

# Depresivní poruchy ve stáří

**MUDr. Vanda Franková**

Psychiatrická léčebna Dobřany

## Souhrn

Depresivní poruchy u seniorů jsou závažným interdisciplinárním problémem. Vzhledem k časté atypičnosti příznaků mohou zůstat nediagnostikovány, následně neléčeny, a tím významně snižovat kvalitu života seniorů. Souborný článek ukazuje základní příznaky deprese u seniorů, podrobně se věnuje diferenciální diagnostice deprese ve stáří a pravidlům farmakoterapie.

## Klíčová slova

**depresivní poruchy • senior • pseudodementia • antidepressiva**

## Summary

*Franková, V. Depressive disorders in old age*

Depressive disorders in the elderly are a major interdisciplinary problem. Due to frequent atypical nature of symptoms they may remain undiagnosed, subsequently untreated, and thus significantly reduce the quality of life. This comprehensive article shows the basic symptoms of depression in the elderly, addresses in detail the differential diagnosis of depression in old age and rules of its pharmacotherapy.

## Key words

**depressive disorder • senior • pseudodementia • antidepressants**

Depresivní poruchy ve stáří představují závažný interdisciplinární problém. Úzce

souvisejí s dalšími chorobami, mohou prodlužovat jejich trvání, zhoršovat prognózu, zároveň být jejich příznakem. V klinickém obraze často dominují somatické stesky, které depresi maskují nebo „odůvodňují“ a nemocného přivádějí spíše k praktickému lékaři nebo lékaři jiných odborností než k psychiatrovi. Vedou tak mnohdy ke zbytečným vyšetřením, polypragmazií, a tím dalším rizikům a komplikacím. Je tedy třeba, aby právě lékaři somatických oborů na depresi aktivně pomýšleli a aktivně vyhledávali její příznaky.

## Epidemiologie

Depresivní poruchy jsou spolu s poruchami kognitivních funkcí nejčastějším psychiatrickým onemocněním lidí vyššího věku. Výsledky epidemiologických studií se poměrně liší, což je dáno obtížnou diagnostikou depresivních poruch ve stáří při netypické či neúplně vyjádřené symptomatice. Nicméně panuje shoda, že zdravý senior má menší riziko vzniku depresivní choroby než mladší jedinec (1–3 %). Významně větší riziko je u seniorů tělesně nemocných nebo institucionalizovaných (až polovina klientů).<sup>(1)</sup> Vysoký je též výskyt depresivní symptomatiky, která nespĺňuje všechna kritéria depresivní poruchy, přesto významně interferuje s každodenním životem nemocných a vyžaduje lékařskou pozornost a léčbu (15–25 % seniorů).<sup>(2)</sup>

## Rizikové faktory a etiopatogeneze

Na vznik depresivních poruch seniorů můžeme nahlížet z hlediska biologického,

psychologického a sociálního. Biologické faktory: předpokládá se účast genetické predispozice, vliv deficitu neurotransmiterů (serotonin, noradrenalin, dopamin) a vliv cerebrovaskulárních a neurodegenerativních změn. Zároveň existuje příčinná souvislost mezi depresivní symptomatikou, některými tělesnými onemocněními a některými farmaky (viz níže). Psychologické faktory: ve stáří se mohou zostřovat některé osobnostní rysy člověka, klesá schopnost přizpůsobovat se zevním stresorům (adaptabilita). Na druhou stranu může být člověk schopen díky zkušenostem některé stresové situace lépe zvládnout. Sociální faktory: ve stáří přibývá stresorů, člověk často ztrácí své nejbližší, mění se jeho sociální role, trpí řadou tělesných onemocnění, může ztrácet soběstačnost, finančně strádat, být umístěn do zařízení dlouhodobé péče apod.<sup>(3, 4)</sup>

## Klinický obraz

**Kazuistika:** *Na ambulanci se dostavila dcera paní Z. s tím, že její matka je v poslední době „nesnesitelná“, „hypochondrická“, „hysterická“, v minulosti byla závislá na benzodiazepinech a nyní (z jejího pohledu) „nutně potřebuje psychiatra“. Paní Z. byla „noblesní“ dáma, stěžovala si na úpornou nespavost s celkově zhoršenou kvalitou spánku. Nespavostí trpěla již před 10 lety, kdy jí praktická lékařka naordinovala benzodiazepiny, spontánně hodnotila, že měla velký problém je následně vysadit (od nespavosti jí nepomohly) a měla proto nyní strach z jakékoliv farmakoterapie. Cílenými dotazy se zjistilo, že se cítí unavená, přestala zvládat péči o svoji zahradu, která pro ni byla vždy velkým koníčkem. Depresivní*



náladu subjektivně neprožívala, na zmínku o depresi reagovala podrážděně: „Prosím vás, jaká deprese? To je všechno z toho, že nespím!“. Objektivně však byla jednoznačně patrná skleslost, mírná dysforie, anhedonie. Po 3 týdnech anti-depresivní terapie sama telefonovala na ambulanci a nadšeně hodnotila zlepšení svého stavu: „Vlastně jsem se necítila depresivní, ale teď je to úplně jiné – cítím se báječně!“ Po dalších 2 týdnech došlo i k úpravě spánku. Poděkovat přišla i dcera nemocné, která měla výčitky svědomí za „ošklivé“ hodnocení matky.

Zatímco mladý člověk často přichází do ambulance s tím, že má „depku“, „mizernou“ náladu, nic ho nebaví atd., starý člověk o svých emocích nemluví („nechce zbytečně zatěžovat lékaře“), má tendenci depresi popírat, bagatelizovat či racionalizovat, mluví se o „depresi bez deprese“ („To je tím, že mě tak zlobí žaludek!“). Ve výčtu svých potíží se upíná na **tělesné příznaky**, jako jsou bolest, svírání, křeče, nevolnost, či proklamuje příznaky z tzv. **somatického syndromu** depresivních poruch (nespavost, nechutenství, úbytek hmotnosti, ztráta energie a další) (Tab. 1). Přichází až po několikaměsíčním trvání poruchy na doporučení praktického lékaře či odborného lékaře somatických oborů (často po četných vyšetřeních a zbytečné farmakoterapii tělesných obtíží). Jindy je přiveden rodinou kvůli změně chování, podrážděnosti, nezájmu, „demenci“. Deprese ve stáří bývá tedy často neúplně vyjádřená, mono- nebo oligosymptomatická. Mnohdy bývá spojena se zhoršením soběstačnosti nebo se zhoršením symptomů chorob starého člověka. Typické „atypické“ příznaky depresivní poruchy u seniorů jsou uvedeny v Tab. 2. Podle klinického obrazu můžeme rozlišovat různé formy depresivní poruchy ve stáří:

- Forma depresivní: s proklamací depresivních symptomů: autoakuzace, nezájmem o aktivity, sebevražedné myšlenky či přání zemřít apod.
- Forma apatická: bez proklamace depresivních symptomů, objektivně je patrný nezájem o aktivity a běžné činnosti, apaticko-abulický syndrom, anhedonie (neschopnost vyjádřit potěšení).
- Forma somatická: dominují somatické stesky (bolest, nechutenství, nespavost) bez tělesně vysvětlitelné příčiny nebo je agravace přítomných tělesných poruch.
- Forma s převahou úzkostných symptomů: agitovanost, neustálé dotazování se, dožadování se pozornosti, stereotypní verbální či motorický pro-

**Tab. 1 – Somatický syndrom u depresivních poruch podle MKN-10<sup>(5)</sup>**

- zřetelná ztráta zájmu a radosti z aktivit, které normálně přinášejí uspokojení
- chybí emoční reaktivita na události nebo aktivity, které normálně vyvolávají emoční odezvu
- ranní probouzení o 2 hodiny (i více) dříve než obvykle
- deprese je výraznější ráno
- objektivní průkaz zřetelného psychomotorického zpomalení nebo agitovanosti
- výrazná ztráta chuti k jídlu
- úbytek hmotnosti (5 % nebo i více z tělesné hmotnosti v posledním měsíci)
- výrazná ztráta libida

**Tab. 2 – Projevy depresivní poruchy ve stáří<sup>(6)</sup>**

- překrývání tělesných symptomů s příznaky „somatického“ syndromu depresivní poruchy
- minimální vyjádření smutku
- somatizace nebo nepřiměřené stížnosti spojené s tělesným onemocněním
- neurotické symptomy se začátkem ve vyšším věku
- sebeubližování nebo myšlenky na ně
- depresivní „pseudodemence“
- deprese nasedající na demenci
- akcentace povahových abnormalit
- behaviorální poruchy
- závislost na alkoholu se začátkem ve vyšším věku

jev, snaha opouštět místnost, vegetativní symptomatika (typické u pacientů s demencí).

- Forma behaviorální: dysforie, zvýšená, ale většinou neúčelná aktivita, neklidné přecházení, nespavost, impulzivní stavy agresivity (hlavně u mužů).
- Forma psychotická: psychotické příznaky se vyskytují u 4 % depresivních ambulantních pacientů a u více než 45 % hospitalizovaných depresivních pacientů. Nejčastěji jde o bludy viny, žárlivosti, hypochondrické či nihilistické bludy.

Depresivní epizoda se může vyskytnout jako další epizoda rekurentní depresivní poruchy se začátkem v mladším věku (s časným začátkem) nebo vzniknout poprvé až po 50. roce (s pozdním začátkem). Depresivní porucha s pozdním začátkem vzniku bývá častěji spojena se somatickým onemocněním, s horší odpovědí na léčbu, horší prognózou, zobrazovací vyšetření mozku často ukazují změny v bílé hmotě.

### Vyšetření (Tab. 3)

Pacient přichází k psychiatrickému vyšetření na základě vlastních potíží, z důvodu stesků rodiny nebo na doporučení jiného lékaře. Během prvního kontaktu musí-

me zhodnotit náladu nemocného, chování a kognitivní funkce a rozhodujeme, zda jde o depresivní poruchu nebo ne. V dalším kroku pak rozbořím příznaků, anamnestických údajů a objektivních informací určujeme typ depresivní poruchy. Před definitivním stanovením diagnózy a zvolením terapie musíme vzít v potaz celkový zdravotní stav jedince, užívání medikací, psychosociální faktory a jejich případnou příčinnou souvislost.

Při vyšetření seniorů je důležité, abychom se ptali zcela konkrétně, ne obecně (koníčky, vnučata, televizní seriály, procházky, přátelé), cíleně se zaměřujeme na odhalování jednotlivých symptomů, toto srovnáváme s předchozím obdobím (např.: „Cítíte se unavený, i když odpočíváte?“ místo: „Jste bez energie?“).

**Anamnéza:** v anamnéze zjišťujeme výskyt depresivní poruchy či jiné neuro-psychiatrické zátěže v rodině, tělesné nemoci a poruchy, psychický stav v průběhu života vyšetřovaného, stresující situace a jejich zvládání, životní změny v posledním období, zájmy, záliby, aktivity, trvání příznaků aktuální poruchy, psychosociální zázemí, užívané léky, abúzus alkoholu či léků atd. Důležité jsou objektivní informace (rodinní příslušníci, přátelé, praktický lékař).



**Fyzikální vyšetření:** slouží k odhalení somatických onemocnění, která mohou depresivní příznaky vyvolávat či zhoršovat. Provádíme základní orientační interní a neurologické vyšetření, ve spolupráci s praktickým lékařem či lékařem jiných odborností pak další vyšetření podle zjištěné patologie.

**Komplementární vyšetření:** laboratorní vyšetření (krevní obraz, biochemické parametry, funkce štítné žlázy, vyšetření moči, případně hladina vitamínu B<sub>12</sub> a kyseliny listové), EKG a rtg plic. Při zjištěné patologii indikujeme další vyšetření, eventuálně léčbu. V některých případech (např. při kognitivním deficitu, farmakorezistenci) je vhodné provést zobrazovací vyšetření mozku CT nebo MRI, která je citlivější pro zobrazení cévních změn a bílé hmoty mozkové.

**Vlastní hodnocení psychického stavu:** všímáme si vzhledu a chování nemocného (depresivní facies, hypomimie, pláč, psychomotorické zpomalení, přiměřenost oblečení, hygiena). Posuzujeme orientaci (časem, místem, osobou, situací) a další kognitivní funkce (paměť, řeč, schopnost abstrakce, počítání atd.). Hodnotíme míru a formu depresivní nálady, cíleně se ptáme na sebevražedné myšlenky a psychotické prožívání.

**Škály:** nejčastějšími psychickými poruchami ve stáří jsou deprese a demence,

jejich příznaky se mohou vzájemně prolínat nebo kombinovat. Při psychiatrickém vyšetření cíleně a aktivně pátráme po příznacích obou uvedených poruch. Používáme standardizované screeningové škály: **MMSE** (Mini Mental State Examination) doplněný **Testem hodin** („Nakreslete ciferník hodin se všemi číslicemi a ručičky nastavte na 11 hodin a 10 minut“) a **Škálu geriatrické deprese** podle Yesavage (GDS). GDS je screeningový nástroj s velmi dobrou výpovědní hodnotou, široce užívaný i v publikovaných světových studiích. Původní verzi tvořilo 30 otázek,<sup>(7)</sup> v současné době je však celosvětově nejpoužívanější verze 15otázková (GDS-15) (Tab. 4),<sup>(8)</sup> která má stejně dobré psychometrické vlastnosti jako původní delší verze. Skóre 6 a více zna-

mená možnost depresivní poruchy a potřebu podrobného vyšetření. Pro hrubou orientaci je možné využít i nejkratší variantu GDS-4 (viz 4 tučně vtištěné otázky), kdy skóre 0 vylučuje depresivní poruchu.

## Diagnostika

Depresivní poruchy ve stáří často nesplňují zcela diagnostická kritéria pro depresivní poruchu. Může jít o jednotky, které splňují kritéria dystymie či úzkostně-depresivní poruchy, případně adaptační poruchy v souvislosti s nějakou stresující událostí. Diagnostická kritéria depresivní poruchy jsou uvedena v Tab. 5.

Nejčastější psychiatrické diagnózy spojené s depresivní poruchou ve stáří jsou uvedeny v Tab. 6.

**Tab. 3 – Přehled základních vyšetřovacích metod u seniorů s depresivní symptomatikou**

Screening deprese (GDS); Diagnostická kritéria depresivních poruch
Anamnéza (rodinná, osobní, farmakologická, abúzus alkoholu či jiných psychoaktivních látek, psychosociální stresory, anamnéza vzniku a průběhu potíží)
Screening kognitivních poruch (MMSE, Test hodin) a denních aktivit (ADL)
Základní fyzikální vyšetření
Rtg plic, EKG, laboratorní vyšetření krve a moči (krevní obraz, biochemický screening, TSH)

**Tab. 4 – Škála geriatrické deprese podle Yesavage<sup>(8)</sup>**

U každé otázky zakroužkujte odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se v posledním týdnu cítil/a:	
Jste v zásadě spokojený/á se svým životem?	ano/NE
Vzdal/a jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?	ANO/ne
Máte pocit, že váš život je prázdný?	ANO/ne
Nudíte se často?	ANO/ne
Máte většinou dobrou náladu?	ano/NE
Obáváte se, že se vám přihodí něco zlého?	ANO/ne
Cítíte se převážně šťastný/á?	ano/NE
Cítíte se často bezmocný/á?	ANO/ne
Vysedáváte raději doma, než byste šel/šla mezi lidi a seznamoval/a se s novými věcmi?	ANO/ne
Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než vaši vrstevníci?	ANO/ne
Myslíte si, že je krásné žít?	ano/NE
Napadá vás někdy, že váš život nestojí za nic?	ANO/ne
Cítíte se plný/á elánu a energie?	ano/NE
Máte pocit, že vaše situace je beznadějná?	ANO/ne
Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než vy?	ANO/ne
Hodnocení: Za každou odpověď vtištěnou velkými písmeny započítejte 1 bod 0–5 bodů: bez deprese 6–10: mírná deprese nad 10 bodů: manifestní deprese vyžadující podrobné vyšetření	



**Tab. 5 – Diagnostická kritéria pro depresivní epizodu podle MKN-10<sup>(5)</sup>**

A. Depresivní epizoda trvá aspoň 2 týdny, v anamnéze není žádná manická ani hypomanická epizoda, není způsobena ani vlivem psychoaktivní látky ani organickou duševní poruchou	
<b>Mírná depresivní epizoda</b>	
B. Musí být přítomny aspoň 2 ze 3 následujících příznaků:	
1. Depresivní nálada je takového stupně, že je pro jedince naprosto nenormální, musí být přítomna po většinu dne a téměř každý den po dobu aspoň dvou týdnů, přičemž není ovlivněna okolnostmi.	
2. Ztráta zájmu a radosti z aktivit, které obvykle jedince těší.	
3. Snížená energie nebo zvýšená únavnost.	
C. Měl by být přítomen další příznak nebo příznaky z následujícího seznamu, aby byly přítomny nejméně 4 příznaky:	
1. Ztráta sebedůvěry a sebeúcty.	
2. Neoprávněné sebevýčitky nebo přehnané a bezdůvodné pocity viny.	
3. Vracející se myšlenky na smrt nebo sebevraždu nebo jakékoli sebevražedné jednání.	
4. Snížená schopnost myslet nebo soustředit se, jako je např. nerozhodnost nebo váhavost.	
5. Změna psychomotorické aktivity s agitovaností nebo retardací (subjektivní nebo objektivní).	
6. Poruchy spánku jakéhokoli druhu.	
7. Změna chuti k jídlu (zvýšená nebo snížená) s odpovídající změnou hmotnosti.	
<b>Středně těžká depresivní epizoda</b>	
Viz výše, ale musí být celkově aspoň 6 příznaků.	
<b>Těžká depresivní epizoda</b>	
Musí být přítomny všechny 3 příznaky z B a aspoň 5 z C.	
Rozlišuje se forma těžké depresivní epizody bez psychotických příznaků a s psychotickými příznaky (halucinace, bludy, stupor).	

**Tab. 6 – Nejčastější psychiatrické diagnózy spojené s depresivní poruchou ve stáří**

Depresivní epizoda	Jednotlivá epizoda (F32) nebo v rámci Rekurentní depresivní poruchy (F33) (v anamnéze aspoň jedna depresivní epizoda) či Bipolární afektivní poruchy (F31) (v anamnéze aspoň jedna manická, hypomanická či smíšená epizoda)
„Neurotická“ depresivní porucha	Dystymie (F34.1), Smíšená úzkostně-depresivní porucha (F41.2)
Poruchy přizpůsobení	Depresivní reakce (F43.2) (spojené s psychosociálním stresem)
Organická depresivní porucha	F06.32 (spojené s onemocněním, poškozením nebo dysfunkcí mozku, nebo se systémovým somatickým onemocněním, o němž je známo, že vyvolává dysfunkci mozku, včetně hormonálních poruch a účinků nepsychoaktivních látek)
Demence s dalšími příznaky, převážně depresivními	F0x.x3

## Diferenciální diagnostika

**Kazuistika:** Paní Anna byla obyvatelka Domova pro seniory. Před třemi lety jí zemřel manžel, trpěla artrózou, v důsledku čehož byla špatně mobilní, léčila se pro ICHS. Většinu času trávila u akvária sledováním rybiček. Na oslovení reagovala přiměřeně, ale společnost nevyhledávala, akcím se vyhýbala. Během půl roku zhubla 8 kg. Ona sama, její rodina i personál Domova pro seniory hodnotili stav jako „normální“, adekvátní situaci, tudíž nevyžadující psychiatrickou léčbu. K psychiatrickému vyšetření se dostala na základě doporučení internisty, který ji vyšetřoval kvůli hmotnostnímu úbytku, pro který nenašel vysvětlení. Po psychi-

atrické léčbě se stav paní Anny výrazně zlepšil, začala se zapojovat do aktivit Domova, zlepšila se i její chůze, začala přibírat.

V první řadě je důležité odlišit depresivní symptomatiku od normy. Staří lidé mají tendence své psychické problémy bagatelizovat, vysvětlují je tělesnými nemocemi nebo zevními okolnostmi, často aktivně popírají depresivní ladění. V tomto bývají někdy podporováni i členy rodiny, kteří chápou reakci nemocného, připadá jim „normální“, tudíž nepotřebuje psychiatrickou léčbu. Je ale chybné myslet si, že starý člověk nemůže být dobře naladěný, věnovat se svým zálibám, aktivně žít. Při posuzování starého člověka tedy musíme mít ve své představě nastavenou normu

aktivního seniora s chutí do života, a ne obraz nemocného, morózního starce.

**Kazuistika:** V průběhu 3 měsíců se na psychiatrickou ambulanci dostavily tři ženy ve věku 60–75 let s podobnými příznaky a diagnostickým závěrem depresivní reakce na mantroniální problémy. Všechny tři shodně uváděly, že po dlouhém harmonickém manželství se jejich manžel změnil, začal být podrážděný, „protivný“, místy verbálně agresivní, jeden z nich impulzivně agresivní i brachiálně. Vzhledem k jednoznačné příčinné souvislosti psychické poruchy pacientek s chováním manželů se pozornost lékaře věnovala právě těmto. Cíleným dotazováním bylo zjištěno, že všichni manželé



se přestali věnovat dřívějším zálibám, jeden navíc trpěl nespavostí.

U jednoho z nich šlo o depresivní poruchu, která zcela odezněla po antidepresivní terapii, manželé začali společně cestovat, dle jejich sdělení „léčba jim zachránila manželství“.

U druhého manžela se rozvinula paranoidní bludná produkce, začal podezírat manželku z nevěry, tvrdil, že jejich dvě dospělé děti nejsou jeho, podal žádost o rozvod. Po pár týdnech dostal zápal plic a brzy poté u něj byla diagnostikovaná rakovina plic. Při přechodném zlepšení stavu došlo i k odeznění bludné produkce a deprese, s následující progresí plicního onemocnění se psychiatrická porucha ale opět vrátila a pán brzy zemřel.

U třetího manžela se objevilo přejídání s preferencí sladkého, bizarní chování a kognitivní deficit. Byla stanovena diagnóza frontotemporální demence.

Po stanovení diagnózy deprese musíme zvažovat možné „organické“ příčiny stavu. Deprese může vznikat v důsledku řady tělesných onemocnění, organického postižení mozku, vlivem léků (Tab. 7,8).

**Kazuistika:** Do psychiatrické léčebny byl z psychiatrického oddělení krajské nemocnice přeložen 60letý pan K. s diagnózou frontotemporální demence. Při vyšetření špatně spolupracoval, choval se „vzdorovitě“. Průběh onemocnění značně kolísal – pokálel se, stolicí pomazal lůžko, nereagoval na okolí, po několika hodinách dobře spolupracoval, došel samostatně na WC. Ve „světlych“ okamžicích býval lftostivý, měl tendence se omlouvat. Stav byl diagnostikován jako depresivní porucha těžká s obrazem depresivní pseudodemence. Po elektrokonvulzivní léčbě došlo k výraznému zlepšení stavu s úpravou kognitivních funkcí do normy. Po dvou letech ale došlo k rozvoji demence s depresivní symptomatikou.

Problémem může být někdy odlišení deprese od demence, mluví se o tzv. **depresivní pseudodemenci** (preferuje se označení deprese s příznaky demence) ve smyslu „reverzibilní kognitivní poruchy způsobené funkčním postižením, především depresí“. Rozlišují se dva typy depresivní pseudodemence. U prvního typu si pacient subjektivně stěžuje na poruchy paměti a jiné kognitivní problémy, ale kognitivní testy problém nezachytí. U druhého typu zachycujeme kognitivní deficit podobně

jako u demence, ale tento je reverzibilní a po odléčení deprese mizí. V r. 1998 byla publikovaná Škála pseudodemence (Pseudodementia scale), která může pomoci v diferenciální diagnostice složitých případů. Škála byla vytvořena na základě klinického výzkumu a statistického zpracování dat hodnocených studií.<sup>(11)</sup> Je rozdělena do 4 hlavních oblastí: anamnéza, klinické údaje, vzhled, výkonnost, trvá asi 6–8 minut. Většina skórování závisí na přímé odpovědi jednotlivých otázek, někde se vychází z informací získaných z lékařské dokumentace nebo od informující osoby.

U pacientů s klinickým obrazem depresivní pseudodemence je velké riziko rozvoje demence v dalším období.<sup>(12, 13)</sup>

Podle některých autorů může být obraz pseudodemence způsoben vlivem deprese demaskováním iniciálního stadia demence.<sup>(13)</sup>

Obtížné může být odlišení deprese a demence v případě **behaviorálních projevů deprese**, které mohou imitovat demenci. Jde např. o močení či kálení mimo WC, zanedbávání osobní hygieny a vzhledu, odmítání či manipulace s jídlem, verbálně a brachiálně agresivní výpady, nadměrné požívání alkoholu bez předchozí anamnézy podobného chování apod. Vlivem deprese může dojít k výrazné dekompenzaci rysů osobnosti, např. s teatrálním projevem až karikaturního rázu u osoby s premorbidně histriónskými rysy.

**Tab. 7 – Nemoci, které mohou způsobovat organickou depresivní poruchu<sup>(10)</sup>**

Endokrinní a metabolické poruchy	hypo-/hypertyreóza diabetes mellitus Cushingova nemoc hyperkalcémie perniciózní anémie podvýživa
Cerebro- a kardiovaskulární onemocnění	stav po CMP vaskulární encefalopatie stav po IM ICHS
Onemocnění plic	záněty akutní i chronické CHOPN a další
Organické poruchy mozku	Parkinsonova nemoc demence různé etiologie roztroušená skleróza systémový lupus erythematoses tumor mozku
Onkologická onemocnění	karcinom plic karcinom pankreatu paraneoplastický syndrom
Chronické infekce	revmatoidní artritida meningitidy a encefalitidy AIDS

**Tab. 8 – Léky, které mohou vyvolat organickou depresivní poruchu<sup>(10)</sup>**

Antihypertenziva: beta-blokátory, metyldopa, thiazidy, klonidin, nifedipin  
Psychiatrické léky: antipsychotika, benzodiazepiny  
Kortikoidy a jiná hormonální léčba  
Analgetika: opiáty, indometacin  
Antiparkinsonika: L-dopa, amantadin  
Sulfonamidy a některá antibiotika  
Digoxin  
H<sub>2</sub>-agonisté  
Některá cytostatika



**Kazuistika:** 84letý pan Václav byl přijat na gerontopsychiatrické oddělení pro agresivní chování vůči spoluobytelům domova pro seniory. Při přijetí byla diagnostikovaná demence Alzheimerova typu středně těžkého stupně. Během hospitalizace byl pacient podrážděný, nespouštěl, opakovaně se objevily agresivní výpady – kopal do nábytku, shodil talíře se stolku, byl vulgární vůči personálu i dalším pacientům. Byl zadržován při bušení hlavou do stěny, následoval výrazný emoční výbuch s křikem a bráněním se jakékoliv manipulaci. Stav byl hodnocen jako demence s behaviorální symptomatikou při velmi suspektní depresivní poruše. Po dosažení efektu antidepresiv došlo k úplné úpravě chování nemocného, začal dobře komunikovat, zúčastňoval se aktivit oddělení, „laškoval“ s personálem.

Obtížná je i diagnostika **deprese u pacientů s demencí** (Tab. 9).<sup>(14)</sup> Je to dáno už tím, že neexistují žádná jednoznačná diagnostická kritéria pro depresi u pacientů s demencí. Diagnostická kritéria depresivní epizody v ICD 10 a velké depresivní epizody v DSM IV byla koncipována pro diagnostiku deprese u jinak zdravé dospělé populace, ale pro diagnostiku deprese u pacientů s demencí se zdají být nevyhovující.<sup>(15)</sup> Dalším problémem je to, že dochází k překrývání symptomatiky deprese a demence (ztráta zájmu o příjemné aktivity, sociální izolace, pokles energie, poruchy koncentrace, změny v příjmu potravy, poruchy spánku). Řada symptomů deprese je však shodná s příznaky demence jen povrchně. Např. ztráta zájmu o dříve příjemné aktivity bývá u pacienta s depresí způsobena pocitem insu-

ficiencie či pocitem „nežádoucnosti“ v této aktivitě, u pacienta s demencí je dána ztrátou paměti. Ztrátu schopnosti radovat se vidíme i u demence jako takové, musíme proto pátrat cíleně, ptát se na kontakty s rodinou, s vnoučaty apod. Radost z kontaktů s rodinnými příslušníky (hlavně s malými dětmi) bývá u demenčních pacientů bez deprese zpravidla zachována. Důležité je všimnout si celkového vzhledu pacienta a toho, jak vypadá prostředí, ve kterém žije. Posuzujeme schopnost sebeobsluhy, schopnost péče o domácnost. Ptáme se na chuť k jídlu, pátráme po objektivních informacích o příjmu jídla a tekutin, o případné změně hmotnosti. Pacienti s demencí jsou někdy schopni příznaky deprese maskovat úsměvem, kdy obraz připomíná obraz „tupé euforie“. Diagnostickou škálou deprese u pacientů s demencí je **CSDD** (Cornell Scale for Depression in Dementia),<sup>(16)</sup> která je založena na objektivním hodnocení psychických, behaviorálních a tělesných známek depresivní poruchy u seniorů s demencí.

### Léčba

Cílem léčby je zmírnění či odstranění depresivních symptomů, zabránění relapsu, snížení rizika rekurence a zlepšení celkové kvality života seniora. Deprese je léčitelná u 65–75 % seniorů.<sup>(19)</sup> V léčbě depresivních poruch seniorů se používá psychoterapie, farmakoterapie či kombinace obojího. U mírných depresí motivovaných pacientů můžeme vystačit s psychoterapií,<sup>(20)</sup> u těžších stavů musíme nasadit farmaka. Jako nejúčinnější v léčbě depresivních poruch se

ukázala kombinace psycho- a farmakoterapie.<sup>(21)</sup>

Z psychoterapeutických metod se v léčbě depresivních poruch u seniorů doporučuje podpůrná a interpersonální terapie zaměřená na vyslechnutí, podporu a řešení konkrétních problémů a kognitivně-behaviorální terapie s rozбором situace, přerámováním patologických depresivních myšlenek a zapojením seniora do příjemných aktivit.<sup>(21)</sup>

Psychofarmakoterapie depresivních poruch ve stáří se řídí podobnými pravidly jako léčba v mladším věku, musíme si ale být vědomi většího rizika vedlejších účinků a lékových interakcí. Lékem volby v léčbě depresivních poruch seniorů jsou antidepresiva ze skupiny **SSRI** (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu).<sup>(2, 21, 22, 23, 24)</sup> Mají prokázány dobrý efekt při minimálním riziku nežádoucích účinků.<sup>(25)</sup> Častější nežádoucí účinky SSRI jsou uvedeny v Tab. 10. Gastrointestinální vedlejší účinky a sedace mají většinou malou intenzitu a spontánně mizí do týdne od zahájení terapie. Vzácnou, ale závažnou komplikací při léčbě SSRI je serotoninový syndrom, který vzniká při nevhodné kombinaci různých antidepresiv nebo při předávkování (úzkost, zmatenost, neklid, závratě, třes, myoklonus, pocení, vzestup tlaku, horečka, průjem, zvracení).<sup>(26)</sup> V ojedinělých případech mohou SSRI vést k hyponatrémii.

SSRI jsou inhibitory cytochromálního systému P450 a je třeba myslet na riziko lékových interakcí při kombinaci s některými léky (např. tricyklická antidepresiva, neuroleptika, warfarin). Nejmenší riziko lékových interakcí je u **citalopramu, escitalopramu a sertralínu**.

**Tab. 9 – Některé klinické rozdíly mezi depresivní pseudodemencí a demencí<sup>(17, 18)</sup>**

	<b>Deprese</b>	<b>Demence Alzheimerova typu</b>
anamnéza	depresivní porucha u nemocného či v jeho rodině, osobní či rodinné problémy	může být demence v rodině
průběh	datovaný začátek s rychlou progresí (< 6 měsíců), může dojít k úpravě spontánní či po léčbě	nenápadný začátek s trvalou pomalou progresí (> 6 měsíců)
klinický obraz	výraz nepohody, zdůrazňování neschopnosti, četné stížnosti, malé úsilí odpovídat na otázky, trvale patická nálada	nevyhlíží znepokojeně, zatajování, zlehčování či „racionalizace“ neschopnosti, plochá nebo měnlivá emotivita
kognitivní funkce	výrazná variace v odpovědích na otázky podobné obtížnosti, časté odpovědi: „Nevím“, krátkodobá i dlouhodobá paměť stejně postiženy, zvládnání psaní a kresby; kolísavý deficit	konzistentně nesprávné odpovědi, krátkodobá paměť závažněji postižená než dlouhodobá, selhávání v psaní, kresbě, afázii; stabilní deficit
chování	obvykle neodpovídá závažnosti kognitivního deficitu, časná a výrazná ztráta sociálních dovedností	obvykle odpovídá závažnosti kognitivního deficitu, sociální dovednosti často zachovány
konzultace	přichází sám, vyjadřuje obavy z Alzheimerovy nemoci	přiveden členy rodiny, kteří zaznamenali deficit



Dalším lékem vhodným pro léčbu depresivní poruchy seniorů je **venlafaxin**, který má ve vyšších dávkách (150 mg a více) i noradrenergní efekt a může tedy příznivě ovlivnit apaticko-abulický syndrom u depresivní poruchy. Vedle nežádoucích účinků jako u SSRI je zde riziko vzestupu krevního tlaku.

U dominujících poruch spánku a úzkosti můžeme použít **mirtazapin** v jedné dávce na noc. Mirtazapin často zvyšuje chuť k jídlu a vede k nárůstu hmotnosti, což může být v některých případech pozitivním vedlejším účinkem.

Opačný efekt na hmotnost a spíše aktivující efekt má **bupropion**. Jeho podávání je spojeno s rizikem zvýšené záchvatové pohotovosti a vzestupu tlaku.

U některých těžkých depresí jsme nuceni použít tricyklická antidepresiva (**TCA**) i při uvědomění si rizika nežádoucích účinků. TCA jsou spojena s anticholinergními vedlejšími účinky (suchost sliznic, rozmazané vidění, obstipace, retence moči), s rizikem srdečních arytmií a dalších EKG změn. Nižší anticholinergní a sedativní efekt s minimálním rizikem ortostatické hypotenze má nortriptylin. Vzhledem k potenciálnímu „aktivizujícím“ efektu se podává vyšší dávka ráno, lépe za hospitalizace. U seniorů můžeme využít i analgetický efekt TCA (podávání nízkých dávek amitriptylinu).

Antidepresiva nasazujeme v úvodní dávce, kterou podle potřeby zvyšujeme až

do dávky terapeutické. Dávkování nejčastěji užívaných antidepresiv u seniorů je uvedeno v Tab. 11.

Antidepresivum bychom měli podávat minimálně 9–12 měsíců od odeznění příznaků depresivní epizody jako prevenci relapsu a recidivy depresivní epizody po první depresivní epizodě, minimálně 12 měsíců po druhé depresivní epizodě a dva roky či trvale po další či velmi závažné depresivní epizodě. Lék pak vysazujeme postupně, abychom předešli vzniku možných příznaků z vysazení.

Uvádí se, že pouze 40 % pacientů dosáhne plné remise po prvním antidepresivu.<sup>(19)</sup> Nedojde-li po léčbě k ústupu depresivní symptomatiky (hodnotíme po 3–6 týdnech léčby), můžeme buď dále navýšit dávku léku (při částečném efektu), augmentovat dalším antidepresivem (např. k SSRI můžeme přidat bupropion nebo nortriptylin, k TCA můžeme přidat SSRI)<sup>(2)</sup> či antipsychotikem (risperidon, olanzapin, quetiapin),<sup>(28)</sup> popř. antiepileptikem s tymostabilizujícím efektem (valproát, lamotrigin) nebo antidepresivum vyměnit.<sup>(29)</sup> Při kombinované terapii pozor na riziko serotoninového syndromu! Není-li ani částečný efekt, doporučuje se lék vyměnit za antidepresivum z jiné skupiny.<sup>(2, 19)</sup>

V léčbě deprese u seniorů se snažíme vyhnout podávání benzodiazepinů, které jsou spojeny s významnými riziky: vznik závislosti, ortostatická hypotenze, ataxie,

zmatenost, paradoxní excitace, při dlouhodobém užívání i zhoršení kognitivních funkcí.

V léčbě psychotických depresí se podává kombinace antidepresiv s antipsychotiky, většinou antipsychotiky 2. generace (risperidon, olanzapin, quetiapin).

Těžké, psychotické deprese či deprese se sebevražednými tendencemi a deprese v rámci bipolární poruchy jsou indikací k psychiatrické hospitalizaci.

U farmakorezistentních depresí (selhání léčby po dostatečně dlouhém podávání dvou preparátů z různých farmakologických skupin), u těžkých, psychotických a život ohrožujících depresí (odmítání jídla, pití, závažné sebevražedné tendence) je indikovaná **elektrokonvulzivní terapie**, která má u depresivních poruch nejvyšší účinnost (remise u 80–90 % pacientů).<sup>(30, 31)</sup> Běžně se aplikuje 2krát týdně, u seniorů se většinou dává 6–8 elektrokonvulzí. Je možná ale i dlouhodobá udržovací elektrokonvulzivní terapie s prodlužováním intervalů elektrokonvulzí na 1–3 měsíce podle potřeby.

## Komplikace deprese

Deprese u seniorů může vést k řadě komplikací. Bylo prokázáno, že zhoršuje morbiditu tělesných nemocí, narušuje rehabilitaci po úrazech či mozkových příhodách. Deprese bývá i příčinou abúzu alkoholu či některých psychofarmak (sedativa, hypnotika). Deprese bývá též nejčastější příčinou sebevražd ve stáří. Seniorská populace (hlavně muži!) jsou nejohroženější skupinou pro dokonanou sebevraždu vůbec!

## Prevence deprese

Důležitá je prevence deprese ve stáří, zejména u rizikových skupin. Doporučuje se vytváření vhodného programu pro seniory s dostatkem tělesné i psychické aktivity a sociálních kontaktů, včasná a správná léčba somatických onemocnění.

## Závěr

Depresivní poruchy seniorů jsou závažnou psychiatrickou poruchou s řadou negativních důsledků. Je třeba na ně myslet, aktivně je vyhledávat a správně léčit.

**Tab. 10 – Častější vedlejší účinky SSRI**

nevolnost	sedace
zvracení	sexuální dysfunkce
průjem	agitovanost
nechutenství	nespavost
hubnutí	třes
bolest hlavy	hyperhidróza

**Tab. 11 – Obvyklé dávkování vybraných antidepresiv u seniorů<sup>(2, 27)</sup>**

Antidepresivum	Počáteční denní dávka (v mg)	Běžná denní dávka (v mg)
citalopram	10	20–40
escitalopram	5–10	10–20
sertralín	25	50–200
moclobemid	150–300	300–600
venlafaxin	37,5	75–225
mirtazapin	7,5–15	15–45 (na noc)
bupropion SR	75–150	150–300
nortriptylin	25	50–150



## Literatura

1. HOLMEROVÁ, I., VAŇKOVÁ, H., DRAGOMERICKÁ, E., et al. Depresivní syndrom u seniorů, významný a dosud nedoceněný problém. *Psychiatr pro praxi*, 2006, 4, s. 182–184.
2. ALEXOPOULOS, GS., KATZ, IR., REYNOLDS, CF., et al. *The experts consensus guideline series: Pharmacotherapy of depressive disorders in older patients*. Postgraduate Medicine. Special Report, 2001, October, p. 1–86.
3. ALEXOPOULOS, GS., MEYERS, BS., YOUNG, RC., et al. *Vascular depression hypothesis*. *Gen Psychiatry*, 1997, 54, No. 9, p. 15–22.
4. WILKINS, CH., MATHEWS, J., SHELINE, YI. *Late life depression with cognitive impairment: Evaluation and treatment*. *Clinical Intervention in Aging*, 2009, 4, p. 51–57.
5. Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize. *Duševní poruchy a poruchy chování. Diagnostická kritéria pro výzkum*. Psychiatrické centrum Praha, 1996.
6. BALDWIN, R. Depressive disorders. In JACOBY, R., OPPENHEIMER, C. *Psychiatry in the elderly*. 3<sup>rd</sup> ed, Oxford University Press, 2002, p. 627–676.
7. YESAVAGE, JA., BRINK, TL., ROSE, TL., et al. *Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report*. *Journal of Psychiatric Research*, 1983, 17, p. 37–49.
8. YESAVAGE, JA. *Geriatric depression scale*. *Psychopharmacol Bull*, 1988, 24, p. 709–711.
9. TOPINKOVÁ, E. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci*. Praha: UCB Pharma, 1999, s. 74–75.
10. BALDWIN, R. Depressive disorders. In JACOBY, R., OPPENHEIMER, C. *Psychiatry in the elderly*. 3<sup>rd</sup> ed, Oxford University Press, 2002.
11. YOUSEF, G., RYAN, WI., LAMBERT, T., et al. *A preliminary report: A new scale to identify the pseudo-dementia syndrome*. *Int J Geriatr Psychiatry*, 1998, 13, p. 389–399.
12. KRAL, VA., EMERY, OB. *Long-term follow-up of depressive pseudodementia of the aged*. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1989, 34, p. 445–446.
13. ALEXOPOULOS, GS., MEYERS, BS., YOUNG, RC., et al. *The course of geriatric depression with reversible dementia: a controlled study*. *American Journal of Psychiatry*, 1993, 150, p. 1693–1699.
14. HERRMANN, N., GAUTHIER, S. *Diagnosis and treatment of dementia: 6. Management of severe Alzheimer disease*. *CMAJ*, 2008, 179, No. 12, p. 1279–1287.
15. VERHEY, FRJ., VISSER, PJ. *Phenomenology of depression in dementia*. *Int Psychogeriatr*, 2000, 12(Suppl. 1), p. 129–134.
16. ALEXOPOULOS, GS., ABRAMS, RC., YOUNG, RC., et al. *The Cornell Scale for Depression in Dementia*. *Biol Psych*, 1988, 23, p. 271–284.
17. BOUCHARD, RW., ROSSOR, MN. Typical clinical features. In GAUTHIER, S. *Clinical diagnosis and management of Alzheimer's disease*. 3<sup>rd</sup> ed, Informa UK Ltd., 2007, p. 39–40.
18. WELLS, CE. *Pseudodementia*. *Am J Psychiatry*, 1979, 136, No. 7, p. 895–900.
19. BIRRER, RB., VEMURI, SP. *Depression in later life: A diagnostic and therapeutic challenge*. *American Family Physician*, 2004, 10, p. 2375–2382.
20. CUIJPERS, P., Van STRATEN, A., SMIT, F. *Psychological treatment of late-life depression: a meta-analysis of randomized controlled trials*. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2006, 21, p. 1139–1149.
21. BLAZER, DG. *Depression in late life: Review and Commentary*. *Journal of Gerontology: Medical sciences*, 2003, 3, p. 249–265.
22. MULSANT, BH., ALEXOPOULOS, GS., REYNOLDS, CF. 3<sup>rd</sup>, et al. *Prospect study group. Pharmacological treatment of depression in older primary care patients: the Prospect algorithm*. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2001, 16, p. 85–92.
23. MUKAI, Y., TAMPI, RR. *Treatment of depression in the elderly: A review of the recent literature on the efficacy of single- versus dual-action antidepressants*. *Clinical Therapeutics*, 2009, 5, p. 945–961.
24. SWARTZ, M., BARAK, Y., MIRECKI, I., et al. *Treating depression in Alzheimer's disease: Integration of differing guidelines*. *Int Psychogeriatr*, 2000, 12, No. 3, p. 353–358.
25. GORWOOD, P., WEILLER, E., LEMMING, O., et al. *Escitalopram prevents relapse in older patients with major depressive disorder*. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2007, 15, p. 581–593.
26. CHEMALI, Z., CHAHINE, LM., FRICCHIONE, G. *The use of selective serotonin reuptake inhibitors in elderly patients*. *Harv Rev Psychiatry*, 2009, 17, p. 242–253.
27. LAPID, MI., RUMMANS, TA. *Evaluation and management of geriatric depression in primary care*. *Mayo Clin Proc*, 2003, 78, p. 1423–1429.
28. ALEXOPOULOS, GS., CANUSO, CM., GHARABAWI, GM., et al. *Placebo-controlled study of relaps prevention with risperidone augmentation in older patients with resistant depression*. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2008, 16, No. 1, p. 21–30.
29. RAJJI, TK., MULSANT, BH., LOTRICH, FE., et al. *Use of antidepressants in late-life depression*. *Drugs Aging*, 2008, 25, No. 10, p. 841–853.
30. O'CONNOR, MK., KNAPP, R., HUSAIN, M., et al. *The influence of age on the response of major depression to electroconvulsive therapy: a C.O.R.E. Report*. *Am J Geriatr Psychiatry*, 1996, 4(Suppl), p. S3–S6.
31. BAREŠ, M. *Léčba depresivní poruchy v pozdním věku*. *Klin Farmakol Farm*, 2004, 18, s. 38–44.

e-mail: vanda.frankova@gmail.com