

Deprese ve vyšším věku a její léčba

R. Krombholz

SOUHRN

Depresivní porucha v senior- ském věku je závažné onemocně- ní, které na straně jedné výrazně zhoršuje celkovou prognózu pacienta, na straně druhé se jedná o onemocnění, které zpravidla dokážeme dobře a s úspěchem léčit a zlepšit tak výrazně kvalitu života nemocných. Článek se zaměřuje zejména na zvláštnosti klinického obrazu de- prese ve stáří, nejdůležitější

etiologické faktory a zásady léčby. Je určen primárně pro lékaře nepsychiatri, kteří se s depresivními pacienty ve své klinické praxi setkávají a také je léčí.

KLÍČOVÁ SLOVA

Deprese ve stáří – léčba deprese – úzkost – antidepressiva

SUMMARY

Depression in old age and its treatment. The depression disorder in senior aged patients is a serious disease, which on the one hand significantly worsens the overall prognosis of a patient, on the other hand it is a disease that we are usually able to treat well and successfully and thus significantly improve the quality of life of patients. The article focuses primarily on peculiarities of the clinical picture

of the depression disorder in old age, the most important etiological factors and treatment principles. It is designed primarily for doctors no-psychiatrists who encounter the depressive patients in their clinical practice and also treat them.

KEYWORDS

Depression in elderly – treatment of depression – anxiety – antidepressant drugs

ÚVOD

Deprese ve vyšším věku patří vedle demencí a jejich komplikací k nejčastějším diagnózám vyžadujícím nutnost psychiatrické intervence a zároveň patří mezi časté důvody hospitalizace na psychiatrickém lůžku.

V literatuře bývá nejčastěji uváděna 10–12% prevalence depresivní poruchy u pacientů vyššího věku. Zde ovšem mluvíme 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 % starších pacientů v péči praktických lékařů, z těchto pacientů přibližně 1/3 prožívá plně vyjádřenou depresivní fázi. Pacienti trpící demencemi bez ohledu na jejich typ vykazují známky depresivního onemocnění v různých fázích choroby až v 60 %.

Je třeba si uvědomit, že deprese rozhodně nepatří k normálnímu stáří a i velmi staří pacienti z adekvátní léčby tohoto onemocnění výrazně profitují. Tím, kdo se jako první s depresivním starým pacientem dostane do kontaktu, zpravidla nebývá psychiatr, ale lékař jiné odbornosti – geriatr, internista, praktický lékař apod. Pokud je dotyčný lékař edukovaný a vnímavý, dokáže léčit nekomplikovanou depresivní epizodu u starého člověka stejně dobře jako psychiatr. V jeho prospěch navíc často hovoří to, že pacienta zná delší dobu

jak po stránce somatické, tak sociální. Je zde již nezdědka vybudován vzájemný vztah lékař – pacient a odpadá zde stigma psychiatrie jako takové a ostych pacientů vyhledat odbornou péči. Proto je dobře, že geriatři, praktičtí lékaři i další specialisté mají v současnosti plně k dispozici širokou škálu moderních psychofarmak, která mohou ku prospěchu svých pacientů využívat.

ETIOLOGIE DEPRESIVNÍCH PORUCH VE STÁŘÍ

Příčiny depresí u seniorů jsou různé. Část poruch si pacienti přinášejí z mladšího věku. Zde se jedná nejčastěji o periodickou depresivní poruchu, depresivní fázi bipolární poruchy, případně deprese provázející jiná duševní onemocnění. Ve stáří se může depresivně dekompenzovat část neurotických poruch. Nově se u starších pacientů objevují depresivní syndromy provázející organické postižení centrálního nervového systému, včetně demencí, přibývá reaktivních depresí a depresí provázejících somatické choroby, zejména ty s chronickým průběhem. I u pacientů starších 65 let se však setkáváme s depresivními poruchami, které nevznikají na organickém podkladě a které se v tomto věku vyskytnou poprvé. Zde potom hovoříme o klasické depresivní fázi, dříve funkční deprese.

Mezi rizikové a predisponující faktory rozvoje deprese u starších pacientů řadíme zejména:

- depresivní onemocnění v anamnéze
- věk nad 60 let
- ženské pohlaví
- přítomnost somatické choroby s chronickým průběhem
- abúzus alkoholu a farmak
- sociální izolaci
- existenční problémy, chudobu
- ztrátu partnera, popřípadě osoby blízké
- očekávaný konec vlastního života.

Platí, že u části našich pacientů nedokážeme ani při podrobném studiu anamnézy a za pomoci laboratorních a pomocných vyšetření jednoznačně určit jeden či hlavní etiologický faktor vzniku deprese. Možných příčin nacházíme více. Tento fakt je třeba zohlednit v léčbě, zejména pak v jejich nefarmakologických aspektech.

ZVLÁŠTNOSTI KLINICKÉHO OBRAZU

Všeobecně platná kritéria depresivní fáze podle MKN 10 jsou:

- depresivní nálada přítomná po většinu dne a trvající alespoň 2 týdny
- ztráta zájmů a radosti z aktivit dříve běžných
- ztráta sebedůvěry, prožívání pocitů viny nebo výčitek za domnělá selhání
- zvýšená únava, pokles energie
- změna psychomotorického tempa, nejčastěji zpomalení
- snížená schopnost soustředit se
- poruchy spánku a chuti k jídlu
- opakované myšlenky na konec života, sebevraždy.

Ne vždy depresivní stavy u našich pacientů tato kritéria naplňují beze zbytku a naopak nacházíme symptomatologii, která není pro depresivní onemocnění v mladším věku typická. Samotná porucha nálady nemusí být vedoucím klinickým příznakem. Mnoho depresí starších osob probíhá subklinicky, bývají maskovány polymorfními somatickými stesky bez odpovídajícího organického korelátu, jsou zhusta provázeny výraznou anxiétou. Typický pro deprese vyššího věku je jejich sklon k chronifikaci. Mohou se prezentovat i jako subjektivně vnímané poruchy paměti a soustředění. U části starších pacientů nacházíme tzv. dvojistou depresi (double depression). Jedná se o stav, kdy se v průběhu času střídají jasné depresivní propady s převážně dystymní náladou, aniž by docházelo k úplné úpravě nálady do normy. Navíc některé tyto symptomy vnímají samotní pacienti a bohužel i jejich okolí prostě jako součást pokročilého věku, případně souběžně probíhajících chronických somatických chorob. Proto je potřeba po klasických příznacích deprese aktivně pátrat, pacient si na ně většinou spontánně nestěžuje.

DIFERENCIÁLNÍ DIAGNÓZA DEPRESE VE STÁŘÍ

Nejčastějším a pro pacienta nejnebezpečnějším diagnostickým omylem je záměna deprese za demenci. Navíc se obě tyto poruchy nezdávkou vyskytují současně. Je menší chybou léčit dementního pacienta antidepresivy, než depresivního pacienta „zaškatulkovat“ jako dementního se všemi důsledky. Odlišit pseudodemenci u deprese od demence je často problém i pro zkušené klinické psychology. Někdy nezbude, než učinit klinický pokus léčbou antidepresivy.

Orientačně mohou v rozlišení pomoci tato kritéria:

DEPRESIVNÍ PACIENT

- kratší doba trvání poruchy s relativně náhlým začátkem
- nálada trvale pokleslá
- orientace všemi kvalitami správná
- chybné výkony v testech z důvodu nezájmu o výsledek
- zdůrazňování subjektivně vnímaných poruch zejména paměti a soustředění
- časté odpovědi typu „nevím“
- výkon i projevy nejhorší ráno.

DEMENTNÍ PACIENT

- delší doba trvání poruchy s plíživým počátkem
- nálada kolísá od deprese až k tupé euforii
- poruchy orientace, zpočátku časové, později i ostatními kvalitami
- chybné výkony v testech, ač se pacient spolupracovat snaží
- na poruchy si nestěžuje, naopak je bagatelizuje, svoji paměť hodnotí jako dobrou
- časté odpovědi typu „těsně vedle“
- výkon se zpravidla horší odpoledne a večer, často „syndrom soumraku“.

Z dalších diferenciálně-diagnostických možností je nutno vzít v úvahu deliria a ve vyšším věku častou pseudoneurastenii. Zejména hypoaktivní delirium se klinicky může prezentovat jako depresivní či dementní onemocnění. V klinice zde dominuje spíše psychomotorický útlum a kolísání projevů během dne se zhoršením navečer a v noci. Přes den pacient v běžném kontaktu působí komponovaným dojmem. U pseudoneurastenie je typická anxieta, poruchy soustředění a subjektivně vnímané poruchy paměti při objektivně dobrých výsledcích v testech. Ze somatických chorob je třeba myslet na poruchy funkce štítné žlázy, kdy zejména neléčená hypotyreóza může věrně imitovat depresivní poruchu nebo demenci. Stanovení TSH a periferních hladin hormonů štítné žlázy by mělo patřit mezi standardní biochemická vyšetření u seniorů v rámci laboratorního screeningu.

TERAPIE DEPRESE VE STÁŘÍ

Platí, že senioři profitují ze správné léčby deprese stejně jako pacienti v mladším věku. Nedostatečně či nesprávně léčená depresivní porucha výrazně zhoršuje kvalitu jejich života, je provázena vyšší mortalitou a rizikem suicidia. Ve stáří se zvyšuje počet dokonaných sebevražd v poměru k počtu sebevražedných pokusů^(3, 4).

Nefarmakologické postupy jsou v léčbě deprese seniorů důležitou součástí léčby. V úvahu připadá podpůrná psychotherapie a to jak individuální, tak skupinová a aktivizační metody, z nich především arteterapie, muzikoterapie a pracovní terapie. Cílem nefarmakologických postupů by měla být podpora aktivního způsobu života, adaptace na novou životní situaci, nalezení smysluplné náplně všedního dne a plánování budoucnosti i v situaci, kdy je pacient omezován nejenom věkem, ale i zdravotními problémy, které jej doprovází. V této oblasti je velký prostor pro komunitní formy péče, vzdělávací programy pro seniory apod.

Předmětem diskusí bývá, jak dlouho deprese léčit. Názory na potřebnou délku léčby se vyvíjely. V současnosti je doporučeno vyčkat na plný nástup účinku antidepresiva 3–4 týdny, u starších pacientů až 6 týdnů. První ataka depresivního onemocnění by měla být léčena 4–9 měsíců, minimálně 3 měsíce po odeznění depresivních příznaků. Tzv. profylaktické

PŘEHLEDOVÝ ČLÁNEK

podávání antidepresiv u pacientů, kteří mají v anamnéze několik atak depresivní poruchy, sebevražedný pokus či významnější rodinnou zátěž, by mělo trvat 3-5 let. Jednou z indikací profylaktické léčby antidepresivy je i věk pacienta nad 60 let v době první ataky depresivní poruchy. V některých případech se přikláníme k dlouhodobé udržovací léčbě, v praxi trvalé. Případně vysazení antidepresivní léčby by se mělo činit postupně během několika týdnů, užívanou dávku antidepresiv je doporučeno redukovat zhruba o 25 % týdně. Snažíme se tím předejít jednak relapsu onemocnění, jednak syndromu z vysazení, který je kupř. u SSRI antidepresiv poměrně častý^(5,10).

FARMAKOTERAPIE DEPRESE SENIORŮ

Ve výběru vhodného léku se snažíme preferovat modernější preparáty s menším množstvím nežádoucích účinků, zejména anticholinergních, s kratším biologickým poločasem a jednoduchým dávkováním. Při výběru vhodného antidepresiva bychom měli vždy brát do úvahy komorbidní onemocnění, zejména cerebro- a kardiovaskulární a také dosud užívanou medikaci s ohledem na možnost nežádoucích interakcí.

V léčbě depresí u starších pacientů používáme prakticky celou škálu psychofarmak:

- antidepresiva
- anxiolytika
- antipsychotika
- thymopropyfolytika
- léky augmentující léčbu.

ANTIDEPRESIVA

Z dostupných skupin antidepresiv (4 generace thymoleptik a inhibitory monoaminoxidázy –IMAO) by měla být v léčbě depresí starších osob preferována modernější antidepresiva ze skupiny SSRI a thymoleptika 4. generace. Jejich základní výhodou je minimum nežádoucích účinků a jednoduché dávkování při zachovaném terapeutickém účinku.

V současnosti je jako první volba v léčbě deprese u starších pacientů doporučeno použít antidepresiva 3. generace – SSRI. Jejich podávání je oproti starším generacím antidepresiv bezpečné, prostě zejména anticholinergních nežádoucích účinků, až na fluvoxamin je možné podávat je v jedné denní dávce^(3,10).

Citalopram (a **escitalopram**) je šetrné a účinné antidepresivum, u starších pacientů si vystačíme většinou s jednou denní dávkou do 20 mg (resp. 10 mg escitalopramu), dobře účinkuje na organické deprese, je velmi dobře snášený.

Fluvoxamin je dobře tolerován i velmi staršími pacienty, jeho nevýhodou je nutnost podávat jej rozděleně ve 2 dávkách a dávku titrovat od 50 mg denně až do 2x100 mg denně.

Paroxetin bývá dobře tolerovaný, s výhodou jej používáme u depresí provázených anxiétou, většinou vystačíme s dávkou 20 mg 1x denně, nevýhodou je slabé anticholinergní působení.

Sertralín dobře ovlivňuje většinu organických i symptomatických depresí, většinou vystačíme s dávkou 50-100 mg 1x denně.

Fluoxetin bývá označován za nejméně vhodný pro starší pacienty vzhledem k dlouhému biologickému poločasu.

Nevýhodou SSRI obecně bývá delší doba nástupu účinku, kterou můžeme částečně ovlivnit augmentací léčby – viz níže.

Co se týče vzájemné zaměnitelnosti preparátů ze skupiny SSRI platí, že pokud pacient nedostatečně reaguje na jeden preparát ze skupiny, není příliš pravděpodobné, že zareaguje na jiný z téže skupiny. V případě recidivy či relapsu je doporučeno nasadit preparát, na který pacient v minulosti reagoval, případně upravit dávku⁽¹⁰⁾.

Antidepresiva 4. generace ovlivňují oproti SSRI i metabolismus noradrenalinu v CNS a často s nimi uspějeme u pacientů, kteří na léčbu antidepresivy 3. generace nereagují. Vzájemná kombinace preparátů obou generací je možná. V gerontopsychiatrii nejvíce využíváme z této skupiny mirtazapin a venlafaxin.

Mirtazapin je šetrné, moderní antidepresivum 4. generace, většinou velmi dobře snášené. Podáváme jej v jedné denní dávce navečer v rozmezí 15-45 mg pro die. Mívá většinou rychlejší nástup účinku než SSRI a velmi dobře ovlivňuje deprese provázené poruchami spánku.

Venlafaxin nepatří u starších pacientů mezi antidepresiva první volby, podáváme jej v dávkách do 300 mg denně, zpravidla u stavů nereagujících na jiná antidepresiva.

Antidepresivum 1. generace se u starších pacientů pokud možno snažíme vyhýbat vzhledem k rizikům nežádoucích účinků, zejména anticholinergních, kardiologických a nebezpečí posturální hypotenze^(3,5). Jejich indikace by měla být v odůvodněných případech ponechána na psychiatrovi. Za zmínku stojí dosud stále platné doporučení léčby neuropatické bolesti amitriptylinem. Zde se ovšem pohybujeme na třetině až polovině plné antidepresivní dávky. Z antidepresiv II. generace se v gerontopsychiatrii stále používá mianserin s podobnými vlastnostmi jako mirtazapin, který je jeho derivátem^(3,6). Zvláštní postavení má z této skupiny **bupropion**. Jedná se o výrazně dopaminergně působící antidepresivum, které s výhodou používáme u utlumených a apaticko-abulických depresí v jedné denní dávce 150-300 mg. Zajímavou a dosud klinicky nepříliš využívanou alternativou je použití nového antidepresiva ze skupiny MASSA – melatoninový agonista a selektivní serotoninový antagonist – **agomelatín**. Jedná se o perspektivní antidepresivum s dobrým anxiolytickým a antidepresivním účinkem, které zároveň příznivě působí na poruchy spánku. Zpravidla vystačíme s dávkou 25 mg navečer, kontraindikací tohoto léčiva jsou těžší jaterní léze⁽⁷⁾. Je možné jej kombinovat s antidepresivy 3. i 4. generace.

ANXIOLYTIKA

Anxiolytika, zejména benzodiazepinová (BZD), jsou indikovaná zejména u depresí provázených úzkostí, a to především v úvodu léčby před nástupem účinku vlastního antidepresiva. Jejich podávání starším pacientům bývá někdy přehnaně spojováno s rizikem vzniku závislosti, tolerance a dalších negativních účinků. Úzkost, provázející velkou část depresí seniorů, je pacienty vnímána velmi negativně a představuje pro ně výraznou subjektivní obtíž a omezení v životě. Její rychlé potlačení pacientům velmi uleví a vytvoří se předpoklad pro dobrou spolupráci v další léčbě. Vzhledem k patofyziologii vzniku úzkosti u starých lidí v podstatě nemáme k BZD alternativu. V léčbě preferujeme BZD s krátkým biologickým poločasem a menším rizikem kumulace. Za vhodné je možno označit **oxazepam**, **alprazolam** a **bromazepam**. Zde bychom měli volit spíše nižší dávkování doporučované geriatrickým pacientům, což v ekvipotentních dávkách činí asi 15-20 mg oxazepanu, 0,75-1 mg alprazolamu a 3-4,5 mg

bromazepamu pro die⁽¹⁾. Vyhýbat se snažíme dlouhodobě působícím BZD jako diazepam, jehož biologický poločas se u starých lidí prodlužuje až na 100 hodin. Jistou alternativou je použití **tianeptinu** či **bupironu**. Nevýhodou je ale podstatně delší nástup účinku. **Hydroxyzin** jako anxiolytikum není ve vyšším věku příliš vhodný vzhledem k jeho anticholinergnímu působení⁽¹⁾.

ANTIPSYCHOTIKA

Jsou indikovaná u těžkých depresí se suicidiálními sklony, případně u depresí provázených psychotickými projevy. Preferujeme bezpečnější moderní antipsychotika 2. generace (atypická) s menším množstvím nežádoucích účinků a lépe tolerovaná^(2, 8, 9). U depresivních pacientů nejčastěji používáme **sulpirid** a **amisulprid**, **quetiapin**, **olanzapin** a **risperidon** v nižších dávkách^(2,3). Z klasických antipsychotik má v léčbě depresí starších osob své opodstatnění **melperon**, který často podáváme v dávkách do 50 mg navečer jako hypnotickou komedikaci. Depresivní stavy a úzkost s agitovaností provázející demence dobře ovlivníme **tiapridem**^(5, 10).

THYMOSTABILIZÉRY

Stabilizace nálady připadá u našich pacientů do úvahy u bipolárních poruch přecházejících z dospělosti, periodických depresí, případně organických mánií. Preferujeme novější stabilizéry jako **lamotrigin**, **valproát** či **olanzapin**^(3, 9). Za rizikové je považováno podávání lithia pacientům starším 65 let⁽⁶⁾. Thymopropylaxe patří do rukou psychiatra.

AUGMENTACE ANTIDEPRESIVNÍ LÉČBY

Dobu nástupu účinku antidepressiv, nedostatečnou terapeutickou odpověď nebo rezistenci na léčbu můžeme ovlivnit augmentačními postupy. V gerontopsychiatrii připadá do úvahy podávání malých dávek tyreoidálních hormonů a malých dávek betablokátorů k urychlení nástupu účinku zejména SSRI, dále pak použití menších dávek antipsychotik 2. generace a antiepileptik ke zvýšení účinku léčby. Tyto postupy opět patří spíše do rukou psychiatra.

NEFARMAKOLOGICKÉ BIOLOGICKÉ METODY LÉČBY

Používáme je u těžkých, farmakorezistentních depresí s psychotickými příznaky, odmítáním potravy a vysokým rizikem

sebevražedného chování zpravidla za hospitalizace. Jedná se zejména o léčbu elektrošoky – elektrokonzulzivní terapii (ECT). Je to metoda účinná, s malým množstvím komplikací. Počet elektrokonzulzí bývá nižší než u mladších pacientů, zpravidla nepřesahuje 10 výkonů, většinou stačí méně. Její omezení není dáno věkem, ale spíše interní komorbiditou^(3, 9). K výkonu je třeba přistupovat jako ke každému jinému výkonu spojenému s nutností krátké celkové anestezie. Psychiatr zde spolupracuje s internistou a anesteziologem. Z dalších metod připadá do úvahy léčba světlem – fototerapie a to jako podpůrná léčba u sezonně se vyskytujících depresí⁽³⁾.

ZÁVĚR

Depresivní porucha potká během života přibližně každého desátého člověka. Seniorská populace není výjimkou, naopak přibývá situací, které mohou samy o sobě ke vzniku depresivního onemocnění přispívat. Rozpoznání a správná léčba depresivní poruchy u starých lidí výrazně zlepšuje kvalitu jejich života.

Literatura

1. **The AGS 2012 Beers Criteria Update Expert Panel.** American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2012; 60(4):616-31.
2. **Bouček J, Pidrman V:** Psychofarmaka v medicíně. Grada Publishing 2005.
3. **Drástová H, Krombholz R:** Deprese v senu. *Medicina pro praxi* 2006.
4. **Hermann E, Hovorka J, Švestka J:** Depresivní porucha a somaticky nemocný v ordinaci praktického lékaře, Maxdorf 2005.
5. **Herman E, Praško J, Seifertová D et al.:** Konziliární psychiatrie. Medical Tribune CZ, Galén 2007.
6. **Höschl C, Libiger, Švestka J:** Psychiatrie, Tigris 2002.
7. **Krombholz R, Drástová H:** Agomelatin – klinické zkušenosti u starších pacientů, *Psychiatrie* 2011.
8. **Raboch J, Jiráček R, Paclt I:** Psychofarmakologie pro praxi, Triton 2005.
9. **Raboch J, Pavlovský P:** Psychiatrie, Triton 2003.
10. **Seifertová D, Praško J, Höschl C:** Postupy v léčbě psychických poruch, Academia Medica Pragensis 2004.

Geriatr Gerontol 2013; 1: 36–39

MUDr. Richard Krombholz
Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha

MUDr. Richard Krombholz

e-mail: richard.krombholz@plbohnic.cz

Absolvoval 3. LF UK v Praze, atestoval z vnitřního lékařství, poté se specializoval na geriatrii a gerontopsychiatrii. V letech 1992–1999 působil v Městské nemocnici následné péče v Praze, od roku 1999 pracuje v Psychiatrické léčebně Bohnice a od roku 2004 jako primář akutního gerontopsychiatrického oddělení. Provozuje také ambulanci na Poliklinice Prosek v Praze 9 a v ZB Sanima.