
Depression hos äldre

BJÖRN APPELBERG OCH TUULA SAARELA

Depression hos äldre är vanligt förekommande och ses ofta i samband med somatiska sjukdomar och förlust av t.ex. livspartner. Äldre upplever ofta en depressionsdiagnos som stigmatiserande och de symtom de klagar över är ofta somatiska. Psykotiska depressionssymtom är vanligare än i andra åldersgrupper. Depression hos äldre hämmar ofta funktionsförmågan betydligt mer påtagligt än i andra ålderskategorier. Detta kan även gälla s.k. subsyndromala tillstånd med färre, men mer intensiva symtom. Depressions- och demenssymtom kan vara svåra att skilja från varandra. Behandlingen följer i huvudsak samma riktlinjer som hos yngre patienter. Suicidrisken hos äldre deprimerade patienter är större än hos yngre.

Epidemiologi

Depression hör till de vanligaste psykiatriska störningarna också i denna åldersgrupp. Epidemiologiska studier indicerar att den årliga prevalensen ligger på ca 5 procent (1). Det finns dock anledning att komma ihåg att psykiska störningar, speciellt i den här åldersgruppen, upplevs som särskilt stigmatiserande och att många tror att depression i verkligheten kan vara mycket mer vanligt förekommande. På detta tyder också det faktum att förekomsten av depression hos äldre som söker allmänläkarvård i vissa studier har varit så hög som 37 procent (2).

Etiologi och bakgrundsfaktorer

Depression – i alla ålderskategorier – har en multifaktoriell bakgrund och ca 35 procent anses vara genetiskt betingad, 35 procent beror på förluster och missförhållanden under barndomen och 30 procent har samband med problem i den aktuella livssituationen (3). När det gäller äldre bör man komma ihåg att de är utsatta för förluster och trauman av många olika slag som berör äkta hälften, livspartners, den egna hälsan m.m. Man ska också komma ihåg att stora förändringar i livssituationen, som att ta hand om en dement livspartner eller att bli änka eller änklingskan utlösa depression. För många äldre människor är också oförmågan att knyta eller upprätthålla sociala kontakter och den medföljande ensamheten en riskfaktor. Det bör också observeras att den kraftiga ökningen av antalet äldre personer i kombination med de snabba och drastiska samhällsförändringarna har förändrat åldringarnas status: från att ha varit uppskattade och

visa kunskapsbanker har de blivit ett problem. Den vishet och det kunnande som tidigare associerades med ett långt liv har blivit värdelösa bl.a. på grund av Internet och det stora informationsflödet där.

Symtom

Såsom hos yngre karakteriseras depression hos äldre av varierande symtom, bland de s.k. kärnsymtomen, sänkt stämningsläge och/eller anhedoni, d.v.s. en oförmåga att känna glädje eller njutning. Vidare kan det förekomma ångest, omotiverade samvets kval, brist på energi och trötthet, sömnstörningar, förändringar i aptiten med t.ex. påföljande avmagring samt svårförklarliga smärttillstånd.

Hypokondri i samband med depression är vanligt hos äldre och de depressiva symtomen presenteras ofta för läkaren som somatiska symtom. Psykotiska depressionssymtom är vanligare hos äldre än i yngre åldersgrupper. Typiska psykotiska symtom kan vara grava delusioner om det egna hälsotillståndet,

FÖRFATTARNA

MKD Björn Appelberg är docent och specialistläkare i psykiatri och överläkare på äldrepyskiatriska enheten inom Hucs.

MD Tuula Saarela är specialist i psykiatri och äldrepyskiatri och chef för psykiatri- och missbrukartjänster vid Helsingfors stads social- och hälsovårdsverk.

t.ex. ruttnande inälvor, men också hallucinationer kan förekomma (4).

Differentialdiagnostik

På grund av symtomens ospecifika och ofta somatiska karaktär är listan på differentialdiagnoser så lång att det vore meningslöst att räkna upp dem här. Man ska givetvis alltid komma ihåg att se till att patienterna har genomgått en ordentlig allmänmedicinsk kontroll inkluderande laboratorieprover (elektrolyter, blodbild, sköldkörtelhormon, blodsocker och EKG), men samtidigt minnas att förekomst av flera samtidiga diagnoser snarare är regel än undantag hos äldre personer och att underdiagnostik av depression är klart vanligare än överdiagnostik. Visavi differentialdiagnostik mellan depression och demens hänvisas till nästa stycke. Kriteriet för depression enligt DSM-IV är att patienten ska uppvisa minst fem depressionssymtom (av vilka åtminstone ett är sänkt stämningsläge eller minskad förmåga att uppleva välbehag), och de ska ha pågått mer eller mindre oavbrutet i minst två veckor. Specifikt för äldre människor kan vara att de har s.k. subsyndromala tillstånd, d.v.s. man ser färre än fem symtom, men något eller några symtom är så kraftiga att behandling är indicerad även om de formella diagnostiska kriterierna inte uppfylls. Hit kan man t.ex. räkna komplicerad sorg. Tillstånd av sorg räcker ofta längre än två veckor och här kan det vara svårt att avgöra när behandling är indicerad. Som allmän regel kan man nämna att behandling bör inledas, när tillståndet förorsakar en tydlig funktionsnedsättning.

Diagnostiska hjälpmedel

Det har blivit allt vanligare att använda skattningsskalor som hjälpmedel vid depressionscreening och diagnostik också bland äldre patienter. Även om hjälpmedlen helt klart har en funktion att fylla bör man komma ihåg att deras primära funktion är att skatta symtomintensiteten och följa upp behandlingsförloppet, och inte att ersätta en diagnostisk intervju eller utredning. GDS är en skattningsskala som är speciellt utarbetad för äldre patienter, men också andra, t.ex. Becks och Montgomery-Åsbergs skalor, används allmänt (5).

Alzheimers sjukdom och depression

Sambandet mellan Alzheimers sjukdom och depression är komplicerat, bl.a. så tillvida att depression kan förorsaka s.k. pseudodemens.

Samtidigt vet man att depression hos äldre ökar risken för att insjukna i Alzheimers sjukdom under de närmaste åren. Kausalitetssambandet mellan depression och Alzheimers är oklart – man vet inte om båda tillstånden har gemensamma biologiska bakgrundsfaktorer eller om depression hos äldre utgör en riskfaktor för Alzheimers sjukdom. Alzheimers sjukdom kan också vara förenad med depressiva symtom, särskilt i början av sjukdomen.

Pseudodemens är ett reversibelt tillstånd förorsakat av depression, där det ingår nedsättning av den kognitiva förmågan inkluderande minnesstörningar. Typiskt för pseudodemens jämfört med Alzheimers sjukdom är att patienterna ofta själva för fram sina minnesbesvär och kognitiva problem (“jag kommer inte ihåg ..., kan inte ..., vet inte”) men pseudodemens kan i vissa fall vara förvirrande lik Alzheimers sjukdom. Pseudodemens kan vara förenad med lindrig atrofi av hippocampus. Neuropsykologisk testning och bestämning av markörer för Alzheimers sjukdom i CSF kan i dessa fall vara viktiga diagnostiska hjälpmedel. Behandlingsförsök med antidepressiva kan också vara indicerat. (6, 7).

Vaskulär depression?

Patienter med ischemisk hjärnsjukdom uppvisar ofta tecken på depression. Detta gäller inte bara patienter med stroke – vi vet att varannan patient efter stroke lider av depression – utan också patienter med lindrigare ischemiska förändringar i hjärnan. Symtomen beskrivs som uttalad psykomotorisk hämning, deprimerat stämningsläge, brist på exekutiv kontroll ibland kombinerad med dysproportionellt stor förlust av handlingsförmågan, förändrad gång och urininkontinens. Det är dock fortfarande oklart om vaskulär depression ska betraktas som en självständig form av depression eller om det är fråga om en koexistens av två vanligt förekommande tillstånd, d.v.s. depression och cerebrovaskulär sjukdom. (8–10).

Bipolär depression

Bipolär depression eller manisk-depressiv störning kan debutera i ålderdomen, men det är relativt ovanligt och förekommer hos patienter som tidigare lidit av återkommande depression. Tillståndet har också ofta samband med cerebrovaskulär sjukdom.

Behandling

Behandlingen av depression hos äldre patienter följer samma principer som depressions-

behandling av yngre patienter och baserar sig på biologisk behandling (psykofarmaka och elektrokonvulsiv terapi, ETC) och psykologiska behandlingsmetoder, alltså psykoterapi.

Även om såväl psykoterapi som farmakoterapi har visat sig vara verksamt, finns det studier som tyder på att äldre personer har relativt sett större nytta av farmakoterapi än av psykoterapi jämfört med yngre åldersgrupper.

Farmakoterapi

I dag används främst andra generationens antidepressiva och behandlingen inleds ofta med ett preparat ur gruppen selektiva serotoninåterupptagningshämmare, SSRI. Förutom gruppens allmänt kända biverkningar (såsom lätt illamående och oftast lindriga sömnstörningar i början av behandlingen) är det viktigt att veta att SSRI kan förorsaka hyponatremi hos äldre. Vidare ska man komma ihåg att SSRI också tenderar att i viss mån minska blodets koagulationsbenägenhet. – Detta kan ha klinisk betydelse för äldre som använder koagulationshämmande läkemedel, t.ex. warfarin eller ASA. På senare tid har man också sett att åtminstone vissa allmänt använda preparat som citalopram och escitalopram i större doser ibland kan leda till EKG-förändringar, närmare bestämt förlängd QT-tid.

Om behandling med SSRI inte ger önskat resultat kan SNRI (serotonin- och noradrenalinåterupptagningshämmare) som duloxetin och venlafaxin vara möjliga alternativ. SNRI har en liknande biverkningsprofil som SSRI och dessutom kan man ibland få biverkningar relaterade till den noradrenerga effekten, t.ex. blodtrycksstegring.

När depression är förenad med uttalad sömnlöshet kan man välja ett sedativt preparat, t.ex. mirtazapin, mianserin eller trazodon. Den vanligaste biverkningen med dessa preparat är en sedation som fortsätter följande dag (s.k. hangover effect). Vidare kan man ibland se hypotoni (särskilt med trazodon), ökad aptit och viktökning (särskilt med mirtazapin) och någon gång restless legs-syndromet (särskilt med mirtazapin och mianserin). Om depression karakteriseras av s.k. atypiska symptom som hypersomni och viktökning kan en selektiv monoaminoxidashämmare (moclobemid) eller dopaminåterupptagningshämmare (bupropion) komma i fråga. Bupropion kan också vara en möjlighet för de patienter som lätt får hyponatremi av behandling med antidepressiva. Vid behandling med moclobemid bör man komma ihåg att samtidig behandling med serotonerga preparat är kontraindicerad på grund av risken

för serotonergt syndrom. Man bör också försäkra sig om en tillräckligt lång wash-outperiod (cirka fem veckor för fluoxetin och en vecka för resten av SSRI och SNRI-preparaten).

Atypiska antipsykotika (t.ex. quetiapin, aripiprazol, olanzapin och risperidon) används i ökad utsträckning som tilläggsmedicinering också vid behandling av depression hos äldre och de är särskilt indicerade vid behandling av depression som inkluderar psykotiska symtom.

När det gäller farmakoterapi av depression hos äldre måste man vara beredd att vänta längre på behandlingsresponsen (upp till 6–8 veckor) än hos yngre patienter och i allmänhet inleda behandlingen med lägre doser (ca 50 %) än de som används för medelålders patienter (12, 13).

Elektrokonvulsiv behandling (ECT)

Av alla enskilda behandlingsmetoder för depression är ECT den mest effektiva och flera studier har visat att ECT har god effekt vid behandling av depression hos äldre. Kontraindikationer är närmast de som gäller för en kort anestesi och den enda absoluta kontraindikationen är akut hjärtinfarkt. Biverkningarna är få; den viktigaste är en relativt kort anterograd och retrograd amnesi i samband med själva behandlingen. ECT inducerar en konvulsion och därför kan man ofta se kortvariga postiktala förvirringstillstånd. För att minska biverkningarna ger man idag hellre ECT unilateralt över den nondominanta hjärnhalvan. ECT ges i allmänhet två till tre gånger per vecka i serier på upp till ca 12 gånger. Ibland, t.ex. vid tillstånd som är resistenta mot behandling med antidepressiva psykofarmaka, fortsätter man med ECT-behandlingen polikliniskt med en frekvens på förslagsvis en gång per månad för att upprätthålla den antidepressiva effekten (14, 15). Hos patienter med såväl Parkinsons sjukdom som komorbid depression, vilket är vanligt, kan man ofta se en fördelaktig effekt på båda tillstånden med ECT.

Psykoterapi

Psykoterapi är en verksamt och ofta för lite använd behandlingsmetod vid depression hos äldre. Orsaken till detta är den offentliga sektorns begränsade möjligheter att erbjuda psykoterapi samt det faktum att Folkpensionsanstalten, som ekonomiskt kan understödja psykoterapi hos yngre patienter, betraktar denna verksamhet som ett led i rehabiliteringen av arbetsförmågan, vilket leder till att pensionärer automatiskt faller utanför verksamheten. Det finns kontrollerade studier som visar på effekt för kognitiv terapi och interpersonlig terapi. Oberoende av vilken terapiform som tillämpas utgör sorgearbete (ge-

nomgång av obearbetad sorg) ofta ett viktigt inslag i den här åldersgruppen. Vidare är det viktigt att de personer som ansvarar för vården kan sätta sig in i patientens situation och på ett respektfullt sätt hjälpa patienten att anpassa sig till den nya situation som uppstått (16, 17, 19).

Suicid

Suicid bland äldre, deprimerade patienter är relativt sett vanligare än hos yngre patientgrupper (ungefär dubbelt så vanligt) och en särskild riskgrupp utgör gamla män med missbruksproblem och nyligt diagnosticerad allvarlig somatisk sjukdom. Äldre patienter gör sällan s.k. demonstrativa suicidförsök (vars avsikt främst är att få uppmärksamhet, sympati eller dylikt) utan den suicidala intentionen är oftast seriös (1, 18).

Poliklinisk vård eller sjukhusvård?

Idag strävar man efter att behandla patienterna i öppenvård i så stor utsträckning som möjligt. Det slutgiltiga beslutet måste dock basera sig på

patientens situation, möjlighet till stöd av anhöriga, hemhjälp m.m. Psykotiska symtom och suicidala intentioner utgör ofta indikationer för att remittera patienten till sjukhus (vid behov bör även behandlingsremiss oberoende av den egna viljan övervägas). En del äldre människors funktionsförmåga kan också hämmas så kraftigt av depression att en hospitalisering därför kan vara nödvändig. Detta gäller ofta situationer där stark ångest är ett dominerande symtom. Liksom depression har också ångest i och för sig en hämmande effekt på äldres kognitiva förmåga, även på funktionsförmågan i sin helhet.

Björn Appelberg
bjorn.appelberg@hus.fi

Tuula Saarela
tuula.saarela@hel.fi

Björn Appelberg: Inga bindningar.
Tuula Saarela: Inga bindningar.

Referenser

- 1) Koponen H, Leinonen E: Vanhuspsykiatria: Psykiatria 595-610, ed. Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T. Duodecim 2011.
- 2) Alexopoulos GS, Buckwalter K, Olin J, Martinez R, Wainwright C, Krishnan KR. Comorbidity of late-life depression: an opportunity for research in mechanisms and treatment. *Biol J Psychiatry* 2002;52:543-558.
- 3) Isometsä E: Masennushäiriöt. *Psykiatria* 154-193. Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T. Duodecim 2011.
- 4) Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, Reynolds CT, Alexopoulos GS, Bruce ML, Conwell Y, Katz IR, Mewers BS, Morrison MF, Mossey MF, Niederehe G, Parmelee P. Diagnosis and treatment of depression in late life. Consensus statement update. *JAMA* 1997;278:1186-90.
- 5) Alexopoulos GS, Borson S, Cuthbert BN, Devanand DP, Mulsant BH, Olin JT, Oslin DW. Assessment of late-life depression. *Biol Psychiatry* 2002;52:164-174.
- 6) Kessing LV. Depression and the risk for dementia. *Curr Opin Psychiatry* 2012;25:457-461.
- 7) Even C, Weintraub D. Case for and against specificity of depression in Alzheimer's disease. *Psychiatry Clin Neurosci* 2010;64:358-366.
- 8) Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Campbell S, Silbersweig D, Charlson M. The "vasculardepression" hypothesis. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:915-922.
- 9) Newson RS, Hek K, Luijckendijk HJ, Hofman A, Witteman JC, Tiemeier H. Atherosclerosis and incident depression in late life. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:1144-51.
- 10) Wahlund LO, Pantoni L, Poggesi A, Pracucci G, Langhorne P, O'Brien JT; LADIS group. Relationship between progression of brain white matter changes and late-life depression: 3-year results from the LADIS study. 2012;201:40-45.
- 11) Shulman KI, Hermann N. The nature and management of mania in old age. *Psychiatr Clin NorthAm* 1999;22:649-665.
- 12) Alexopoulos GS. Pharmacotherapy for late-life depression. *J Clin Psychiatry* 2011;72:e04.
- 13) Letmaier M, Painold A, Holl AK, Vergin H, Engel R, Konstantinidis A, Kasper S, Grohmann R. Hyponatraemia during psychopharmacological treatment: results of a drug surveillance programme. *Int J Neuropsychopharmacol* 2012;15:739-748.
- 14) Rosenberg O, Shoenfeld N, Kotler M, Dannon PN. Mood disorders in elderly population: neurostimulative treatment possibilities. *Recent Pat CNS Drug Discov* 2009;4:149-159.
- 15) van Schaik AM, Comijs HC, Sonnenberg CM, Beekman AT, Sienaar P, Stek ML. Efficacy and safety of continuation and maintenance electroconvulsive therapy in depressed elderly patients: a systematic review. *Am J Geriatr Psychiatry* 2012;20:5-17.
- 16) Payman V. Psychotherapeutic treatments in late life. *Curr Opin Psychiatry* 2011;24:484-488.
- 17) Post EP, Miller MD, Schulberg HC. Using interpersonal psychotherapy (IPT) to treat depression in older primary care patients. *Geriatrics* 2008;63:18-28.
- 18) Firkbank MJ, Teodorczuk A, van der Flier WM, Gouw AA, Wallin A, Erkinjuntti T, Inzitari D, Karvonen K, Hakko H, Koponen H, Meyer-Rochow VB, Räsänen P. Suicides among older persons in Finland and time since hospitalization discharge. *Psychiatr Serv* 2009;60:390-393. doi: 10.1176/appi.ps.60.3.390.
- 19) MielenMuutos masennuksen hoidossa Marja Saarenheimo & Minna Pietilä (toim.) 2011.

Summary

Depression in the elderly

Depression is common in the elderly and in patients with somatic disorders and is commonly associated with a recent loss of one's spouse. A diagnosis of depression in this age-category is experienced as more stigmatizing, and patients tend to describe their symptoms in somatic terms when compared to the description of symptoms in younger age groups. Psychotic depressive symptoms are rather common, with the ability to manage one's everyday life hampered by depression as compared to the situation in middle-aged patients. Subsyndromal cases (with fewer but more severe symptoms) are frequent. The risk of suicide associated with depression in elderly patients is greater than that in younger depressed patients.