

# DEPRESSION OG KOGNITIV TERAPI MED ÆLDRE

Per Torpdahl

Der sættes i disse år fokus på depression hos ældre mennesker, som alt for ofte forbliver upåagt og ubehandlet. Artiklen gennemgår årsager til udvikling af depression og beskriver symptomer ved en depression – som kan se anderledes ud hos ældre, og behandlingsforløb – både medicinsk og i samtalegrupper. Der beskrives et nyt forskningsprojekt, som skal afklare virkningen af psykologisk behandling i form af kognitiv terapi ved depression hos ældre mennesker.

Per Torpdahl er ansat ved Center for Gerontopsykologi og Psykiatrisk Hospital i Risskov.

*Gerontologi og samfund 2001, 17; 3: 59–61*

Hos ældre er der en særlig risiko for at udvikle depression. Forskellige undersøgelser peger på, at 10-15% af ældre over 65 år har en depression eller depressive symptomer.<sup>1,2</sup> Hyppigheden øges hos mænd med alderen, mens der hos kvinder ses størst hyppighed i 30-50-års alderen.<sup>3</sup>

Efter 80-års alderen vil der for begge køn være en yderligere øget risiko, hvilket først og fremmest hænger sammen med øget risiko for legemlig sygdom.<sup>2</sup> At problemet er stort, kan aflæses af selvmordstatistikken, der viser, at hvert fjerde selvmord begås af en person over 65 år.

## KLASSIFIKATION, SYMPTOMER OG FORLØB

Depressioner kan inddeles på flere måder. Ifølge ICD-10, som er det klassifikationssystem der benyttes i Danmark, og som er udviklet i samarbejde med WHO, hører depressioner under de »Affektive lidelser«. <sup>4</sup> Affektive lidelser defineres som lidelser, der består af *følelsesudsving*.

Depressioner inddeles ifølge ICD-10 i *depressive enkeltepisodes, periodiske og kroniske depressioner*. Hertil kommer, at der er en række kriterier, der skal være opfyldt, for at man kan tale om en depression:

- forandringer i stemningslejet, dvs. nedtrykthed, nedsat lyst eller interesse, nedsat energi eller øget træthed
- ledsagesymptomer, dvs. nedsat selvtillid eller selvfølelse, selvbefredelser eller skyldfølelse, tanker om død eller selvmord, tænke- eller koncentrationsbesvær, motorisk uro eller hæmning, søvnforstyrrelser, appetit- eller vægtændring
- symptomerne skal have været tilstede i mindst to uger.

## LIVSLANG ELLER LIVSFASE

Depressioner kan inddeles i *livslang depression*, hvor tilstanden typisk veksler mellem bedre og dårlige perioder – og *livsfase depression*, hvor mennesker, der ellers har været raske hele livet, pludselig rammes af en depression. Sidstnævnte type forekommer i stort omfang, nemlig ca. hver anden deprimeret, der kommer i forbindelse med Gerontopsykiatrisk afdeling i Århus.<sup>5</sup>

Det volder særlige vanskeligheder at stille diagnosen depression hos ældre mennesker, idet deres symptomer ofte er anderledes end hos yngre. Der ses en tendens til, at et deprimeret ældre menneske er mere angstpræget, urolig og udviser hypokondrisymptomer.

## GERIATRISK DEPRESSION

En nyere undersøgelse argumenterer for, at en inddeling i *fem kliniske undergrupper* af den geriatrike depression kan medvirke til, at det bliver lettere at stille diagnosen hos ældre.<sup>6</sup> Følgende udtryksformer beskrives:

- Dementoform – dårlig hukommelse
- Somatoform – hypokondri
- Neurotoform – angst
- Eretisk form – vredladen
- Klassisk form – tristhed

Undertyperne er vigtige, fordi de i højere grad formår at indfange ældre med ofte *atypiske depressioner*, der falder uden for ICD-10 kriterierne.

Set i et psykologisk behandlingsperspektiv kan yderligere tilføjes den dimension, at fx ved den dementoforme depression er der mulighed for at tage højde for den aktuelt svigtende hukommelse ved anvendelse af strategier som at nedskrive eller gentage ting, der har været talt om under samtalerne. Sådanne strategier er nøglepunkter i den kognitive terapi, som beskrives nedenfor.

## ÅRSAGSSAMMENHÆNGE

Der er i dag enighed om, at forekomsten af depression både kan skyldes biologiske og sociale faktorer.<sup>2</sup> Når en 70-80-årig får en depression for første gang i sit liv, vil det for nogle menneskers vedkommende hovedsageligt skyldes biokemiske forandringer, betinget af den *biologiske aldringsproces*.

Hos andre deprimerede ældre ses en sammenhæng til særlige, *eksistentielle betingelser*. Fx kan negative sociale begivenheder såsom tab af nærtstående personer samt et svagt socialt netværk være årsag til udvikling af depression. *Arvelige forhold* spiller en rolle, men tilsyneladende en mindre rolle end hos yngre ifølge nyere undersøgelser.<sup>2</sup> Ved *legemlige sygdomme* og ved *demens* ses ofte også depressive symptomer.

## SÅRBARHED OG REAKTIONER

For en del deprimerede ældres vedkommende kan man forestille sig, at de depressive symptomer opstår, når tabene udfordrer den enkeltes evne til at mestre og tilpasse sig en ny situation »ud over bristepunktet«. Dette kan starte og vedligeholde en ond cirkel med ophobning af stress og med stigende sårbarhed og depressive reaktioner til følge.

I forhold til den deprimerede og de pårørende sker der et brud i dagligdagen. Manglende evne hos den deprimerede til at imødekomme dagligdagens krav medfører en forstærkning af symptomerne, specielt ringe selvværd og skyldfølelse. Det er måske nødvendigt, at ægtefællen overtager nogle af den ældres tidligere funktioner. I det hele taget vil en depression ofte medføre et samvær på markant andre vilkår, end da vedkommende var rask.

Pårørende skal således tage stilling til den deprimeredes adfærd, men har måske svært ved helt at forstå, hvad der sker. Det medfører, at der opstår en række modsatrettede tanker, følelser og reaktioner. Man kan blive vred på den deprimerede, skælde ud og stille krav. Men på en og samme tid vækkes der måske også en følelse af medlidenhed, et ønske om at hjælpe, samt skyldfølelser og ønsker om at flygte langt væk, fordi det hele er så uoverskueligt.

## BEHANDLINGSFORLØB

Når det gælder behandling, peger en nyere undersøgelse<sup>5</sup> på, at det er vigtigt at fjerne alle depressive symptomer med medicin el-

Specialist i gerontopsykologi og supervision  
Per Torpdahl  
Center for Gerontopsykologi  
Tretommervej 3, 8240 Risskov  
pt@psykiatri.aaa.dk

## »Der er i dag enighed om at depression både kan skyldes sociale faktorer og biokemiske forandringer betinget af den biologiske aldring...«

ler psykoterapi allerede *efter den første depression*. For dem, der ikke slap fuldstændigt af med deres første depression, sås efterfølgende hyppigere og mere alvorlige depressioner. Behandlingen kan både være medicin og psykoterapi (forstået som psykologisk behandling), her er tale om et » både og« snarere end et »enten eller«.

Der er ingen tvivl om, at medicinsk og psykologisk behandling og miljøterapi på en *hospitalsafdeling* sagtens kan gå hånd i hånd. Hovedsageligt kommer medicin før samtale, men i enkelte tilfælde kan det være i omvendt rækkefølge. Det skal selvfølgelig ses i lyset af, at det er forholdsvis svært deprimerede der indlægges, hvorfor der kan være behov for kombinationsbehandling.

Den deprimerede ældre er i starten af indlæggelsen vanskeligt tilgængelig for samtale, er uden interesse for sig selv og omverdenen, bebrejder sig selv og udviser en generel følelse af håbløshed. Den deprimerede fremsætter tanker som »Ingen kan lide mig, jeg gør alting forkert« eller »Det er ikke noget særligt, at jeg dækkede bord, i morgen kan jeg nok slet ikke finde ud af det« eller »Det er min skyld, at min datter blev syg, fordi jeg ikke tog hjem til hende, som jeg plejede«. Men i takt med en vis bedring i patientens tilstand, åbner vejen sig for et egentligt aktivitets- og samtaleforløb.

Efter vellykket behandling vil det være relevant at drøfte udskrivningen for at sikre at det sker til et støttende netværk. Ofte udskrives patienten til egen bolig, men hvor ægtefællen ikke mere lever. Et sådant forløb

kræver et udvidet tværfagligt samarbejde og en god koordination fra det samlede personale i gerontopsykiatrisk afdeling til det kommunale system og privat praktiserende læge. I det ambulante arbejde, hvor depressionsbehandlingen foregår i eget hjem, er distriktspsygeplejersken en nøgleperson.

### SAMTALEGRUPPER

På Gerontopsykiatrisk afdeling har plejepersonale og psykologer i en periode arbejdet med samtalegrupper med indlagte, deprimerede ældre. Formålet var:

- at arbejde med den enkeltes *motivation* og at støtte med henblik på at skabe forandring.
- at arbejde med *selvindsigt*, det vil sige at opnå en erkendelse af reaktionsmønstre og på sigt større accept af eventuelt ændrede livsvilkår.
- at arbejde med *udskrivning*, herunder se på bekymring, overvejelser, planer og mål vedrørende bolig, familie, øvrige netværk og fritid.

Eksempler på gruppeaktiviteter er arbejdet med den enkeltes sygehistorie, angst, tanker om døden, problembearbejdning og fremtidstanker.

Gruppeterapien har blandt andet medført større åbenhed hos deltagerne. Det viste sig ved, at deltagerne begyndte at give og modtage gode råd eller delte deres lidelse med hinanden. Herved blev det krævet at den deprimerede var »aktiv« i gruppen og

forholdt sig til de andres problemer. Enkelte gruppedeltagere var tæt på udskrivning, mens de øvrige ikke var nået så langt i behandlingsforløbet. For dem kunne det være positivt at opleve, at der var en vej ud af depressionen. Desuden sås den utilsigtede virkning, at de, der deltog i gruppe sammen, også om aftenen var med til at skabe mere liv i afdelingen, ved at der blev snakket på kryds og tværs.

Endvidere skete der det positive, at deltagerne i gruppen udviklede et mere nuanceret syn på medpatienter i afdelingen. Det viste sig, at deltagerne var gode til at stille spørgsmål og være direkte i sproget over for hinanden. Personalet i afdelingen gav udtryk for, at samtalegruppen blandt andet betød, at de fik øje på ting ved den deprimerede, som det var svært at få øje på i dagligdagens rutiner.

### BIVIRKNINGER OG MANGLENDE SAMARBEJDE

Mange får det godt efter at have gennemført behandling med antidepressiv medicin. Men vi ved også, at der hos ældre mennesker kan være en *større følsomhed over for bivirkninger* af selv den ny generation af antidepressiva. Hertil kommer, at det er et specielt problem hos ældre, at visse typer af lægemidler modarbejder virkningen af antidepressiva.

Til trods for vedvarende antidepressiv medicinsk behandling ses i nogle tilfælde problemer med tilbagefald. Årsagerne kan være, at den syge enten ikke tager medicinen





nen forskriftsmæssigt, eller at man ophører med behandlingen, når symptomerne aftager.

### PSYKOLOGISK PROJEKT

Med udgangspunkt i ovenstående problemstillinger samt på baggrund af ny viden om effekten af samtalerapi (kognitiv terapi) med yngre deprimerede, er et forskningsprojekt igangsat, hvis fokus er at undersøge virkningen af psykologisk behandling af depression hos ældre og at forebygge tilbagefald.

Projektet finansieres af Forskningsstyrelsen. Forskningsprojektet foregår i hospitalets regi og er et samarbejde mellem Center for Gerontopsykologi og Gerontopsykiatrisk afdeling D. Undersøgelsen vil blive forestået af forfatteren i samarbejde med afdelingens læger.

### KOGNITIV TERAPI

Kognitiv terapi er en arbejdsmetode, hvor der arbejdes med den deprimeredes følelser, tanker og handlemønstre, som er påvirket ved en depression.

Et eksempel er en deprimeret mand der sidder med rystende hænder og spiser. Han kan huske, at hans spisning tidligere er blevet kommenteret. Herefter starter et negativt tankemønster – tanker som »hvis de ser jeg ryster, vil de tænke, at jeg er et nervevrag« eller »jeg dur ikke til noget som helst«. Herefter opstår der følelser som angst, usikkerhed og anspændthed. Det får måske den konsekvens, at personen spiser eller drikker mindst muligt eller helt lader være med at spise. Forståeligt i situationen, men ikke særligt hensigtsmæssigt.

Kognitiv terapi bygger på et samarbejde mellem behandler og den deprimerede og kræver aktiv medvirken. I terapien arbejdes der med at se på fejlmønstre og med at ændre på dem. Som det er påpeget af Rosenberg: »Der er ikke tale om at påføre patienten en ny »positiv« tænkning, men om at aktivere de alternative tanker, som personen selv rummer«<sup>7</sup> (s. 61).

### GRUPPESESSIONER

Grupperne er på 4-6 deltagere, som i starten mødes to gange ugentligt. Mødeaktiviteten vil aftage, efterhånden som tiden går. De første sessioner rummer en orientering om depression og behandling. I efterfølgende

sessioner arbejdes med afslapnings- og koncentrationstræning, træning af sociale færdigheder og i at undgå negative tankemønstre (kognitiv træning). Dagsordenen fra session til session vil overvejende have samme indhold. Det forventes at den deprimerede arbejder med hjemmeopgaver. På den generelle plan handler arbejdet med deprimerede om:

- at skabe tillid, således at det pågældende føler sig tryk ved den igangværende behandling
- at observere, hvor man ser på ændringer (mimik, sprog, åbenhed mv)
- at reflektere, det vil sige at bruge de informationer, pågældende giver i de fortsatte samtaler
- at planlægge, benytte strategier, der støtter deltageren (god tid, gentagelser, benytte dagbog mv.)
- at motivere, holde ud, turde tro på, der er en vej ud – give håb
- at støtte, se forskellige muligheder, træffe valg (spise alene eller være ligeglad med, hvad andre tænker)
- at samarbejde, dvs. inddrage relevante personer, informere, lave aftaler (hjemmepleje, pårørende mv.).

### DELTAGERE OVER 70 ÅR

Projektet henvender sig til alle over 70 år med let til middelsvår depression, der er indlagt på afdeling D eller henvises via egen læge. Vi henvender os først og fremmest til ældre i Århus kommune, idet deltagere skal være mobile og kunne komme rimeligt problemfrit frem til behandlingsstedet.

Efter den diagnostiske afklaring inddeles gruppen ud fra lodtrækning i to behandlingsgrupper. Den ene, gruppe 1, optimeres i medicinsk behandling. Den anden, gruppe 2, er enten uden medicin eller forbliver på det niveau, som er doseret af egen læge, såkaldt standardbehandling.

For at sikre hver deltager den bedst mulige behandling vil det til enhver tid være egen læge, eller ved indlæggelse gerontopsykiatrisk afdelings læge, der afgør, om der skal ændres i den medicinske behandling, mens undersøgelsen pågår. Optimal behandling går således forud for undersøgelses resultater.

### AFRUNDING

Det er en vigtig del af den psykologiske behandling at have øje for *forskelligheder*. Depressioner har mange ansigter, herunder inddelingen i de fem kliniske undergrupper, som er nævnt ovenfor, og som gør det vanskeligt at stille diagnosen depression hos ældre. Det betyder bl.a., at en vigtig del af det at forebygge et eventuelt tilbagefald foregår igennem oplysning på flere planer; først og fremmest til den deprimerede selv, men også til pårørende, distriktssygeplejersker og praktiserende læger.

At have øje for forskelligheder ligger implicit i den psykologiske behandling i det beskrevne forskningsprojekt. Ved at benytte den kognitive terapi-metode i grupper, er der mulighed for at udnytte gruppens samspil og at skabe en fælles forståelse, samtidig med at der søges alternative strategier afpasset efter den enkelte depressionstype. Projektet giver endvidere mulighed for at udvikle ikke-medicinske behandlingsmetoder til depressive ældre som alternativ eller som et supplement til medicinsk depressionsbehandling.

Anskuet i forebyggelses- eller tilbagefaldsperspektiv kan man forestille sig, at indlæring af bedre mestringsstrategier vil bidrage til at undgå onde cirkler efter overstået behandling. ■

### LITTERATUR

- 1 Kørner A. Forekomst af depression hos ældre over 65 år i Karlebo kommune. Ph.d.-afhandling. København: Foreningen af Danske Lægestuderendes Forlag 1998.
- 2 Kørner A. Depression hos ældre. Fokus på diagnosen. Ugeskr Læger 2000; 2543-5.
- 3 Nielsen TC. Depression – psykologiske og biologiske teorier. Dansk Psykologisk Forlag 1990.
- 4 WHO ICD-10. Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og diagnostiske kriterier. København: Munksgaard 1994.
- 5 Djernes JK, Gulmann NC, Abelskov K, Juul-Nielsen S, Sørensen L. Symptomprofil ved indlæggelseskrævende depression hos ældre, relateret til kliniske undergrupper. Ugeskr Læger 1998; 160: 6820-3.
- 6 ForskningsNyt. Det er vigtigt at få fjernet alle depressive symptomer – allerede efter første depression. Psykiatriinformation 2001; 4: 28.
- 7 Rosenberg NK. Kognitiv terapi ved depression. Dansk Psykiatri II/1996; 59-64.