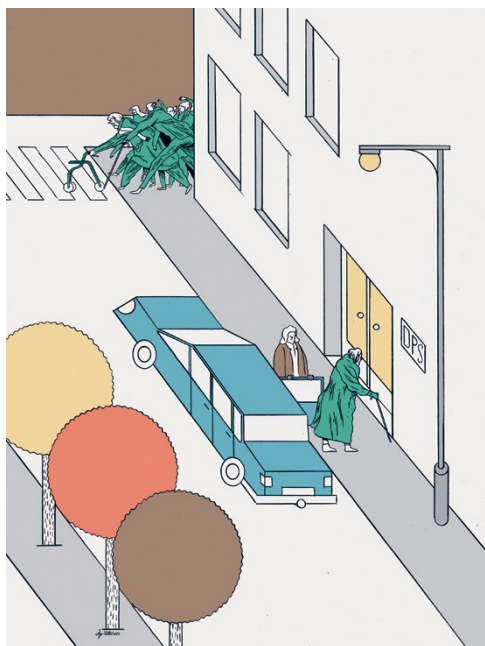


Behandling av psykiske lidelser hos eldre



ILLUSTRASJON Åge Peterson

En aldrende befolkning krever bedre kunnskap om Eldres psykiske helse hos behandlere. Solli DPS i Bergen har etablert et forskningsprosjekt der det samtidig bygges opp et klinisk fagmiljø.

TEKST

Anders Hovland

Inger Hilde Nordhus

PUBLISERT 3. januar 2017

De siste 30–40 årene har det vært stor fremgang i utviklingen av effektiv psykoterapi for de vanligste psykiske lidelsene, slik som angst og depresjon (Layard & Clark, 2015; Shafran et al., 2009). Psykiske lidelser bidrar til flest tapte funksjonsfriske leveår globalt (YLD; Becker & Kleinman, 2013), og angst og depressive lidelser samlet utgjør nær 60 % av denne type lidelser (Whiteford et al., 2013). Studier fra USA og Europa viser at omtrent 20 % av befolkningen vil utvikle en depresjonslidelse, og mellom 19 og 29 % vil utvikle en angstlidelse i løpet av livet (Bijl, Ravelli, & van Zessen, 1998; Kessler et al., 2006). For Norge er andelene omtrent de samme (Mykletun, Knudsen, & Mathiesen, 2009). Angst, depresjon og andre psykiske lidelser bidrar ikke bare til tapt funksjon og tapt livskvalitet for de dette rammer og deres nærmeste. Angst og depresjon er også risikofaktorer for somatiske lidelser, inkludert alvorlige tilstander som hjerte- og karlidelser, diabetes og demens (De Jonge, & Denollet, 2010; Kessing & Nilsson, 2003;

Knol et al., 2006; Palmer et al., 2007; Roest, Martens, Sinoff & Werner, 2003). Psykiske lidelser er dessuten en stor økonomisk utfordring for samfunnet. Beregninger fra Storbritannia viser at det er kostnadsbesparende å gi mennesker effektiv behandling for psykiske lidelser (Layard, 2006; Layard & Clark, 2015). Samtidig er det velkjent at de aller færreste mottar anbefalt behandling for sin psykiske lidelse (Gunter & Whittal, 2010; Layard & Clark, 2015; Shafran et al., 2009).

Å behandle psykiske lidelser lønner seg fordi samfunnet har store kostnader når en person ikke lenger kan arbeide, målt i tapt arbeidsinnsats og behov for økonomisk støtte. Nyere forskning har vist at kostnadene ved behandling av somatiske lidelser øker når man samtidig har en psykisk lidelse. Psykiske lidelser fører til en dobling av kostnadene til behandling av somatiske medisinske tilstander, og dette forholdstallet gjelder også om man har flere somatiske tilstander som må behandles (Naylor et al., 2012). Disse forholdene er særlig viktige når vi retter fokus mot eldre. Bruk av helsetjenester for somatiske tilstander øker med alderen, og helseutgiftene er høyest i de eldste aldersgruppene (Parker & Thorslund, 2007; Ramm, 2013). Norge og store deler av resten av verden står overfor et omfattende demografisk skifte, der gjennomsnittsalderen i samfunnet øker. Vi blir både relativt flere eldre, og vi lever lenger. Dette er del av bakgrunnen for at EU de senere årene har hatt en omfattende satsning på forskning som kan møte de sosioøkonomiske utfordringene knyttet til et slikt demografisk skifte (Horizon, 2020). Fokus i denne satsningen har blant annet vært å sikre bedre kunnskap om eldre og aldring. Den har også hatt fokus på utvikling av tilgjengelig og god behandling for psykiske lidelser i en aldrende befolkning for å øke antall friske år og forebygge utvikling av alvorlige aldersrelaterte sykdommer som demens og kognitiv svikt. Denne satsningen har derfor høy relevans for både forskning og klinisk praksis innenfor psykologprofesjonen.

«Kostnadene ved behandling av somatiske lidelser øker når man samtidig har en psykisk lidelse»

Artikkelen presenterer status for behandling og forskning på eldre og psykiske lidelser, med særlig fokus på angst, som er svært vanlig blant eldre. Det gis også en nærmere beskrivelse av generalisert angst og bakgrunnen for at denne lidelsen ser ut til å ha økende forekomst ved økende alder. Avslutningsvis presenteres en konkret klinisk og forskningsmessig satsning innenfor psykisk helsevern som søker å imøtekomme noen av disse utfordringene.

Tilgang til riktig behandling

Fra et etisk perspektiv er det avgjørende å sikre god og rettferdig tilgang til helsetjenester for alle aldersgrupper i samfunnet. Undersøkelser her i landet og i andre land viser imidlertid at eldre mennesker i mindre grad mottar behandling innenfor psykisk helsevern (Anderson, Connelly, Meier, & Mccracken, 2013; Clark, 2011; Klap,

Unroe, & Unützer, 2003; Pedersen, Sitter, Lilleeng, & Bremnes, 2011). Forskningen peker på flere grunner til at det er slik. Studier fra USA viser at dette til dels henger sammen med noe lavere forekomst av psykiske lidelser blant eldre, men også mindre opplevd behov for eller ønske om å motta behandling for sin psykiske lidelse (Klap et al., 2003). Redusert ønske om behandling hos eldre har blant annet blitt sett i sammenheng med stigma knyttet til psykiske lidelser (Sirey et al., 2001). Studien til Klap med flere (2003) viser imidlertid også at eldre sjeldnere blir informert om ulike behandlingsalternativer. De blir også oftere tilbudt medikamentell behandling, selv om forskning viser at eldre foretrekker psykologisk behandling (Mohlman, 2012). Erfaringene fra Storbritannia viser også at eldre i mindre grad blir henvist videre til behandling for sin psykiske lidelse (Anderson et al., 2013; Boddington, 2011). Slike forhold er sannsynligvis en del av grunnen til at eldre også i Norge er og har vært underrepresenterte innenfor psykisk helsevern (Pedersen et al., 2011). I Norge har det dessuten inntil nylig vært eksplisitt angitt i prioriteringsveilederen som var gjeldende fra 2008 til 2015 for psykisk helsevern for voksne, at «Alder kan også være et argument for høyere prioritering av unge» (Helsedirektoratet, 2008, s. 30). I setningen som følger, står det imidlertid: «Men tiltak som kan bedre livskvaliteten til de eldste bør ikke begrenses pga høy alder.» Innenfor et psykisk helsevern for voksne hvor det har vært vedvarende mangel på kapasitet, kan en slik veiledning fort innebære en nedprioritering av eldre pasienter, slik tallene fra Helsedirektoratet tyder på (Pedersen et al., 2011). I «Rapport fra kartlegging av tilbud ved alderspsykiatriske avdelinger og DPSer», som ble utarbeidet i 2012 på oppdrag fra Helsedirektoratet, fremgår det at *ikke rett til helsehjelp* er den hyppigst forekommende hovedavvisningsgrunnen som oppgis. Av andre hovedavvisningsgrunner nevnes først og fremst *ikke egnet tilbud*. Noen få DPSer nevner også *pasientens alder og mangel på kompetanse*» (s. 5). Anderson med flere (2013) hevder at skjevfordelingen i behandlingstilbud for eldre i Storbritannia er et resultat av politiske prioriteringer, med fokus på den arbeidende delen av befolkningen (18–64 år). Det fremgår ikke av den norske prioriteringsveilederen om dette har vært begrunnelsen for høyere prioritering av yngre mennesker. Men skjevfordelingen av eldre innenfor spesialisthelsetjenesten, samt de grunnene som er blitt gitt for å avvise eldre pasienter, viser at man ikke nødvendigvis har tenkt at eldre skal få behandlingen sin innenfor spesialisthelsetjenesten.

Angst og generalisert angst hos eldre

Studier og rapporter viser altså at eldre ikke får den nødvendige tilgangen til spesialisert og anbefalt behandling for sine psykiske lidelser. Eldre har også vært underrepresentert innenfor forskning på psykiske lidelser (McMurdo, Witham, & Gillespie, 2005). Selv om forskning har vist at eldre kan ha like god effekt av behandling for depresjon som yngre (Cuijpers, Karyotaki, Pot, Park, & Reynolds, 2014; Cuijpers, Van Straten, & Smit, 2006), ser det også ut til at visse endringer knyttet til aldring kan være relevante for så vel behandling av som for utvikling og opprettholdelse av psykiske lidelser. Ett område hvor eldre kan se ut til å skille seg relevant fra yngre, er ved angstlidelser. Angstlidelser er svært utbredt, også blant eldre. En stor amerikansk

befolkningsundersøkelse viste at livstidsforekomst for personer over 60 år var 15,3 % (Kessler et al., 2005). Den store aldringsstudien (Longitudinal Aging Study Amsterdam; LASA) fra Nederland viste en seksmåneders forekomst på henholdsvis 13,9 % og 10,4 % for personer mellom 65–74 år og 75–84 år (Beekman et al., 1998). I LASA-studien var generalisert angstlidelse mest utbredt. Henholdsvis 11,5 % og 6,9 % av eldre mennesker mellom 65–74 år og 75–84 år hadde GAD til enhver tid (Beekman et al., 1998). I den amerikanske studien var spesifikk fobi vanligst for personer over 60 år, med en forekomst på 7,5 %, etterfulgt av sosial fobi og GAD med henholdsvis 6,6 % og 3,6 % (Kessler et al., 2005). Prevalensen på GAD varierer over studier, noe som til dels kan henge sammen ulike diagnostiske kriterier, samt at GAD er en eksklusjonsdiagnose i diagnosemanualen som ikke skal stilles om man tilfredsstiller kriteriene til andre diagnoser (American Psychiatric Association, 2000). Nyere forskning og prospektive studier antyder imidlertid at det er forekomsten fra LASA-studien som best beskriver forekomsten blant eldre. To relativt nye tverrsnittstudier indikerer at GAD utvikles både sent og tidlig i livet, med en økning i prevalens rundt 50 års alder (Chou, 2009; Le Roux, Gatz, & Wetherell, 2005). I en nylig publisert studie ble personer over 65 år fulgt opp over 12 år. I løpet av denne perioden utviklet 8,4 % GAD, hvorav 80 % av disse var første episode med GAD (Zhang et al., 2015). GAD innebærer en stor påvirkning på hverdagen til dem som rammes. Personer som lider av GAD, opplever ukontrollerbar bekymring for en rekke situasjoner og aktiviteter, i den grad at det medfører uro, utmattelse, irritabilitet, konsentrasjonsproblemer, muskelspenninger og søvnforstyrrelser (American Psychiatric Association, 2013). Depresjon er en svært vanlig komorbid tilstand ved GAD, noe som øker funksjonsnedsettelsen både i arbeidssammenheng og sosialt (Wittchen, 2002), men også «ren» GAD viser seg å bidra til en funksjonsnedsettelse som tilsvarer konsekvensene av depresjon. Wittchen (2002) konkluderer med at byrden av GAD på samfunnet er like stor som byrden av depresjon. For den eldre delen av befolkningen ser konsekvensene av GAD ut til å være enda større, blant annet fordi eldre oftere får behandling i form av benzodiazepiner, noe som igjen øker risikoen for ulykker og fall (Klap et al., 2003; Le Roux et al., 2005; Wolitzky-Taylor, Castriotta, Lenze, Stanley, & Craske, 2010). Studier har også antydnet at bruk av benzodiazepiner kan øke risikoen for kognitiv svikt og demens (Billioti De Gage et al., 2014), men dette er ikke endelig avklart (Gray et al., 2016). I en undersøkelse der 1500 personer over 65 år ble spurt om hva de angret mest på i livet sitt, var et av de vanligste svarene at de hadde bekymret seg så mye (Pillemer, 2011).

Som det fremgår av studiene som er beskrevet over, er forekomsten av GAD forskjøvet mot høyere alder. Dette fremgår også tydelig i resultatene fra den amerikanske befolkningsstudien, som viser at GAD generelt utvikles ved en betydelig høyere alder enn andre angstlidelser (Kessler et al., 2005). Samtidig viser forskning at behandlingsresponsen for GAD, i motsetning til ved depresjon, er noe lavere enn hos yngre personer (Wolitzky-Taylor et al., 2010). Nyere studier tyder på at redusert behandlingsrespons delvis skyldes aldersrelaterte endringer i kognitiv fungering (Johnco, Wuthrich, & Rapee, 2013; Mohlman, 2013; Mohlman & Gorman, 2005). Dette betyr at de endringene som naturlig kan forekomme med alderen, kan gjøre det

vanskeligere å bli frisk av generalisert angst. Den nevnte prospektive studien til Zhang med flere (2015) bekrefter at nettopp disse aldersrelaterte endringene også øker sannsynligheten for å utvikle GAD. Hvorfor aldersrelaterte endringer i kognisjon øker risikoen for å utvikle GAD, er foreløpig ikke helt avklart, men det ser ut til at bakgrunnen for at effekten av behandling fremstår dårligere ved GAD, er at disse kognitive endringene reduserer evnen til kognitiv restrukturering. Kognitiv restrukturering er en sentral del av kognitiv atferdsterapi (CBT; Johnco et al., 2013), som er førstevalget for behandling av GAD (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2011).

«Eldre har vært underrepresentert innenfor forskning på psykiske lidelser»

Det er gjort flere studier på å forsøke å bedre effekten av behandlingen av CBT for GAD, blant annet ved å styrke behandlingsinnholdet gjennom repetisjon eller ved å kombinere behandlingen med medikamentell behandling (Mohlman et al., 2003; Wetherell et al., 2013). Nyere forskning peker på at redusert effekt av behandling henger sammen med endret kognitiv fungering. Derfor anbefales det å bedre effekten av behandling gjennom å kombinere behandlingen for GAD med intervensjoner som også bedrer nettopp kognitiv fungering (Yochim, Mueller, & Segal, 2013), slik som kognitiv eller fysisk trening (Fabre, Chamari, Mucci, Masse-Biron, & Prefaut, 2002; Hillman, Erickson, & Kramer, 2008). Å forbedre effekten og effektiviteten av behandling for psykiske lidelser er et kontinuerlig fokus i behandlingsforskning og blir særlig tydelig ved GAD hos eldre, siden man her ikke oppnår god nok effekt sammenliknet med befolkningen for øvrig. Samtidig gir dette feltet også en mulighet til å utvikle ny kunnskap om angst og generalisert angst som kan ha implikasjoner også for den yngre populasjonen.

Veien videre - forskning i klinikk

Status i dag er at vi har en aldrende befolkning, både i Norge og store deler av verden for øvrig. Samtidig fremgår det at eldre har mindre tilgang til behandling for sine psykiske lidelser enn befolkningen for øvrig. Vi har også foreløpig et betydelig underskudd på forskning på eldre, og særlig innenfor psykiske lidelser. Dette er problematisk, da konsekvensene av å ha psykiske lidelser er store både for personen selv, pårørende og for samfunnet. Dersom målsettingen om flere friske år skal oppnås, er det avgjørende at eldre får god behandling for sine psykiske lidelser, på linje med befolkningen for øvrig. En del av den forskningen som gjennom årene er gjort for yngre personer, kan generaliseres til deler av den eldre populasjonen, men langt ifra alt. Forskningen tyder på at konsekvensene av psykiske lidelser er større for eldre mennesker enn yngre i forhold til helsen for øvrig, eksempelvis med GAD. Behovet for mer forskning på vanlige psykiske lidelser hos eldre er stort. Skal vi møte disse pasientene, gjør vi dette best der de skal få behandling for disse lidelsene, altså på DPS-ene, hvor de så langt ikke

har vært tilstrekkelig representert. Undersøkelsen fra Helsedirektoratet fra 2012 viste at en god del av DPS-ene opplevde at de ikke hadde den nødvendige kompetansen til å behandle eldre, noe som i seg selv er bemerkelsesverdig. En måte å endre dette på er å sikre at også eldre får den anbefalte behandlingen for sine psykiske lidelser. For at dette skal kunne skje, må eldre henvises til DPS-ene og tas imot der med et egnet tilbud.

Et eksempel på en praksis som kan imøtekomme noen av disse utfordringene, er en nylig etablert satsning ved Solli DPS for å sikre at eldre med psykiske lidelser skal motta den behandlingen de trenger. Arbeidet implementeres i forbindelse med en større behandlingsstudie rettet nettopp mot GAD. Målsettingen er å utvikle forbedret behandling av denne lidelsen, basert på den nyeste forskningen på behandling og mekanismer knyttet til GAD og behandlingseffekten hos eldre med angst. I denne satsningen forenes forskning og klinikk. Ved å implementere satsningen på eldre gjennom en behandlingsstudie, sikrer man at den nødvendige spisskompetansen innenfor den aktuelle behandlingen kommer på plass, samt at diagnostisering og kartlegging kvalitetssikres. DPS-et har ansatt to nyutdannede psykologer som vil oppnå dobbelkompetanse gjennom forskning og klinisk praksis knyttet til prosjektet. Samtidig implementeres prosjektet med samarbeid på tvers av samtlige enheter på DPS-et for å sikre at kompetansen utvikles lokalt. Når prosjektet er ferdig, skal behandlingstilbudet bestå. Gjennom arbeidet med å rekruttere deltakere til prosjektet må det samarbeides spesifikt med fastleger og andre sentrale aktører innenfor førstelinjetjenesten for å formidle informasjon om prosjektet og legge til rette for henvisning og innsøking av aktuelle pasienter. Utviklingen av prosjektet og opparbeidningen av kompetanse på GAD vil også innebære at det utvikles bedre kompetanse på behandling av GAD generelt, noe som i seg selv er viktig, da det er vår erfaring at denne pasientgruppen ikke mottar tilbud om anbefalt behandling i tilstrekkelig grad. Samtidig legger gjennomføringen av et slikt prosjekt grunnlaget for å kunne gjennomføre god forskning og tette noen av de mange kunnskapshullene vi har på dette området. En forutsetning for å kunne lykkes med å gjennomføre god og relevant forskning er et tett og godt samarbeid med den vitenskapelige fagkompetansen. Solli DPS har over tid utviklet et godt samarbeid med Det psykologiske fakultetet i Bergen, samt andre gode vitenskapelige samarbeidspartnere både regionalt, nasjonalt og internasjonalt. Dette har gitt grunnlaget for å kunne igangsette et slikt prosjekt både med et godt klinisk og vitenskapelig utgangspunkt.

Det aktuelle prosjektet utgjør en stor og offensiv satsning, både som forskningsprosjekt og som klinisk satsning for et DPS. Rapporten fra Helsedirektoratet viser at våre helsemyndigheter har vært klar over denne utviklingen og viktigheten av å møte den. Rapporten viser dessverre også at vi er langt fra målet på dette området. Ved å legge til rette for forskning i klinikk oppnår man forhåpentlig ikke bare å utvikle bedre behandling, men også å legge til rette for en struktur hvor man kan forske på denne gruppen pasienter der hvor de naturlig skal få sin hjelp: ved DPS-ene.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 55, nummer 1, 2017, side 92-99

TEKST

Anders Hovland, forskningsleder, Solli DPS og førsteamanuensis, Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen

KONTAKT: Anders.hovland@uib.no

Inger Hilde Nordhus, professor, Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen, og professor II, Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo

KONTAKT: Elisabeth.Flo@uib.no

+ [Vis referanser](#)

Referanser

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Association.

Anderson, David, Connelly, Peter, Meier, Richard, & McCracken, Cherie. (2013). Mental health service discrimination against older people. *The Psychiatrist*, 37, 98-103.

Becker, Anne E, & Kleinman, Arthur. (2013). Mental health and the global agenda. *New England Journal of Medicine*, 369, 66-73.

Beekman, Aartjan TF, Bremmer, Marijke A, Deeg, Dorly JH, Van Balkom, AJLM, Smit, Jan H, De Beurs, Edwin, ... Van Tilburg, Willem. (1998). Anxiety disorders in later life: a report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 717-726.

Bijl, R. V., Ravelli, A., & van Zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 587-595.

Billioti de Gage, Sophie, Moride, Yola, Ducruet, Thierry, Kurth, Tobias, Verdoux, Hélène, Tournier, Marie, ... Bégaud, Bernard. (2014). Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. *BMJ*, 349.

Boddington, S. (2011). Where are all the older people? Equality of access to IAPT services. *British Psychological Society PSIGE Newsletter*, 113, 11-13.

Chou, Kee-Lee. (2009). Age at onset of generalized anxiety disorder in older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 455-464.

Clark, David M. (2011). Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience. *International Review of Psychiatry*, 23, 318-327.

Cuijpers, Pim, Karyotaki, Eirini, Pot, Anne Margriet, Park, Mijung, & Reynolds, Charles F. (2014). Managing depression in older age: psychological interventions. *Maturitas*, 79, 160-169.

Cuijpers, Pim, van Straten, Annemieke, & Smit, Filip. (2006). Psychological treatment of late-life depression: a meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 1139-1149.

Eysenck, Michael W., Derakshan, Nazanin, Santos, Rita, & Calvo, Manuel G. (2007). Anxiety and cognitive performance: Attentional control theory. *Emotion*, 7, 336-353.

- Fabre, C, Chamari, K, Mucci, P, Masse-Biron, J, & Prefaut, C. (2002). Improvement of cognitive function by mental and/or individualized aerobic training in healthy elderly subjects. *International journal of sports medicine*, 23, 415-421.
- Gray, Shelly L, Dublin, Sascha, Yu, Onchee, Walker, Rod, Anderson, Melissa, Hubbard, Rebecca A, ... Larson, Eric B. (2016). Benzodiazepine use and risk of incident dementia or cognitive decline: prospective population based study. *BMJ*, 352.
- Gunter, Raymond W., & Whittal, Maureen L. (2010). Dissemination of cognitive-behavioral treatments for anxiety disorders: Overcoming barriers and improving patient access. *Clinical Psychology Review*, 30, 194-202.
- Helsedirektoratet. (2008). *Prioriteringsveileder: Psykisk helsevern of voksne*. IS-1582. Oslo: Helsedirektoratet. ISBN 978-82-8081-126-4.
- Hillman, Charles H., Erickson, Kirk I., & Kramer, Arthur F. (2008). Be smart, exercise your heart: exercise effects on brain and cognition. *Nature Review Neuroscience*, 9, 58-65.
- Johnco, C, Wuthrich, VM, & Rapee, RM. (2013). The role of cognitive flexibility in cognitive restructuring skill acquisition among older adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 576-584.
- Kessing, Lars Vedel, & Nilsson, Flemming Mørkeberg. (2003). Increased risk of developing dementia in patients with major affective disorders compared to patients with other medical illnesses. *Journal of Affective Disorders*, 73, 261-269.
- Kessler, Ronald C., Berglund, Patricia, Demler, Olga, Jin, Robert, Merikangas, Kathleen R., & Walters, Ellen E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Klap, Ruth, Unroe, Kathleen Tschantz, & Unützer, Jürgen. (2003). Caring for mental illness in the United States: a focus on older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 517-524.
- Knol, MJ, Twisk, JWR, Beekman, ATF, Heine, RJ, Snoek, FJ, & Pouwer, F. (2006). Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus. A meta-analysis. *Diabetologia*, 49, 837-845.
- Layard, Richard. (2006). *The depression report: A new deal for depression and anxiety disorders*: Centre for Economic Performance, LSE.
- Layard, Richard, & Clark, David M. (2015). Why more psychological therapy would cost nothing. *Frontiers in psychology*, 6: 1713.
- Le Roux, Hillary, Gatz, Margaret, & Wetherell, Julie Loebach. (2005). Age at onset of generalized anxiety disorder in older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 23-30.
- McMurdo, Marion E.T., Witham, Miles D., & Gillespie, Neil D. (2005). Including older people in clinical research: Benefits shown in trials in younger people may not apply to older people. *BMJ : British Medical Journal*, 331, 1036-1037.
- Mohlman, Jan (2012). A community based survey of older adults' preferences for treatment of anxiety. *Psychology and aging*, 27, 1182-1190.
- Mohlman, Jan (2013). Executive skills in older adults with GAD: Relations with clinical variables and CBT outcome. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 131-139.
- Mohlman, Jan, Gorenstein, Ethan E, Kleber, Marc, de Jesus, Marybeth, Gorman, Jack M, & Papp, Lazlo A. (2003). Standard and enhanced cognitive-behavior therapy for late-life generalized anxiety disorder: two pilot investigations. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 24-32.
- Mohlman, Jan, & Gorman, Jack M. (2005). The role of executive functioning in CBT: a pilot study with anxious older adults. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 447-465.
- Mykletun, A., Knudsen, A.K., & Mathiesen, K.S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2011). *Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults. Clinical guideline 113*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. <http://guidance.nice.org.uk/CG113>.

- Naylor, Chris, Parsonage, Michael, McDaid, David, Knapp, Martin, Fossey, Matt, & Galea, Amy. (2012). Long-term conditions and mental health: the cost of co-morbidities: The King's Fund.
- Palmer, K, Berger, AK, Monastero, R, Winblad, B, Bäckman, L, & Fratiglioni, L. (2007). Predictors of progression from mild cognitive impairment to Alzheimer disease. *Neurology*, 68, 1596-1602.
- Parker, Marti G., & Thorslund, Mats. (2007). Health Trends in the Elderly Population: Getting Better and Getting Worse. *The Gerontologist*, 47, 150-158.
- Pedersen, P.B., Sitter, M., Lilleeng, S.E., & Bremnes, R. (2011). Pasienter i det psykiske helsevernet 2009. (Samdata-rapport IS - 1908). Oslo: Helsedirektoratet.
- Pillemer, Karl. (2011). 30 Lessons for Living: Tried and True Advice from the Wisest Americans. New York: Penguin.
- Ramm, Jorun. (2013). Eldres bruk av helse-og omsorgstjenester. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Roest, Annelieke M, Martens, Elisabeth J, de Jonge, Peter, & Denollet, Johan. (2010). Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta-analysis. *Journal of the American College of Cardiology*, 56, 38-46.
- Shafran, R., Clark, D.M., Fairburn, C.G., Arntz, A., Barlow, D.H., Ehlers, A., ... Wilson, G.T. (2009). Mind the gap: Improving the dissemination of CBT. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 902-909.
- Sinoff, Gary, & Werner, Perla. (2003). Anxiety disorder and accompanying subjective memory loss in the elderly as a predictor of future cognitive decline. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 951-959.
- Sirey, Jo Anne, Bruce, Martha L., Alexopoulos, George S., Perlick, Deborah A., Raue, Patrick, Friedman, Steven J., & Meyers, Barnett S. (2001). Perceived Stigma as a Predictor of Treatment Discontinuation in Young and Older Outpatients With Depression. *American Journal of Psychiatry*, 158, 479-481.
- Wetherell, Julie Loebach, Petkus, Andrew J, White, Kamila S, Nguyen, Hoang, Kornblith, Sander, Andreescu, Carmen, ... Lenze, Eric J. (2013). Antidepressant medication augmented with cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder in older adults. *American Journal of Psychiatry*, 170, 782-789.
- Whiteford, Harvey A, Degenhardt, Louisa, Rehm, Jürgen, Baxter, Amanda J, Ferrari, Alize J, Erskine, Holly E, ... Johns, Nicole (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382, 1575-1586.
- Wittchen, Hans-Ulrich. (2002). Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depression and anxiety*, 16, 162-171.
- Wolitzky-Taylor, Kate B, Castriotta, Natalie, Lenze, Eric J, Stanley, Melinda A, & Craske, Michelle G. (2010). Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. *Depression and Anxiety*, 27, 190-211.
- Yochim, Brian P, Mueller, Anne E, & Segal, Daniel L. (2013). Late life anxiety is associated with decreased memory and executive functioning in community dwelling older adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 567-575.
- Zhang, X, Norton, J, Carrière, I, Ritchie, K, Chaudieu, I, & Ancelin, ML. (2015). Risk factors for late-onset generalized anxiety disorder: results from a 12-year prospective cohort (The ESPRIT study). *Translational psychiatry*, 5, e536.