



Psykologtidsskriftet

OVERSIKT

## Effekt og tilpasning av psykologisk behandling for angst hos eldre – en paraplyoversikt

Kristine Gustavsen Madsø , Line Sandven & Inger Hilde Nordhus 

Publisert: 01.06.2026

Vi vil takke Universitetsbiblioteket i Bergen for uvurderlig hjelp med søkestrategi, og overlege Kristina Skogseth ved NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus for verdifulle råd. Forfatterne har fylt ut ICMJE-skjema og oppgir ingen relevante interessekonflikter.

## Abstract



### Effectiveness and adaptation of psychological treatment for anxiety in older adults: An umbrella review

**Background:** Anxiety in older adults is a major contributor to reduced quality of life and functional impairment. Psychological treatment is one potential treatment option. This umbrella review summarises recent evidence on the effectiveness of, and adaptations to, psychological treatment for anxiety in older adults with and without mild cognitive impairment (MCI). **Methods:** We followed the PRIOR guidelines and searched Embase, MEDLINE, PsycINFO and Epistemonikos (1 December 2025). Of 2,966 records identified, 14 review articles were included. The age criterion was adjusted from  $\geq 65$  to  $\geq 60$  years. Methodological quality and risk of bias were assessed using AMSTAR 2 and the Critical Appraisal Skills Programme (CASP). **Results:** Among the most widely studied psychological treatment approaches, cognitive behavioural therapy (CBT) demonstrates moderate effects on anxiety and improvements in comorbid depression; approximately half of treated patients achieve remission in their primary anxiety disorder at short-term follow-up. Acceptance and commitment therapy (ACT) and mindfulness-based approaches appear promising, but the available studies are limited by heterogeneity, publication bias and a small number of randomised controlled trials (RCTs). Trauma-focused approaches may reduce symptoms of post-traumatic stress disorder, while evidence for psychodynamic therapy is highly uncertain. Evidence for older adults with comorbid mild cognitive impairment and anxiety is lacking. Anxiety treatment for older adults can be adapted by accommodating physical limitations, using cognitive support strategies, and providing extended psychoeducation. Treatment should include a comprehensive assessment to rule out the possibility of anxiety symptoms being secondary to other ailments and conditions common in later life. **Conclusion:** There is evidence that psychological treatment, particularly CBT, is beneficial for primary anxiety disorders in older adults. Further research is needed into mild cognitive impairment, long-term treatment effects, and adaptation strategies.

*Keywords:* anxiety, older adults, psychological treatment, review

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Angst hos eldre er en viktig årsak til nedsatt livskvalitet og funksjonssvikt. Psykologisk behandling er en mulig tilnærming. Denne paraplyoversikten oppsummerer nyere kunnskap om effekt og tilpasning av psykologisk behandling for angst hos eldre, med og uten mild kognitiv svikt (MCI). **Metode:** Vi fulgte PRIOR og søkte i Embase, MEDLINE, PsycINFO og Epistemonikos (1.12.2025). Av 2966 treff ble 14 oversiktsartikler inkludert. Alderskriteriet ble justert fra  $\geq 65$  til  $\geq 60$  år. Kvalitet og risiko for systematiske skjevheter ble vurdert med AMSTAR 2 og CASP. **Resultater:** Av de mest utbredte psykoterapitilnærmingene viser kognitiv atferdsterapi (KAT) moderat effekt på angst, og bedring i komorbid depresjon; rundt halvparten oppnår remisjon av den primære angstlidelsen ved korttidsoppfølging. Aksept- og verdibasert atferdsterapi (ACT) og ulike tilnærminger basert på oppmerksomt nærvær fremstår lovende, men studiene er begrenset som følge av heterogenitet, publikasjonsbias og få randomiserte kontrollerte studier (RCT). Traumefokuserte tilnærminger kan trolig redusere symptomer ved posttraumatisk stresslidelse, mens psykodynamisk terapi har svært usikker evidens. For eldre med komorbid mild kognitiv svikt (MCI) og angst mangler vi data. Angstbehandling for eldre kan ved behov tilpasses ved å tilrettelegge for fysiske begrensninger, bruk av kognitive støtteverktøy og forlenget psykoedukasjon. Behandling bør inkludere en utvidet utredning for å utelukke at angstsymptomene ikke er en sekundær tilstand til andre vanlige plager og tilstander i alderdommen. **Konklusjon:** Det er evidens for at psykologisk behandling,

særlig KAT, er nyttig ved primær angst hos eldre. Det trengs mer forskning på MCI, langtidseffekt av behandling og tilpasningsstrategier.



*Nøkkelord:* angst, eldre, psykologisk behandling, oversiktsartikkel

Angst- og depresjonslidelser er blant de viktigste årsakene til funksjonssvikt og redusert livskvalitet hos eldre (Li et al., 2025). Sammenliknet med tidligere eldre-kohorter har vi sett en positiv helseutvikling i nyere år, men omtrent 10 % av kvinner og 5 % av menn rapporterer fremdeles betydelige psykiske plager i eldre år (Folkehelseinstituttet, FHI, 2025). Prevalensen av angstsymptomer hos hjemmeboende eldre er 8–13 % i alderen 60–79 år og 12–17 % i gruppen 80+ (FHI, 2025), mens moderat til alvorlig angst rammer 1–8 % (Skjellegrind et al., 2021). Angstforekomsten er høyere (14 %) ved mild kognitiv svikt (MCI, Chen et al., 2018). Nasjonale faglige råd for psykiske lidelser hos eldre anbefaler psykoterapi på linje med yngre voksne ved angstlidelser (Helsedirektoratet, 2019), men eldre får sjeldnere tilgang til slik behandling (Strand, 2016). Europeiske data viser et betydelig gap mellom forekomst og behandlingstilbud, særlig i Skandinavia (Horackova et al., 2019). Barrierer inkluderer antakelser om at psykiske plager er «normale» ved aldring (Canadian Coalition for Seniors' Mental Health [CCSMH], 2024), og somatiske uttrykk for psykiske plager som øker risiko for underdiagnostikk (Erickson & Rector, 2022). Nasjonalfaglige råd anbefaler selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI) eller serotonin- og noradrenalinreopptakshemmere (SNRI) ved generalisert angstlidelse (GAD) hos eldre, dersom langvarig medikamentell behandling er aktuelt (Helsedirektoratet, 2019). Vanedannende anxiolytika og antipsykotika forskrives likevel fortsatt hyppig (Berg et al., 2018; Gjerden et al., 2017).

De nasjonale faglige rådene gir lite informasjon om hvordan psykologisk behandling bør tilpasses gruppen (Helsedirektoratet, 2019), og mange terapeuter opplever at de mangler kompetanse på eldre helse (Brunvold & Lunde, 2014; Kessler & Blachetta, 2020). Depresjon hos eldre er bedre belyst (se for eksempel Bilbrey et al., 2022; Cuijpers et al., 2020; eller Devita et al., 2022), mens angst har fått mindre oppmerksomhet. I denne paraplyoversikten har vi sammenfattet oversiktsartikler om effekt og tilpasning av psykologisk angstbehandling for eldre med og uten kognitiv svikt.

## Metode

Artikkelen følger Preferred Reporting Items for Overview of Reviews (PRIOR), en Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA)-basert metodikk for paraplyoversikter (Gates et al., 2022).

Inklusjonskriterier var: integrativ, narrativ, sonderende eller systematisk oversiktsartikkel, meta- eller nettverksanalyse; studier av hjemmeboende over 65 år; deltakere både med og uten MCI;



deltakere med klinisk signifikant angst; studier som omhandler effekt av psykologiske intervensjoner eller tilpasning av disse til eldrepopulasjonen; norsk- eller engelskspråklig; publikasjoner fra de siste fem årene. Eksklusjonskriterier var: yngre enn 65 år; beboere i institusjon; oversiktsstudier avgrenset til spesifikke populasjoner med usikker generaliserbarhet til norsk kontekst; psykologiske intervensjoner for angst hos personer med spesifikke somatiske sykdommer (KOLS, hjerneslag, neurodegenerative sykdommer, m.m.); farmakologiske eller digitale intervensjoner, musikkterapi eller fysisk aktivitet; utfallsmål knyttet til livskvalitet, ensomhet eller isolasjon uten samtidige mål på angst.

Målsettingen vår for artikkelen er å belyse både evidens for ulike terapitilnærminger, og å kunne gi kliniske råd om tilpasning av psykologisk angstbehandling. Derfor har vi valgt å også inkludere integrative, narrative og sonderende oversiktsartikler, selv om disse vanligvis ikke inngår i en paraplyoversikt.

### **Søkestrategi**

Søkestrategien ble utviklet med bibliotekar ved Universitetet i Bergen. Søket ble gjennomført 01.12.2025 i Embase, MEDLINE, PsycINFO og Epistemonikos (inkluderer Cochrane library). Søkeord var synonymer til populasjonen «eldre», artikkeltypen «oversiktsartikkel» og intervensjonen «psykologisk behandling». Full søkestrategi tilgjengelig i Tabell S1 (online-supplement).

### **Dataekstraksjon og kvalitetsvurdering**

Søkeresultatet ble importert til Zotero 7 (Roy Rosenzweig Center for History and New Media, 2016), der duplikater ble fjernet før overføring til screeningverktøyet Rayyan (Ouzzani et al., 2016). KGM og LS gjennomførte blindet screening av tittel og sammendrag. KGM vurderte deretter fulltekst, mens LS dobbeltscreenet 20 % av artiklene. Ved uenigheter ble disse diskutert mellom forfatterne før endelig beslutning ble tatt.

Risikovurdering for systematiske feil (Risk of Bias, RoB) ble vurdert av KGM og IHN. Systematiske oversikter ble vurdert med A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews 2 (AMSTAR 2, Shea et al., 2017), og integrative og narrative oversikter med sjekklisten Critical Appraisal Skills Programme (CASP, 2024). Fra hver artikkel ekstraherte KGM og IHN opplysninger om artikkeltype, tilstand og intervensjon, antall deltakere og studier, studietype, alder og kognitiv funksjon, samt hovedfunn om effekt eller beskrevne tilpasninger av psykologisk behandling

og resultatenes heterogenitet. En forhåndsdefinert plan for inklusjonskriterier, søkestrategi og dataekstraksjon ble utarbeidet i samarbeid med universitetsbibliotekar, og pilotert av førsteforfatter før søkeprosessen ble gjennomført. Grad av overlapp mellom de inkluderte studiene i de ulike oversiktsartiklene ble ikke undersøkt, fordi vi ikke hadde til hensikt å gjennomføre en metaanalyse. Eventuelle avvik fra planen rapporteres i resultatdelen.

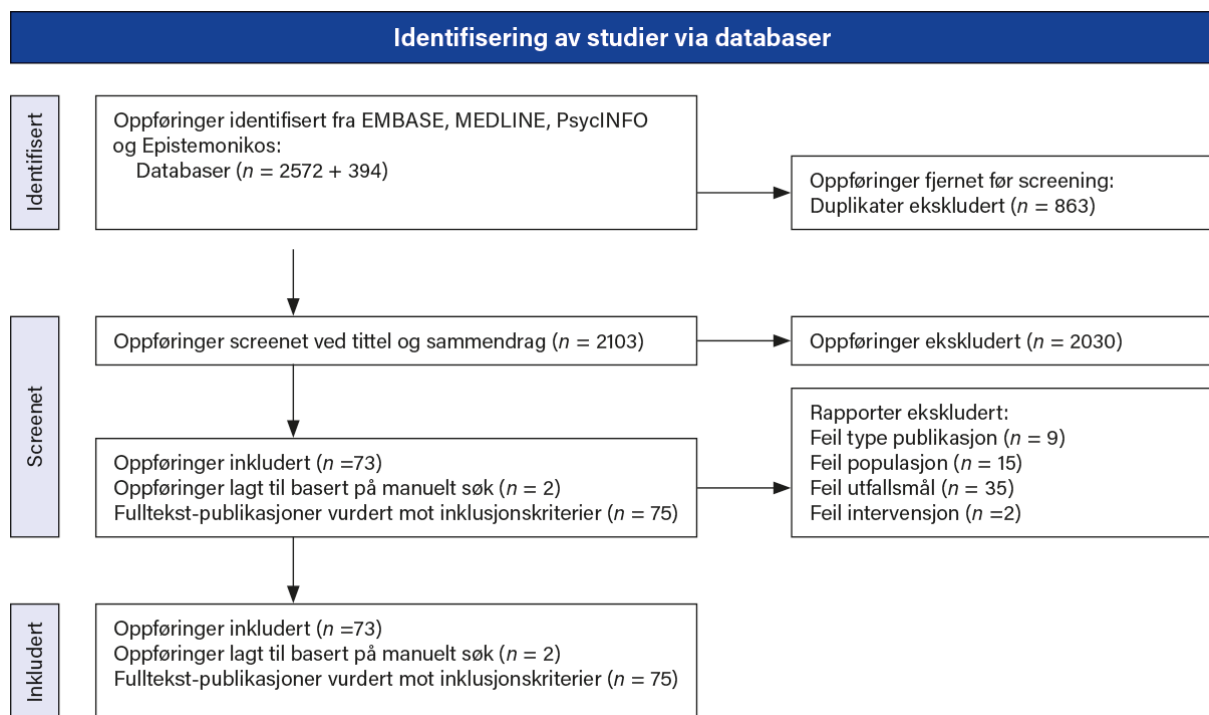


## Resultater

Søket ga 2966 treff. Etter fjerning av duplikater og screening av tittel og sammendrag gjensto 73 artikler for fulltekstgjennomgang. To ekstra artikler ble identifisert via referansegjennomgang, og totalt inkluderte vi 14 artikler i oversikten. Se Flytdiagram i Figur 1.

**Figur 1**

*Flytdiagram over litteratursøket*



*Merknad.* Figuren er basert på PRISMA 2020 flytdiagram for systematiske oversikter.

Blindet gjennomgang ga en reliabilitet på 97.4 %. Fulltekstgjennomgang viste ulik definisjon av eldre mellom land, og inklusjonskriteriet ble endret til  $\geq 60$  år. To unntak gjelder for de største

meta-analysene av høyest kvalitet. Hendriks et al. (2024) sin metaanalyse av RCT-studier for angst der snittalder er over 60, men fire av 21 studier også inkluderer alderen 55+. Orgeta et al. (2022) inkluderer initialt 55+, men viser manglende data for eldre med MCI og angst. Oversiktsartikler med utvidede alderskriterier ble også vurdert for relevante data, og originalstudier ble gjennomgått og relevante data ekstrahert ved uklarheter. Resultatene er organisert i to tema: effekt av spesifikke terapimetoder og anbefalinger for tilpasning. Tabell 1 viser behandlingsmetodene slik de er definert i de inkluderte artiklene.



## Tabell 1

### Oversikt over behandlingsmetoder

Kognitiv atferdsterapi (KAT, De Vito et al., 2022)

Strukturert, målrettet terapi som endrer maladaptive tanker og atferd gjennom kognitiv restrukturering, eksponering og ferdighetstrening.

Forsterket KAT (Enhanced CBT - ECBT, De Vito et al., 2022)

KAT med ekstra støtte (repetisjon, oppsummering, påminnelser, strukturhjelpemidler) for bedre læring og gjennomføring; kan inkludere fysisk og kognitiv trening.

Aksept og verdibasert atferdsterapi (ACT, Delhom et al., 2022)

Øker psykologisk fleksibilitet gjennom aksept, oppmerksomt nærvær, løsrivelse fra fastlåste tanker, og verdibaserte handlinger; reduserer unngåelse og fremmer meningsfulle valg.

Mindfulness-baserte intervensjoner (MBI, Ye et al., 2024; Leow et al., 2023)

Manualiserte program som trener oppmerksomt nærvær og ikke-dømmende holdning via sansebasert oppmerksomhet, kroppsskanning, pust og psykoedukasjon; ofte gruppebaserte over 8–12 uker. Inkluderer mindfulness-awareness-program og mindfulness-basert kognitiv atferdsterapi (MBCT).

Mindfulness-baserte meditasjonsintervensjoner (MMI, Hatch et al., 2022)

Meditasjonsfokusede intervensjoner som sittende meditasjon, pustefokus og observasjon av tanker og følelser for å fremme emosjonsregulering og indre ro. Inkluderer mindfulnessbasert stressreduksjon (MBSR), MBCT, Breathing, Relaxation, and Education for Anxiety Treatment in the Home Environment (BREATHE) og mindfulness awareness practices (MAPS).

«Life review» (Jiang et al., 2024)

Strukturert gjennomgang av livshendelser for å integrere minner og styrke mening, identitet og sammenheng i livshistorien.

Traumefokusert psykologisk behandling (Gómez-Bautista et al., 2025)

Tre tilnærminger er beskrevet. Narrativ eksponeringsterapi innebærer at pasientens traumatiske livshendelser settes inn i en sammenhengende livsfortelling som korrigeres, kompletteres og bearbeides.

Traumefokusert KAT kombinerer psykoedukasjon, avspenning, kognitiv restrukturering, problemløsning, eksponering og utvikling av et adaptivt traumenarrativ.

«Life review» er også inkludert her.

Psykodynamisk og psykoanalytisk terapi (Seiler et al., 2025)

Innsiktsorientert terapi som utforsker ubevisste konflikter og relasjonsmønstre for å styrke selvforståelse, emosjonsregulering og relasjoner.

*Merknad.* Tabellen gir en oversikt over hvilke behandlingsmetoder som er undersøkt i de inkluderte artiklene, basert på hvordan de er definert i den enkelte publikasjonen.

## Effekten av spesifikke terapimetoder

Effekten av spesifikke terapimetoder er presentert i 12 artikler, og resultatene er presentert i Tabell 2. Effektstørrelsene (standardisert gjennomsnittsforskjell, SMD, Hedge's *g* eller Cohen's *d*) tolkes slik at  $\geq 0.2$  tilsvarer en lav effekt,  $\geq 0.5$  tilsvarer moderat effekt og  $\geq 0.8$  tilsvarer stor effekt (Gates et al., 2022).

**Tabell 2**

*Effekt av psykologiske behandlinger for eldre med angst: systematiske oversikter og metaanalyser*

Forfatter (år)	Type oversikt	Populasjon	Intervensjon	Sammenlikning	N studier (del-takere) <sup>a</sup>	Resultater og effektstørrelser (95 % CI / PI) <sup>b</sup>	Heterogenitet og andre svakheter
KOGNITIV ATFERDSTERAPI							
Hendriks et al. (2024)	Metaanalyse av RCT-studier	$\geq 60$ år, angstlidelser (GAD, panikk lidelse, sosial fobi, PTSD, uspesifisert angstlidelse)	KAT <sup>d</sup>	Minimal oppfølging	18 (591)	Effekt på angst: SMD = -0.51 (-0.66 – -0.36) etter behandling.	Heterogenitet lav <i>I</i> <sup>2</sup> = 26%
					8 (226)	Ikke signifikant langtidseffekt etter 3–6 md.: SMD = -0.29 (-0.59 – 0.01) 3–6 md.	Heterogenitet moderat <i>I</i> <sup>2</sup> = 52%
					16 (458)	Effekt på komorbid depresjon ved angst etter endt behandling: SMD = -0.57 (-0.74 – -0.40).	Heterogenitet lav <i>I</i> <sup>2</sup> = 24%
						Effekt på komorbid depresjon ved angst etter 3–6 md. SMD = -0.68.	Heterogenitet høy <i>I</i> <sup>2</sup> = 85%
Johnco et al. (2025)	Metaanalyse av RCT-studier	$\geq 60$ år, angstlidelser (GAD, blandet angstlidelse, panikk lidelse)	KAT	Inaktiv kontrollgruppe (venteliste eller TAU)	7 (175)	Primær angstlidelse i remisjon etter behandling – 54 % (23.0 – 83.0 %).	Heterogenitet var moderat høy <i>I</i> <sup>2</sup> = 56%
					2 (144)	Primær angstlidelse i remisjon etter behandling: 44.8 % sammenliknet med 29.8 % i kontrollbetingelsen.	
					11 (417)	Behandlingsrespons etter endt behandling – 53 % (18.0 – 85.0%).	Høy heterogenitet <i>I</i> <sup>2</sup> = 79%

Forfatter (år)	Type oversikt	Populasjon	Intervensjon	Sammenlikning	N studier (del-takere) <sup>a</sup>	Resultater og effektstørrelser (95 % CI / PI) <sup>b</sup>	Heterogenitet og andre svakheter
					2 (36)	Tilbakefall i symptomer etter 6 måneder: 33 %.	Svært lav <i>N</i>
CCSMH (2024)	Metaanalyse av RCT-studier	≥ 60 år, angst (GAD og panikkangst)	KAT	Ingen intervensjon (venteliste eller TAU)	18 (754)	Effekt på angst: SMD 0.89 (0.64 – 1.14).	Høy heterogenitet  (ikke oppgitt størrelse)
			KAT	Aktiv intervensjon (støttesamtaler eller annen psykoterapeutisk intervensjon)		Ingen forskjell i effekt på angst, men KAT gav større effekt på livskvalitet og komorbid depresjon.	
<b>AKSEPT- OG MEDITASJONSBASERTE TILNÆRMINGER</b>							
Delhom et al. (2022)	Systematisk oversikt over kliniske studier	≥ 65 år, angstlidelser/ GAD	ACT		7 (633)	Studiene viste mulig, men inkonsistent effekt av ACT på angst hos eldre. Beskriver også vedvarende effekt ved oppfølging. Ikke tilrådelig med metaanalyser.	Manglende randomisering, kontrollgrupper og små utvalg
Hatch et al. (2022)	Systematisk oversikt over RCT-studier	≥ 60 år, GAD	MMI	Aktiv kontroll eller TAU	6 (214)	Klinisk effekt etter intervensjonen: Cohen's <i>d</i> fra 0.03 – 1.3. Ikke tilrådelig med metaanalyser.	Høy heterogenitet på tvers av studier
Ye et al. (2024)	Metaanalyse av kliniske kontrollerte studier	≥ 60 år, komorbid angst og depresjon	MBCT	Inaktiv kontroll	5 (148)	Hedges <i>g</i> = 0.43 (0.20 – 0.65) Ingen data på langtidseffekt.	<i>I</i> <sup>2</sup> = 30 % Publikasjonsbias og manglende randomisering
Wuthrich et al. (2020)	Systematisk oversikt og metaanalyse av RCT-studier	≥ 60 år, komorbid angst og depresjon	KAT og MBI	Aktiv kontroll eller venteliste	4 (138)	Effekt på angst ved komorbid depresjon og angst: Ikke signifikant Hedge's <i>g</i> -0.44 (-1.38 – 0.50).  Effekt på depresjon ved komorbid depresjon og angst: Ikke signifikant Hedge's <i>g</i> -0.55 (-1.25 – 0.14).	Høy heterogenitet  <i>I</i> <sup>2</sup> = 90 %  <i>I</i> <sup>2</sup> = 82 %
<b>TRAUMEFOKUSERT PSYKOLOGISK BEHANDLING</b>							
Gómez-Bautista et al. (2025)	Metaanalyse	≥ 60 år, PTSD	Traumefokusert terapi (narrativ)	TAU	5 (261)	Mulig reduksjon av PTSD-symptomer etter endt behandling: Ikke signifikant SMD -0.29	<i>I</i> <sup>2</sup> = 37 %





Forfatter (år)	Type oversikt	Populasjon	Intervensjon	Sammenlikning	N studier (deltakere) <sup>a</sup>	Resultater og effektstørrelser (95 % CI / PI) <sup>b</sup>	Heterogenitet <sup>c</sup> og andre svakheter
			eksponerings- terapi, «life review» og KAT)			(-0.62 – 0.03). Ingen langtidseffekt funnet.	
					7 (504)	Mulig effekt på komorbid depresjon: Ikke signifikant SMD -0.48 (-0.74 – 0.23).	<i>I</i> <sup>2</sup> = 38 %
«LIFE REVIEW»							
Jiang et al. (2024)	Integrativ oversikt over kliniske studier og  RCT-studier	≥ 60 år, PTSD og traumesymptomer	«Life review»		13 (-)	Mulig effekt på komorbide depresjonssymptomer og selvfølelse.	Manglende randomisering og kontrollgrupper. Uklart antall <i>N</i>
				Støttegruppe og TAU	2 (60)	Statistisk signifikant effekt på livstilfredshet og PTSD-symptomer i to studier.	Svært lav <i>N</i>
PSYKODYNAMISKE OG PSYKOANALYTISKE TILNÆRMINGER							
Seiler et al. (2025)	Systematisk oversikt over case- studier og prospektive studier	≥ 60 år, angst	Individuell psyko- dynamisk terapi		4 (28)	Mulig positiv effekt på refleksjon, innsikt, relasjoner og dødsangst.	Manglende kliniske kontrollerte studier Svært lav <i>N</i>
MILD KOGNITIV SVIKT (MCI) OG ANGST							
Leow et al. (2023)	System- atisk oversikt og meta- analyse av RCT-studier	≥ 60 år, MCI og angst	MBI	Aktiv kontroll- gruppe med psyko- edukasjon eller kognitiv trening	4 (161)	Liten og ikke signifikant effekt på angst i favør av kontrollgruppen: SMD 0.39 (-0.03 – 0.81).	<i>I</i> <sup>2</sup> = 41 %
Orgeta et al. (2022)	Systematisk oversikt og metaanalyse av RCT- studier	≥ 60 år, MCI og angst	Psykologisk behandling		-	Ingen RCT-studier undersøkte effekten av psykologisk behandling for angst hos personer med MCI.	

*Merknad.* <sup>a</sup>Antall deltakere gjelder dem som fikk den aktuelle intervensjonen. <sup>b</sup>CI: konfidensintervall; PI: prediksjonsintervall.

<sup>c</sup>Heterogenitet rapportert som *I*<sup>2</sup> betyr her grad av variasjon i resultatene som skyldes *ekte* ulikhet mellom studiene. Lav = ≤ 25%,

moderat = ≤ 50%, høy = ≤ 75%. Dersom ikke annet er oppgitt, ble ikke aktuelle moderatorer avdekket i metaanalysen. For utfyllende

vurdering av kvaliteten på oversiktsartikkelen, se Tabell S2 (online-supplement). <sup>d</sup>Inklusjonskriteriene i Hendriks et al. (2024) omfatter

også ACT og MBCT, men ingen av de inkluderte studiene i metaanalysen belyser disse to tilnærmingene. ACT og MBCT er derfor presentert under akseptbaserte eller meditasjonsbaserte tilnærminger.



### ***Kognitiv- og atferdsterapi***

Tre artikler belyser effekten av behandling med KAT. CCSMH (2024) viser i en metaanalyse av RCT-studier at KAT har stor effekt på angst hos eldre sammenliknet med venteliste eller vanlig behandling (*treatment as usual*, TAU). Sammenlignet med andre aktive behandlinger er effekten på angst lik, men KAT har høyere effekt på livskvalitet og komorbid depresjon.

Hendriks et al. (2024) finner i sin metaanalyse av RCT-studier at KAT gir en moderat reduksjon i angstsymptomer sammenliknet med minimal oppfølging etter endt behandling. Ved oppfølging etter tre–seks måneder finner de imidlertid liten forskjell mellom gruppene. KAT viser også en moderat effekt på depresjonssymptomer komorbid med angst, og denne vedvarer etter tre–seks måneder. Minimal oppfølging er definert som standard oppfølging uten psykologisk behandling, og det var stor variasjon i hva som ble inkludert som sammenlikning. Studier som var spesifikt tilpasset eldrepopulasjonen, hadde samme resultat som standard KAT.

I kontrast til symptomorienterte effektmål undersøker Johnco et al. (2025) klinisk relevante utfall som diagnostisk remisjon og behandlingsrespons. I deres metaanalyse av RCT-studier oppnådde over halvparten diagnostisk remisjon av primær angstlidelse etter KAT, sammenliknet med inaktive kontrollbetingelser. Over halvparten av deltakerne viste også behandlingsrespons definert som klinisk signifikant symptomreduksjon. Tilbakefall var sjelden rapportert, men der data forelå, viste om lag en tredjedel tilbakefall innen seks måneder etter endt behandling.

### **Aksept- og meditasjonsbaserte tilnærminger**

Fire oversiktsartikler beskriver effekten av aksept- og meditasjonsbaserte tilnærminger for eldre. Delhom et al. (2022) viser i en systematisk oversiktsartikkel over kliniske studier at ACT trolig reduserer symptomer på angst og GAD. Flere studier var ikke randomiserte, og støttet effekten av ACT i ulik grad. Hatchet al. (2022) undersøker RCT-studier av mindfulnessbaserte intervensjoner med en meditasjonskomponent (MMI) for eldre med symptomer på GAD. De finner en sannsynlig klinisk effekt, men størrelsen på effekten er usikker, og på grunn av heterogenitet var det ikke tilrådelig å gjøre metaanalyser. Ye et al. (2024) finner i sin metaanalyse av MBCT en liten signifikant effekt ved komorbid angst og depresjon i kliniske studier. Her mangler data på langtidseffekt.

Effektstørrelsen er usikker og trolig preget av publikasjonsbias, samt manglende randomisering. Wuthrich et al. (2021) finner i en metaanalyse av både KAT og mindfulnessbaserte intervensjoner (MBI) at det er en mulig moderat effekt ved komorbid angst og depresjon. Resultatene er usikre fordi de ikke er statistisk signifikante, og det er høy grad av heterogenitet.



### **Traumefokusert psykologisk behandling**

Én metaanalyse av RCT-studier for eldre (Gómez-Bautista et al., 2025) finner en liten og usikker effekt på symptomer på posttraumatisk stress lidelse (PTSD) ved traumefokuserte psykologiske behandlinger. De finner også en liten til moderat effekt på depresjonssymptomer ved PTSD. Ingen av funnene er statistisk signifikante, og langtidseffekt ble ikke påvist.

### **«Life review»**

Én integrativ oversiktsartikkel (Jiang et al., 2024) rapporterer om at «life review» ved PTSD og traumesymptomer hos eldre kan ha effekt. Oppsummert viser 13 kliniske studier, hvorav to RCT-studier, en mulig nedgang i PTSD-symptomer over tid, og mulige positive effekter på tilfredshet med livet etter behandlingen. Det advares mot re-traumatisering, spesielt ved lav terapeutkompetanse.

### ***Psykodynamiske og -analytiske tilnærminger***

Én systematisk oversiktsartikkel beskriver psykodynamisk terapi (Seiler et al., 2025). Fire case-studier og én prospektiv studie oppsummerer at individuell psykodynamisk terapi for eldre med angst kan ha positiv effekt på eksempelvis refleksjon, innsikt, relasjoner og dødsangst. Funnene er svært usikre.

### **Behandling ved MCI og angst**

Én oversiktsartikkel sammenlikner RCT-studier for å se på effekten av psykologisk behandling for eldre med MCI og angst (Orgeta, et al., 2022), og finner at det mangler tilstrekkelig datagrunnlag om dette.

Leow et al. (2023) undersøker RCT-studier av effekten av MBI ved angst og finner at de aktive kontrollgruppene med psykoedukasjon eller kognitiv trening har en liten og ikke-signifikant positiv effekt. Forfatterne antar her at kontrollgruppene er bedre tilpasset behovene til eldre og deres livskontekst. De konkluderer med at mindfulness trolig heller bør være en *komponent* i psykologisk behandling for eldre med angst og samtidig MCI, og ikke en selvstendig tilnærming.

## Spesifikke anbefalinger om tilpasning



Fem artikler beskriver tilpasning av psykologisk angstbehandling for eldre. Ye et al. (2024) og Hatch et al. (2022) beskriver hvordan MMI og MBI er tilpasset eldre i de inkluderte kliniske studiene, mens De Vito et al. (2022) og Erickson og Rector (2022) drøfter ulike forskningsbaserte tilpasningsstrategier ved KAT. CCSMH (2024) gir råd om både utredning og behandling. Tabell 3 gir en oversikt over de mest sentrale tilpasningene fra disse fem artiklene.

I en narrativ oversiktsartikkel beskriver De Vito et al. (2022) strategier for å forsterke KAT ved angst hos eldre. Eksekutiv dysfunksjon er et transdiagnostisk fenomen ved psykiske lidelser hos eldre, sentralt for emosjonsregulering. Eldre med alvorlig angst har ofte redusert kognitiv fleksibilitet, herunder evne til kognitive skift, perspektivtaking og økt perseverasjon. Slike utfordringer kan gå ut over effekten av KAT, og derfor er nevropsykologisk kartlegging viktig. Aktuelle tester som nevnes, er Trail Making Test-B (TMT-B, Reitan, 1958), Verbal flyt (Delis et al., 2001), og tallhukommelse (Wechsler, 2008). TMT-B kan gi informasjon om hvor lett en person kan skifte fokus, tenke fleksibelt og holde tempo, noe som er viktig for å kunne ta i bruk nye perspektiver og strategier i KAT. Verbal flyt viser hvordan personen kommer i gang med oppgaver, organiserer tanker og finner ord, ferdigheter som er sentrale i samtaleterapi. Tallhukommelse sier noe om evnen til å holde og bearbeide informasjon i minnet, noe som påvirker om eldre pasienter klarer å følge terapeutiske instruksjoner og arbeide med hjemmeoppgaver i KAT. Sammenhengen mellom eksekutiv dysfunksjon og angst hos eldre er trolig toveis, og KAT-ferdigheter og eksekutiv funksjon kan øke parallelt gjennom behandlingen. Bedring i eksekutiv funksjon vil ikke være mulig for alle, og klinisk anbefales det å utelukke demensutvikling før behandling.

Ved kognitive vansker med hukommelse, oppmerksomhet eller eksekutiv funksjon kan KAT forsterkes gjennom kognitive støttestrategier («enhanced» CBT; ECBT, se Tabell 1). Terapeutdrevne tilpasninger som er integrert i behandlingen og tilpasset pasientens kognitive profil, er mest nyttig, og en oversikt over støttestrategier finnes i Tabell 3. ECBT er vist å gi økt effekt ved GAD, med økt gjennomføring av hjemmeoppgaver. Det samme er ikke vist ved helseangst.

For eldre med eksekutive vansker innenfor kognitive skift kan det være vanskeligere å bruke kognitiv restrukturering, som er en sentral intervensjon i KAT. Effekten av kognitiv trening er også undersøkt, der en anbefaler at eventuell kognitiv trening bør være av kort varighet, kunnskapsbasert, med høyere intensitet i begynnelsen. Noen kognitive treningsopplegg har hatt svært stor drop-out,

trolig fordi det krever for mye. KAT støttet med oppmerksomhetstrening kan bedre eksekutiv funksjon og synes å redusere bekymring mer enn vanlig KAT.



Det er ikke undersøkt om andre KAT-elementer som selvledet eksponering, problemløsning eller å stoppe invaderende tanker påvirkes av eksekutive vansker.

CCSMH (2024) har publisert en klinisk behandlingsretningslinje for angst hos eldre over 65 år med og uten kognitiv svikt. De gir 32 konkrete råd basert på metaanalyser av RCT-studier der det er tilgjengelig, og ellers kontrollerte studier, observasjonsstudier, ekspertråd og søk i best-practice databaser. Deres råd om utredning av angst hos eldre er oversiktlig oppsummert (CCSMH, 2024, s. 10). Utredningsverktøy tilpasset populasjonen er nyttig, som Geriatric Anxiety Inventory (GAI, Pachana et al., 2007, grenseverdi >9). Angstutredning bør inneholde en bred kartlegging med sykehistorie, klinisk undersøkelse inkludert kognitiv screening, debut/varighet/alvorlighet, funksjonspåvirkning, unngåelsesatferd og somatiske og psykososiale stressorer. Helseangst og somatiske symptomer er vanlig, og ikke alle eldre gjenkjenner symptomene sine som angst. Komorbiditet kan komplisere utredningen. Ettersom 20 % av eldre med primær angstlidelse også har depresjon, bør angstsymptomer utløse vurdering for depresjon og selvmordsfare. Nyoppstått angst hos tidligere ikke-engstelige eldre tyder ofte på sekundær angst til somatisk tilstand, medikamentbehandling eller inntak av stimulanter (inkludert koffein).

Førstevalg for behandling er ikke-farmakologisk, med unntak ved svært alvorlige symptomer eller pasientpreferanse for medikamentell behandling. Psykososial støtte bør gis, og spesifikke risikofaktorer og stressorer adresseres. En bør undersøke angst for fall, og om dette fører til aktivitetsbegrensning. Da er anbefalt behandling fallforebyggende kurs, eventuelt supplert med KAT.

Ved angstlidelser har KAT best evidens, både i gruppe- og individuelle format. Kortere behandlingsforløp har også god evidens, eksempelvis seks sesjoner der spesifikke KAT-strategier tilpasset pasientens behov kan brukes isolert (eksponering, avspenning, pust, kognitiv restrukturering og problemløsning). Booster-telefonsamtaler kan brukes til å minne om hjemmeoppgaver ved kognitive vansker. Kortere behandlingstimer, mindre grupper og involvering av pårørende anbefales ved kognitive utfordringer.

Erickson og Rector (2022) formidler i sin narrative oversiktsartikkel om tilpasning av KAT for eldre med angst at en grundig utredning er viktig. Her sammenfaller rådene i stor grad med anbefalingene gitt over. Screening med Montreal Cognitive Assessment (MoCa, Nasreddine et al., 2005) anbefales, fordi den er mest sensitiv for milde kognitive vansker. Skår <23 gir

indikasjon for videre utredning. Redusert aktivitet kan også være aldersrelatert, eksempelvis ved forflytningsvansker eller helserelaterte begrensninger. De understreker derfor viktigheten av å skille mellom aldersrelatert og angstrelatert unngåelsesatferd, både for å sette riktig diagnose og å tilpasse momenter i behandlingsplanen for pasienten.



Dagens eldrekohort kan ha lavere psykisk helsekunnskap («*mental health literacy*») enn vi finner i yngre kohorter. Eldre pasienter kan ha vansker med å identifisere symptomer som psykisk betinget eller kan mangle oppdatert kunnskap om anbefalt hjelp for plagene. Derfor er det viktig å bruke tid på å sikre tilstrekkelig forståelse for angstlidelsen i en KAT-modell, der tankefeller, mistolkninger, sikkerhetsatferd og effekten av unngåelse er sentralt. Dette kan gi mer positive forventninger til behandlingen, og øke villigheten til å engasjere seg i hjemmeoppgaver. Pasientens evne til følelsesgjenkjenning, bevissthet om automatiske tanker og vilje til å ha en aktiv rolle i behandling og eksponering er også viktig å undersøke. Økning i slike grunnferdigheter er viktig i begynnelsen av behandlingen.

Eldre kan underrapportere negative følelser og ha lav mestringstro, særlig ved GAD. Mestringstro kan styrkes ved å finne eksempler på mestring av tidligere livserfaringer (Se Ken Laidlaws «Timeline»-arbeid, Bilbrey et al., 2022). Arbeid med motforestillinger mot kroppslig aktivisering kan også være nyttig. Interoseptiv eksponering (IE, øvelser som gir kroppslig aktivisering) er like effektivt for eldre som for yngre klienter, men intensiteten må tilpasses eventuelle begrensninger hos klienten. Ved alvorlig skrøpeligheit bør lege konsulteres, spesielt ved lunge- eller hjertesykdom.

### Tabell 3

#### *Tilpassning av psykologisk behandling for eldre med angst*

---

Utvidet psykoedukasjon og sosialisering – vær oppmerksom på klientens psykiske helsekompetanse og bruk nok tid på å bygge forståelsen for hva som opprettholder angst.

Tilpass til fysisk kapasitet – kortere sesjoner med pauser kan være nyttig. Tilpass til syns-vansker ved å bruke stor, kontrastrik skrift. Tilpass for hørselsvansker ved å sitte slik at klienten ser behandlers ansikt, og inviter til å bruke hørselstekniske hjelpemidler under konsultasjonen.

Eksponeringsøvelser – skill mellom funksjonsrelatert og angstrelatert unngåelse. Fysiske helseproblemer bør inkluderes i kasusformuleringen og tilrettelegges for. Interoseptiv eksponering tilpasses fysisk funksjon, med kortere øvelser, justeringer i intensitet og format. Svimmelhet kan gi ustøhet og fare for fall og påfølgende skader, så sittende øvelser kan være foretrukket.

Mindfulness og meditasjon – øvelser tilpasses ved å tilby stoler fremfor yogamatter, tilpasse meditasjonsposisjon til funksjonsnivå, og ha roligere gående meditasjon. Dette kan forebygge fall eller skader.

Tilpass til kognitiv kapasitet – fremgangsmåte og tempo i behandlingen bør tilpasses klientens oppmerksomhetsspenn og prosesseringshastighet. Fokuser på én ferdighet per sesjon. Start enkelt og øk kompleksiteten når 80 % mestring er nådd.

Oppmerksomhetsstøtte – start timen med å bygge en bro fra forrige konsultasjon. Lag agenda, uthev viktige terapeutiske begreper og bruk visuelle hjelpemidler som tavle. Vis til agendaen hvis samtaletemaene drifter fra ønsket tema.

Innlæring – kategoriser tema som hører sammen, for å støtte innlæring. Hjelp pasienten med å knytte de mer abstrakte begrepene til konkrete situasjoner fra eget liv. Fokuser på å repetere generaliserbarhet til andre liknende situasjoner.

Hukommelsesstøtte – repeter og oppsummer viktige poenger og strategier hyppig. La pasienten selv formulere hovedpoenget fra timen for å styrke hukommelsen. Bruk skriftlig materiale, mnemonics, sjekklister eller andre påminnere. Gi positive tilbakemeldinger underveis.

Forenkling – kognitiv restrukturering kan forenkles ved å bruke enklere modeller som «Catch – Check – Change» – fang tanken, sjekk bevis, endre tanken. Bruk trinnvis problemløsning: Definer problem – kom med ideer – velg idé – planlegg – test.

---

*Merknad.* Tabell 3 er basert på CCSMH (2024), De Vito et al., (2022), Erickson & Rector (2022), Hatch et al., (2022) og Ye et al., (2024).

## Kvalitetsvurdering

Oppsummert vurderer vi at de fleste systematiske oversiktsartiklene er av adekvat kvalitet basert på AMSTAR 2 og CASP. Vi finner høy RoB hos Seiler et al. (2025) og Jiang et al. (2024) fordi kvaliteten på de inkluderte studiene ikke er vurdert, og konklusjonene som kommer frem i diskusjonen, ikke samsvarer med usikkerheten i datamaterialet. Det mangler forhåndsregistrering av protokollen hos Delhom et al. (2022). Søkestrategi er ikke beskrevet hos De Vito et al. (2022) eller Erickson og Rector (2022). Hos Hendriks et al. (2024) benyttes det strengere kriterier for bedring i behandlingsstudiene for psykologisk behandling sammenliknet med medikamentelle studier, noe som kan medføre risiko for å undervurdere effekten av den psykologiske behandlingen (Johnco et al., 2025). Se supplerende Tabell S2.

## Diskusjon

I denne paraplyoversikten har vi belyst psykologisk behandling for angst hos eldre med og uten MCI. Samlet ser vi at det er god evidens for at KAT har effekt på angstlidelser hos eldre *uten* MCI, der tre metaanalyser av RCT-studier finner både en moderat behandlingseffekt, og remisjon hos omtrent halvparten av pasientene (Hendriks et al., 2024; Johnco et al., 2025; CCSMH, 2024). Sterkest evidens finner vi for KAT ved GAD. Vi vet lite om langtidseffekt, og det ser ut til å være en viss fare for tilbakefall (Johnco et al., 2025; Hendriks et al., 2024). Det er sannsynlig at traumefokuserte behandlinger, inkludert narrativ eksponeringsterapi, «life review» og KAT har noe effekt på PTSD hos eldre, men direkte effekt på angstnivå er ikke belyst (Gómez-Bautista et al., 2025; Jiang et al., 2024). Aksept- og meditasjonsbaserte tilnærminger er også lovende ved angst hos eldre, men er mindre studert. MBCT kan ha effekt på komorbid angst og depresjon (Ye et al., 2024). MMI har trolig effekt på GAD (Hatch et al., 2022). For eldre med angst og MCI kan MBI ha effekt på angst etter

endt behandling, men psykoedukative tilnærminger og kognitiv trening kommer bedre ut (Leow et al., 2023). ACT kan ha effekt på angst hos eldre, men har inkonsistente funn (Delhom et al., 2022). Svært få studier har undersøkt effekten av psykodynamisk behandling på angst (Seiler et al., 2025).

Ser vi på tidligere metaanalyser, er det funnet at eldre har lavere effekt av KAT sammenliknet med yngre (Kishita & Laidlaw, 2017; Wetherell et al., 2013). Nyere metaanalyser finner derimot at effektstørrelsene faktisk er ganske like (CCSMH, 2024; Hendriks et al., 2024; Johnco et al., 2025). Remisjonsraten og behandlingseffekten av KAT for angst hos eldre som ble funnet hos Johnco et al. (2025) og Hendriks et al. (2024), tilsvarer omtrent det vi også finner for yngre voksne (van Dis et al., 2020), og er høyere enn ved medikamentell behandling for angst alene (Johnco et al., 2025). Et viktig metodisk funn i denne paraplyoversikten er at effektstørrelser basert på gjennomsnittlig symptomendring (for eksempel SMD) og kliniske utfallsmål som remisjon gir ulike, men utfyllende bilder av behandlingseffekt. Hendriks et al. (2024) og CCSMH (2024) rapporterer moderate til store gruppebaserte effekter på angstsymptomer etter KAT, mens Johnco et al. (2025) viser at om lag halvparten av eldre angstpasienter oppnår diagnostisk remisjon. Disse funnene står ikke i motsetning til hverandre, men reflekterer ulike analytiske tilnærminger. Standardiserte effektstørrelser påvirkes av stor symptomheterogenitet, komorbiditet og brede kontrollbetingelser, som kan bidra til en undervurdering av klinisk relevant bedring hos eldre. Remisjonsrater gir derimot et mer pasientnært mål på behandlingsutfall, og er særlig relevante for klinisk beslutningstaking. Samlet tyder funnene på at KAT gir en meningsfull klinisk gevinst for mange eldre med primære angstlidelser, selv om gjennomsnittlige symptomendringer fremstår som moderate (Hendriks et al., 2024; CCSMH, 2024).

Ser vi på naturalistiske studier av poliklinisk psykologisk behandling – studier som i større grad speiler klinisk hverdagspraksis og ofte inkluderer betydelig flere deltakere enn RCT-studiene som er inkludert i de eksisterende metaanalysene, finner vi et annet, men komplementært bilde av behandlingseffekt. En sentral styrke ved slike studier er at de gir innsikt i behandlingseffekt i klinisk praksis, der terapeuter har mulighet til å justere og prøve ut ulike psykologiske tilnærminger dersom én metode ikke gir tilstrekkelig effekt. Dette i motsetning til RCT-studier, hvor én spesifikk intervensjon typisk undersøkes isolert under kontrollerte betingelser. Når angstlidelser hos eldre er godt utredet og ikke forstås som sekundære til somatisk sykdom, nevrodegenerativ lidelse eller medikamentelle bivirkninger, viser naturalistiske studier gjennomgående god effekt av psykologisk behandling. Flere studier finner at eldre har like god eller bedre angstreduksjon ved KAT sammenliknet med yngre, og ofte med færre konsultasjoner ( $N = 99$ , Pomerleau et al., 2022;



$N = 288$ , Wrede et al., 2025). Tilsvarende har naturalistiske studier av lavterskel samtalebehandling, inkludert KAT, støttesamtaler og interpersonlig terapi, vist noe bedre effekt hos eldre enn hos yngre ved angstlidelser ( $N = 3894$ , Saunders et al., 2021). Hendriks et al. (2024) finner heller ingen forskjell i effekt mellom standard KAT og KAT tilpasset eldre. Vi mener derfor det er gode grunner for at psykologisk behandling for eldre med angstlidelser bør kunne tilbys av terapeuter med grunnleggende kompetanse, både i kommunale lavterskeltilbud og i DPS. For eldre med mer omfattende kognitive vansker er det mer usikkert om psykologisk behandling har effekt, og derfor vurderer vi at oppfølging ved angst hos denne gruppen krever mer spesialisert kompetanse på kognitiv svikt hos eldre.



### Kunnskapshull

Oversiktsartiklene fant lite data på varigheten av effekten av KAT (Johnco et al., 2025; CCSMH, 2024). En nylig oppfølgingsstudie viser imidlertid at ved ti års oppfølging hadde eldre som fikk KAT for GAD, lavere tilbakefall (25–31 %), sammenliknet med en aktiv kontrollbetingelse (50–78 %, 54 deltakere, Johnco et al., 2024). Resultatene viste også at vi har utilstrekkelig forskning på hvordan psykologisk behandling bør tilpasses eldre med MCI og angst. De eldste eldre (80+), LGBTQ+, eldre med minoritetsbakgrunn og mannlige deltakere (foruten i PTSD-studier) er underrepresentert. Vår kunnskapsoversikt har også vist at vi trenger flere studier på aksept- og mindfulnessbasert behandling, life review, problemløsningsterapi, interpersonlige og psykodynamiske tilnærminger. Presisjonsnivået i de eksisterende metaanalysene er også varierende, og mange primærstudier har ikke redegjort godt nok for utredning av pasientene i forkant, og kan dermed ha inkludert pasienter med sekundære angstsymptomer. I tillegg tar flere metaanalyser lite hensyn til at ulike primærstudier kan være bedre eller dårligere tilpasset populasjonen. Et søkelys på tilpassning til aldersrelaterte endringer vil trolig gi mer presise konklusjoner i fremtidige oversikter, eksempelvis aldersrelaterte endringer i eksekutiv funksjon og hukommelse (De Vito et al., 2022).

### Begrensninger

Ved å kun inkludere oversiktsartikler fra de siste fem årene kan vi ha gått glipp av viktige publikasjoner om terapitilpassning, selv om vi mener å ha fanget opp de mest sentrale effektstudiene. Paraplyoversikter gir heller ikke sikrere kunnskapsstatus enn kvaliteten i de inkluderte metaanalysene, som ofte bygger på studier med høy heterogenitet. Presisjonen i effektstørrelsene er dermed ofte lav og preget av usikkerhet, og på grunn av heterogeniteten i studiene valgte vi å ikke gjøre

egne metaanalyser. Større naturalistiske studier som Saunders et al. (2021), Pomerleau et al. (2022) og Wrede et al. (2025) er også ekskludert, selv om disse har langt flere deltakere enn de fleste små RCT-studiene i metaanalysene. Disse studiene fra ordinær klinisk praksis støtter også at psykologisk behandling for angst hos eldre har god effekt, inkludert KAT, støttesamtaler, rådgivning og interpersonlig terapi. Tilpasning til eldre, screening for kognitiv svikt og komorbiditet er ofte dårlig belyst i metaanalysene. Ekskludering av kvalitative oversikter gjør materialet mindre klinikk- og brukernært. Feltet for tilpasning av psykologiske metoder for eldre er fortsatt mangelfullt. En sonderende oversikt over primærstudier kunne trolig bedre belyse metoder som ACT, mindfulness-baserte intervensjoner, interpersonlig terapi og psykodynamisk terapi. Fysisk aktivitet som intervensjon ble ekskludert, men bør anbefales ved angst hos eldre (Goodarzi et al., 2025). Digitale intervensjoner ble også ekskludert her, men kan være nyttige ved lang reisevei eller forflytningsvansker (Coombs & Kim, 2025). Effekt av psykologisk behandling ved somatisk samsykelighet ble også ekskludert, men en nylig oppsummering finnes i Kayser et al. (2022). Behandling for søvnvansker, som også er vanlig ved angst, er ikke belyst her, men se Pallesen et al. (2026).



### Råd om psykologisk angstbehandling for eldre

- Vi vil anbefale KAT som førstevalg ved psykologisk behandling for angst hos eldre. Mindfulness- eller akseptbaserte tilnærminger kan være gode alternativ.
- Eldre med angstlidelser har oftere kroppslige angstuttrykk. Symptomkartlegging med verktøy tilpasset populasjonen er tilrådelig, med eksempelvis Geriatric Anxiety Inventory (Pachana et al., 2007). En skår over 9 her indikerer klinisk signifikant angst.
- Kroppslige angstsymptomer hos eldre kan også være uttrykk for somatisk sykdom, medikamentelle bivirkninger, inntak av stimulerende midler (inkludert koffein), abstinenser ved toleranseutvikling for avhengighetsskapende midler og depresjon.
- Grundig utredning er viktig. Nyoppstått, akutt/subakutt eller atypisk angst hos eldre er oftere somatisk betinget. Undersøk om angsten kom forut for eller samtidig med



somatisk sykdom, om det er to parallelle tilstander eller om angsten er knyttet til somatisk tilstand.

- Det er viktig å skille mellom angstrelatert unngåelse og funksjonsrelatert unngåelse når en skal planlegge eksponeringsøvelser. Aktivitetsbegrensning på grunn av angst er vektlagt i eksponeringstreningen, mens funksjonsrelaterte begrensninger bør tilrettelegges for.
- En del eldre har angst for å falle, og her bør tiltaket være fallforebyggende trening eventuelt i kombinasjon med KAT. Mange kommuner tilbyr tilrettelagte tilbud, eksempelvis «Sterk og stødig» (Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, 2026).
- Interoseptiv eksponering er effektivt hos eldre. Tilpass intensiteten i øvelsen til klientens funksjonsnivå, gjør øvelser sittende for å unngå fall, og konferer med lege ved skrøpelighet, hjerte- eller lungesykdom.
- Eldre med symptomer på PTSD kan ha nytte av traumefokuserte tilnærminger som narrativ eksponeringsterapi, «life review» eller KAT. Vær oppmerksom på symptomer på retraumatisering.
- Eldre kan ofte oppleve at angsten påvirker deres kognitive kapasitet. Spør klienten om symptomene går ut over konsentrasjon, tempo, oppmerksomhet og hukommelse, og tilby kognitiv screening med eksempelvis MoCA (Nasreddine et al., 2005; MoCa Cognition, 2026). Bruk resultatene fra kartleggingen til å tilpasse videre samtaleterapi. Kalkulator med norske normer tilpasset for utdanning og alder (70–90 år) er tilgjengelig, og bør benyttes for å tolke om skåren indikerer kognitiv svikt (Nasjonalt senter for aldring og helse, 2026).
- For å øke effekten av KAT kan forsterket KAT (ECBT) være gunstig. ECBT bør være en terapeutdrevet integrert del av behandlingen, basert på pasientens kognitive profil. Se Tabell 3.
- Dersom den eldre klienten ikke har forventet effekt av den psykologiske angstbehandlingen, bør diagnose og tilnærming revurderes. Manglende effekt kan

tyde på andre utløsende eller opprettholdende mekanismer som somatiske tilstander, nevrodegenerativ sykdom, sosioøkonomiske forhold eller personlighetsforstyrrelse.



## Referanser

Referanser merket med asterisk (\*) angir at studiene er inkludert i metaanalysen.

- Berg, C., Blix, H. S., Fenne, O., Furu, K., Hjellvik, V., Husabø, K. J., Litlekare, I., Rønning, M., Sakshaug, S., Selmer, R., Sjøgaard, A. & Torheim, S. (2018). *Legemiddelstatistikk 2018:2* Reseptregisteret 2013–2017. Tema: Legemidler og eldre (Nos. 1890–9647). Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2018/legemiddelstatistikk-20182-reseptregisteret-20132017/>
- Bilbrey, A. C., Laidlaw, K., Cassidy-Eagle, E., Thompson, L. W. & Gallagher-Thompson, D. (2022). Cognitive Behavioral Therapy for Late-Life Depression: Evidence, Issues, and Recommendations. *Cognitive and Behavioral Practice, 29*(1), 128–145. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2020.02.003>
- Brunvold, A. R. & Lunde, L-H. (2014). Eldre i psykoterapi: En undersøkelse av fastlegers henvisningsrutiner og privatpraktiserende psykologers holdninger. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 51*(2), 113. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2014as02ae-Eldre-i-psykoterapi-en-undersokelse-av-fastlegers-henvisningsrutiner-og-privatpraktiserende-psykologers-holdninger>
- \*Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. (2024). *Canadian Guidelines for the Assessment and Treatment of Anxiety in Older Adults*. Rapport. [https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2024/01/Anxiety-Clinical-Guidelines\\_ENG\\_digital\\_final.pdf](https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2024/01/Anxiety-Clinical-Guidelines_ENG_digital_final.pdf)
- Critical Appraisal Skills Programme (2024). *CASP Systematic review checklist*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/systematic-review-checklist/>
- Chen, C., Hu, Z., Jiang, Z. & Zhou, F. (2018). Prevalence of anxiety in patients with mild cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 236*, 211–221. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.110>
- Coombs, L. A. & Kim, M. (2025). Effectiveness of web-based interventions on depression and anxiety in older adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled

trials. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 139, 106025. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2025.106025>



- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Eckshtain, D., Ng, M. Y., Corteselli, K. A., Noma, H., Quero, S. & Weisz, J. R. (2020). Psychotherapy for depression across different age groups: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77(7), 694–702. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0164>
- \*De Vito, A. N., Ahmed M. & Mohlman J. (2022). Cognitive Enhancement Strategies to Augment Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety and Related Disorders: Rationale and Recommendations for Use With Cognitively Healthy Older Adults. *Cognitive and Behavioral Practice*, 29(1), 175–184. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.10.007>
- \*Delhom, I., Mateu-Mollá, J. & Lacomba-Trejo, L. (2022). Is acceptance and commitment therapy helpful in reducing anxiety symptomatology in people aged 65 or over? A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 976363. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.976363>
- Delis, D. C., Kaplan, E., Kramer, J. H. & Ober, B. A. (2001). *Delis-Kaplan Executive Function System* (D-KEFS). The Psychological Corporation.
- Devita, M., De Salvo, R., Ravelli, A., De Rui, M., Coin, A., Sergi, G. & Mapelli, D. (2022). Recognizing Depression in the Elderly: Practical Guidance and Challenges for Clinical Management. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 18, 2867–2880. <https://doi.org/10.2147/NDT.S347356>
- \*Erickson, J. & Rector, N. A. (2022). Anxiety Disorders in Late Life: Considerations for Assessment and Cognitive-Behavioral Treatment. *Cognitive and behavioral practice*, 29(3), 635–647. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2021.04.009>
- Folkehelseinstituttet. (2025). *En kartlegging av psykisk helse og livskvalitet blant eldre i Norge*. Rapport. <https://www.fhi.no/publ/2025/en-kartlegging-av-psykisk-helse-og--livskvalitet-blant-eldre-i-norge/>
- Gates, M., Gates, A., Pieper, D., Fernandes, R. M., Tricco, A. C., Moher, D., Brennan, S. E., Li, T., Pollock, M., Lunny, C., Sepúlveda, D., McKenzie, J. E., Scott, S. D., Robinson, K. A., Matthias, K., Bougioukas, K. I., Fusar-Poli, P., Whiting, P., Moss, S. J. & Hartling, L. (2022). Reporting guideline for overviews of reviews of healthcare interventions: Development of the PRIOR statement. *BMJ*, 378, e070 849. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-070849>

- Gjerden, P., Bramness, J. G., Tvette, I. F. & Slørdal, L. (2017). The antipsychotic agent quetiapine is increasingly not used as such: Dispensed prescriptions in Norway 2004–2015. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 73(9), 1173–1179. <https://doi.org/10.1007/s00228-017-2281-8>
- \*Gómez-Bautista, D., Lye, V., Zabihi, S., Beenakker, M., Günak, M. M., Roche, M., Sobczak, S., Cook, J. M., Cations, M., Olf, M. & Orgeta, V. (2025). *Effectiveness of treatments for post-traumatic stress disorder for older people: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.120433>
- Goodarzi, Z., Levy, A., Whitmore, C., Chan, T., Mojgani, J., Niculescu, I., Suthakaran, A., Flint, A., Gough, A., Grenier, S., Juola, H., Reynolds, K., Neil-Sztramko, S., Trenaman, S. C., Weir, E., Van Ameringen, M., Yeung, A. & Iaboni, A. (2025). A systematic review and meta-analysis on physical activity for the treatment of anxiety in older adults. *International Psychogeriatrics*, 100044. <https://doi.org/10.1016/j.inpsyc.2025.100044>
- \*Hatch, S., Webber, J., Rej, S., Finlayson, M. & Kessler, D. (2022). The effectiveness of mindfulness-based meditation treatments for late life anxiety: A systematic review of randomized controlled trials. *Aging & Mental Health*, 27(6), 1045–1055. <https://doi.org/10.1080/13607863.2022.2102140>
- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonale faglige råd psykiske lidelser hos eldre*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/psykiske-lidelser-hos-eldre/angst-hos-eldre>
- \*Hendriks, G.-J., Janssen, N., Robertson, L., van Balkom, A. J., van Zelst, W. H., Wolfe, S., Oude Voshaar, R. C. & Uphoff, E. (2024). Cognitive behavioural therapy and third-wave approaches for anxiety and related disorders in older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2024(7), CD007674. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd007674.pub3>
- Horackova, K., Kopecek, M., Machů, V., Kagstrom, A., Aarsland, D., Motlova, L. B. & Cermakova, P. (2019). Prevalence of late-life depression and gap in mental health service use across European regions. *European Psychiatry*, 57(57), 19–25. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.12.002>
- \*Jiang, V., Galin, A. & Lea, X. (2024). Life review for older adults: An integrative review. *Psychogeriatrics*, 24(6), 1401–1417. <https://doi.org/10.1111/psyg.13194>
- Johnco, C. J., Zagic, D., Rapee, R. M., Kangas, M. & Wuthrich, V. M. (2024). Long-term remission and relapse of anxiety and depression in older adults after Cognitive Behavioural Therapy



(CBT): A 10-year follow-up of a randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 358, 440–448. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.05.033>



\*Johnco, C. J., Dickson, S. J. & Seaton, A. (2025). A Systematic Review and Meta-analysis of Diagnostic Remission, Treatment Response, Attrition and Relapse Following Cognitive Behavior Therapy (CBT), Other Psychological Therapies and Pharmacological Treatments for Anxiety Disorders in Older Adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2025.05.010>

Kayser, J., Hu, R. X., Rosenscruggs, D., Li, L. & Xiang, X. (2022). A systematic review of the impact of select mindfulness interventions on psychological outcomes among older adults with chronic health conditions. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*. <https://doi.org/10.1080/07317115.2022.2076636>

Kessler, E.-M. & Blachetta, C. (2020). Age cues in patients' descriptions influence treatment attitudes. *Aging & Mental Health*, 24(1), 193–196. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1515889>

Kishita, N. & Laidlaw, K. (2017). Cognitive behaviour therapy for generalized anxiety disorder: Is CBT equally efficacious in adults of working age and older adults? *Clinical Psychology Review*, 52, 124–136. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.01.003>

\*Leow, Y., Rashid, N. L. B. A., Klainin-Yobas, P., Zhang, Z. & Wu, X. V. (2023). Effectiveness of mindfulness-based interventions on mental, cognitive outcomes and neuroplastic changes in older adults with mild cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 79(12), 4489–4505. <https://doi.org/10.1111/jan.15720>

Li, R., Zhou, X., Wang, X., Cheng, P., Xu, J., Cao, J., Gao, Q. & Zhu, H. (2025). Global burden of depression and anxiety disorders in older adults, 1990–2019: An analysis of age-period-cohort and temporal-spatial patterns. *Journal of Affective Disorders*, 383, 90–100. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.04.106>

MoCA Cognition (2026, 24. april). *The MoCA Test*. <https://mocacognition.com/>

Nasjonalt senter for aldring og helse. (2026, 24. april). MoCA kalkulator. <https://www.aldringoghelse.no/normkalkulatorer/mocakalkulator/>

Nasjonalt senter for aldring og helse (2026, 24. april). *Sterk og stødig – treningsgrupper tilpasset for seniorer*. <https://www.aldringoghelse.no/fysisk-helse/laer-mer-om-fysisk-helse/sterk-og-stodig/>

- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L. & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatric Society*, 53(4), 695–699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z. & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan [Dataprogram]. Qatar Computing Research Institute. <https://www.rayyan.ai>
- \*Orgeta, V., Leung, P., del-Pino-Casado, R., Qazi, A., Orrell, M., Spector, A. E. & Methley, A. M. (2022). Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2022(4), CD009125. Embase. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009125.pub3>
- 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. <https://doi.org/10.1017/S1041610206003504>
- Pallesen, S., Flo-Groeneboom, E., Bjorvatn, B. & Nordhus, I. H. (2026). Søvn og søvnlidelser hos eldre. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 63(6), 445–452. <https://doi.org/10.52734/RFLY4712>
- Pomerleau, V., Sekhon, H., Bajsarowicz, P., Demoustier, A., Rej, M. & Myhr, G. (2022). Do older adults respond to cognitive behavioral therapy as well as younger adults? An analysis of a large, multi-diagnostic, real-world sample. *International journal of geriatric psychiatry*, 38(6), e5953. <https://doi.org/10.1002/gps.5953>
- Reitan, R. M. (1958). Validity of the Trailmaking Test as an indicator of organic brain damage. *Perceptual and Motor Skills*, 8, 271–276.
- Roy Rosenzweig Center for History and New Media. (2016). Zotero (versjon 7) [Dataprogram]. George Mason University. <https://www.zotero.org>
- Saunders, R., Buckman, J. E. J., Stott, J., Leibowitz, J., Aguirre, E., John, A., Lewis, G., Cape, J. & Pilling, S. (2021). Older adults respond better to psychological therapy than working-age adults: Evidence from a large sample of mental health service attendees. *Journal of Affective Disorders*, 294, 85–93. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.06.084>
- \*Seiler, N., Rosella, S., Ziegeler, B. & Newham, B. (2025). Psychodynamic and psychoanalytic psychotherapy in the older population: A systematic review. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 55(3), 229–237. <https://doi.org/10.1007/s10879-025-09671-z>



- Shea, B. J., Reeves, B. C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., Moher, D., Tugwell, P., Welch, V., Kristjansson, E. & Henry, D. A. (2017). AMSTAR 2: A critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*, 358, j4008. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>
- Skjellegrind, H., Thingstad, P., Kjelvik, G. & Selbæk, G. (2021). Rapport eldrehelse HUNT4 70+. [https://www.ntnu.no/documents/10304/1297645053/Trondheim\\_HUNT4+70%2B%C2%A0Rapport+2021\\_v2\\_WEB.pdf/7004640a-8878-4f57-f9ff-e014bc3efb67?t=1613635533571](https://www.ntnu.no/documents/10304/1297645053/Trondheim_HUNT4+70%2B%C2%A0Rapport+2021_v2_WEB.pdf/7004640a-8878-4f57-f9ff-e014bc3efb67?t=1613635533571)
- Strand, N. (2016). Ukjent hjelpetilbud. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 53(5), 346. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2016as05ae-Ukjent-hjelpetilbud>
- van Dis, E. A. M., van Veen, S. C., Hagens, M. A., Batelaan, N. M., Bockting, C. L. H., van den Heuvel, R. M., Cuijpers, P. & Engelhard, I. M. (2020). Long-term Outcomes of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety-Related Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77(3), 265–273. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3986>
- Wechsler, D. (2008). Wechsler Adult Intelligence Scale–Fourth Edition (WAIS–IV). Pearson Assessment.
- Wetherell, J. L., Petkus, A. J., Thorp, S. R., Stein, M. B., Chavira, D. A., Campbell-Sills, L., Craske, M. G., Sherbourne, C., Bystritsky, A., Sullivan, G. & Roy-Byrne, P. (2013). Age differences in treatment response to a collaborative care intervention for anxiety disorders. *British Journal of Psychiatry*, 203(1), 65–72. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.118547>
- Wrede, N., Hillebrand, M. C., Risch, A. K., Alpers, G. W., Bartholdy, S., Brakemeier, E.-L., Bräscher, A.-K., Brockmeyer, T., Christiansen, H., Equit, M., Fehm, L., Forkmann, T., Glombiewski, J., Heider, J., Helbig-Lang, S., Hermann, A., Hermann, C., Hoyer, J., In-Albon, T., ... Wilz, G. (2025). How do young-old and old-old adults benefit from cognitive-behavioral therapy compared to working-age adults? A large multicenter naturalistic study. *Journal of affective disorders*, 375, 456–464. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.01.145>
- \*Wuthrich, V. M., Meuldijk, D., Jagiello, T., Robles, A. G., Jones, M. P. & Cuijpers, P. (2021). Efficacy and effectiveness of psychological interventions on co-occurring mood and anxiety disorders in older adults: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 36(6), 858–872. <https://doi.org/10.1002/gps.5486>



- \* Ye, J., Pan, Y., Wu, C., Hu, Z., Wu, S., Wang, W., Guo, J. & Xiao, A. (2024). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on depression and anxiety in late life: A meta-analysis. *Alpha Psychiatry*, 25(1), 1–8. <https://doi.org/10.5152/alphapsychiatry.2024.231379>

