

Titel	Depression hos ældre ligger ofte skjult
Forfatter	Brockenhuus-Schack, Anne
År og nummer	2001 : nummer 1
Emneord	depression medicin

Indhold

Op mod 100.000 ældre har depressive lidelser. Høj alder medfører ikke i sig selv depression, men depression og depressive symptomer er meget hyppige hos 65+årige, og den skal behandles. De ældre har imidlertid et atypisk depressionsmønster, og det forveksles ofte med andre tilstande og sygdomme - først og fremmest med demens. Depression er en sygdom i hjernen og medfører ikke blot lidelse, nedsat livskvalitet og funktionsevne, oversygelighed samt overdødelighed, men kan også føre til selvmord. Ældre, der én gang har haft en depression, er mere udsatte for at få det igen, eller for at tilstanden bliver kronisk, hvis den ikke behandles. Den optimale behandling er en blanding af medicin og psykoterapi.

Dette er blot et par af de konklusioner, der kunne drages på Ældre Sagens høring 'Fakta og fordomme om depression' tidligere på året. I denne gennemgang vil der især blive lagt vægt på, hvad lægerne ved om sygdommen.

Ifølge overlæge, ph.d. Axel Kørner, Hillerød Sygehus, forekommer depression mindst lige så hyppigt hos 65+årige som hos yngre. Mens den svære til moderate depression synes sjældnere, er de lettere depressive tilstande tilsyneladende hyppigere, men de 'lette' tilstande er lige så alvorlige. Depression kan opdeles i såkaldte kernesymptomer, der er nedtrykthed, nedsat interesse eller lyst samt nedsat energi eller øget træthed. Hertil kommer syv såkaldte ledsagesymptomer (se faktaboks) og det er kombinationen af og vægten mellem de to slags symptomer, der afgør sværhedsgraden for depressionen.

Op mod 70.000 ubehandlede

I en række undersøgelser har man forsøgt at finde frem til forekomsten af depression blandt ældre, en forekomst der stiger med hospitalsindlæggelse, plejehjemsanbringelse og blandt geriatriske patienter.

Befolkningsundersøgelser af 65+årige tyder på, at ca. 3 pct. har moderate eller svære depressioner, mens 10-13 pct. har lettere depressioner. Eller i andre tal: 80-100.000 ældre lider af en depressiv tilstand. En tredjedel af disse kommer til læge og heraf halvdelen i den rette behandling. Tilbage er ca. 70.000 ubehandlede eller forkert behandlede ældre. Med forkert behandling menes i denne sammenhæng, at de får antipsykotisk medicin, der gør mere skade end gavn.

Velfungerende ægteskaber, et godt socialt netværk og tætte relationer virker forebyggende mod depression, sagde Axel Kørner. Omvendt er isolation og

forladthed samt store økonomiske problemer udløsende faktorer. »Sorg er ikke en depression, men kan udvikle sig til det. Og en tredjedel af omsorgsgivere af en dement ægtefælle udvikler depressive tilstande. Dobbelt så mange kvinder som mænd udvikler en depression«. Arvelige forhold kan også slå i gennem, men bryder depressionen først frem i en sen alder, er den familiære sammenhæng ikke tydelig. Andre riskofaktorer er legemlige sygdomme, lægemidler - der kan fremkalde eller forvære depressionen eller sløre dens symptomer - hjerneforandringer eller - sygdomme.

Der er en lang række symptomer, hvor omgivelserne skal være opmærksomme på, om der kan være tale om en depression. Det kan være stor optagethed af det legemlige som hypokondri, smerter, klager, kræftfrygt og svimmelhed. Eller opfarende adfærd med vrede, negativitet, irritabilitet, fjendtlig eller aggressiv adfærd. Der er også neuroselignede adfærd - neurotisk er ikke noget, man bliver med alderen - med angst, eller hvor den ældre er hjælpsøgende, egocentreret eller hyperventilerer. Depression kan forveksles med pseudodemens som dårlig hukommelse, forvirring, manglende evne til at finde ud af daglige funktioner samt inkontinens. Endelig er der den klassiske fremtrædelsesform med tristhed, hæmninger, selvbeprejdelse, håbløshed og søvnforstyrrelser.

Blodprop og influenza

Legemlige sygdomme kan være fremmede for depression. Der er eksempelvis seks gange så høj risiko for depression efter en blodprop i hjertet eller hjertesvigt. Men også en 'simpel' infektion som influenza kan 'kickstarte' en depression. Andre risikofaktorer er kræft, stofskiftesygdomme, sukkersyge, vitaminmangelstilstande og knoglebrud. Kroniske smertetilstande som slidgigt er hyppigt forbundet med depression. Visse hjernesygdomme som demens, apopleksi, Parkinsons sygdom og dissemineret sclerose giver en riskofaktor på mellem 25 og 50 pct. Sorg er som nævnt en naturlig reaktion på tab og kriser. Sjældent varer svære symptomer dog mere end to til seks måneder. Strækker sorgen sig længere, er der tale om patologisk sorg, dvs. en depression.

En række lægemidler er også forbundet med depression. Det er antipsykotiske midler, beroligende medicin eller sovemedicin, Parkinsons medicin, steroider, præparater til kemoterapi, smertestillende og blodtrykssænkende midler samt medicin mod sukkersyge.

Mens den forventede dødelighed for 65+årige er 5 pct. pr. år, har forskellige undersøgelser vist mellem 13 og 20 pct. dødelighed inden for et år efter depressionen og op til 45 pct. inden for fem år. Der er altså en betydelig overdødelighed både blandt svært og let depressive ældre. Og depression er en selvstændig risikofaktor for at dø. Andre undersøgelser har vist, at de 65+åriges selvmord udgør en fjerdedel af samtlige selvmord, mens de ældres antal kun udgør 15 pct. af befolkningen. Også her er der en overrepræsentation af ældre. En såkaldt metaanalyse af 12 undersøgelser, hvor en befolkning blev fulgt i mere end to år, viste, at af de ældre, der overlevede en depression, er kun halvdelen raske. »Det er ingen særlig lys

prognose«, som Axel Kørner udtrykte det.

En del nordiske undersøgelser viser en højere forekomst af depression hos ældre ældre, dvs. 80-85+årige, men oftest er det faktorer, der ledsager alderen, som forklarer sammenhængen, sagde han.

Den forebyggende behandling bør være livsvarig ved gentagne depressioner eller efter første depression hos ældre (80+årige) på grund af risiko for tilbagefald. I behandlingen gælder tre-enheden om medicin, psykoterapi og social indsats. Der findes tre typer medicinsk behandling: De gamle tricykliske, der næsten ikke anvendes længere, SSRI, der virker på signalstoffet serotonin i hjernen og har færre bivirkninger, og de såkaldte 'dobbelt virkende' midler. En femtedel af alle 85-årige ældre får antidepressive midler, og de 65-årige og derover får tre en halv gang så mange midler som alle under 65 år.

De fem D'er

Praktiserende læge Mikkel Vass, Præstø, kunne oplyse, at 14 pct. af de ældre patienter klager over psykiske problemer, når de kommer til lægen, og på en tilfældig valgt dag vil 10 pct. af ældrebefolkningen have et psykisk problem. Af disse vedrører knap en fjerdedel egentlig depressive tilstande. Han understregede, at i udredningen består den lægelige opgave i at skille tingene ad blandt de fem D'er: Depression, Demens, Delir, Droger og Druk. Men D-listen kunne også suppleres med Demoralisation ('moralisk fordærv'), Døden og Det normale. Nøglespørgsmålene skal gå på om patienten er ked af det, har tabt lysten og interessen for det hele, eller evnen til at glæde sig over noget og endelig om patienten ingen kræfter eller energi har.

Men - pointerede han - svære kliniske problemstillinger er ikke løst med medicin alene. »Gode transportordninger, gode muligheder for netværksdannelse og fysik aktivitet danner grundpillerne i behandlingen af depressioner hos ældre mennesker«, sagde han. Og at det i høj grad er omgivelserne, der har betydning betonedede gerontopsykiateren, administrerende overlæge, dr. med. Nils Chr. Gulmann, Psykiatrisk Hospital/Århus Universitetshospital:

»Plejeboligtankegangen er de yngres idé. De mener, at ældre skal bo i små røde murstensbugalower med pergolaer, men også i moderne byggeri med store glasfacader og lange gange, hvilket for mange syge, invaliderede og demente gamle betyder øget isolation. De yngre foretrækker parket, de ældre vil gerne se en personale i det fjerne. Et tættere miljø vil nok forebygge nogen depression«. Og han fortsatte:

»At så mange ældre på plejehjem lider af depression er udlagt som, at der er for lidt personale og for ringe pleje. Det er en lidet frugtbar og meget primitiv argumentation. Det er ikke plejehjemmenes skyld eller politikernes skyld, at ikke alle beboere danser folkedans og bruger kondirummet. De gamle på plejehjemmene har depressioner, fordi de er meget syge.

Depressionens mørkeland

»Som nærtstående til et menneske ramt af depression føler man afmagt, selvbepjældelse og afmagt igen. Som pårørende står man med en lidelse, man ikke kan løse for den, man holder af. Og det uanset om det rammer ens barn eller en gamle forældre. Ens kære befinder sig i et mørkeland, hvor man ikke kan trænge ind i. Man kan blot være der, tilbyde sin hjælp og omsorg samt række hånden ud. Man står magtesløs, rådvild og alene. Ensomheden er depressionens nærmeste følgesvend«.

Statsminister Poul Nyrup var meget personlig i sin tale på Ældre Sagens depressionshøring. Han talte om at vi alle - lige bortset fra mange ældre måske - har så travlt. Der hele skal helst ske så hurtigt og effektivt som muligt. »Men når vi møder det, der ikke kan ses - depressionen - viger vi tilbage. Det kan jo netop ikke ordnes, klares og repareres. At have depressionen tæt inde på livet er den rugende tavshed, enstavelserordene og indadvendtheden i blikket, der er svært at fastholde. Her er menneskelig kontakt afgørende. For den syge og for de pårørende. Det er hér love, cirkulærer og regler kommer til kort«. Og statsministeren fortsatte:

»For mange af os er depression nærmest noget flovt. 'Man skal tage sig sammen', hedder det. Men når vi kan tale åbent om depressionen er vejen til hjælp kortere. Så afløses magtesløsheden hos den pårørende af viden«.