

Forståelsen av psykisk sykdom hos eldre



Kari Midtbø Kristiansen
Daglig leder Aldring og helse

ABC-seminar Arendal september 2016

Normalitet og avvik

- Psykiatriens diagnoser baserer seg i stor grad på subjektive vurderinger og ikke på objektive funn
- Forståelsen er preget av kulturen vi lever i
- Forståelsen kan være ulik innenfor forskjellige fagområder

Ulike forståelsesmodeller for psykisk sykdom

- Den biologiske forståelsesmodellen
- Den psykodynamiske forståelsesmodellen
- Den læringsteoretiske forståelsesmodellen
- Den systemiske forståelsesmodellen

Den biologiske forståelsesmodellen

- Psykiske sykdom og problemer forklares ut fra biologiske forhold som gener, hormoner og organiske skader i hjernen
- Kalles også 'maskinfeilmodellen'
- Viktig for utvikling av legemidler og ECT
- Kritiseres for å være 'reduksjonistisk' og fragmentert
- Pasienten kan fratras ansvar og mulighet til påvirkning

Den psykodynamiske forståelsesmodellen

- Har utspring i Freuds psykoanalyse
- Menneskelig atferd preges av et samspill mellom behov, følelser og rasjonelle overveielser
- For store konflikter i spillet gir psykiske problemer
- Benytter samtaleterapi eller psykoterapi, individuelt eller i grupper
- Konfliktene eller lite hensiktsmessige personlighetsstrukturer vil komme til uttrykk og kan behandles i samtalen
- Deterministisk: Påvirkninger i barndommen styrer våre handlinger.
- Mer enn barndommen har betydning?
- Kan føre til for mye leting etter skadelige konsekvenser av egen barndom; *skaper* psykiske problemer
- Har hatt stor betydning for utviklingen av kunnskap om vår psyke og psykiske lidelser

Den læringsteoretiske forståelsesmodellen

- En kombinasjon av to ulike teorier; atferdsteori og kognitiv teori
- Atferdsteori; betinget læring og modellæring
- Kognitiv teori; lærer gjennom tolking av erfaringer (skjema)
- Følelsene våre et resultat av ytre stimuli og tankene våre i en bestemt situasjon
- Psykisk sykdom et resultat av læring; hvor hensiktsmessig er tanker og atferd?
- Atferdsterapi: desensitisering, belønningssystemer og modellæring
- Kognitiv terapi: skape bevissthet om eget tankeinnhold for å kunne endre (automatiserte tanker)
- Læringsteori kombinerer begge former
- Kritiseres for å forenkle den menneskelige psyke uten å gi noen forklaring på underliggende krefter og drifter eller gå i dybden på årsaker

Den systemiske forståelsesmodellen


- Fokuserer på systemene vi er en del av og det som skjer mellom individer og grupper i slike systemer (likevekt/homeostase)
- Symptomer hos den enkelte uttrykk for systemfeil og forsøk å gjenopprette likevekt
- Behandling er å endre mønstrene i systemet
- Viktig for forståelse av uheldige sosiale forholds betydning for å utløse, vedlikeholde og forverre psykiske problemer


En helhetlig forståelse?

- Ulike modeller = ulike briller vi kan benytte når vi vurderer psykisk sykdom hos eldre
- De ulike modellene hjelper oss på hver sin måte å inkludere alle de ulike aspektene ved mennesket; fysisk, psykisk, sosialt og åndelig/kulturelt
- Kanskje særlig viktig overfor eldre, som ofte har både somatiske og psykiske sykdommer samtidig, og kan ha sosiale og eksistensielle utfordringer i sine liv
- En helhetlig forståelse gir mulighet til et tilbud tilpasset den enkelte og situasjonen

Demens og depresjon

- Forholdet mellom demens og depresjon

Depresjon  Demens

Demens  Depresjon

Depresjon og demens opptrer tilfeldigvis samtidig hos de samme individene?

Er depresjon er risikofaktor for demens?



Hva kom først, høna eller egget?

- Depresjon er en risikofaktor for demens

Geerling et al, 2008; Byers and Yaffe, 2011



- Depresjon er det første symptomet på demens og ikke en risikofaktor

Li et al, 2011

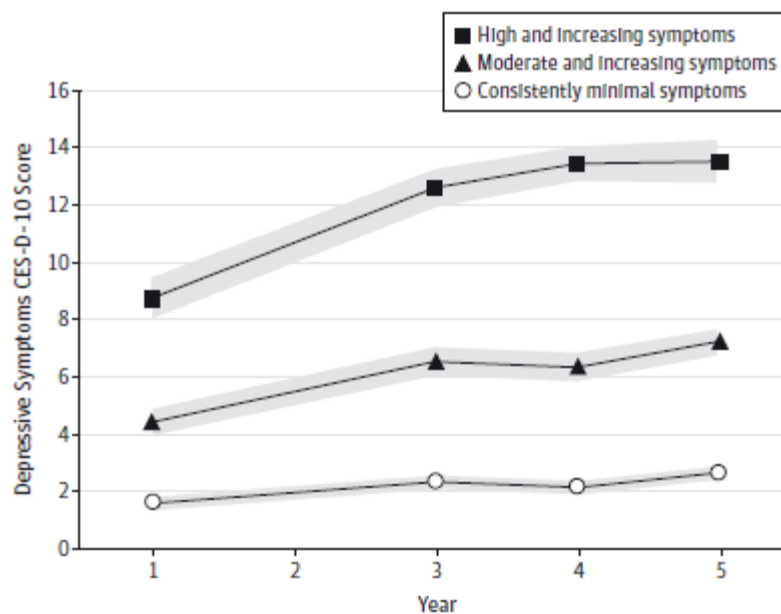
Rekkefølge

- Framingham studien – 17 års oppfølging:
 - ✓ Depresjon ble assosiert med demens på oppfølgingstidspunktet
 - ✓ Dette støtter hypotesen om at depresjon er en risikofaktor for demens

Saczynski et al, 2010

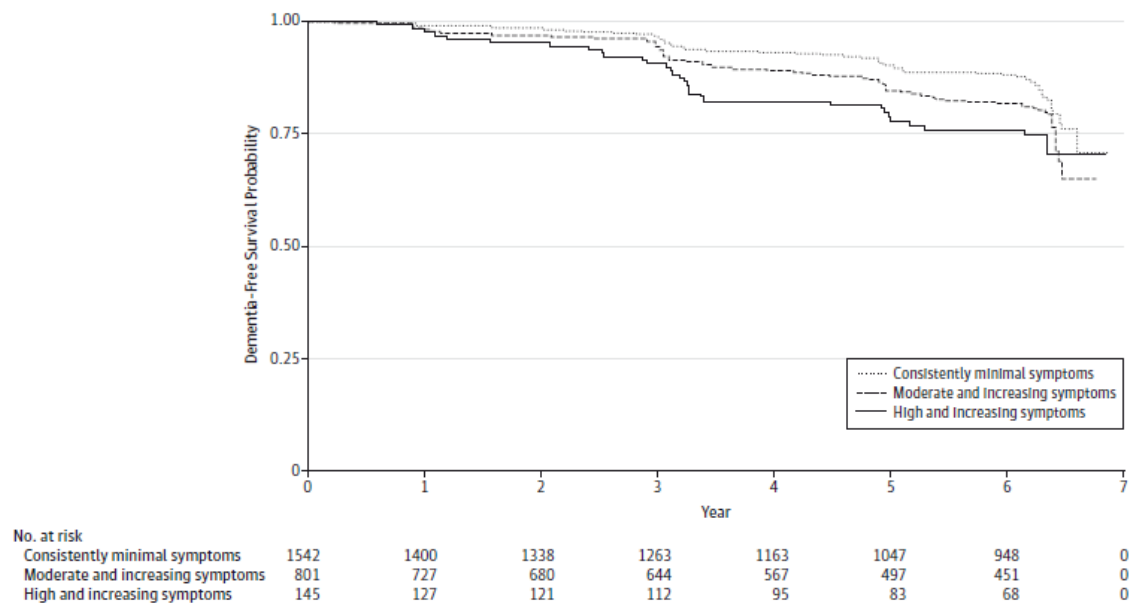
Dose/Respons

Figure 2. Depressive Symptom Trajectories From Baseline to Year 5 Among 2488 Older Adults



Shown are results of the latent class growth curve analysis used to identify groups of individuals following a similar trajectory of depressive symptoms over time, as assessed with the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale Short Form (CES-D-10) score at years 1, 3, 4, and 5. The 3 depressive symptom trajectories that were identified are shown with 95% CIs (gray shaded area).

Figure 3. Association Between Depressive Symptom Trajectory Group and Dementia-Free Survival Among 2488 Older Adults



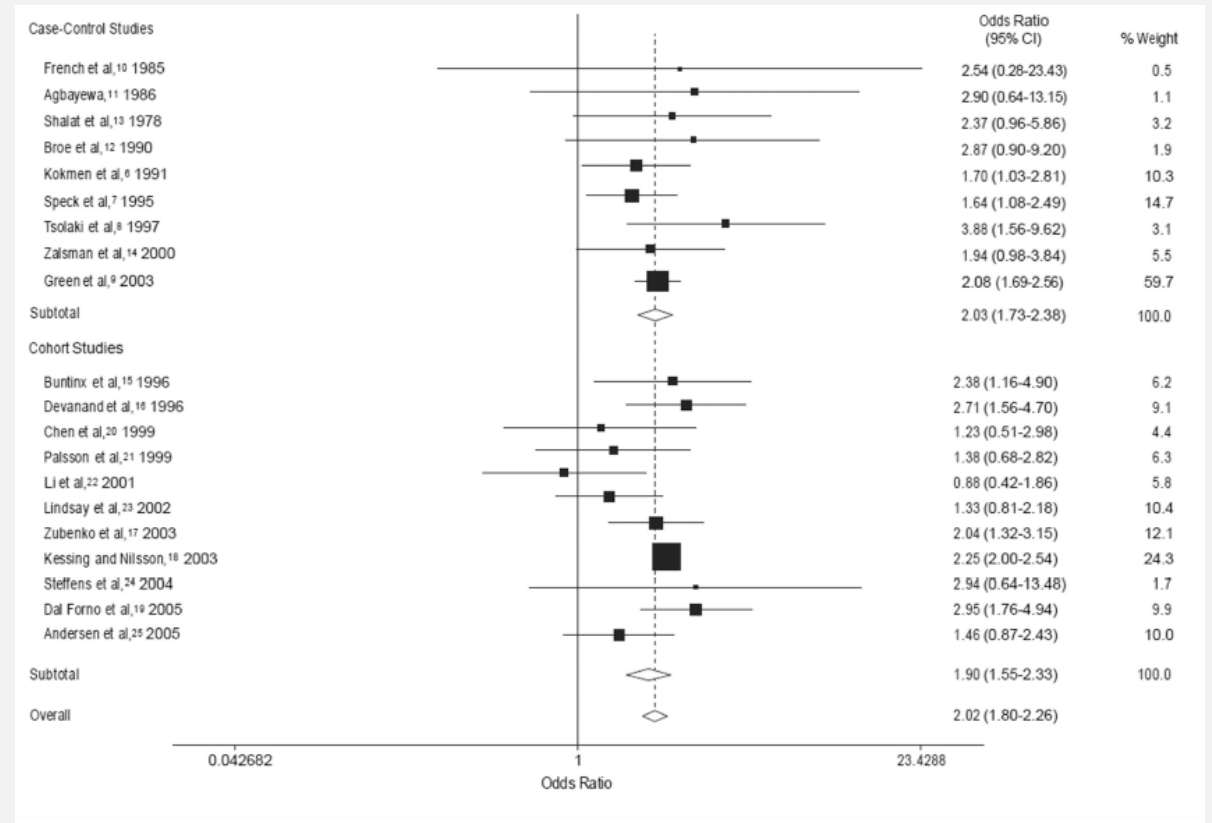
No. at risk	1	2	3	4	5	6	7	
Consistently minimal symptoms	1542	1400	1338	1263	1163	1047	948	0
Moderate and increasing symptoms	801	727	680	644	567	497	451	0
High and increasing symptoms	145	127	121	112	95	83	68	0

Kaplan-Meier survival curves show dementia incidence after year 5 by depressive symptom trajectory group ($P < .001$ by log-rank test).

Alvorlig og progredierende grad av depresjon er assosiert med økt risiko for demens

Depresjon og risiko for Alzheimers demens

- 2 x økt risiko for Alzheimers demens
- De med en lenger periode med depresjon hadde høyere risiko for Alzheimers



Ownby et al, Arch Gen Psychiatry 2006

Target risk factors for dementia prevention: a systematic review and Delphi consensus study on the evidence from observational studies

Kay Deckers¹, Martin P. J. van Boxtel¹, Olga J. G. Schiepers¹, Marjolein de Vugt¹, Juan Luis Muñoz Sánchez², Kaarin J. Anstey³, Carol Brayne⁴, Jean-Francois Dartigues⁵, Knut Engedal⁶, Miiia Kivipelto⁷, Karen Ritchie⁸, John M Starr⁹, Kristine Yaffe¹⁰, Kate Irving^{11,†}, Frans R. J. Verhey¹ and Sebastian Köhler¹

Oversiktsartikkelen og konsensus blant eksperter fant god støtte for følgende mål for forebygging:

- DEPRESJON
- (Midt i livet) hypertensjon
- Fysisk inaktivitet
- Diabetes
- (Midt i livet) overvekt
- Hyperkolesterolemi
- Røyking



Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data

Sam Norton, Fiona E Matthews, Deborah E Barnes, Kristine Yaffe, Carol Brayne

Panel 1: Definitions used for each of the risk factors

Diabetes mellitus

Adult prevalence of diagnosed diabetes mellitus between the age of 20 years and 70 years

Interpretation After accounting for non-independence between risk factors, around a third of Alzheimer's diseases cases worldwide might be attributable to potentially modifiable risk factors. Alzheimer's disease incidence might be reduced through improved access to education and use of effective methods targeted at reducing the prevalence of vascular risk factors (eg, physical inactivity, smoking, midlife hypertension, midlife obesity, and diabetes) and depression.

activity on 3 or more days or 30 min of moderate activity on 5 or more days per week

Depression

Lifetime prevalence of major depressive disorder using Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders or International Classification of Diseases criteria

Smoking

The proportion of adult smokers

Low educational attainment

The proportion of adults with an International Standard Classification of Education¹⁶ level of 2 or less (pre-primary, primary, and lower secondary education)

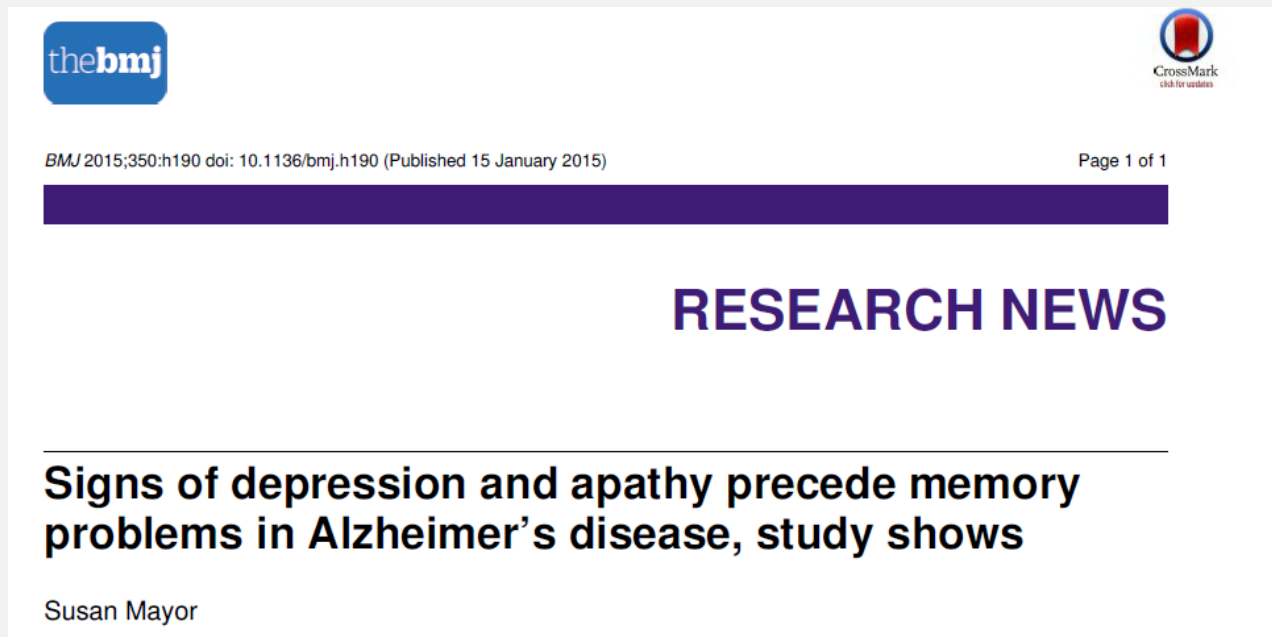
Norton et al, Lancet Neurology, 2014

Kliniske følger



Lyketsos, 2011

Depresjon som et første symptom på demens



2416 personer over 50 år uten kognitiv svikt ble fulgt opp

Personer som utviklet demens hadde dobbelt så høy forekomst av depresjon i perioden før demensutvikling som personer som ikke utviklet demens

Masters, Neurology, 2015

Er depresjon en følge av demens?

Forekomst av depresjon i ulike grupper

Kardiovaskulære sykdommer	20-30%
Slag	20-40%
Demens	30-50%

Rosenvinge and Rosenvinge, 2003.

Depresjon ved demens

➤ Depresjon kan være en følge av Alzheimers demens

(Steinberg 2008).

➤ Forekomst av depresjon ved demens

Klinisk depresjon: 20-25 %

Depressive symptomer: 20-30 %

(Lyketsos 2002, Chi 2015 – Meta-analysis)

Forekomst av depresjon ved demens i Norge

- Sykehjem (N=902)
 - 21,2% har en klinisk depresjon

Barca, Selbaek, Laks, Engedal. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2009; 24: 417-25

Ta-med-hjem budskap 1:

- Depresjon er en risikofaktor for demens av alle typer, særlig kronisk depresjon
 - Adekvat behandling av depresjon kan potensielt redusere forekomsten av demens
 - Det bør gjøres en innsats for å behandle depresjon i før-demens stadier
- Depresjon som debuterer i høy alder kan være det første symptomet på demens
 - Disse pasientene bør behandles og følges opp med tanke på screening for kognitiv svikt og demens

Ta-med-hjem budskap 2:



- Depresjon er en følge av demens
- Depresjon ved demens
 - Har en dårlig prognose, med, blant annet, dårligere livskvalitet, raskere demensprogresjon og høyerer dødelighet
 - Er fortsatt underdiagnostisert og underbehandlet
- Skalaer og utredningsverktøy er nyttige for å forbedre diagnostisering av depresjon, og bør implementeres i større grad i utredningspraksis
- Man bør være spesielt oppmerksomme på risikogrupper, slik som dem med en historie med depresjon, yngre, dårligere funksjon og fysisk helse, eksternt kontrollfokus og rett etter flytting på sykehjem
- Det bør også legges innsats i bedre behandling for personer med demens

Angst hos eldre

- Angst lite systematisk kartlagt blant eldre i Norge
- Men; angst og særlig angstsymptomer er hyppig i eldre år
- Sees ofte sammen med depresjon
- De vanligste formene blant eldre er antakelig generalisert angst og fobier
- I Kvalitetsregister i alderspsykiatrien skåret 46% av pasientene over cut-off for generalisert angstlidelse med kartleggings skjemaet Geriatric Anxiety Inventory
- Angst hang sammen med depresjon og subjektivt opplevde hukommelsesproblemer
- Angst må behandles i forhold til hvilken type angst det er.
- Behandling av komorbid depresjon vil ofte bedre angstsymptomene også

Min påstand:

Alderspsykiatri og psykiske sykdommer hos eldre er det mest komplekse man kan jobbe med, men derfor også det mest spennende!!



