

# Behandling av depression hos äldre



**BJÖRN MÅRTENSSON** är f d överläkare i psykiatri vid Karolinska Universitetssjukhuset i Solna och f d universitetslektor vid Karolinska Institutet. Han var medlem i projektgrupperna bakom både SBU:s och Socialstyrelsens stora rapporter om depressionsbehandling, och är en av redaktörerna för läroboken »Psykiatri« (Studentlitteratur 2016).

## Inte naturligt att vara deprimerad

Ibland kan det uppkomma diskussioner om ifall man överhuvudtaget ska behandla depression hos äldre.

Man kan falla i fällan, och tänka att det egentligen inte är så konstigt att en äldre person blir deprimerad. Det är väl naturligt att man blir deprimerad när man blir äldre, kan man tycka, med tanke på alla risker för förluster och begränsningar i livet.

Men då ska man minnas att alla gamla inte blir deprimerade. Många blir det, men de är ändå en minoritet. Det flesta äldre är mer eller mindre nöjda med sin tillvaro, eller finner sig till rätta.

## Mindre effekt av läkemedel

Vad finns det då för behandlingar av depression hos äldre? År 2015 kom SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, med en omfattande rapport om detta. SBU:s experter går igenom i stort sett alla typer av behandling som finns, och undersöker vad det finns för stöd för dem i vetenskaplig dokumentation. Gränsen för äldre har de satt vid 65 år.

*”Naturligtvis har SBU tittat väldigt noga på läkemedelsbehandling”, säger Björn Mårtensson. ”Men där har de kommit fram till en slutsats som behöver diskuteras.”*

Slutsatsen är att många äldre inte svarar särskilt bra på antidepressiv medicinering. Åtminstone inte med SSRI-preparat – den vanligaste typen av antidepressiva läkemedel, sådana som exempelvis citalopram och sertralin. Däremot har man hittat några andra läkemedel som har lite mer effekt.

*”Vad som är väldigt intressant i det här sammanhanget, är att i studierna av SSRI-läkemedel har man plockat in depressioner av olika sorter”, säger Björn Mårtensson.*

*”Vi vet från andra områden, att om man tar in alla möjliga typer av depressiva tillstånd så har man effekt på vissa men inte på andra, och då kan slutsamman bli negativ. Så mycket talar för att antidepressiv medicin fungerar bra på vissa typer av depressioner hos äldre.”*

Läkemedelsverket kom i december 2016 ut med nya behandlingsrekommendationer för depression och ångest-syndrom, som specifikt tar upp vad man ska tänka på hos just äldre.

## Många sorters psykoterapi

En annan behandlingsform är psykologisk behandling, det vi ofta kallar psykoterapi. Även där har SBU:s experter tittat på tillgänglig vetenskaplig dokumentation för de olika terapimetoderna.

Förr var psykoterapi liktydigt med *psykodynamisk terapi*, som bygger på psykoanalysens tänkande. Man tittade på konflikter mellan människor och konflikter i det förflutna, och det handlade också mycket om relationen mellan terapeut och patient.



**NEDPRIORITERAD.** Äldre med depression riskerar att prioriteras lågt.

Några vetenskapliga studier av den här typen av terapi vid depression hos äldre finns inte. Det går därför inte att ta ställning till den.

Däremot har det gjorts en del studier på *KBT, kognitiv beteendeterapi*. SBU bedömer inte att underlaget är tillräckligt för att man ska kunna dra slutsatsen att KBT har effekt på äldre med depression. Men det beror troligtvis på svagheter i underlaget, säger Björn Mårtensson:

*”Studierna kan vara svåra att tolka, eller de håller inte den kvalitet man skulle kunna önska. Det betyder inte att KBT inte fungerar för äldre med depression, utan att detta inte studerats tillräckligt.”*

## Problemlösning som terapi

Det finns flera former av psykoterapi som har utvecklats från KBT och som har det tänkandet i botten. En sådan metod är *problemlösningsterapi*. Den handlar om att den deprimerade ska försöka identifiera ett eller flera problem, och sedan får försöka tänka ut olika lösningar på dessa. Sedan går personen vidare och försöker praktisera sina lösningar, och så småningom följer man upp.

Här finns det studier som ger vetenskapligt stöd för att denna terapiform är effektiv för äldre. Metoden är relativt enkel, men används ännu väldigt lite i Sverige.

En annan form av behandling som också bottnar i KBT är *reminiscensterapi* eller *life time review*. Den handlar om att den deprimerade tittar bakåt i sitt liv, inte för att klarlägga olösta konflikter, utan för att göra ett slags bokslut. I den mer formella varianten, *life time review*, kan man gå systematiskt från år till år.

Här finns också stöd för att den kan vara en effektiv metod, åtminstone vid lindriga depressioner. Det finns frågor kring metodiken, men i vissa fall förefaller den vara en framkomlig väg.

En annan psykologisk behandling som har visst stöd är *interpersonell terapi*. Det handlar där om att direkt titta på och arbeta med sociala relationer. Men även här är studierna få, och det är svårt att dra slutsatser.

”Oavsett vilken behandling det gäller, så måste man hålla reda på vad som menas med att det inte finns tillräckligt vetenskapligt stöd för den”, betonar Björn Mårtensson.

”Det är en sak om det inte finns tillräckligt många studier gjorda, och en helt annan om det har gjorts många studier som visar att det inte är någon bra behandling.”

## Från ECT till fysisk aktivitet

Vid svåra depressioner kan man precis som för andra åldrar använda sig av *elbehandling*, ECT. Metoden fungerar mycket bra även på äldre, och ger i allmänhet inte mer biverkningar hos dem – trots att många äldre är skörare i sitt nervsystem. ECT är en metod som kan vara direkt livräddande, när den ges till suicidbenägna patienter.

Ljusbehandling är ett område där det saknas tydliga resultat. Det beror främst på att det knappt finns några studier på ljusbehandling av äldre. Ser man på hela SBU-rapporten, finns det överhuvudtaget inte så många studier som är gjorda på gruppen 65 år eller äldre. Kommer man upp till 80 år och däröver finns det nästan inga studier alls.

Det finns studier av fysisk aktivitet, men de är oftast gjorda på ett sådant sätt att man inte kan dra några tydliga slutsatser. De talar dock för att fysisk aktivitet kan vara ett bra komplement till andra behandlingsformer.

”Det är lätt att fastna i synsättet att om det inte finns vetenskapliga bevis för en metod så är den inte tillräckligt bra”, påpekar Björn Mårtensson. ”Jag anser att fysisk aktivitet är bra, och kan inte se att det skulle vara fel att aktivera människor om de är med på det. Man får dessutom en liten bonuseffekt på den mentala aktiviteten.”

Inte heller om omvårdnad finns det mycket studier. Men om man vänder på saken: Varför skulle en god omvårdnad vara dålig? Det här hänger samman med attityder. Det är viktigt att man närmar sig gamla respektfullt, och får dem att känna att de är delaktiga och kan bidra med något. Detta kanske i sig inte botar depression eller depressivitet, men det kan bidra och också fungera förebyggande.

## Risk att äldre nedprioriteras

Om man inte hittar tillräckligt mycket evidens är det lätt att nedprioritera vissa åtgärder eller behandlingsformer. Det drabbar främst de äldre, säger Björn Mårtensson:

”Här finns en etisk konflikt. I samhället och de styrande organen hävdar man att det är viktigt med vård och omsorg för de äldre. Men samtidigt förefaller det inte bli riktigt så i verkligheten. Risken att de äldre nedprioriteras ökar om man inte kan hitta så mycket metoder som har vetenskaplig bas.”

Även SBU-rapporten varnar för diskriminering av äldre. Så här skriver man i sammanfattningen:

”Inventeringar av psykiatrisk vård för äldre tyder på att gruppen ofta nedprioriteras på ett sätt som inte står i samklang med riksdagens etiska plattform för prioriteringar. Det är viktigt att personliga, professionella eller politiska särintressen inte tillåts påverka prioriteringar och klinisk praxis på ett sätt som skulle innebära en diskriminering av äldre, svårt sjuka och svaga grupper.”

## Alkohol ökar risken för suicid

Suicid kan vara den yttersta konsekvensen av depressivitet eller depression. Man vet att risken för suicid är hög hos äldre, särskilt hos män över 85 år. Den ökade risken betingas av en starkare koppling mellan depression och suicid än hos andra åldersgrupper.

En annan viktig faktor hos äldre är alkohol. Pågående missbruk ökar risken för suicid, men även tidigare missbruk kan vara en riskfaktor. Kanske skapas en tomhet efter att man har blivit nykter. Kopplingen mellan alkohol och förhöjd suicidrisk gäller även hos kvinnor.

Sociala faktorer spelar stor roll. En högst påtaglig faktor är ensamhet. Alkohol kan kopplas till ökad suicidrisk, ofta via länken depression. Men man vet också att deltagande, sammanhang och en social ram kan vara förebyggande för depressioner – i alla sammanhang, men särskilt hos de gamla.

”Att studera suicidstatistiken är intressant och faktiskt positivt”, säger Björn Mårtensson. ”Sedan 1970 har självmordsfrekvensen minskat med cirka 40 procent i de flesta åldersgrupper, inklusive de äldre. Det visar att det i många fall går att göra saker och förbättra situationen, även för den som är gammal och sjuk.”

### 3 PUNKTER ATT TÄNKA PÅ

- 1. UPPTÄCKER MAN TECKEN** på att någon äldre inte mår bra och kan tänkas vara deprimerad, så är det viktigt att man frågar, tar reda på och undersöker. Man ska absolut inte lämna den personen, vare sig för att man tycker att inte finns så mycket att göra, eller för att man inte törs eller vill. Det är oerhört viktigt att ta tag i situationen, gå vidare och försöka få en bild av hur den här personen mår. Glöm inte de anhöriga i det här sammanhanget.
- 2. DET ÄR OCKSÅ VIKTIGT** att veta att depressivitet kan vila på en bas av störda kroppsfunktioner. Även om man utreder själva depressionen, får man inte glömma bort att utreda också den kroppsliga hälsan.
- 3. BETYDELSEN AV DEN SOCIALA GEMENSKAPEN** och delaktigheten kan inte överskattas. Det gäller för den som råkat in i ett depressionstillstånd eller är nedstämd av andra skäl. Men att betona den sociala gemenskapen för äldre är också något som kan ha en förebyggande effekt på depressioner.

### LÄS MER:

**Björn Mårtensson, Marie Åsberg:** Förstämningssyndrom.  
**Ingvar Karlsson:** Äldrepsykiatri. Samt ytterligare några kapitel i Herlofson m fl (red): Psykiatri (Studentlitteratur 2016).

**SBU,** Statens beredning för medicinsk och social utvärdering: *Behandling av depression hos äldre* (SBU 2015). [www.sbu.se](http://www.sbu.se)

**Läkemedelsverket:** *Läkemedelsbehandling av depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom hos barn och vuxna* (Läkemedelsverket 2016). [www.lakemedelsverket.se](http://www.lakemedelsverket.se)

### INFORMATION:

**Riksförbundet Balans,** patient och anhörigförening för depression och bipolär sjukdom. [www.balansriks.se](http://www.balansriks.se)



PSYK-E BAS

Faktabladet bygger på en föreläsning med samma namn. Föreläsningen ingår i Psyk-E bas, ett kompetenhöjningsprogram som ges som uppdragsutbildning vid Karolinska institutet.