

Depresjonsbehandling hos eldre

Ved Kjell Martin Moksnes



ILL. ELLEN JEPSON

I denne artikkelen omtales depresjon som en tyngende sykdom som trenger behandling. Sorgreaksjoner og lettere depressive reaksjoner er noe alle vil møte flere ganger i livet, og som lindres ved bearbeidelse og trøst. Eldre mennesker er biologisk sårbare, både for kroppslige og psykiske lidelser, og en regner at 10–15 % av de eldre har en moderat eller alvorlig depresjon som krever behandling. Forekomsten av depresjon ser ut til å øke i den vestlige verden, men det er først og fremst i aldersgruppene 40 – 60 år. Grunnene til dette er ikke kjent, men kan skyldes den økende materialismen, oppløsning av familieband og svakere tilknytning til stabile sosiale nettverk, slik som f.eks kirken kan være.

Depresjonen oppdages ikke

Mange deprimerede eldre søker ikke hjelp for sine plager. Dette kan skyldes at plagene kommer gradvis, og at de ikke føler seg syke, men tror de er dårlige mennesker. Med mindre krefter, økende isolasjon og manglende initiativ blir de avhengige av at noen andre tar kontakt med hjemmebaserte tjenester eller lege. Problemet er at også familien og legen av og til tenker at depresjonen er naturlig og kan forklares med alderdom og et begrenset, litt grått og kjedelig liv. Depresjon hos eldre kan være vanskelig å oppdage fordi symptomene er maskerte, vage eller ligner på andre sykdommer. Noen deprimerede eldre er preget av angst og har mange kroppslige plager som forstoppelse o.l.. Andre husker dårligere, og både omgivelsene og de selv tror det er en aldersdemens i utvikling. Det å få en vurdering hos legen kan være meget viktig.

I hvilken grad søker eldre hjelp ?

I flere undersøkelser er det vist at selv blant de som får diagnosen depresjon, er det bare halvparten som får behandling. Pasienten vegrer seg selv mot behandling, fordi pessimismen råer og en tror ikke at noe kan hjelpe, og en er skeptisk til behandling og medikamenter generelt. Legen kan også tenke at depresjonen er forståelig, og at den vil slippe taket hvis pasienten får mer kontakt med familien, venner og omsorgsapparatet. En depresjon hos eldre varer lenger og kan få skjebnesvangre følger om den ikke behandles. I en eldre undersøkelse fra England av 30 eldre som tok sitt liv (Barraclough 1971), viste det seg at de fleste hadde vært hos primærlegen og at både familie og lege var klar over at det forelå en depresjon. Den dominerende tanken hos

disse var imidlertid at depresjonen var forståelig, knyttet til alderdommens problemer, og at det vel ikke var nødvendig med behandling.

Hva kan årsakene til depresjonen være og skal alle ha behandling ?

Depresjonen kan forstås på flere måter. Den kan skyldes sosiale forhold som isolasjon, sansesvikt, annen sykdom som f.eks Parkinson's sykdom, et nylig gjennomgått hjerneslag eller en begynnende aldersdemens. Kanskje har depresjonen utviklet seg som en bivirkning av et medikament mot høyt blodtrykk, hjerte-/ magesykdom. Noen sliter også i alderdommen med vonde opplevelser fra barndomstiden. Noen får lett automatiske, negative tanker om en farlig sykdom som kan gi en rask død. Andre mener biologiske aldersforandringer i hjernen gir en ekstra sårbarhet for depresjon, ved at de viktige signalsubstanser forekommer i mindre mengde hos eldre. Alle som lider av en depresjon som hemmer dem i det daglige liv, bør hos lege få hjelp til å vurdere hva årsaken kan være, og bør få hjelp med en eller annen form for behandling.

Hva slags behandling ?

Den vurderingen pasienten og legen gjør sammen i en samtale, vil gi føringer for valg av behandling. Er det en sansesvikt, bør alt gjøres for å bedre syn og hørsel. Er årsaken en sannsynlig økende isolasjon, kan henvisning til et dagsenter være nok til å bryte ensformigheten og gjenopprette det minimum av kontakt med andre mennesker som vi alle er helt avhengige av å ha. Kanskje det fins familiemedlemmer, venner eller naboer som har potensiale til å øke kontakten.

Skyldes depresjonen bruk av et medikament, bør en overveie å bytte ut dette. Sitter en med vonde opplevelser fra barndom/ungdom og kriser senere i livet, kan det være en god hjelp å finne et menneske å snakke med, enten det er en venn, en prest, sykepleier eller lege. Er årsaken en konflikt med ektefelle, barn eller annen familie, kan en få god hjelp av behandlerapparatet. Den offentlige psykiatriske helsetjenesten og privatpraktiserende psykologer og psykiatere kan også gi spesialiserte samtalerapier der det er vanskelig å komme videre. Primærlegene har hjelpemidler som kan hjelpe dem til å vurdere alvorlighetsgraden av depresjoner, og om det er nødvendig med medikamentell behandling, henvisning til spesialist eller innleggelse i sykehus. Hvis en eldre pasient skårer mer enn 15 på en test som heter MADRS, bør legen overveie å bruke medikamenter i behandlingen i tillegg til samtale og annen oppfølging.

Nøye observasjon - risikogrupper

Noen eldre er mer utsatt for å få depresjon enn andre. Det kan være eldre som kommer fra en familie som er sterkt belastet med depresjon. Hos omtrent halvparten av de deprimerede eldre vil en finne at en av foreldrene, eller en eller flere av søsknene har hatt en eller flere depresjonsperioder. Har en mistet en eller begge foreldrene før fylte 15 år er en ekstra utsatt, eller hvis en er nærtakende, overfølsom for kritikk eller lever i et miljø med mye kritikk fra en selv eller andre. Det å ha andre sykdommer kan øke risikoen, for eksempel Parkinson's sykdom, hjerneslag, hjertesykdom, aldersdemens og kreft, og det å være isolert, ha liten kontakt med andre, eller det første året en er innlagt i et alders- og sykehjem.

Primærhelsetjenesten (hjemmebaserte tjenester, primærleger og bo- og behandlingssentra)

Mange kommuner har nå en godt utbygget helsetjeneste, som skal ivareta innbyggernes behov for utredning og hjelp til nødvendig behandling ved sykdom. Det er gjerne hjemmehjelperen, hjemmesykepleieren og legen som først kommer i kontakt med pasienten. Disse vil samarbeide om nødvendige tiltak de første ukene dersom depresjonen ikke er så alvorlig at den klassifiserer for innleggelse. Legen vil i samarbeid med pasient og familie gjøre de nødvendige utredninger og sette i gang behandling. Dersom behandlingen ikke lykkes i første omgang er det ingen grunn til å gi opp. Det hender ikke så sjelden at behandlingen må justeres, eller en må velge en annen utvei.

Kun samtalebehandling

Er depresjonen etter en vurdering å anse som mild og den skyldes en forutgående hendelse, kan det være tilstrekkelig med noen samtaler for å avklare sammenhenger, få lettet seg litt, og få gjennomlevd smerten i ubehaget. Det å oppleve at et annet menneske forstår en og bekrefter behovet for reaksjonen og ens verdi og fremtidsmulighet, kan være tilstrekkelig til å bli bedre.

I de siste årene er det utviklet mer spesialiserte behandlinger, som f.eks *kognitiv terapi* eller *interpersonlig terapi*, som har vist seg å ha god effekt og kan være behjelpelig med å forebygge tilbakefall. Dette er korttidspsykoterapier som strekker seg over 16 uker - og som fokuserer på automatisk negativ tenkning eller rolleskifter, konflikter med andre, sorg eller mangler i sosial mestring. Behandlingene tar sikte på å lette symptomene, hjelpe personene til å utvikle nye mestringsmåter, men ikke å forandre personligheten.

Kombinasjon samtale / medikamentell behandling

Hos eldre med moderate og alvorlige depresjoner er det nødvendig både med bearbeidelse i samtale og bruk av anti-depressive medikamenter. Pga at mange eldre kan ha en alvorlig depresjon selv om symptomene er vage, er det viktig å bruke et medikament som tilleggsbehandling for å kunne klare å bearbeide depre-

sjonen og fortvilelsen. Å kunne få sove og spise bedre vil gi mer krefter til bearbeidelsen og styrke den totale behandling - ikke svekke den.

I Norge finnes det nå over tyve forskjellige medikamenter å velge mellom. Disse kan være omtrent like effektive, men har forskjellig bivirkningsprofil.

Aktivisering - utvide et mangelfullt nettverk

Når pasienten kommer til legen, har allerede ektefellen eller familien gjort mange forsøk på å aktivisere den fortvilte pasienten. Mange blir deprimerede fordi de er utslitt, har sovet og spist for lite over langt tid. Da vil det ikke nytte å stille flere krav og presse pasienten ytterligere. Den første tiden blir det viktig å ikke forvente mye, men redusere krav og gi mer omsorg og støtte. Først når behandlingen begynner å virke, kan en justere kravene og øke forventningene igjen. Noen pasienter som lever i isolasjon og ensomhet, har behov for å få brutt den onde sirkel. Å få hjelp med å gjøre seg i stand og bli hentet til et dag-senter eller en dagavdeling, kan være et meget viktig tiltak. Særlig i de store byene er det mange aleneboende eldre.

Spesialisthelsetjenesten (psykiatriske poliklinikker og dagavdelinger)

Dersom behandling hos legen ikke fører frem, kan legen henvise videre til en psykiatrisk eller alderspsykiatrisk poliklinikk. Har pasienten alvorlige selvmordstanker, vil legen i de fleste tilfeller henvise videre.

Innleggelse

Innleggelse i sykehus kan være nødvendig hvis pasienten har fysiske sykdommer som vanskeliggjør behandlingen, og utredningen krever spesialundersøkelser. Disse faktorene taler for innleggelse:

- Svekket eller ustabil fysisk helse
- Næringsvegring
- Høy selvmordsrisiko
- Nedsatt dømmekraft og evne til å teste virkeligheten (vrangforestill.)
- Sannsynlighet for mangelfullt samarbeid om behandlingen
- Svekket mental funksjonsevne
- Mangel på sosial støtte

Pasienter med betydelige vekttap og stor svikt i næringstilførsel bør innlegges så raskt som mulig. Eldre pasienter dekomponerer fort, og en bør sikre at næringsstilførselen er tilfredstillende før alvorligere komplikasjoner inntreffer. Pasienter med alvorlig hjertelidelse kan ha en form for tretthet som vanskelig kan skilles fra depresjon. Likeledes kan pasienter med Parkinson's sykdom utvikle depresjon som følge av levodopabehandling. For å finne ut av dette må levodopabehandlingen gradvis reduseres. Dette kan med fordel skje i et sykehus med mulighet for observasjon gjennom hele døgnet.

Pasienter med høy risiko for selvmord vil under overvåkning i sykehus få redusert risiko for å sette selvmordsplanene ut i livet. Det å være i et behandlingsmiljø vil motvirke tendensen til å gruble over livets meningsløshet som ofte forekommer når en er alene. Pasienter med vrangforestillinger trenger ofte spesiell oppmerksomhet. Pasientens evne til å oppfatte og undersøke den ytre virkelighet er svekket. Medikasjon kan bli sett på som en gift, legen som en fiende og pasienten selv som ikke verdig til å motta behandling.

Lysbehandling

Dette er en enkel form for behandling som pasienter med sesong- eller vinterdepresjon kan nyttiggjøre seg. Daglig lysbehandling en ukes tid med oppfølgingsbehandling kan forebygge eller redusere symptomene og gi et mer positivt forløp.

Ei-behandling (ECT)

Elektrostimulasjonsbehandling er en trygg og sikker behandling ved psykotiske depresjoner (depresjon med vrangforestillinger). Denne behandling som mange i befolkningen har motforestillinger mot, kan gi rask og god hjelp der annen behandling ikke virker. Der selvmordsfaren er stor, kan risikoen reduseres betydelig etter få dager. Ulempen med all depresjonsbehandling er at virkningen kommer langsomt, gjerne først etter 2 - 4 uker. Det kan derfor være livreddende med raske tiltak. Bivirkningene er oftest få og kortvarige (noen timer). I Norge brukes Ei-behandling i mindre grad enn i

Danmark, Sverige, Storbritannia og USA. Det har vært antydning fra kompetent hold at den økning vi så av selvmord i Norge for noen år siden, kunne skyldes for lav bruk av denne effektive behandlingen. I noen fylker har det vært økende bruk av EI-behandling de siste årene. Moderne EI-behandling gis nå i samarbeid mellom narkoselege og psykiater, og med moderne utstyr som bedre registrerer hva som skjer under behandlingen.

Hvilken pasient skal ha hvilken behandling?

Vi vet noe om dette, men her ligger de store utfordringer i fremtiden. Pasienter med meget alvorlige depresjoner med næringsvegring, vekttap og stor selvmordsfare bør innlegges raskt i sykehus. De med depressive vrangforestillinger bør få tilbud om EI-behandling. Pasienter med somatisk syndrom (endogene trekk) har ofte god effekt av medikamentell behandling. Er sykdommen preget av stor uro og rastløshet, vil en kombinasjon av antidepressiva og nevroleptika kunne gi god effekt. Er det en tendens til bipolar lidelse, det vil si at en lider av depresjon vekslende med perioder med oppstemthet, kan litium eller lignende medikamenter ha en meget god forebyggende virkning. Dette gjelder også pasienter med tilbakevendende depresjoner.

Samtalebehandling må gis i tillegg til all behandling nevnt ovenfor. Dette vil forsterke behandlingen. Ved lettere og moderate depresjoner kan en av og til komme til målet med samtalebehandling.

Forebygging

Alt som hindrer utvikling av somatisk sykdom, isolasjon, langvarige konflikter og sosiale vansker, vil også virke forebyggende på utvikling av depresjon. Det å ha flere interesser og ikke basere sitt livs verdier ensidig på arbeidsforhold for eksempel, vil være en hjelp når pensjonisttiden kommer. Finnes en tendens til tilbakevendende depresjoner, kan en også få hjelp av forebyggende medikamenter.

Oppfølging

En av de store utfordringer er å jobbe for å hindre tilbakefall. Tidligere så en

på depresjon som en sykdom lik lungebetennelse. Når sykdommen ble bedre, kunne en avslutte behandlingen etter kort tid. Nå viser det seg at tilbakefallshyppigheten er stor, og en bør sammenligne depresjon mer med høyt blodtrykk og sukkersyke. Sykdommen krever oppfølging. Pasient og familie må lære seg å unngå situasjoner som en er sårbar for og som kan utløse depresjon, eller lære seg måter å møte påkjenninger på. En må også kjenne debutsymptomene slik at en raskt kan søke hjelp ved et tilbakefall.

Behandling og oppfølging er viktigste forebyggende tiltak



75 % av eldre som tar sitt eget liv, har besøkt sin primærlege måneden før og 35 % siste uke, men symptomene ble enten ikke gjenkjent eller forble ubehandlet (Caine og medarbeidere 1996).

Pårørende og legen har lett for å oppfatte depresjonen og selvmordstankene som et forståelig fenomen hos den eldre personen som i deres øyne lever et litt grått og kjedelig liv. De oppfatter ikke alvor i plagene, og tror depresjonen er av en lettere grad. Eldre mener alvor når de ønsker å ta sitt liv. De bruker ofte effektive metoder, og forholdet mellom selvmordsforsøk og selvmord kan være som 1 : 1. Risikoen for å gjennomføre et selvmord er 100 ganger større det første året etter et forsøk og 300 ganger større hvis personen er over 65 år (Conwell og medarbeidere 1996).

Hvor mange kan hjelpes ?

Depresjoner hos eldre beveger seg over et stort spekter av alvorlighet. Den finnes hos eldre med alvorlig medisinsk sykdom eller hos dem som er ved god fysisk helse. Primærlegen eller psykologen kan hjelpe 50 - 65 % av de som kommer med en depressiv lidelse. Spesialisthelsetjenesten kan også hjelpe 70 - 75 % av de som blir henvist dit. I 1997 ble 74 % av de som ble innlagt med en førstegangsdepresjon i Alderspsykiatrisk avdeling, Ullevål sykehus bedre, og hele 85 % av de med en tilbakevendende depresjon.

Ingen grunn til pessimisme

Depresjon er en lidelse med god prognose, og det er ingen grunn til pessimisme når en står overfor denne sykdommen. Eldre med depresjon har like god behandlingsrespons som yngre. Til og med eldre som får en depresjon i tilslutning til aldersdemens eller etter et hjerneslag, får ofte god behandlingsrespons.

Litteratur:

Barracough BM.
Suicide in the elderly.
I Kay DWK og Walk A (red.)

Recent developments in psychogeriatrics,
Ashford: Headley Bros, 1971: 87-97

Caine E, Lyness J, Conwell Y.
Diagnosis of late-life depression.
Amer J Geriat Psychiatry 1996; 4: 545-550

Conwell Y, Duberstein P, Cox C et al.
Relationship of age and axis I diagnosis in victims of completed suicide: A psychological autopsy study.
Amer J Psychiatry 1996; 153: 1001-1008

Kjell Martin Moksnes er avdelingsoverlege ved Alderspsykiatrisk avdeling, Klinikk for psykiatri, Ullevål sykehus, 1385 Solberg.



Han har allsidig klinisk erfaring og har arbeidet i over ti år med eldre med psykiske lidelser.