

10 Deprese ve vyšším věku



Po prostudování kapitoly byste měli být schopni

- se vyjádřit k výskytu deprese v seniorské populaci
- vyjmenovat sled negativních událostí staršího dospělého věku a raného stáří
- definovat depresi, popsat její klinické příznaky
- charakterizovat depresi ve vyšším věku
- popsat mechanismus vzniku deprese
- popsat možnosti léčby deprese



Klíčová slova: smutek vyššího věku – deprese – somatizace deprese – antidepressiva – fyzikální terapie deprese – geriatrická škála deprese

10.1 Definice, etiologie

Samotná deprese je definována jako závažná, týdny až měsíce trvající změna nálady, myšlení a chování, jejíž intenzita není pro nemocného zvládnutelná běžnými obrannými mechanismy, doprovázená somatickými a vegetativními projevy.

Již dříve byl tento stav nazván běžným smutkem všedního života. Při trvání negativních podnětů však může vést u 8-15% starších pacientů ve vlastním prostředí a až u 30% pacientů v institucích k plné manifestaci deprese včetně rizika suicidia. Výčet vlivů napomáhajících vývoji deprese ukazuje tab. 1.



Decenium	vlivy podporující vznik deprese ve stáří
5 – 6	syndrom prázdného hnízda
5 – 6	ukončení aktivního zaměstnání
5 – 7	snížení životní úrovně
5 – 7	ztráta společenského uznání
5 – 9	ztráta partnera
6 – 9	výskyt chronických chorob, chronické bolesti
6 – 9	uvědomění si ztráty výkonnosti
7 – 9	ztráta společenských kontaktů
7 – 9	závislost na okolí v běžných činnostech
7 – 9	Institucionalizace

Vlivy podporující vznik deprese ve stáří a jejich přibližné časové rozvržení.

Dalším závažným jevem je změna společenského nazírání na staršího člověka vůbec. V dobách méně překotného rozvoje byl starší člověk zdrojem poznání pro mladší, byl schopen z hlediska zkušeného vyrovnaného člověka radit mladším. Toto poslání nyní přestupuje spíše do oblasti mezilidských vztahů. V oblasti technické, kdy se hlavním hodnotícím kritériem kromě mládí, síly a rychlosti stává i výkonnost, a tedy schopnost přizpůsobit se rozvoji techniky, znamená šesté decénium pro většinu lidí buď vypětí všech sil tak, aby se vyrovnali mladším, nebo pocit „trpěnosti“ na pracovišti těsně před odchodem do důchodu. Ani jedno, ani druhé zcela jistě není dobrým vkladem pro duševní vyrovnanost člověka, před kterým stojí úkol adaptovat se na změny přinášené nastupujícím obdobím stáří.

Již zmíněný běžný smutek všedního života je obecně považován za atribut vyššího věku. Pravděpodobně tato skutečnost je důvodem, proč jsou často i závažné příznaky deprese přehlíženy, deprese není diagnostikována ani léčena. S narůstajícím procentem seniorů v naší populaci se bude kontakt lékařů všech oborů s depresivními staršími nemocnými stávat častějším.

Organické afektivní poruchy mohou být u staršího nemocného často jediným projevem závažného onemocnění mozku i somatických onemocnění, což může vést ke značným diagnostickým potížím až dokonce k neadekvátnímu léčení staršího nemocného. Organickou afektivní poruchou charakteru deprese se může projevovat chronické srdeční selhání, thyreopatie a další endokrinopatie, diabetes mellitus, perniciosní anemie, paraneoplastický syndrom zvláště u karcinomu pankreatu, mnohdy předcházející vlastním projevům, dále se mohou depresí projevit kolagenózy, septické stavy.

Z onemocnění mozku může vést k organické depresi Parkinsonova choroba, demence, cévní mozková příhoda i obecně přítomnost aterosklerozy, mozkový tumor, ale i zánětlivá onemocnění mozku.

Poruchy přizpůsobení představují hlavní etiopatogenetickou příčinu depresivních stavů u starších nemocných. V těchto případech je potom nutno počítat s tzv. výročními reakcemi – tedy zhoršeními při výročí např. úmrtí partnera, přechodu z domova do instituce apod. Skupinami náchylnými k tomuto tzv. adaptačnímu selhání jsou osoby velmi vysokého věku, osoby osamělé, zvláště ženy, bezdětní staří lidé, osoby žijící v ústavech nebo v izolaci, lidé kteří sami trpí handicapem nebo jejich partner je závažně nemocný, ale i starší nemocní s minimálním příjmem.

Je nutno mít na paměti také možnost **vyvolání deprese farmaky** – tedy iatrogenně, a tento druh deprese může dosáhnout opět úplné manifestace včetně suicidálních pokusů. Neméně důležité je, že po vysazení depresogenní medikace příznaky spontánně mizí. Pro možnost iatrogenizace uvádíme přehled léků, které mohou depresi vyvolat – tab. 3.



Skupiny léků podle účinku	Příklady
antihypertenziva	reserpin, alfa-metyldopa, hydralazin, klonidin, diuretika, guanetidin, betablokatory (oxprenolol)
psychofarmaka	neuroleptika, barbituráty, meprobamát,

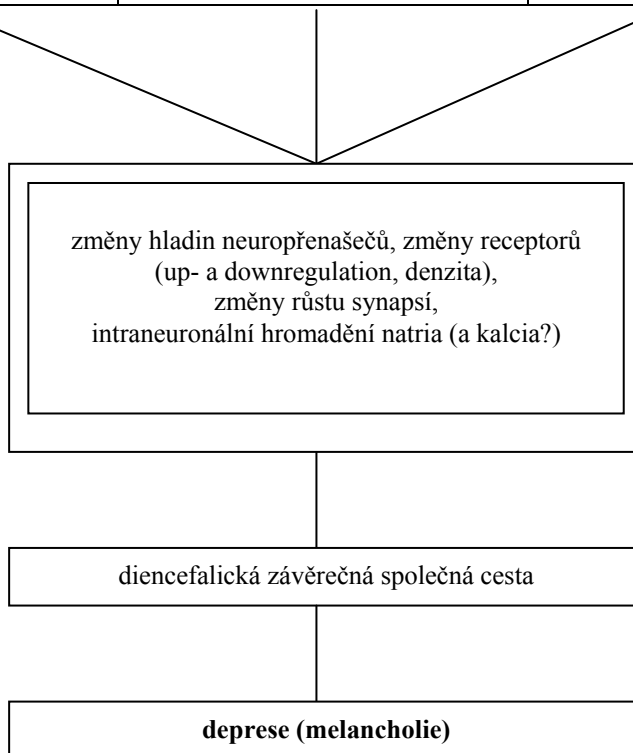
	benzodiazepiny, thiotixen, flurazepam
antikonvulziva	fenytoin, kys. Valproová, primidon
steroidy	estrogeny, kortikoidy
antiinfekční a protizánětlivé léky	sulfonamidy, antimalarika, aminoglykozidy, antituberkulotika, indometacin, ibuprofen
jiné	opiáty, cimetidin, cytostatika (vinblastin), perorální antidiabetika, apomorphin, disopyriamid

Příklady depresogenních léků

Obecně se všechny patogenetické mechanismy vzniku deprese setkávají ve stejném bodu – a tím je podle konceptuálního modelu deprese Akiskala a McKinneye změna hladin neuropřenašečů, změny receptorů, změny růstu synapsí, intraneuronální hromadění natria a kalcia. Pro ilustraci tento model uvádíme.



Genetická vložka	Vývoj osobnosti	Biologická a psychologická zátěž
nestabilní mechanismy neuronální plasticity, poruchy enzymů, poruchy chronobiologie	ztráta milovaného objektu (rodiče) v raném dětství naučená bezmocnost	Somatické choroby, medikace, ztráta milovaného objektu v dospělosti, chronická frustrace



Znázornění modelu deprese podle Akiskala a Mc Kinneye

9.2 Příznaky

Klinický obraz deprese je charakterizován

- dlouhodobou změnou nálady, většinou charakteru morosního, ale může se objevit i podrážděnost nebo úzkost
- přidruženými změnami psychiky – nedostatek sebedůvěry, nízké sebehodnocení, ztráta soustředivosti event. i poruchy paměti, ztráta zájmů, kontaktů, sociální osamocení, pocity beznaděje, bezmoci, sebeobviňování, nárůst závislosti, opakované myšlenky na smrt, sebevražedné pokusy
- somatické změny – psychomotorická retardace (zpomalená řeč, latence v odpovědích, monotónnost, hypomimie, omezení verbálního projevu až mutismus), únava dosahující až stupně, kdy i nejmenší úkoly se zdají nezvládnutelné, ale i agitovanost (podupávání, pohrávání si s prstýnky, s vlasy, přecházení), nechutenství, úbytek hmotnosti, zřídka naopak bulimie s přírůstkem hmotnosti, nespavost, vegetativní dysfunkce, atypické trávicí obtíže,
- psychotické příznaky – depresivní halucinace sluchové, vizuální, zřídka čichové, bludy

U starších nemocných nemusí být vyjádřeny všechny výše jmenované příznaky deprese, klinický obraz má své odchylky:

- výraznější somatizace – např. chronická bolest bez klinického korelátu, únavnost apod. bez výraznějších psychických příznaků- deprese bez deprese – larvovaná deprese
- etiopatogenetické rozdělení depresí není tak zřetelné – prolíná se organický původ, reaktivní deprese i endogenní původ – starší nemocní jsou většinou polymorbidní, včetně organického postižení mozku (6)
- podle některých zdrojů bývají deprese ve stáří závažnější, s vyšším počtem dokonaných sebevražd, ještě výraznější je tato tendence u polymorbidních nemocných (17).

Diagnóza deprese u staršího nemocného je výše uvedenými odchylkami v klinickém obrazu ztížena. Praxe si postupně vyžádala užívání škál k hodnocení momentálního stavu a ke kvantifikaci nalezených změn. Škála deprese pro geriatrické pacienty podle Sheikha a Yesavage byla zavedena do používání již v roce 1986, ale stále je jednou z nejužívanějších. Má jednoduchou dotazníkovou formu, velmi pohotově použitelnou v praxi - viz tabulka 5.



Informace pro vyšetřovaného: vyberte na každou z uvedených otázek odpověď „ano“ nebo „ne“ a odpověď zaškrtněte.

Otázky	Odpověď
1. Jste v zásadě spokojen se svým životem?	ano/ne
2. Vzdal jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?	ano/ne
3. Máte pocit, že Váš život je prázdný?	ano/ne
4. Cítíte se často sklíčený a smutný?	ano/ne
5. Máte vesměs dobrou náladu?	ano/ne
6. Obáváte se, že se Vám přihodí něco zlého?	ano/ne
7. Cítíte se převážně šťastný?	ano/ne
8. Cítíte se často bezmocný?	ano/ne
9. Vysedáváte raději doma, než byste šel mezi lidi a seznamoval se s novými věcmi?	ano/ne
10. Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než Vaši vrstevníci?	ano/ne
11. Myslíte, že je krásné být ještě naživu?	ano/ne
12. Napadá Vás někdy, že Váš život nestojí za nic?	ano/ne
13. Cítíte se plný elánu a energie?	ano/ne
14. Myslíte si, že Vaše situace je beznadějná?	ano/ne
15. Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než Vy?	ano/ne
<p>Hodnocení: za odpověď „ano“ u otázky 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15 po jednom bodu a za odpověď „ne“ u zbývajících otázek, tj. 1, 5, 7, 11 a 13, také po jednom bodu.</p> <p>Podle výsledků celkového skóre hodnotíme:</p> <p>0 – 5 bodů: normální efekt bez deprese</p> <p>6 – 10 bodů: mírná deprese</p> <p>nad 10 bodů: manifestní deprese vyžadující podrobné vyšetření</p>	

Škála hodnotící přítomnost a stupeň deprese u geriatrických pacientů

Laboratorní nálezy – jejich význam je spíše podpůrný v diagnóze deprese než zásadně diagnostický. Používá se supresní dexamethasonový test, kdy nedostatečný pokles hladiny kortisolu po podání dexametasonu podporuje diagnózu endogenní deprese. Vyšetření fázi spánku zjistí zvýšení poměru REM fáze k celkové době spánku u nemocných s depresí. Lehké snížení hladiny thyroxinu s následným mírným zvýšením hladiny thyreostimulačního hormonu (TSH) bývá obvyklé v depresivní fázi. Test podáním thyreoidního releasing hormonu - TRH test má však odezvu také sníženou, a to jak v produkci TSH, tak v produkci růstového hormonu (GH). Stejně tak reakce hladiny GH na insulinovou hypoglykémii bývá snížena.

Diferenciální diagnóza deprese u starších nemocných musí především vyloučit somatická onemocnění projevující se oligosymptomaticky nebo monosymptomaticky právě příznaky deprese – zvláště chronické srdeční selhání, diabetes mellitus, paraneoplastické projevy, perniciosní anemie, septické stavy, thyreopatie apod..

Dále je nutno věnovat se odlišení demence a deprese, které mohou mít jednak společné projevy, ale mohou probíhat i souběžně – schéma napomáhající odlišení demence a deprese je uveřejněno v tomto čísle v článku Praktický lékař – geriatr první linie.

9.3 Léčba

Léčba deprese ve vyšším věku je ve většině případů v rukou praktického lékaře – některé prameny uvádějí až 90% nemocných. Nemocní se zvláště těžkou depresí nebo nereagující na běžnou léčbu zavedenou praktickým lékařem jsou odesíláni do péče psychiatra. Praktický lékař, ale i kterýkoli jiný lékař – nepsychiatr by měl být schopen odhalit základní známky deprese, a to i v případě starších nemocných, kdy symptomatologie není plně vyjádřena. Zvláště důležité je rozeznání situace, kdy léčbu zvládne praktický lékař a kdy je závažnost

deprese taková, že nemocný je ohrožen suicidálním pokusem, a tedy je nutno stav řešit akutně za hospitalizace na psychiatrickém oddělení.

Vlastní léčba potom probíhá ve třech základních rovinách – farmakoterapeutické, psychoterapeutické a fyzikální.

Tricyklická antidepressiva byla po dlouhou dobu základním armamentariem pro léčbu deprese. Jejich nevýhodou byly vedlejší účinky charakteru sedace, anticholinergního působení a vyvolání ortostatické hypotenze. Zmíněné vedlejší účinky byly nejméně vyjádřeny u nortriptylinu a desipraminu (Nortriptylin, Petylyl). Dokonce i dosulepin (Prothiaden), který je všeobecně považován za úvodní lék deprese, způsobuje značný stupeň sedace a má i zřetelný anticholinergní účinek. Vyvolání ortostatického poklesu krevního tlaku je u něho méně pravděpodobné.

U **antidepressiv 2. generace** je výskyt nežádoucích vedlejších účinků podstatně nižší a léky této skupiny také výrazněji tlumí somatické projevy deprese a larvovanou depresi. Do této skupiny patří maprotilin (Ludiomil), milanserin (Leviron), viloxazin (Vivalan).

Další skupiny z novějších antidepressiv zvyšují různými mechanismy koncentraci přenašečů – IMAO – inhibitory monoaminoxidázy, SSRI – selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, RIMA – reverzibilní inhibitory monoaminoxidázy, SNRI – inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu, samostatnou skupinu tvoří preparát tianeptin s jiným mechanismem účinku.

Léčba antidepressivy u starších pacientů má své charakteristické rysy, a také rizika. Vzhledem k tomu, že event. komplikace vyvolané léčbou antidepressivy jsou de facto iatrogenním poškozením, musí být naší snahou rizika eliminovat. Anticholinergní účinek antidepressiv se u starším nemocných snáze projeví močovou retencí, zácpou, zhoršením glaukomu, tachykardií či jinými arytmiemi. Ortostatická hypotenze může vést až k synkopám s pády a úrazy, k ischemických mozkovým lézím, a to zejména u nemocných s nižší ejekční frakcí levé komory. Proto by pro léčbu starších nemocných měly být voleny preparáty s minimálním anticholinergním a alfablokačním účinkem.

Léčbu antidepressivy zahajujeme 1/2-2/3 doporučené zahajovací dávky pro dospělé. Postupně dávku zvyšujeme podle tolerance za sledování ortostatických změn krevního tlaku, tepové frekvence a za kontrol EKG. Aktivně se při každé kontrole dotazujeme na projevy nežádoucích účinků léčby. Vysazení antidepressiv musí probíhat velmi pomalu - v měsících. U starších nemocných s počínající kognitivní poruchou event. parkinsonismem je možno využívat vlastností selektivního inhibitoru monoaminoxidázy B - selegilinu (Jumex).

Z dalších léčebných metod deprese je v praxi využíváno elektrokonvulzivní terapie u rezistentních depresí - tato metoda si stále zachovává primát v efektivnosti.

Z fyzikálních metod se u sezónních depresí využívá efektu harmonizace denních rytmů aplikací jasného světla.

Z psychoterapeutických metod je ověřena účinnost kognitivně behaviorální terapie, která věnuje pozornost nemocnému samotnému, a interpersonální psychoterapie, jejíž snahou je úprava problematických vztahů nemocného s jeho blízkým okolím. Interpersonální terapie je podle některých zdrojů obzvláště vhodná pro starší nemocné po úvodní farmakoterapeutické léčbě.

Pro léčbu závažnějších depresí byla ověřena jako účinnější kombinace farmakoterapie a psychoterapie než farmakoterapie samotná.

Vznikla-li porucha depresivního charakteru na podkladě somatického onemocnění doprovázeného bolestí, je nutno léčit oba základní příznaky - depresi i bolest.



Shrnutí kapitoly

Deprese je definována jako závažná, týdny až měsíce trvající změna nálady, myšlení a chování, jejíž intenzita není pro nemocného zvládnutelná běžnými obrannými mechanismy, doprovázená somatickými a vegetativními projevy. Deprese je v seniorské populaci poddiagnostikována a vzhledem k její časté somatizaci v podobě opresí na hrudníku, dyspeptických obtíží, bolestí zad a bolestí hlavy procházejí senioři mnohými vyšetřeními a jsou léčeni mnohdy nadbytečně. Neřešená deprese vede u starších nemocných častěji k suicidálním tendencím. K diagnostice deprese je možno využít geriatrickou škálu deprese. K léčbě deprese je nejčastěji využívána skupina antidepressiv třetí generace.



Otázky a úkoly:

Popište výskyt deprese v seniorské populaci

Vyjmenujte sled negativních událostí staršího dospělého věku a raného stáří

Definujte depresi, popište její klinické příznaky

Charakterizujte depresi ve vyšším věku

Popište mechanismus vzniku deprese

Vyjmenujte možnosti léčby deprese

Doporučená literatura:

Jiráček R. Gerontopsychiatrie. Galén 2013

Topinková E. Geriatrie pro praxi. Galén 2005

Kalvach Z et al. Geriatrie a Gerontologie. Grada Avicenum 2004.