi:10.1177/0891988715606231
- Mittal, D., Torres, R., Abashidze, A., & Jimerson, N. (2001). Worsening of post-traumatic stress disorder symptoms with cognitive decline: Case series. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 14(1), 17-20. doi:10.1177/089198870101400105
- Mohlman, J., Bryant, C., Lenze, E. J., Stanley, M. A., Gum, A., Flint, A., ... Craske, M. G. (2012). Improving recognition of late life anxiety disorders in Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition: Observations and recommendations of the Advisory Committee to the Lifespan Disorders Work Group. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(6), 549-556. doi:10.1002/gps.2752
- Mohlman, J., Eldreth, D. A., Price, R. B., Staples, A. M., & Hanson, C. (2017). Prefrontal-limbic connectivity during worry in older adults with generalized anxiety disorder. *Aging & Mental Health*, 21(4), 426-438. doi:10.1080/13607863.2015.1109058
- Netz, Y., Wu, M.-J., Becker, B. J., & Tenenbaum, G. (2005). Physical activity and psychological well-being in advanced age: A meta-analysis of intervention studies. *Psychology and Aging*, 20(2), 272-284. doi:10.1037/0882-7974.20.2.272
- Norton, J., Ancelin, M. L., Stewart, R., Berr, C., Ritchie, K., & Carrière, I. (2012). Anxiety symptoms and disorder predict activity limitations in the elderly. *Journal of Affective Disorders*, 141(2-3), 276-285. doi:10.1016/j.jad.2012.04.002
- O'Donovan, A., Hughes, B. M., Slavich, G. M., Lynch, L., Cronin, M.-T., O'Farrelly, C., & Malone, K. M. (2010). Clinical anxiety, cortisol and interleukin-6: Evidence for specificity in emotion-biology relationships. *Brain, Behavior, and Immunity*, 24(7), 1074-1077. doi:10.1016/j.bbi.2010.03.003
- O'Donovan, A., Slavich, G. M., Epel, E. S., & Neylan, T. C. (2013). Exaggerated neurobiological sensitivity to threat as a mechanism linking anxiety with increased risk for diseases of aging. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(1), 96-108. doi:10.1016/j.neubiorev.2012.10.013
- Ogle, C. M., Rubin, D. C., & Siegler, I. C. (2014). Cumulative exposure to traumatic events in older adults. *Aging & Mental Health*, 18(3), 316-325. doi:10.1080/13607863.2013.832730
- Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19(1), 103-114. doi:10.1017/S1041610206003504

- Pachana, N. A., McLaughlin, D., Leung, J., Byrne, G., & Dobson, A. (2012). Anxiety and depression in adults in their eighties: Do gender differences remain? *International Psychogeriatrics*, *24*(1), 145-150. doi:10.1017/S104161021001372
- Palgi, Y. (2015). Predictors of the new criteria for probable PTSD among older adults. *Psychiatry Research*, *230*(3), 777-782. doi: 10.1016/j.psychres.2015.11.006
- Parker, G., Hyett, M., Hadzi-Pavlovic, D., Brotchie, H., & Walsh, W. (2011). GAD is good? Generalized anxiety disorder predicts a superior five-year outcome following an acute coronary syndrome. *Psychiatry Research*, *188*(3), 383-389. doi: 10.1016/j.psychres.2011.05.018
- Perez-Blasco, J., Sales, A., Meléndez, J. C., & Mayordomo, T. (2016). The effects of mindfulness and self-compassion on improving the capacity to adapt to stress situations in elderly people living in the community. *Clinical Gerontologist*, *39*(2), 90-103. doi:10.1080/07317115.2015.1120253
- Petkus, A. J., & Wetherell, J. L. (2013). Acceptance and Commitment Therapy with older adults: Rationale and considerations. *Cognitive and Behavioral Practice*, *20*(1), 47-56. doi: 10.1016/j.cbpra.2011.07.004
- Petkus, A., Reynolds, C., Wetherell, J., Kremen, W., & Gatz, M. (2017). Temporal dynamics of cognitive performance and anxiety across older adulthood. *Psychology and Aging*, *32*(3), 278-292. doi:10.1037/pag0000164
- Pietrzak, R. H., Goldstein, R. B., Southwick, S. M., & Grant, B. F. (2011). Medical comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in US adults: Results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychosomatic Medicine*, *73*(8), 697-707. doi:10.1097/PSY.0b013e3182303775
- Pietrzak, R. H., Goldstein, R. B., Southwick, S. M., & Grant, B. F. (2012). Physical health conditions associated with posttraumatic stress disorder in U.S. older adults: Results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of the American Geriatrics Society*, *60*(2), 296-303. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03788.x
- Pinquart, M., & Duberstein, P. R. (2007). Treatment of anxiety disorders in older adults: A meta-analytic comparison of behavioral and pharmacological interventions. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *15*(8), 639-651. doi:10.1097/JGP.0b013e31806841c8
- Porensky, E. K., Dew, M. A., Karp, J. F., Skidmore, E., Rollman, B. L., Shear, M. K., & Lenze, E. J. (2009). The burden of late-life generalized anxiety disorder: Effects on disability, health-related quality of life, and healthcare utilization. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *17*(6), 473-482. doi:10.1097/JGP.0b013e31819b87b2
- Potvin, O., Bergua, V., Meillon, C., Le Goff, M., Bouisson, J., Dartigues, J.-F., & Amieva, H. (2011). Norms and associated factors of the STAI-Y State anxiety inventory in older adults: Results from the PAQUID study. *International Psychogeriatrics*, *23*(6), 869-879. doi:10.1017/S1041610210002358
- Potvin, O., Bergua, V., Swendsen, J., Meillon, C., Tzourio, C., Ritchie, K., ... Amieva, H. (2013). Anxiety and 10-year risk of incident and recurrent depressive symptomatology in older adults. *Depression and Anxiety*, *30*(6), 554-563. doi:10.1002/da.22101

- Poyurovsky, M., Bergman, J., & Weizman, R. (2006). Obsessive-compulsive disorder in elderly schizophrania patients. *Journal of Psychiatric Research*, *40*(3), 189-191. doi:10.1016/j.jpsychires.2005.03.009
- Prenoveau, J. M., Craske, M. G., Zinbarg, R. E., Mineka, S., Rose, R. D., & Griffith, J. W. (2011). Are anxiety and depression just as stable as personality during late adolescence? Results from a three-year longitudinal latent variable study. *Journal of Abnormal Psychology*, *120*(4), 832-843. doi:10.1037/a0023939
- Price, M. C., & Salsman, N. L. (2010). Exposure and response prevention for the treatment of late-onset obsessive-compulsive disorder in an 82-year-old man. *Clinical Case Studies*, *9*(6), 426-441. doi:10.1177/1534650110387294
- Qazi, A., Shankar, K., & Orrell, M. (2003). Managing anxiety in people with dementia: A case series. *Journal of Affective Disorders*, *76*(1-3), 261-265. doi:10.1016/S0165-0327(02)00074-5
- Rasquin, S., Lodder, J., & Verhey, F. (2005). The association between psychiatric and cognitive symptoms after stroke: A prospective study. *Cerebrovascular Diseases*, *19*(5), 309-316. doi:10.1159/000084499
- Reid, J. M., Arnold, E., Rosen, S., Mason, G., Larson, M. J., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2011). Hoarding behaviors among nonclinical elderly adults: Correlations with hoarding cognitions, obsessive-compulsive symptoms, and measures of general psychopathology. *Journal of Anxiety Disorders*, *25*(8), 1116-1122. doi:10.1016/j.janxdis.2011.08.002
- Reimold, M., Knobel, A., Rapp, M. A., Batra, A., Wiedemann, K., Ströhle, A., ... Heinz, A. (2011). Central serotonin transporter levels are associated with stress hormone response and anxiety. *Psychopharmacology*, *213*(2-3), 563-572. doi:10.1007/s00213-010-1903-y
- Reimold, M., Smolka, M. N., Zimmer, A., Batra, A., Knobel, A., Solbach, C., ... Heinz, A. (2007). Reduced availability of serotonin transporters in obsessive-compulsive disorder correlates with symptom severity - a [¹¹C]DASB PET study. *Journal of Neural Transmission*, *114*(12), 1603-1609. doi:10.1007/s00702-007-0785-6
- Reynolds, K., Pietrzak, R. H., Mackenzie, C. S., Chou, K. L., & Sareen, J. (2016). Posttraumatic stress disorder across the adult lifespan: Findings from a nationally representative survey. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *24*(1), 81-93. doi:10.1016/j.jagp.2015.11.001
- Ribeiro, O., Paúl, C., Simões, M. R., & Firmino, H. (2011). Portuguese version of the Geriatric Anxiety Inventory: Transcultural adaptation and psychometric validation. *Aging & Mental Health*, *15*(6), 742-748. doi:10.1080/13607863.2011.562177
- Ritchie, K., & Norton, J. (2015). Late-onset agoraphobia: General population incidence and evidence for a clinical subtype. *European Psychiatry*, *30*(8), S54. doi:10.1016/j.eurpsy.2015.09.153
- Ritchie, K., Artero, S., Beluche, I., Ancelin, M.-L., Mann, A., Dupuy, A.-M., ... Boulenger, J.-P. (2004). Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly population. *British Journal of Psychiatry*, *184*(2), 147-152. doi:10.1192/bjp.184.2.147
- Roberts, S. L., & Sedley, B. (2016). Acceptance and Commitment Therapy with older adults: Rationale and case study of an 89 year-old with depression and generalized anxiety disorder. *Clinical Case Studies*, *15*(1), 53-67. doi:10.1177/1534650115589754

- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 54-68. doi:10.1093/clipsy.9.1.54
- Roest, A. M., Martens, E. J., de Jonge, P., & Denollet, J. (2010). Anxiety and risk of incident coronary heart disease: A meta-analysis. *Journal of the American College of Cardiology*, 56(1), 38-46. doi:10.1016/j.jacc.2010.03.034
- Rozzini, L., Chilovi, B. V., Peli, M., Conti, M., Rozzini, R., Trabucchi, M., & Padovani, A. (2009). Anxiety symptoms in mild cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(3), 300-305. doi:10.1002/gps.2106
- Sami, M. B., & Nilforooshan, R. (2015). The natural course of anxiety disorders in the elderly: A systematic review of longitudinal trials. *International Psychogeriatrics*, 27(7), 1061-1069. doi:10.1017/S1041610214001847
- Santini, Z. I., Koyanagi, A., Tyrovolas, S., Mason, C., & Haro, J. M. (2015). The association between social relationships and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 175, 53-65. doi:10.1016/j.jad.2014.12.049
- Schoevers, R. A., Deeg, D. J. H., van Tilburg, W., & Beekman, A. T. F. (2005). Depression and generalized anxiety disorder: Co-occurrence and longitudinal patterns in elderly patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(1), 31-39. doi:10.1097/00019442-200501000-00006
- Schürmeyer, T. H., & Wickings, E. J. (1999). Principles of endocrinology. In M. Schedlowski & U. Tewes (Eds.), *Psychoneuroimmunology: An interdisciplinary introduction* (pp. 63-92). New York, NY: Kluwer Academic Publishers. doi:10.1007/978-1-4615-4879-9
- Schuermans, J., Comijs, H. C., Beekman, A. T. F., de Beurs, E., Deeg, D. J. H., Emmelkamp, P. M. G., & van Dyck, R. (2005). The outcome of anxiety disorders in older people at 6-year follow-up: Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(6), 420-428. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00531.x
- Seguí, J., Salvador-Carulla, L., Márquez, M., García, L., Canet, J., & Ortiz, M. (2000). Differential clinical features of late-onset panic disorder. *Journal of Affective Disorders*, 57(1-3), 115-124. doi:10.1016/s0165-0327(99)00082-8
- Seignourel, P. J., Kunik, M. E., Snow, L., Wilson, N., & Stanley, M. (2008). Anxiety in dementia: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1071-1082. doi:10.1016/j.cpr.2008.02.008
- Shankar, K. K., Walker, M., Frost, D., & Orrell, M. W. (1999). The development of a valid and reliable scale for rating anxiety in dementia (RAID). *Aging & Mental Health*, 3(1), 39-49. doi:10.1080/13607869956424
- Sharma, E., Sundar, A. S., Thennarasu, K., & Reddy, Y. C. J. (2015). Is late-onset OCD a distinct phenotype? Findings from a comparative analysis of "age at onset" groups. *CNS Spectrums*, 20(5), 508-514. doi:10.1017/S1092852914000777
- Shrestha, S., Robertson, S., & Stanley, M. A. (2011). Innovations in research for treatment of late-life anxiety. *Aging & Mental Health*, 15(7), 811-821. doi:10.1080/13607863.2011.569487
- Sigström, R., Östling, S., Karlsson, B., Waern, M., Gustafson, D., & Skoog, I. (2011). A population-based study on phobic fears and DSM-IV specific phobia in 70-year olds. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1), 148-153. doi:10.1016/j.janxdis.2010.08.014

- Sinoff, G., & Werner, P. (2003). Anxiety disorder and accompanying subjective memory loss in the elderly as a predictor of future cognitive decline. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(10), 951-959. doi:10.1002/gps.1004
- Sinoff, G., Ore, L., Zlotogorsky, D., & Tamir, A. (1999). Short anxiety screening test - A brief instrument for detecting anxiety in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(12), 1062-1071. doi:10.1002/(SICI)1099-1166(199912)14:12<1062::AID-GPS67>3.0.CO;2-Q
- Skoog, I. (1993). The prevalence of psychotic, depressive and anxiety syndromes in demented and non-demented 85-year-olds. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8(3), 247-253. doi:10.1002/gps.930080308
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Splevins, K., Smith, A., & Simpson, J. (2009). Do improvements in emotional distress correlate with becoming more mindful? A study of older adults. *Aging & Mental Health*, 13(3), 328-335. doi:10.1080/13607860802459807
- Stanley, M. A., Beck, J. G., & Zebb, B. J. (1996). Psychometric properties of four anxiety measures in older adults. *Behaviour Research and Therapy*, 34(10), 827-838. doi:10.1016/0005-7967(96)00064-2
- Starkstein, S. E., Jorge, R., Petracca, G., & Robinson, R. G. (2007). The construct of generalized anxiety disorder in Alzheimer disease. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(1), 42-49. doi:10.1097/01.JGP.0000229664.11306.b9
- Sunderland, M., Anderson, T. M., Sachdev, P. S., Titov, N., & Andrews, G. (2015). Lifetime and current prevalence of common DSM-IV mental disorders, their demographic correlates, and association with service utilisation and disability in older Australian adults. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(2), 145-155. doi:10.1177/0004867414538674
- Teachman, B. A. (2006). Aging and negative affect: The rise and fall and rise of anxiety and depression symptoms. *Psychology and Aging*, 21(1), 201-207. doi:10.1037/0882-7974.21.1.201
- Teixeira, C. M., Vasconcelos-Raposo, J., Fernandes, H. M., & Brustad, R. J. (2013). Physical activity, depression and anxiety among the elderly. *Social Indicators Research*, 113(1), 307-318. doi:10.1007/s11205-012-0094-9
- Therrien, Z., & Hunsley, J. (2012). Assessment of anxiety in older adults: A systematic review of commonly used measures. *Aging & Mental Health*, 16(1), 1-16. doi:10.1080/13607863.2011.602960
- Thorp, S. R., Ayers, C. R., Nuevo, R., Stoddard, J. A., Sorrell, J. T., & Wetherell, J. L. (2009). Meta-analysis comparing different behavioral treatments for late-life anxiety. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(2), 105-115. doi:10.1097/JGP.0b013e31818b3f7e
- Tirado, P. A. (2010). Miedo a caerse. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 45(1), 38-44. doi:10.1016/j.regg.2009.10.006
- Urry, H. L., van Reekum, C. M., Johnstone, T., Kalin, N. H., Thurow, M. E., Schaefer, H. S., ... Davidson, R. J. (2006). Amygdala and ventromedial prefrontal cortex are inversely coupled during regulation of negative affect and predict the diurnal pattern of cortisol secretion among older

- adults. *Journal of Neuroscience*, 26(16), 4415-4425. doi:10.1523/JNEUROSCI.3215-05.2006
- Vadla, D., Bozиков, J., Blazeković-Milaković, S., & Kovacić, L. (2013). Anxiety and depression in elderly – Prevalence and association with health care. *Lijecnicki Vjesnik*, 135(5-6), 134-138.
- van Hout, H. P. J., Beekman, A. T. F., de Beurs, E., Comijs, H., van Marwijk, H., de Haan, M., ... Deeg, D. J. H. (2004). Anxiety and the risk of death in older men and women. *British Journal of Psychiatry*, 185(5), 399-404. doi:10.1192/bjp.185.5.399
- Vedhara, K., Miles, J., Bennett, P., Plummer, S., Tallon, D., Brooks, E., ... Farndon, J. (2003). An investigation into the relationship between salivary cortisol, stress, anxiety and depression. *Biological Psychology*, 62(2), 89-96. doi:10.1016/s0301-0511(02)00128-x
- Vicente, F., Espírito-Santo, H., Cardoso, D., Silva, F. D., Costa, M., Martins, S., ... Lemos, L. (2014). Estudo longitudinal dos fatores associados à evolução de sintomas depressivos em idosos institucionalizados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(4), 308-316. doi:10.1590/0047-2085000000039
- Vogelzangs, N., Beekman, A., Jonge, P., & Penninx, B. (2013). Anxiety disorders and inflammation in a large adult cohort. *Translational Psychiatry*, 3(4), 249. doi:10.1038/tp.2013.27
- Volkert, J., Schulz, H., Härter, M., Włodarczyk, O., & Andreas, S. (2013). The prevalence of mental disorders in older people in Western countries - A meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 339-353. doi:10.1016/j.arr.2012.09.004
- Wetherell, J. L., Afari, N., Ayers, C. R., Stoddard, J. A., Ruberg, J., Sorrell, J. T., ... Patterson, T. L. (2011). Acceptance and Commitment Therapy for Generalized Anxiety Disorder in older adults: A preliminary report. *Behavior Therapy*, 42(1), 127-134. doi:10.1016/j.beth.2010.07.002
- Wetherell, J. L., Lenze, E. J., & Stanley, M. A. (2005). Evidence-based treatment of geriatric anxiety disorders. *Psychiatric Clinics of North American*, 28(4), 871-896. doi:10.1016/j.psc.2005.09.006
- Wetherell, J. L., Maser, J. D., & van Balkom, A. (2005). Anxiety disorders in the elderly: Outdated beliefs and a research agenda. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(6), 401-402. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00545.x
- Wetherell, J. L., Petkus, A. J., McChesney, K., Stein, M. B., Judd, P. H., Rockwell, E., ... Patterson, T. L. (2009). Older adults are less accurate than younger adults at identifying symptoms of anxiety and depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(8), 623-626. doi:10.1097/nmd.0b013e3181b0c081
- Wetherell, J. L., Sorrell, J. T., Thorp, S. R., & Patterson, T. L. (2005). Psychological interventions for late-life anxiety: A review and early lessons from the CALM study. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 18(2), 72-82. doi:10.1177/0891988705276058
- Wilkes, C. M., Wilson, H. W., Woodard, J. L., & Calamari, J. E. (2013). Do negative affect characteristics and subjective memory concerns increase risk for late life anxiety? *Journal of Anxiety Disorders*, 27(6), 608-618. doi:10.1016/j.janxdis.2013.03.008
- Wilson, R. S., Begeny, C. T., Boyle, P. A., Schneider, J. A., & Bennett, D. A. (2011). Vulnerability to stress, anxiety, and development of dementia in old age. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(4), 327-334. doi:10.1097/JGP.0b013e31820119da

- Wishman, M., Robustelli, B., & Labrecque, L. (2018). Specificity of the association between marital discord and longitudinal changes in symptoms of depression and generalized anxiety disorder in the Irish Longitudinal Study on Ageing. *Family Process, 10*(10), 1-13. doi:10.1111/famp.12351
- Wisocki, P. A., Handen, B., & Morse, C. K. (1986). The Worry Scale as a measure of anxiety among homebound and community active elderly. *Behavior Therapist, 9*(5), 91-95.
- Wolitzky-Taylor, K. B., Castriotta, N., Lenze, E. J., Stanley, M. A., & Craske, M. G. (2010). Anxiety disorders in older adults: A comprehensive review. *Depression and Anxiety, 27*(2), 190-211. doi:10.1002/da.20653
- World Health Organization. (2017). *Mental health of older adults*. Acedido a 14 julho de 2018, em <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- Xavier, M., Baptista, H., Mendes, J. M., Magalhães, P., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2013). Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal — Rationale, design and fieldwork procedures. *International Journal of Mental Health Systems, 7*(1), 19. doi:10.1186/1752-4458-7-19
- Yan, Y., Xin, T., Wang, D., & Tang, D. (2014). Application of the Geriatric Anxiety Inventory-Chinese Version (GAI-CV) to older people in Beijing communities. *International Psychogeriatrics, 26*(3), 517-523. doi:10.1017/S1041610213002007
- Young, L. A., & Baime, M. J. (2010). Mindfulness-Based Stress Reduction: Effect on emotional distress in older adults. *Complementary Health Practice Review, 15*(2), 59-64. doi:10.1177/1533210110387687
- Zhang, X., Norton, J., Carrière, I., Ritchie, K., Chaudieu, I., & Ancelin, M.-L. (2015a). Generalized anxiety in community-dwelling elderly: Prevalence and clinical characteristics. *Journal of Affective Disorders, 172*(C), 24-29. doi:10.1016/j.jad.2014.09.036
- Zhang, X., Norton, J., Carrière, I., Ritchie, K., Chaudieu, I., & Ancelin, M.-L. (2015b). Risk factors for late-onset generalized anxiety disorder: Results from a 12-year prospective cohort (The ESPRIT study). *Translational Psychiatry, 5*(3), e536. doi:10.1038/tp.2015.31