



# Depresjon hos eldre

Overlege Dagfinn Green  
St. Olavs hospital

# Kilder

- Ulike kilder kvalitetssikret av UpToDate nov 2016 – «Diagnosis and management of late-life unipolar depression»
- Nasjonale retningslinjer IS 1561
- Personlig erfaring og preferanser




# Depresjon hos eldre er en...

- Hyppig,
- Tilbakevendende og til dels kronisk,
- Alvorlig (for individ og samfunn),
- Underdiagnostisert og
- Underbehandlet

**SYKDOM.**

Dagfinn Green




# Depresjon hos eldre er *ikke*:

- Normal aldring
- Normal reaksjon på endring av rolle eller tap av funksjon og helse
- Sorg eller fortvilelse

Dagfinn Green



# Depresjon ICD 10

1. Depressivt stemningsleie og tristhet
  2. Interesse – og gledesløshet
  3. Energitap, økt tretthet og redusert aktivitet
    - a. Redusert konsentrasjon og oppmerksomhet
    - b. Redusert selvfølelse og selvtillit
    - c. Skyldfølelse og fremtidspessimisme
    - d. Selvmordstanker
    - e. Søvnproblemer
    - f. Redusert appetitt
- 

Dagfinn Green





# Aldersrelatert depresjon?

- Apati, lite motivasjon og lite interesse for omgivelsene kan prege bildet mer enn tristhet
- Mer opptatt av somatiske plager (smerter)
- Klager ofte over dårlig hukommelse
- Angst, uro og irritasjon er oftere hovedsymptomet – agitert depresjon

Dagfinn Green

# Nyoppstått angst...

- ... hos eldre er del av en depresjon til det motsatte er bevist!
- Hilsen meg

Dagfinn Green



# Hvorfor er jeg deprimert doktor?

- Det er nok et samspill mellom *individuell* sårbarhet (risikofaktorer) og beskyttelsesfaktorer som forklarer hvorfor noen utvikler depresjon tilsynelatende uten grunn, mens andre til tross for store påkjenninger ikke utvikler depresjoner.







## Risikofaktorer på gruppenivå er:

- Sosial isolasjon
- Lav sosioøkonomisk status
- Komorbide somatiske lidelser
- Ukontrollert smerte
- Insomni (egen sykdom eller symptom?)
- Funksjonssvikt
- Kognitiv svikt

Dagfinn Green

# Beskyttende faktorer

- Integrert og tilpasningsdyktig personlighet med god tilknytningsevne
- Sosial støttende nettverk - nær venn
- God medisinsk behandling - inkl. ernæring, fysisk aktivitet, hørsels – og synshjelp

Dagfinn Green

# Kjønnsforskjeller?

- Hyppigere hos kvinner
- Depresjon hos eldre menn mer preget av sinne, irritabilitet, apati og alkoholmisbruk i stedet for opplevelse av tristhet og andre psykologiske symptom?

Dagfinn Green



# Somatisk sykdom og depresjon

- Kompleks sammenheng som går begge veier

1. Somatiske sykdommer er assosiert med depresjon (disponerer for, risikofaktorer)
2. Depresjon forverrer prognosen til den somatiske sykdommen (f.eks. hjerteinfarkt, slag) og behandling av depresjonen kan forbedre prognosene til den somatiske sykdommen (f.eks. kreft)

Dagfinn Green



# Vaskulær depresjon?

- Depresjon etter akutte hjerneslag (inntil 2 år) eller depresjon som er assosiert med hvitsubstansforandringer på CT/MR - caput
- Mer preget av *bla* psykomotorisk retardasjon, apati og eksekutiv svikt?
- Dårligere respons på vanlige antidepressiva, muligens er eldre antidepressiva og ECT et bedre alternativ





# Aldersrelatert depresjon og demens

- Det kan se ut som om depresjon øker risikoen for demens (særlig vaskulær demens og Alzheimer)
- Diniz BS et al. 2013: RR 1.6 (1.4-1.8), prospektiv, n=49000
- Barnes et al. 2012: HR 1.7 (1.5-1.9), retrospekt, n=13500



# Psykiatrisk komorbiditet

- Angst
- Somatisering
- Medikament/rusmisbruk...

...forverrer prognosen til depresjonen

# Diagnose før behandling (selvfølgelig)!

- Utelukk somatikk, nevropsykiatri og medikamentbivirkning...
- Unipolar eller bipolar?
- Gjør en MADRS/GDS/Cornell (el) før oppstart behandling samt MMS + klokke-test i tillegg, så har du en grei start...
- En del tidsbruk i starten kan spare mye tid på sikt, f.eks. lesing av journaler!

# Anamnesen er psykiaterens viktigste redskap..

- Hvor lenge har plagene (angsten/depresjonen) pågått?
- Tidligere hatt noe liknende, ev behandlingsrespons (les journal grundig!)?
- Medikament – og rusanamnese
- Hvor mye avviker funksjonen og livskvaliteten (lidelsestrykk) fra pasientens optimale fungering?
- Psykotiske symptomer?
- Suicidalitet?



# Oppsummert om behandlingsforskning...

- Egentlig overraskende dårlig mtp effekt av antidepressiva vs. placebo hos eldre > 65 år
- Nelson et al. 2013: Robust effekt vs. placebo kun ved lang sykdomsperiode > 10 år samt HDRS > 21 (NNT=4), mens resten av gruppen AD vs. Plc 46% vs. 41%
- Tedeschini E et al. 2011: Hos subgruppen over 65 år hadde antidepressiva og placebo samme effektstørrelse (men eksklusjon av alvorlig depresjon)
- Mottram P et al. 2006: Ingen tydelig forskjell mtp effekt når man sammenlikner TCA vs. SSRI



# Oppsummert om behandlingsforskning

- Sjösten N et al. 2006: **Fysisk trening** har effekt på depresjon og depressive symptom hos eldre
- Huang AX et al. 2015: Effekt av **psykoterapi** moderat til stor. SMD 0.73 (KI 0.51-0.95)
- **CBT**, **IPT** og **PLT** har dokumentert effekt.
- **Reminiscens** har vist effekt ved milde til moderate depressive symptom
- Lieverse R et al. 2011: **Lysterapi** kan ha effekt. Respons etter 3 uker (58 vs. 34 %)

# Nasjonale retningslinjer

## Generelt om behandling

- Mild depresjon: Selvhjelpstiltak, rådgiving, støttesamtaler, **ikke** medikamenter
- Moderat depresjon: Antidepressiva **eller** psykoterapi
- Alvorlig depresjon: Antidepressiva og psykoterapi



# Nasjonale retningslinjer.

Spesielt for eldre. S 73, 74

- Behandling av unipolare depresjoner - stort sett som hos voksne
- God tid i konsultasjonen
- Tilrettelegging for aktivisering både fysisk, mentalt og sosialt
- Nøye oppfølging med hensyn til bivirkninger
- Obs fare for medikamentinteraksjoner ([interaksjoner.no](http://interaksjoner.no))

Dagfinn Green



# Spesielle forhold hos eldre

- **Start low** (halv dose eller mindre)
- **Go slow**
- **But go!** (innebærer ofte full dose!)
- Kan ta opp til 6-8 uker før effekt, men oftest må man gjøre noe om ikke effekt innen 4 uker





# Medikamentell behandlingsalgoritme av eldre med unipolar depresjon 1

1. Venlafaxin (75-150 mg) morgen ved moderat/alvorlige depresjoner, særlig de som er preget av lite energi. Start med 37,5 mg i 4-7 dager hos skrøpelige eldre.

2. Mirtazapin 15-30 mg kveld (7,5 mg = 1/4 av 30 mg til skrøpelige) ved lettere depresjoner og de som er preget av søvnløshet, uro og tap av appetitt og vekt. Sedasjon som bv avtar med økende dosering pga. noradrenerg > histaminerg.





## Medikamentell behandlingsalgoritme av eldre med unipolar depresjon 2

3. Kombinasjon av venlafaxin (75-150 mg) **eller** escitalopram 10 mg (start med 2,5- 5 mg først) **og** mirtazapin (15-30 mg) ved moderat til alvorlige depresjoner hvor man ikke oppnår symptomkontroll ved monoterapi.

4. Ved alvorlige og/eller psykotiske depresjoner- ECT (eller kombinasjon AD + atypiske antipsykotika)

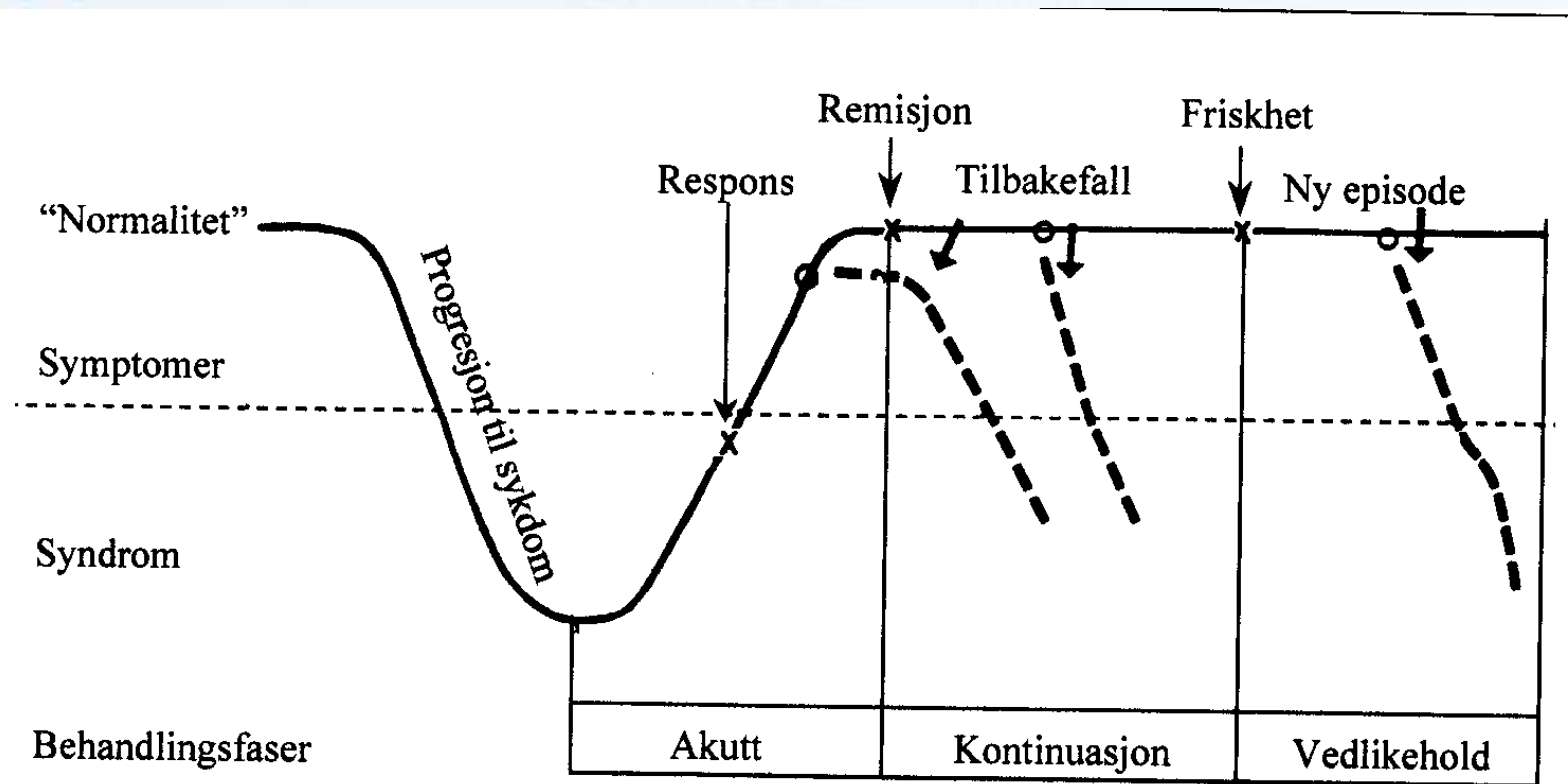
5. Hvor 3 ikke virker og 4 er uaktuelt: fenelzin uregistrert preparat. (Obs kostliste og bv)

6. Ved terapieresistente depresjoner: Tillegg av litium eller atypiske antipsykotika, f.eks. aripiprazole.

## Medikamentell behandling av eldre med unipolar depresjon 3

- Det er likevel anledning til å bruke SSRI alene (førstevalg i primærhelsetjenesten).
- Noen anbefaler kombinasjon av SSRI og bupropion (Wellbutrin), sistnevnte virker aktiverende.
- Skal man bruke TCA hos eldre anbefales nortryptilin pga lite anticholinerg virkning.

# Depresjonsstadier



Dagfinn Green



# Hvor lenge behandle hos eldre? (usikker evidens)

- Kontinuasjonsbehandling:
- Mål: Hindre tilbakefall (relaps) av aktuell episode
- Minst 12 mnd. (samme dose som førte til remisjon) ved første episode





# Hvor lenge behandle hos eldre? (usikker evidens)

- Vedlikeholdsbehandling:
- Mål: Hindre ny episode (recurrence)
- Ved tilbakevendende depresjon - minst **3 år eller livslang** for risikoindivider
- Eller revurder hver 12 mnd. sammen med pasienten for å diskutere fordeler/ulempes med vedlikeholdsbehandling (kan ev. gjøres av fastlege)

# Prognose (usikre tall)

- Ved adekvat behandling (alle tilgjengelige behandlingsmetoder – dvs. ikke gi opp!) blir ca. 80 % bra av aktuell episode!