

Erguvan Tuğba ÖZEL KIZIL  
Engin TURAN



## DERLEME

# YAŞLILARDA ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

## Öz

Yaşlılık dönemi tekrarlayan kayıplarla seyretmesi bakımından depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları başta olmak üzere psikiyatrik bozukluklar açısından riskli bir dönemdir. Klinik pratikte anksiyete yaşlılarda sık görülmektedir ve zor tedavi edilmektedir. Buna rağmen anksiyete bozuklukları yaşlılarda yeterince araştırılmamıştır. Yapılan çalışmalarda anksiyete bozukluklarının yaşlılarda gençlere göre daha nadir bulunduğu saptanmıştır. Bu durum anksiyete bozukluklarının yaşlılarda gençlerdekine göre farklı biçimlerde ortaya çıktığını ve/veya varolan diğer tıbbi hastalıkların psikiyatrik değerlendirmeyi güçleştirdiğini düşündürmektedir. Ayrıca, anksiyetenin yaşlılık ve yaşlılıkta görülen tıbbi hastalıkların doğal bir sonucu olabileceği önkabulü de anksiyete bozukluklarının yeterince tanınmamasına neden olabilmektedir.

Bu yazıda yaşlılarda anksiyete bozuklukları ve tedavisi konusunda yapılan çalışmaların gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Anksiyete, Yaşlılık.



## REVIEW ARTICLE

# ANXIETY DISORDERS IN ELDERLY PEOPLE

## ABSTRACT

Old age is risky for psychiatric disorders like depression and anxiety due to repeated losses. Although in clinical practice, anxiety is a frequent problem among elderly people and the treatment of anxiety is quite difficult in geriatric patients, anxiety disorders are not studied enough. Previous studies suggested that anxiety disorders are more rare among geriatric patients than in younger ones. This might be due to the different appearance of anxiety disorders in geriatric age and to the existing medical illnesses which may complicate psychiatric evaluation. Anxiety, which is accepted as a natural outcome of senility and the medical illnesses in elderly may also result with underdiagnosis of anxiety disorders.

In this paper we aimed to review the studies on anxiety disorders and their treatment among geriatric patients.

**Key words:** Anxiety, Elderly.

### İletişim (Correspondance)

Erguvan Tuğba ÖZEL KIZIL  
Ankara Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı  
ANKARA  
Tlf: (0312) 595 69 34  
e-mail: etugbaozel@yahoo.com

Geliş Tarihi: 24/10/2006  
(Received)

Kabul Tarihi: 19/01/2007  
(Accepted)

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Psikiyatri Anabilim Dalı ANKARA



## GİRİŞ

Yaşlılarda anksiyete bozukluklarının yaygınlığı konusunda yapılan çalışmalarda çelişkili sonuçlar elde edilmesine karşın, gençlere göre daha nadir görüldüğü öne sürülmektedir (1,2). Toplumda yaşlılarda %5-10 sıklığında anksiyete bozukluğu görüldüğü bildirilmektedir (3-5). Ancak yaşlılarda subsendromal anksiyeteye daha sık rastlanmaktadır. Bir çalışmada subsendromal anksiyete sıklığı 65 yaş üzerinde %22 olarak saptanmıştır (6). Yaşlılarda anksiyete bozuklukları belirtilerinin değerlendirilmesinde varolan fiziksel hastalıkların değerlendirmeyi güçleştirdiği öne sürülmektedir (2). Anksiyete yaşlılıkta ortaya çıkan kayıplara (iş kaybı, eş kaybı, fiziksel kayıplar gibi) karşı verilen normal bir tepki olarak kabul edilmektedir. Ayrıca yaşlılarda bedensel anksiyete belirtilerinin sık görülmesi de anksiyete bozuklukları yerine tıbbi hastalıkları akla getirmekte ve tanının atlanmasına neden olabilmektedir. Bu nedenlerle yaşlılarda anksiyete bozuklukları yeterince tanınıp tedavi edilememekte ve araştırmalarda anksiyete bozukluklarına duygudurum bozuklukları kadar yer verilmemektedir. Diğer taraftan, yaşlılarda anksiyete bozukluklarını araştıran çalışmalarda kullanılan tanı araçları ve kriterlerin bu yaş grubu için geçerli olduğu da gösterilmemiştir. Ayrıca yaşlılarda anksiyeteye sıklıkla başka psikiyatrik bozuklukların eşlik etmesi de tanı ve tedaviyi güçleştirmektedir (7).

Anksiyete yaşlılarda işlevsellikte belirgin olarak bozulmaya yol açmakta ve yaşam kalitesini düşürmektedir (8). Bir çalışmada yaşlılık çağı depresyonuna yaşamboyu yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) ya da panik bozukluğunun eşlik etmesi halinde depresyon rekürensini ve bellek bozukluğunun daha fazla görüldüğü saptanmıştır (9).

## EPIDEMİYOLOJİ

Yapılan en geniş toplum tabanlı çalışma olan Epidemiyolojik Catchment Area (ECA) çalışmasında 65 yaş üstü kişilerde DSM-III'e göre fobi, panik bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluğun toplam yaygınlığı %5.5 olarak bulunmuştur (10). Bu çalışmada anksiyete bozukluklarının yaşlılarda en yaygın görülen psikiyatrik bozukluk olduğu gösterilmiştir. Anksiyete bozuklukları her yaş grubunda olduğu gibi yaşlılarda da kadınlarda erkeklere göre daha yaygın bulunmaktadır (1). Agorafobi dışındaki anksiyete bozuklukları genellikle geç başlangıçlı olmayıp, ergenlikte ya da erken erişkinlik döneminde başlamaktadır. Geç başlangıçlı anksiyete bozuklukları sıklıkla başka psikiyatrik (depresyon, demans) ya da tıbbi hastalıklar/ilaçlar ile beraber görülmektedir (1).

Beekman ve ark. Hollanda'da yaptıkları çalışmada 55-85 yaş arasındaki bireylerde anksiyete bozukluğu yaygınlığının %10.2 olduğunu saptamışlardır (3). YAB en yaygın (%7.3)

görülürken, fobik bozukluklar (%3.1) ikinci en yaygın bozukluktur. Obsesif kompulsif bozukluğun (%0.6) ise en nadir görülen bozukluk olduğu saptanmıştır. Kadın cinsiyeti, düşük öğrenim düzeyi ve travmatik yaşantıların anksiyete bozuklukları için risk oluşturduğu da belirlenmiştir.

Schaub ve ark. ise 85 yaş altında (%4.3) anksiyete bozukluklarının 85 yaş üzerindeki yaşlılara (%2.3) göre daha yaygın olduğunu göstermişlerdir (11).

## PANİK BOZUKLUK

Yaşlılarda panik bozukluk yaygınlığı (%0.5'ten az) gençlere göre daha düşük bulunmaktadır. Yaşlılarda görülen panik atak belirtileri gençlerdekilere benzer olmakla beraber, daha az sayıda ve hafif düzeydedir. Eşlik eden depresif belirtiler de hafif düzeydedir ve yaşlıların işlevsellikleri gençlere göre daha iyidir (1). Bir çalışmada geç başlangıçlı panik bozuklukta hastaların bedensel duyum, düşünce ve duygulardan daha az rahatsız oldukları bulunmuştur (12). Ancak Sheikh ve ark. yaptıkları başka bir çalışmada yaşlı kadınlarda panik bozuklukta gençlere göre daha fazla somatizasyon bulgularına rastlandığını da saptamıştır (13).

Yaşlılık döneminde başlayan panik bozukluk varlığında özellikle depresif bozukluk, fiziksel hastalıklar ya da ilaçların etyolojide akla gelmesi önerilmektedir (14).

Ayrıca yaşlılarda panik bozukluğunun YAB'dan ayırılmasının güç olabileceği öne sürülmektedir. Mohlman ve ark. YAB ve panik bozukluğunu karşılaştırdıkları çalışmada sempatik uyarılar, agorafobik kaçınma, komorbid somatizasyon bozukluğu ve alkol bağımlılığının panik bozukluğu olanlarda daha fazla olduğunu, depresyon ve hostilitenin ise YAB'da daha fazla görüldüğünü saptamışlardır. Ancak yaşlılarda iki bozukluk arasında gençlere göre daha az farklılık bulunduğunu belirlemişlerdir (15).

## FOBİK BOZUKLUKLAR

Fobik bozukluklar yaşlılarda en sık görülen anksiyete bozukluklarıdır (1). Çalışmalarda agorafobinin yaşlılık döneminde özgül fobilerden ve sosyal fobiden daha yaygın olduğu bulunmuştur (16,17). Özgül fobi genellikle erken dönemlerde başlarken, yaşlılıkta görülen agorafobinin sıklıkla 60 yaşından sonra başladığı gösterilmiştir. Geç başlangıçlı agorafobi gençlerdekinden farklı olarak panik bozukluktan çok, fiziksel bir hastalığın ya da travmatik bir olayın ortaya çıkmasından sonra başlamaktadır (16,18,19). Burvill ve ark. inme sonrası kadınlarda agorafobinin sağlıklı kontrollere kıyasla belirgin olarak daha yaygın olduğunu saptamışlardır (20). Lindsay, fobik bozukluklar ile erken yaşam dönemlerindeki kayıp ve ayrılıkların da ilişkili olduğunu göstermiştir (16).



Yaşlılarda sosyal anksiyete bozuklukları konusunda ise az sayıda çalışma mevcuttur. Bir çalışmada yaşlılıkta sosyal anksiyetenin daha nadir olduğu ve yaşlılık döneminde kaçınma belirtilerinin gençlere göre daha nadir görüldüğü bulunmuştur (21). Ancak bu bulgu başka çalışmalarla desteklenmemiştir.

### OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) da yaşlılarda gençlere göre daha nadir (%0.8'den az) görülmektedir (1). OKB kliniklerine başvuran hastaların %5'inden azının 60 yaş veya üzerinde olduğu, bunlarda da OKB'nin genellikle erken dönemde başladığı saptanmıştır (22). OKB'nin klinik belirti şiddeti açısından yaşlılar ile gençler arasında belirgin fark bulunmamıştır. Bir çalışmada yaşlılarda el yıkama ve günah işleme obsesyon ve kompulsiyonlarının daha sık, simetri ve saymanın ise daha nadir olduğu gösterilmiştir (22).

### POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU

Yaşlı nüfusta posttravmatik stres bozukluğu (PTSB) yaygınlığı bilinmemektedir. Yaşlılarda PTSD yaşamboyu meydana gelen herhangi bir travma sonrası gelişebilir, belirtiler kalıcı ya da aralıklı görülebileceği gibi, geçici ya da kronik seyirli olabilir. Gençlerle kıyaslandığında yaşlılar PTSD'ye daha yatkın değildir ve belirtiler farklı yaş gruplarında benzerdir. PTSD patofizyolojisinde rol oynayan adrenerjik sistem ve hipotalamo-pitüiter-adrenal ekseninde yaşlılıkta ortaya çıkan değişikliklerin PTSD kliniğine yansdığına dair kanıt bulunmamaktadır (23).

II. Dünya Savaşı'nda Holocaust'tan kurtulanlar üzerinde yapılan çalışmalarda PTSD belirtilerinin %20-50 kronik hale geldiği ve yaşlılık döneminde de sürdüğü gösterilmiştir (24,25). Geç başlangıçlı PTSD'nin deprem gibi doğal felaketler ya da kazalar sonrasında da görüldüğü ve belirtilerin genellikle zaman içinde gerilediği bildirilmiştir (26). Bir çalışmada depresyona PTSD'nin eşlik ettiği vakalarda, depresyon tedavisine panik bozukluğunun eşlik ettiği vakalara göre daha geç yanıt verildiği bulunmuştur (27).

### YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU

Bazı çalışmalarda YAB hastalığının yaşlılık döneminde en sık görülen anksiyete bozukluğu olduğu bulunmuştur (3). Ancak YAB'ın sıklıkla depresyon ve diğer anksiyete bozukluklarına eşlik ettiği bilinmektedir (28). M.depresyon ve panik bozukluk dışlandığında vakaların yalnızca %3'ünde YAB'ın 64 yaşından sonra başladığı saptanmıştır (28). Diğer çalışmalarda geç başlangıçlı YAB'a sıklıkla depresyonun eşlik ettiği gösterilmiştir (17,29). Dolayısıyla yaşlılarda da YAB'ın varlığı depresyonu akla getirmelidir. Yaşlılarda YAB'ın eşlik ettiği depresyonda tedaviye yanıtın ise daha kötü olduğu bulunmuştur (30).

### KOMORBİD ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

Yaşlılarda komorbid anksiyete bozuklukları sık görülmektedir. Depresif bozukluğu olan yaşlıların %35'inde yaşamboyu en az bir anksiyete bozukluğu, %23'ünde de eşzamanlı anksiyete bozukluğu olduğu bulunmuştur. En sık görülen komorbid anksiyete bozukluklarının yaygın anksiyete bozukluğu (% 27.5), panik bozukluk (%9.3), özgül fobiler (%8.8) ve sosyal fobi (%6.6) olduğu saptanmıştır (31). Alexopoulos ise, depresyonu olan yaşlıların %38'inde depresyona en az bir anksiyete bozukluğunun eşlik ettiğini göstermiştir (32). Schoevers ve ark. Hollanda'da yürüttükleri toplum tabanlı çalışmada depresyon ve anksiyete bozuklukları komorbiditesinin yaşlı kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla olduğunu saptamışlardır (33).

Komorbid anksiyete bozukluğu varlığında depresyonun prognozunun daha kötü olduğu, bedensel belirtilerin daha fazla görüldüğü ve işlevsellikte daha fazla kayba yol açtığı bildirilmektedir. Ayrıca YAB varlığında depresyonda intihar riskinin arttığı da öne sürülmektedir (31).

Hollanda'da yapılan bir çalışmada komorbid anksiyete bozuklukları olanlarda benzodiyazepin kullanımı ve kronik somatik hastalıkların daha fazla bulunduğu da saptanmıştır (34).

Ayrıca demansın erken evrelerinde kişinin bilişsel kayıplarının farkına varması da anksiyete ve depresyona yol açabilmektedir.

### GENEL TIBBİ DURUMA YA DA MADDE

### KULLANIMINA BAĞLI GELİŞEN

### ANKSİYETE BOZUKLUĞU

Anksiyete ve fiziksel hastalıklar pek çok yönden ilişkilidir. Anksiyete fiziksel hastalıkların ortaya çıkmasına doğal bir yanıt olarak kabul edilebileceği gibi, patolojik düzeydeki anksiyetenin fiziksel hastalıkları şiddetlendirebileceği bilinmektedir. Örneğin yaşlı bir hastada miyokard enfarktüsü ya da inme sonrasında panik bozukluk, agorafobi ya da YAB gelişebilir. Ancak çalışmalarda yaşlılarda tıbbi hastalıkların gençlere göre daha az anksiyete yarattığı bulunmuştur (35,36). Bazı antihipertansif ilaçlar, antiaritmikler, teofilin, tiroid hormonları, dopamin agonsitleri ve steroidler de anksiyeteyi tetikleyebilir. Anksiyete tıbbi mortalite ve morbiditeyi artırabilir. Örneğin yüksek anksiyete düzeylerine sahip bireylerde hipertansiyon, aritmi ve kardiyovasküler hastalık riski artmaktadır (37-40). Yapılan bir çalışmada 55-85 yaş arasında anksiyete bozuklukları varlığında erkeklerde mortalite riskinin arttığı, kadınlarda ise anksiyetenin mortaliteyi etkilemediği gösterilmiştir (41).



## TEDAVİ

Yaşlılarda anksiyete bozukluklarının tedavisi ile ilgili yeterince kontrollü çalışma bulunmamaktadır. Ancak olgular ve kontrollü olmayan çalışmalardan yola çıkılarak yaşlılarda anksiyete bozukluklarının gençlerdekine benzer biçimde tedavi edilebileceği bildirilmektedir. Bununla beraber, yaşlılarda anksiyete bozukluklarında benzodiyazepinler gereğinden fazla kullanılırken, antidepresan ve bilişsel davranışçı tedavilerin ise yeterince kullanılmadığı öne sürülmektedir (42).

Yaşlılarda anksiyete bozukluklarının tedavisindeki temel hedefler minimal düzeyde sedasyon ile rahatlamayı sağlamak, uykunun düzeltilmesi, otonom ve bilişsel toksisite ile fiziksel bağımlılık ve ilaç etkileşimlerinden kaçınmaktır (43).

### Farmakolojik Tedaviler

*Antidepresanlar* Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) anksiyete bozukluklarında günümüzde en çok tercih edilen tedavi seçeneğidir. Yaşlılarda fazla sayıda ilaç kullanımı olması ve yan etkilere duyarlı olmaları nedeniyle SSRI trisiklik ajanlara göre daha fazla reçete edilmektedir. SSRI içinde özellikle essitalopram, sitalopram ve sertralin ilaç etkileşimlerinin düşük ve yan etkilerinin az olması nedeniyle yaşlılarda yaygın olarak kullanılmaktadır. Paroksetinin antikolinerjik yan etkilerinin bulunması duyarlı yaşlılarda kullanımını sınırlandırırken, fluoksetin ve fluvoksamin ilaç etkileşimleri nedeniyle daha az tercih edilmektedir. Yaşlılarda anksiyete bozukluklarının tedavisinde yapılan tek kontrollü çalışma olan 8 haftalık randomize plasebo kontrollü çalışmada, sitalopramin etkili olduğu gösterilmiştir (44). Ayrıca Lenze ve ark. yaşlılarda anksiyete bozukluğunda sitalopram tedavisi ile bedensel yakınmaların belirgin olarak düzeldiğini saptamışlardır (45).

Yaşlılarda PTSS'de kontrollü çalışmalar olmamasına karşın savaş gazilerinde kronik PTSS tedavisinde kullanılmasından yola çıkılarak tedavi için SSRI önerilmektedir (46).

Yaşlılarda antidepresanlarla tedaviye düşük dozlarda başlanması ve zaman içinde terapötik dozlara ulaşılması, erken dönemde özellikle anksiyetenin yoğun olduğu panik bozukluk vakalarında antidepresan etki ortaya çıkana dek düşük doz benzodiyazepin (Lorazepam) kullanılması önerilmektedir (14).

Anksiyete bozuklukları varlığında antidepresan tedaviye verilen yanıtın depresyondakine göre daha kötü olduğu öne sürülmektedir. Ancak, Lenze ve ark. yaşlılarda depresyon tedavisinde nortriptilin ve paroksetini karşılaştırdıkları 12 haftalık çalışmalarında anksiyöz olan ve olmayan vakalar arasında tedaviye yanıt göre, yanıt süresi ve tedaviyi bırakma açısından fark bulmamış, tersine anksiyöz vakalarda yan etkilerin daha hızlı kaybolduğunu saptamışlardır (47).

Venlafaksin ve milnacipran ise serotonerjik etki profiline ek olarak sahip oldukları noradrenerjik etkileri nedeniyle ank-

siyete bozukluklarında özellikle tercih edilmektedirler. Ancak yüksek dozları yaşlılarda kan basıncında artışa yol açabilmektedir.

Katz ve ark. DSM-IV YAB hastaları üzerinde yapılan beş çift-kör, randomize, plasebo kontrollü venlafaksin çalışmasının meta analizini yapmışlardır. Gençlerdekine paralel olarak 60 yaş ve üzerindeki hastaların plaseboya göre venlafaksine daha fazla yanıt verdiğini (%66/%41) saptamış ve yan etkiler nedeniyle tedaviyi bırakma yüzdelerini plasebodan farklı (%15/%14) bulmamışlardır (48).

Mirtazapin ve trazodon ise antihistaminik yan etkileri nedeniyle ajitasyon, uykusuzluk ve iştahsızlık durumlarında tercih edilmektedir.

*Benzodiyazepinler* Benzodiyazepinler de yaşlılarda anksiyete tedavisinde sık kullanılan ilaçlardır. Ancak bilişsel ve motor işlevlerde bozulmalara yol açmaları nedeniyle yaşlılarda kullanımları risklidir. Psödodemans, düşme ve kırıklar görülebilmektedir. Ayrıca, benzodiyazepinler paradoksik olarak huzursuzluk, irritabilite veya ajitasyona yol açabilir. Yaşlılarda benzodiyazepinlerin kısa süreli ve düşük dozda, benzodiyazepinler içerisinde de özellikle Lorazepam'ın kullanılması önerilmektedir (14).

*Diğer* Buspironun yaşlılarda yaygın anksiyete bozukluğunun tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir (49,50). Buspiron yaşlı hastalar tarafından benzodiyazepinlere göre daha iyi tolere edilmektedir. Solunum rahatsızlığı olanlarda ya da bilişsel bozukluğu olanlarda benzodiyazepinler yerine buspiron tercih edilebilir. Anksiyolitik etkisinin 1-3 hafta içinde başlaması ve yanlanma ömrünün kısa olması önemli dezavantajlarıdır.

Yaşlılarda özellikle demansa eşlik eden anksiyete ve ajitasyon durumlarında ketiyapin, olanzapin ve risperidon gibi antipsikotik ilaçlar da düşük dozlarda kullanılmaktadır.

Propranolol genç hastalarda, özellikle bedensel anksiyetenin belirgin olduğu durumlarda sıklıkla kullanılmaktadır. Ancak yaşlılarda yan etkileri kullanımını sınırlamaktadır. Özellikle KOAH, aritmiler, kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği, insüline bağımlı diabetes mellitus ve periferik vasküler hastalıklarda kullanılması önerilmemektedir.

Difenhidramin ve hidrokisizin gibi antihistaminik ajanlar da antikolinerjik yan etkileri nedeniyle yaşlılarda anksiyete tedavisinde nadiren kullanılmaktadır.

### Farmakolojik Olmayan Tedaviler

Bilişsel davranışçı tedavilerin yaşlılarda YAB, agorafobi, OKB gibi anksiyete bozukluklarında kullanılması önerilmektedir (46,51). Gorenstein ve ark. bilişsel davranışçı tedavinin yaşlılarda anksiyeteyi ve anksiyolitik kullanımını azalttığını bulmuştur (52).



Yaşlılarda agorafobi genellikle panik bozukluktan ayrı görülmemekte ve tedavisinde maruziyete odaklanan bilişsel davranışçı terapi etkili olmaktadır (46).

Stanley ve ark. da YAB'ı olan yaşlılarda bilişsel davranışçı tedavi ile %45 düzelme sağlandığını ve bir yıllık izlemde tedavinin etkisinin devam ettiğini göstermişlerdir (53).

## KAYNAKLAR

1. Flint AJ. Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. *Am J Psychiatry* 1994; 151:640-649.
2. Jorm AF. Does old age reduce the risk of anxiety and depression? A review of epidemiological studies across the adult life span. *Psychol Med* 2000;30 (1):11-22.
3. Beekman AT, Bremner MA, Deeg DJ, van Balkom AJ, Smit JH, de Beurs E et al. Anxiety disorders in later life: a report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998;13 (10):717-26.
4. Regier DA, Boyd JH, Rae DS, et al: One month prevalence of mental disorders in the U.S. based on the five Epidemiologic Catchment Area sites. *Archives of General Psychiatry* 1988;45:977-986.
5. Uhlenhuth EH, Balter MB, Mellinger GD, Cisin IH, Clinthorne J. Symptom checklist syndromes in the general population. Correlations with psychotherapeutic drug use. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40 (11):1167-73.
6. Copeland JR, Dewey ME, Wood N, Searle R, Davidson IA, McWilliam C. Range of mental illness among the elderly in the community. Prevalence in Liverpool using the GMS-AGECAT package. *Br J Psychiatry* 1987;150:815-23.
7. Fuentes K, Cox BJ. Prevalence of anxiety disorders in elderly adults: a critical analysis. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1997;28 (4):269-79.
8. de Beurs E, Beekman AT, van Balkom AJ, Deeg DJ, van Dyck R, van Tilburg W. Consequences of anxiety in older persons: its effect on disability, well-being and use of health services. *Psychol Med* 1999;29 (3):583-93.
9. De Luca AK, Lenze EJ, Mulsant BH, Butters MA, Karp JF, Dew MA et al. Comorbid anxiety disorder in late life depression: association with memory decline over four years. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;20 (9):848-54.
10. Regier DA, Narrow WE, Rae DS. The epidemiology of anxiety disorders: the Epidemiologic Catchment Area (ECA) experience. *J Psychiatr Res* 1990;24 Suppl 2:3-14.
11. Schaub RT, Linden M. Anxiety and anxiety disorders in the old and very old—results from the Berlin Aging Study (BASE). *Compr Psychiatry* 2000;41(2) Suppl 1:48-54.
12. Sheikh JI, Swales PJ, Carlson EB, Lindley SE. Aging and panic disorder: phenomenology, comorbidity, and risk factors. *Am J Geriatr Psychiatry* 2004;12 (1):102-9.
13. Sheikh JI, Swales PJ, King RJ, Sazima GC, Bail G. Somatization in young versus older female panic disorder patients. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998;13 (8):564-7.
14. Flint AJ, Gagnon N. Diagnosis and management of panic disorder in older patients. *Drugs Aging* 2003;20 (12):881-91.
15. Mohlman J, de Jesus M, Gorenstein EE, Kleber M, Gorman JM, Papp LA. Distinguishing generalized anxiety disorder, panic disorder, and mixed anxiety states in older treatment-seeking adults. *J Anxiety Disord* 2004;18 (3):275-90.
16. Lindsay J. Phobic disorders in the elderly. *British Journal of Psychiatry* 1991;159:531-541.
17. Manela M, Katona C, Livingston G. How common are the anxiety disorders in old age? *Int J Geriatr Psychiatry* 1996; 11:65-70.
18. Livingston G, Watkin V, Milne B, Manela MV, Katona C. The natural history of depression and the anxiety disorders in older people: the Islington community study. *J Affect Disord* 1997; 46:255-262.
19. Flint AJ. Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in later life: implications for treatment. *Clin Neurosci* 1997;4 (1):31-6.
20. Burvill PW, Johnson GA, Jamrozik KD, Anderson CS, Stewart-Wynne EG, Chakera TM. Anxiety disorders after stroke: results from the Perth Community Stroke Study. *Br J Psychiatry* 1995;166 (3):328-32.
21. Gretarsdottir E, Woodruff-Borden J, Meeks S, Depp CA. Social anxiety in older adults: phenomenology, prevalence, and measurement. *Behav Res Ther* 2004;42 (4):459-75.
22. Kohn R, Westlake RJ, Rasmussen SA, Marsland RT, Norman WH. Clinical features of obsessive-compulsive disorder in elderly patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 1997;5 (3):211-5.
23. Weintraub D, Ruskin PE. Posttraumatic stress disorder in the elderly: a review. *Harv Rev Psychiatry* 1999;7 (3):144-52.
24. Rosen J, Fields RB, Hand AM, Falsette G, Van Kammen DP. Concurrent posttraumatic stress disorder in psychogeriatric patients. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1989;2 (2):65-9.
25. Speed N, Engdahl B, Schwartz J, Eberly R. Posttraumatic stress disorder as a consequence of the POW experience. *J Nerv Ment Dis* 1989;177 (3):147-53.
26. Goenjian AK, Najarian LM, Pynoos RS, Steinberg AM, Manoukian G, Tavosian A, et al. Posttraumatic stress disorder in elderly and younger adults after the 1988 earthquake in Armenia. *Am J Psychiatry* 1994;151 (6):895-901.
27. Hegel MT, Unutzer J, Tang L, Arean PA, Katon W, Noel H, et al. Impact of comorbid panic and posttraumatic stress disorder on outcomes of collaborative care for late-life depression in primary care. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13 (1):48-58.
28. Blazer DG. Generalized anxiety disorder and panic disorder in the elderly: a review. *Harv Rev Psychiatry* 1997;5 (1):18-27.
29. Parmelee PA, Smith B, Katz IR. Pain complaints and cognitive status among elderly institution residents. *J Am Geriatr Soc* 1993;41 (5):517-22.
30. Steffens DC, McQuoid DR. Impact of symptoms of generalized anxiety disorder on the course of late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13 (1):40-7.
31. Lenze EJ, Mulsant BH, Shear MK, Schulberg HC, Dew MA, Begley AE, et al. Comorbid anxiety disorders in depressed elderly patients. *Am J Psychiatry* 2000;157 (5):722-8.



32. Alexopoulos GS: Anxiety-depression syndromes in old age. *Int J Geriatr Psychiatry* 1990; 5:351-353.
33. Schoevers RA, Beekman AT, Deeg DJ, Jonker C, van Tilburg W. Comorbidity and risk-patterns of depression, generalised anxiety disorder and mixed anxiety-depression in later life: results from the AMSTEL study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18 (11):994-1001.
34. van Balkom AJ, Beekman AT, de Beurs E, Deeg DJ, van Dyck R, van Tilburg W. Comorbidity of the anxiety disorders in a community-based older population in The Netherlands. *Acta Psychiatr Scand* 2000;101 (1):37-45.
35. Cassem EH. Depression and anxiety secondary to medical illness. *Psychiatr Clin North Am* 1990;13 (4):597-612.
36. Magni G, De Leo D. Anxiety and depression in geriatric and adult medical inpatients: a comparison. *Psychol Rep* 1984;55 (2):607-12.
37. Haines AP, Imeson JD, Meade TW. Phobic anxiety and ischaemic heart disease. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1987;1:295 (6593):297-9.
38. Jonas BS, Franks P, Ingram DD. Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension? Longitudinal evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey I Epidemiologic Follow-up Study. *Arch Fam Med* 1997;6 (1):43-9.
39. Moser DK, Dracup K. Is anxiety early after myocardial infarction associated with subsequent ischemic and arrhythmic events? *Psychosom Med* 1996;58 (5):395-401.
40. Kawachi I, Sparrow D, Vokonas PS, Weiss ST. Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease. The Normative Aging Study. *Circulation* 1994;90(5):2225-9.
41. van Hout HP, Beekman AT, de Beurs E, Comijs H, van Marwijk H, de Haan M, et al. Anxiety and the risk of death in older men and women. *Br J Psychiatry* 2004;185:399-404.
42. Flint AJ. Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in later life: implications for treatment. *Clin Neurosci* 1997;4 (1):31-6.
43. Weiss KJ. Optimal management of anxiety in older patients. *Drugs Aging* 1996; 9(3):191-201.
44. Lenze EJ, Mulsant BH, Shear MK, Dew MA, Miller MD, Pollock BG, et al. Efficacy and tolerability of citalopram in the treatment of late-life anxiety disorders: results from an 8-week randomized, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry* 2005a;162(1):146-50.
45. Lenze EJ, Karp JF, Mulsant BH, Blank S, Shear MK, Houck PR, et al. Somatic symptoms in late-life anxiety: treatment issues. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2005b;18(2):89-96.
46. Flint AJ. Management of anxiety in late life. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1998;11(4):194-200.
47. Lenze EJ, Mulsant BH, Dew MA, Shear MK, Houck P, Pollock BG, et al. Good treatment outcomes in late-life depression with comorbid anxiety. *Affect Disord* 2003;77(3):247-54.
48. Katz IR, Reynolds CF 3rd, Alexopoulos GS, Hackett D. Venlafaxine ER as a treatment for generalized anxiety disorder in older adults: pooled analysis of five randomized placebo-controlled clinical trials. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(1):18-25.
49. Bohm C, Robinson DS, Gammans RE, Shrotriya RC, Alms DR, Leroy A, et al. Buspirone therapy in anxious elderly patients: a controlled clinical trial. *J Clin Psychopharmacol* 1990;10(3) Suppl: 47S-51S.
50. Robinson D, Napoliello MJ, Schenk J. The safety and usefulness of buspirone as an anxiolytic drug in elderly versus young patients. *Clin Ther* 1988;10(6):740-6.
51. Ladouceur R, Leger E, Dugas M, Freeston MH. Cognitive-behavioral treatment of generalized anxiety disorder (GAD) for older adults. *Int Psychogeriatr* 2004;16 (2):195-207.
52. Gorenstein EE, Kleber MS, Mohlman J, Dejesus M, Gorman JM, Papp LA. Cognitive-behavioral therapy for management of anxiety and medication taper in older adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13(10):901-9.
53. Stanley MA, Beck JG, Novy DM, Averill PM, Swann AC, Diefenbach GJ, et al. Cognitive-behavioral treatment of late-life generalized anxiety disorder. *J Consult Clin Psychol* 2003;71(2):309-19.