

DEPRESE V SENIU

MUDr. Hana Drástová, MUDr. Richard Krombholz

Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha

V článku se autoři věnují problematice depresivních onemocnění ve stáří. Článek se zaměřuje na zvláštnosti klinického obrazu těchto poruch, jejich etiologii, terapii a důraz klade na diagnostiku a diferenciální diagnostiku. Je určen pro orientaci v dané problematice zejména lékařů nepsychiatrů i s upozorněním na možná úskalí léčby.

Klíčová slova: deprese, úzkost, antidepresiva.

Med. Pro Praxi 2006; 5: 241–243

Motto: „Často jsou staří lidé popisováni jako sklíčené stáří, ale stáří nemusí vždy jen obtěžovat, ale může být i lehké a příjemné. Je to naše chyba, ne chyba stáří, jestliže se nám stařecký věk nelíbí. Protože život prožít klidně, čistě a slušně, má také klidné a příjemné stáří. Všichni si ho přejí, ale když ho dosáhnou, tak si stěžují...“ Gerhardt van Swieten, 1870.

Úvod

Depresivní symptomatika není atributem fyziologického stáří, přesto depresivní stavy přisuzují sami nemocní, jejich okolí a často i lékaři projevům stáří. K podzimu života patří situace, které vznik depresivního syndromu mohou snadno vyvolat, to však neznamená, že deprese starších lidí by neměly být léčeny a že pacienti z této léčby neprofitují. V prvním kontaktu s depresivním starým pacientem bývá nejčastěji jeho praktický lékař a je na něm, aby depresivní symptomatiku správně rozpoznal a případně léčil. **Mnoho těchto pacientů si na poruchy nálady ani nestěžuje, jejich deprese se často maskují somatickými obtížemi,** případně je považují za přirozené a přiměřené jejich životní situaci.

Epidemiologie

V běžné populaci je riziko výskytu deprese uváděno mezi 5–16 %, u seniorů bývá nejčastěji uváděna 10 % prevalence. Je třeba si uvědomit, že zde hovoříme o plně vyjádřené depresivní symptomatice splňující všechna kritéria depresivní fáze. Pokud aktivně vyhledáváme depresivní příznaky u seniorů, včetně neúplně vyjádřených depresivních stavů, dostáváme se na hodnoty 15–25 %.

Klinicky signifikantní depresivní symptomy má 20–40 % gerontologických pacientů v péči praktického lékaře, z nichž přibližně 1/3 prožívá zcela jasnou depresivní fázi.

U nemocných trpících demencí Alzheimerova typu se předpokládá, že až 50 % těchto pacientů trpí v některých fázích své nemoci také depresí.

Deprese ve stáří tedy bývá často přehlížena, nedagnostikována a neléčená, což má pro pacienty závažné důsledky.

Etiologie

Deprese u našich pacientů má různé příčiny.

Část poruch si pacienti s sebou přináší z mladšího věku. Zde se nejčastěji jedná o periodické deprese, depresivní fáze bipolární afektivní poruchy, dystymii a deprese provázející jiné psychické poruchy. U pacientů celoživotně neurotických se často ve stáří jejich porucha nálady prohlubuje a stává se protrahovanou, čímž splňuje kritéria depresivní fáze. U těchto pacientů s ohledem na anamnestické údaje diagnostika zpravidla nečiní obtíže a vesměs jsou léčeni psychiatry. Tak zvaná funkční deprese – depresivní fáze se však může poprvé projevit i ve vyšším věku.

Nově se ve stáří objevují depresivní symptomy provázející organické postižení CNS, včetně demencí, přibývá reaktivních depresí, depresí provázejících somatické choroby. Specifickou kategorií je pseudoneurastenie (neurastenické obtíže, které jsou podmíněny jiným onemocněním), jejíž příčinou je nejčastěji arteriosklerotické postižení cév CNS.

Mezi rizikové a predisponující faktory rozvoje deprese u nemocných vyššího věku počítáme:

- ženské pohlaví
- věk nad 60 let
- pozitivní psychiatrická anamnéza
- přítomnost tělesného onemocnění zejména s chronickým průběhem
- abúzus alkoholu a léků
- bolest a zhoršená pohyblivost
- sociální izolace
- ztráta partnera
- očekávaný konec života.

Jako doklad toho, že deprese u seniorů mohou vznikat z různých příčin, které se často i kombinují a jsou tedy skupinou velmi heterogenní, uvádíme krátkou kazuistiku.

Pacientka, 72 let, byla přijata na doporučení praktického lékaře pro asi dva měsíce se zhoršující depresivní symptomatiku. Jednalo se o její čtvrtý pobyt v psychiatrické léčebně, předchozí hospitalizace byla před 12 lety pro protrahovanou depresivní fázi v rámci periodické depresivní poruchy. Zhoršení ná-

lady předcházelo úmrtí druhá, se kterým žila mnoho let. Během hospitalizace vyšlo najevo, že druh pacientku ustanovil generálním dědicem a pacientka po něm zdědila malý byt v osobním vlastnictví, ale kromě toho, jak se později ukázalo, také dluhy ve výši téměř dvou milionů korun.

Nacházíme tedy minimálně tři možné etiologické momenty vzniku depresivní fáze – relaps periodické depresivní poruchy, kterou během života trpěla, reakce na úmrtí dlouholetého partnera a tíživá sociální situace v souvislosti s dluhem, případně již vliv počinajících organických změn CNS u pacientky, která prokazatelně trpí systémovou arteriosklerózou. Léčba pacientky byla zdlouhavá, na oddělení strávila téměř tři měsíce, ale nakonec byla propuštěna v dobrém stavu. Zhodnotit míru závažnosti jednotlivých uvažovaných etiologických faktorů nebylo i přes psychologické a další pomocná vyšetření možné a stav jsme diagnosticky uzavřeli jako proběhlou depresivní fázi bez bližší specifikace.

Diagnostika deprese

Všeobecně platná kritéria depresivní fáze podle MKN 10:

- depresivní nálada jednoznačně abnormní přítomná po většinu dne a trvající alespoň dva týdny
- ztráta zájmů a potěšení z aktivit jinak běžných
- pokles energie a zvýšená unavitelnost
- ztráta sebevědomí a sebeúcty, prožívání výčitek nebo pocitů bezdůvodné viny
- opakované myšlenky na smrt, sebevraždu
- změna psychomotorické aktivity, nejčastěji zpomalení, snížená schopnost soustředění
- poruchy spánku, změna chuti k jídlu ve smyslu plus i minus.

Nestor českých geriatrů profesor Pacovský s oblibou říkal, že choroby starých lidí šedivěji a neprojevují se typicky. Toto platí beze zbytku i pro duševní choroby.

Deprese starých lidí často nenaplňují kritéria MKN 10 platící pro depresivní fázi a naopak nacházíme další jinou symptomatiku, která deprese mladších pacientů neprovází. Porucha nálady ne-

musí být v popředí klinického obrazu, je větší sklon k somatizaci a bohužel i tendence k chronifikaci deprese. Zejména organické deprese bývají provázeny výraznou anxiétou. Polymorfni somatické příznaky bývají v popředí stížností nemocných. Stereotypně si pacienti stěžují na poruchy pasáže gastrointestinálního traktu (GIT), zejména pak obštipaci.

Část depresí u seniorů se může prezentovat jako kognitivní deficit.

Diferenciální diagnóza

Základní diferenciálně diagnostický problém v gerontopsychiatrii je rozlišení deprese a demence. Je to obtížnější o tu skutečnost, že nikoliv vzácně se tyto stavy vyskytují komorbidně. Bezpečně odlišit depresi od demence a naopak činí často problém i zkušenému klinickému psychologovi. Zaměnit pseudodemenci u deprese za demenci je v psychiatrii srovnatelná chyba, jako v chirurgii amputovat nesprávnou končetinu. Pro pacienta může mít tento diagnostický omyl až fatální důsledky zdravotní i sociální. V případě pochybností často nezbude než učinit klinický pokus léčbou antidepressiv.

V rozlišení mohou pomoci následující vodítka:

Dementní pacient

- plíživý začátek
- trvání déle než 6 měsíců
- nálada proměnlivá
- poruchy orientace
- v testech chybí, ale snaží se
- poruchy bagatelizuje
- odpovědi typu „těsně vedle“
- výkon se horší večer

Depresivní pacient

- relativně náhlý začátek
- trvání méně než 6 měsíců
- trvalá porucha nálady ve smyslu minus
- pacient orientovaný
- v testech chybí, protože se nesnaží
- poruchy zdůrazňuje
- odpovědi typu „nevím“
- výkon horší ráno

Z dalších diferenciálně diagnostických možností je třeba pomýšlet na již zmíněnou pseudoneurastenu, u které je ale léčba antidepressiv také indikována. Dále musíme brát v úvahu velkou skupinu delirií, a to zejména hypoaktivní delirium. V klinice typicky nacházíme kolísající kvalitativní poruchu vědomí se zhoršováním ve večerních a nočních hodinách, zatímco přes den pacienti působí komponovaně a domínuje spíše psychomotorický útlum. Zde je nutné pátrat především po příčině deliria.

Ze somatických chorob je třeba myslet zejména na poruchy činnosti štítné žlázy, kdy hypofunkce

může věrně imitovat depresivní či dementní obraz. Stanovení hladin hormonů štítné žlázy by mělo patřit mezi základní screening u gerontopacientů.

Léčba deprese ve stáří

Senioři jednoznačně profitují ze správné léčby deprese. Nesprávně nebo nedostatečně léčená depresivní porucha zvyšuje mortalitu pacientů na somatické choroby, staří pacienti trpící depresí jsou více ohroženi dokonáním suicidiem než mladší generace, deprese je jedním z rizikových faktorů Alzheimerovy demence. Proto by problematice léčby deprese seniorů měla být věnována náležitá pozornost.

S ohledem na zvyšující se počet seniorů přibývá i depresivních poruch u této populace. Není ani fyzicky možné předpokládat, že všechny depresivní poruchy starých lidí budou léčeny psychiatrem. Edukovaný a vnímavý praktický lékař může léčit nekomplikovanou depresivní epizodu u staršího pacienta stejně dobře jako psychiatr. V jeho prospěch hovoří to, že je s pacientem zpravidla v dlouhodobém kontaktu, zná pacienta po somatické stránce i jeho sociální vazby. Fungující vztah lékař–pacient je mezi praktikem a seniorem již vybudován a odpadá zde přetrvávající stigma psychiatrie jako takové a ostých pacientů vyhledat psychiatrickou péči.

Předmětem diskuzí bývá, jak dlouho depresi léčit. Názory nejsou zcela jednotné ani mezi odbornou veřejností. Je třeba vzít v úvahu latenci nástupu účinku antidepressiva. Podle nejnovějších názorů je doporučeno vyčkat terapeutické odpovědi až 6 týdnů. První ataku depresivní poruchy léčíme minimálně 6–8 týdnů v akutní fázi, dalších 4–9 měsíců v léčbě pokračovací. O délce trvání tzv. profylaktické léčby, která má zabránit rekurenci depresivní poruchy, shoda nepanuje, nejčastěji bývá uváděn interval 3–5 let. U organicky podmíněných depresí a rekurentních depresí se přikláníme k variantě dlouhodobé farmakologické léčby, v některých případech trvalé. Léčba by měla být vysazována postupně, pokud možno vždy alespoň po konzultaci s psychiatrem. Náhlým a předčasným ukončením léčby vystavujeme pacienta riziku relapsu.

I. Nefarmakologické postupy

Paleta psychoterapeutických postupů u starších pacientů je omezená, nejčastěji využíváme podpůrné psychoterapie, a to jak individuální tak skupinové. Dále připadají v úvahu aktivizační metody, z nich zejména pracovní terapie, arteterapie a muzikoterapie. Část pacientů má prospěch z pastorační terapie. Z hlediska psychoterapeuta je po zvládnutí depresivní epizody důležité zaměřit snahy na podporu aktivního způsobu života a pomoci pacientům najít smysluplnou životní náplň. V této oblasti je vel-

ký prostor pro komunitní formy, vzdělávací programy typu Univerzity třetího věku atd. Nutno říci, že nabídka v této oblasti není dostatečná.

II. Farmakoterapie deprese

Obecně se snažíme vyvarovat anticholinergních preparátů, léků s dlouhým biologickým poločasem, s větším množstvím nežádoucích účinků a rizikem lékových interakcí.

Jaká léčiva používáme v léčbě deprese seniorů:

1. antidepressiva
2. anxiolytika
3. antipsychotika
4. thymostabilizéry
5. léky augmentující léčbu

Ad 1. Antidepressiva

V současné době používáme již 5 skupin antidepressiv – čtyři generace thymoleptik a inhibitory monoaminoxidázy. Preferovaná by měla být bezpečnější novější antidepressiva, a to zejména antidepressiva III. (SSRI) a antidepressiva IV. generace. Na rozdíl od starších preparátů jejich podávání není zatíženo nežádoucími anticholinergními účinky, účinky na kardiovaskulární systém (zejména posturální hypotenze), mají jednoduché dávkovací schéma, méně lékových interakcí a jsou bezpečnější při předávkování. Zvláštní postavení mají antidepressiva V. skupiny (RIMA – inhibitory monoaminoxidázy), které dobře působí na atypické a somatizované deprese seniorů. Podávání RIMA ale vzhledem k možným rizikům nežádoucích účinků patří do rukou psychiatra.

Za antidepressiva první volby pro léčbu starších pacientů jsou dnes považována antidepressiva III. generace – SSRI, která selektivně inhibují zpětné vychytávání serotoninu na synapsích. Patří mezi ně citalopram a escitalopram, sertralin, fluvoxamin a paroxetin u úzkostných depresí. Za méně vhodný bývá vzhledem k dlouhému biologickému poločasu označovaný fluoxetin. Nevýhodou SSRI u starších pacientů bývá delší doba nástupu účinku, výhodou je naopak jednoduché dávkování, není zpravidla nutná titrace dávky.

Z antidepressiv IV. generace, která kromě serotoninergního ovlivňují i noradrenergní přenos, používáme u gerontopacientů zejména mirtazapin, venlafaxin a mechanismem účinku atypický tianeptin.

Ze starších antidepressiv I. a II. generace využíváme stále v indikovaných případech dosulepin, clomipramin, dibenzepin, mianserin a trazodon. Zpravidla se však nejedná o léky první volby a podávání těchto preparátů starším pacientům je podmíněno pravidelným sledováním funkcí kardiovaskulárního systému. Považujeme za nutné zmínit se o kontraindikaci současného podávání thymoleptik

tj. antidepresiv I.–IV. generace a inhibitorů monoaminooxidázy. Kombinační léčba antidepresivy z různých skupin a augmentace antidepresivní léčby patří do rukou psychiatra.

Ad 2. Anxiolytika

Anxiolytika, zejména benzodiazepinová (BZD), podáváme často v úvodu léčby u depresí provázených úzkostí. Zde se snažíme pokrýt časový interval před nástupem účinku vlastního antidepresiva. Podávání benzodiazepinů starším pacientům bývá často zbytečně demonizováno, jejich použití má své racionální důvody a pacientům přináší úlevu.

S ohledem na mechanismus účinku benzodiazepiny ovlivňují příznivě velkou část úzkostí starých lidí, která je způsobena poruchou metabolismu kyseliny gamaaminomáselné v CNS. Tuto úzkost preparáty ovlivňující především metabolismus serotoninu neodstraní. Z benzodiazepinů preferujeme látky s krátkým biologickým poločasem jako je oxazepam, bromazepam a alprazolam. Za nevhodné je třeba označit BZD s dlouhým biologickým poločasem, zejména pak stále ještě populární diazepam (eliminační poločas diazepam u 80letých pacientů se prodlužuje až na 100 hodin). Alternativně můžeme potlačit úzkost nebenzodiazepinovými anxiolytiky jako buspiron a hydroxyzin. Tato léčba však často pacientům nepřináší takový subjektivní efekt jako léčba BZD.

Ad 3. Antipsychotika

Jsou indikována u těžkých depresí a depresí provázených psychotickými příznaky (bludy, halucinace, sebeobviňování). Preferujeme moderní antipsychotika 2. generace s menším množstvím nežádoucích účinků. U těchto léků není uváděn negativní vliv na kognitivní funkce a často disponují vlastním antidepresivním potenciálem. Používáme zejména sulpirid a amisulprid, olanzapin, quetiapin a risperidon v nižších dávkách. Z klasických antipsychotik se používá melperon zejména ke zlepšení spánku.

Zvláštní postavení má tiaprid. Ten se uplatní zejména v léčbě depresí a úzkostí, které provázejí demence.

Ad 4. Thymopropylaktika

Skupina gerontopsychiatrických pacientů, u kterých je indikována thymopropylaxe, není příliš velká. Jedná se zejména o pacienty s bipolární afektivní poruchou a periodickou depresí. Používáme no-

vější thymopropylaktika jako lamotrigin a olanzapin. Ze starších thymostabilizérů se dosud používá carbamazepin a valproát, u kterých je nutno sledovat sérové hladiny. Rizikové je u starších pacientů podávání lithia. Thymopropylaxe patří do rukou psychiatra.

Ad 5. Augmentační postupy

Některé nevýhody antidepresiv, zejména delší dobu nástupu účinku, farmakorezistenci a nedostatečnou terapeutickou odpověď, se můžeme pokusit ovlivnit augmentací léčby. Používáme malé dávky tyreoidálních hormonů u nedostatečné terapeutické odpovědi, malé dávky betablokátorů k urychlení nástupu účinku zejména SSRI. Lze použít i antipsychotika 2. generace, antiepileptika nebo lithium k potenciaci antidepresivního účinku. Také tyto postupy patří spíše do rukou psychiatra.

III. Další biologické metody léčby

Jsou zpravidla používány u hospitalizovaných pacientů, indikuje je psychiatr a při jejich aplikaci často spolupracuje s internistou a anesteziologem. Jedná se zejména o elektrokonvulzivní terapii (ECT). Léčbu elektrošoky používáme zpravidla u těžkých farmakorezistentních depresí s psychotickými projevy, vysokým rizikem suicidia, odmítáním stravy a tendencemi k sebepoškozování. Je mýtus, že se nehodí pro starší pacienty. Na našem pracovišti provádíme elektrokonvulze s úspěchem i u pacientů starých a velmi starých. Záleží na přípravě a péči během a po výkonu, samotný věk by neměl být kontraindikací. K výkonu je nutno přistupovat stej-

ně obezřetně jako ke každému jinému výkonu prováděnému v celkové anestezii.

Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS) je nová metoda v léčbě depresivních onemocnění. U starších pacientů je její účinnost zatím neověřená. Vzhledem k tomu, že tato metoda nemá mnoho kontraindikací a je poměrně bezpečná, mohla by se v léčbě našich pacientů časem prosadit.

V úvahu dále připadají léčba světlem (fototerapie) a spánková deprivace, které se ale v gerontopsychiatrii používají málo.

Závěr

Podle klasika českých gerontopsychiatrií doc. MUDr. Miloše Vojtěchovského je gerontopsychiatrie především „psychiatrií tří D – deprese, demence, deliria“. Autoři s touto nadsázkou souhlasí.

Zatímco u léčby demencí a delirií se setkáváme se střídavými a částečnými úspěchy, přičemž část našich snah má v podstatě charakter symptomatické léčby, většinu depresivních poruch dokážeme léčit úspěšně a ve světle dnešní úrovně poznání neurobiologie mozku i kauzálně.

Dobře zaléčená deprese výrazně zlepšuje kvalitu života našich pacientů a viditelný efekt léčby patří mezi radostné okamžiky i pro lékaře a přináší uspokojení z práce.

MUDr. Hana Drástová

Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha
Ústavní 91, 181 02 Praha 8
e-mail: drastova@plbohnice.cz

Literatura

1. Bareš M, Kaňkovský P, Dufek J et al. Transkraniální magnetická stimulace. Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně 2003.
2. Baštecký J, Kůmpel Q, Vojtěchovský M et al. Gerontopsychiatrie. Grada Publishing 1994.
3. Bouček J, Pidman V. Psychofarmaka v medicíně. Grada Publishing 2005.
4. Hermann E, Hovorka J, Švestka J. Depresivní porucha a somaticky nemocný v ordinaci praktického lékaře. Maxdorf 2005.
5. Honzák R. Deprese. Galén 1999.
6. Höschl C et al. Symposium Alzheimerova choroba. Galén 1999.
7. Höschl C, Libiger J, Švestka J. Psychiatrie. Tigris 2002.
8. Janicak PG. Handbook of Psychopharmacotherapy. Lippincott-Williams and Wilkins 1999.
9. Kalvach Z, Zadák Z, Jiráček R, Zavázalová H, Sucharda P et al. Grada Publishing 2004.
10. Pidman V. Deprese u seniorů. Maxdorf 2003.
11. Pidman V, Kolibáš E. Změny jednání seniorů. Galén 2005.
12. Plevová J, Bolelouchý Z. Psychofarmakoterapie vyššího věku. Grada Publishing 2000.
13. Raboch J, Jiráček R, Paclt I. Psychofarmakologie pro praxi. Triton 2005.
14. Raboch J, Pavlovský P. Psychiatrie. Triton 2003.
15. Seifertová D, Praško J, Höschl C. Postupy v léčbě psychických poruch. Academia Medica Pragensia 2004.
16. Spaar JE, La Rue A. Geriatrická psychiatrie. Trenčín: Vydavatel'stvo F 2003.
17. Svačina Š. Metabolické účinky psychofarmak. Triton 2004.
18. Švestka J a kol. Psychofarmaka v klinické praxi. Grada Publishing 1995.
19. Švestka J. SSRI léky 1.volby. Maxdorf 1998.
20. Turner T. Deprese a úzkost. Servier 2001.