

Deprese u pacientů s demencí

doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.^{1,2}, MUDr. Michaela Baumanová¹, MUDr. Hana Vaňková^{1,2,3},
MUDr. Božena Jurašková, Ph.D.⁴

¹Gerontologické centrum, Praha

²Karlova univerzita v Praze, fakulta humanitních studií

³3. lékařská fakulta UK

⁴Lékařská fakulta UK v Hradci Králové

Autoři se zabývají problematikou deprese u pacientů s demencí, diferenciální diagnostikou obou syndromů a jejich vzájemným vztahem, depresi jako komplikující komorbiditou demence, a to ze zorného úhlu geriatrických syndromů.

Klíčová slova: demence, deprese, geriatrické syndromy.

Depression in patients with dementia

The authors discuss depression and dementia syndrome, differential diagnosis of these conditions and their relationship, when depression can often be a comorbidity of dementia. Depression and dementia are discussed in the context of geriatric syndromes.

Key words: dementia, depression, geriatric syndromes.

Psychiatr. praxi 2011; 12(2): 62–64

Úvod

Depresivní porucha patří mezi nejzávažnější a nejčastější psychické poruchy ve vyšším věku. Předpoklad, že je prevalence depresivní poruchy ve stáří vyšší, se dosud nepodařilo ani potvrdit ani vyvrátit, výsledky jednotlivých studií se v tomto ohledu liší. Všeobecně se předpokládá, že prevalence deprese u seniorů je cca 15 % a jen zhruba stejné procento lidí s depresí je adekvátně a účinně léčeno moderními anti-depresivy (1). Výskyt deprese u lidí v institucích je významně vyšší a dle různých pramenů postihuje 40–50 % lidí, kteří v institucích pro seniory žijí (2). Deprese velmi významně negativně ovlivňuje kvalitu života. Počet let života, které byly ztraceny v důsledku disability a předčasné mortality (DALY – disability adjusted life years), činí z deprese nejen problém individuálního zdraví, ale také jeden z nejzávažnějších problémů veřejného zdravotnictví (3–6).

Mezi nejvýznamnější depresivní poruchy v tomto věku patří deprese organické etiologie, ale do vyššího věku také přecházejí rekurentní depresivní poruchy, vyskytují se depresivní fáze, úzkostně depresivní poruchy atd. Deprese seniorů dle DSM-IV dělíme na tzv. velké a malé deprese podle počtu depresivních příznaků, přičemž u velké deprese se jedná o 5 a více, zatímco u tzv. malé deprese o méně než 5 symptomů po dobu nejméně 14 dnů. Pro stáří je také typické, že se deprese vztahuje k dalším významným geriatrickým syndromům, přičemž tento vztah může být v jejich kauzalitě, klinickém obraze či konsekvencích (soběstačnost, integrace, autonomie) i v dalších souvislostech

(7). Z výše zmíněného pohledu na depresivní poruchu jako na medicínskou diagnózu se tak dostáváme k pohledu na syndrom, který je šířeji pojat, a to nikoli pouze biomedicínsky, ale s rozšířením také do sociálního (společenského) a kulturního kontextu, jak uvedla v širším kontextu Tinettiová se spoluautory ve své zásadní práci (8) a jak v naší literatuře přiblížil Kalvach se spolupracovníky (9). Tak je tomu také u demence a u jiných komplexních zdravotních problémů, které v geriatrii nahlížíme šířeji jako syndromy, jež mají podklad v určité diagnostické jednotce (či jednotkách), ale týkají se zároveň soběstačnosti, integrace a autonomie a mají další sociální konsekvence.

Vztah deprese a demence

Demence je syndrom, který je tvořen zpravidla třemi okruhy symptomů: poruchou kognitivních funkcí, poruchou soběstačnosti a behaviorálními a psychiatrickými symptomy demence (BPSD – behavioral and psychiatric symptoms of dementia). Nejčastější příčinou syndromu demence je Alzheimerova choroba, za kterou následují vaskulární demence a další neurodegenerativní onemocnění způsobující demenci (frontotemporální lobární degenerace, Parkinsonova nemoc, demence s Lewyho tělísky a podobně). Demenci mohou způsobit také některé další příčiny (například normotenzní hydrocefalus, intoxikace atd.), tyto případy demence jsou však vzácné a tvoří pouze několik procent z celkového počtu případů demence, zatímco naopak demence smíšené (zejména neurodegenerativní a vaskulární) jsou časté. Depresivní

symptomy se vyskytují jak v průběhu demence u Alzheimerovy choroby, tak i u jiných typů demence, nejčastěji pravděpodobně u vaskulární demence.

Depresivní porucha ve vyšším věku může do značné míry také syndrom demence napodobovat a být za něj zaměňována. V tomto případě si zpravidla depresivní pacienti na svůj deficit stěžují a jsou přítomny i jiné symptomy deprese. Pacienti s počínající demencí mají (typicky) spíše tendenci disimulovat. Apatie, nejistota, depresivní nálada mohou být u staršího člověka snadno zaměněny za nejistotu plynoucí z poruchy kognitivních a exekutivních funkcí u počínající demence. Diferenciální diagnostice obou výše uvedených syndromů může napomoci tabulka 1. Pokud diagnostické pochybnosti dále přetrvávají, což je zpravidla v situaci, kdy se jedná o tzv. depresivní pseudodemenci (tedy poruchu kognitivních funkcí jako důsledek depresivní poruchy), doporučujeme terapeutický test antidepresivy (SSRI).

Depresivní porucha se vztahuje k demenci nikoli pouze v rámci diferenciální diagnostiky. Je považována také za jeden z významných rizikových faktorů demence (respektive Alzheimerovy choroby) a za závažnou komorbiditu zhoršující nejen kvalitu života pacienta samotného, ale i jeho rodinných pečujících (7). Deprese zhoršuje průběh dalších komorbidit i soběstačnost pacienta s demencí, což má další závažné důsledky jak pro jeho život, tak pro poskytování další péče.

Diagnostika deprese u pacientů s demencí je náročnější než diagnostika depresivní poruchy

Tabulka 1. Diferenciální diagnostika demence a deprese u starších pacientů (dle 15)

	Demence	Deprese
Náhled na onemocnění	zpravidla není, pacient příznaky nezdůrazňuje, popírá, nebo dokonce se je snaží maskovat	pacient na příznaky upozorňuje, „vidíte, pořád to říkám, jak zapomínám“
Spánek – jeho poruchy	postupné poruchy až naprosté narušení diurnálního rytmu, které má víceméně stabilní charakter	fluktuující změny spánkového rytmu, insomnie depresivního charakteru, buzení se nad ránem, někdy hypersomnie
Depresivní nálada	není výrazná, nálada může kolísat podle situace	setrvalá, nicméně nemusí být výrazná
Emoční labilita	s progresí onemocnění se postupně zhoršuje, vyskytují se epizody nepřiměřeného křiku, smíchu, pláče	projevy (pláč) odpovídají celkovému stavu a špatné náladě pacienta, jsou doprovázeny dalšími projevy diskomfortu, smích se nevyskytuje, křik není tak častý
Ztráta zájmu, energie a iniciativy	postupná ztráta zájmu, která však nebývá provázena projevy smutku	ztráta zájmu je důsledkem smutku, pocitu bezvýchodnosti situace
Psychomotorický neklid	zhoršuje se s progresí onemocnění, často bývá horší v odpoledních hodinách („sundowning“, fenomén západu slunce)	pokud se vyskytuje, pak zpravidla souvisí se závažností ostatní symptomatologie, projevy úzkosti a deprese
Sebevražedné tendence	nejsou přítomny	jsou, mohou být závažné
Zhoršená koncentrace	projevuje se v rámci progresu onemocnění, výrazná u rozvinuté a těžké demence, nicméně pacient si na ni nestěžuje	jedná se o příznak vyskytující se společně s ostatní depresivní symptomatologií, pacienta zpravidla velmi obtěžuje, stěžuje si na ni
Změny tělesné váhy	v důsledku zapomínání jídla, někdy i relativně dostatečný příjem stravy nepostačuje krýt energetické nároky zvýšené v důsledku hyperaktivity – nadváha se vyskytuje spíše u pacientů s vaskulární demencí než s Alzheimerovou chorobou	v důsledku sníženého příjmu, zanedbávání této problematiky, nechutenství – někteří se naopak přejídají

u jiných skupin seniorů. I zde však musíme mít na paměti možnosti atypické a oligosymptomatické manifestace, kdy se přítomnost deprese může projevit například apatií, odmítavým chováním nebo jen zhoršením celkového stavu a komunikace. U pacientů s mírnou demencí můžeme i nadále používat Geriatrickou škálu deprese, pro pacienty s demencí byla přímo konstruována tzv. Cornell Depression Scale (7). Za nejdůležitější však považujeme klinickou zkušenost a pečlivost v přístupu k pacientům s demencí, skutečnost, že na tuto možnost v rámci své diferenciálně diagnostické rozvahy pomyslíme. Včasné nasazení antidepresiva přinese zlepšení kvality života pacienta i jeho rodinného příslušníka.

Depresivní symptomy mohou provázet pacienta v různých fázích demence. V počátečním stadiu demence při Alzheimerově chorobě či jiných onemocněních způsobujících demenci se může jednat o reakci na příznaky onemocnění, změněnou schopnost vypořádat se s instrumentálními aktivitami každodenního života a o obavy z budoucnosti a z prognózy onemocnění. Stanovení diagnózy, a zejména citlivé a postupné seznámení jak s prognózou onemocnění způsobujícího demenci, tak s možnostmi léčby a dalšími možnými opatřeními je v této chvíli nesmírně důležité. Je všeobecně známo, že problematice včasného, správného a citlivého sdělení diagnózy onemocnění způsobujícího demenci není dosud věnová-

na náležitá pozornost. Tato situace by se měla změnit ku prospěchu pacientů i jejich rodinných pečujících. I tak jim zůstane mnoho problémů, které budou muset v této fázi onemocnění řešit. Kromě adekvátní farmakoterapie (kognitiva, SSRI atd.) potřebují tito lidé také pomoc a podporu, a to jak ze strany profesionálních pracovníků, tak prostřednictvím svépomocných aktivit, například alzheimerovských společností, které jsou u nás dosud relativně vzácné. Svépomocná skupina lidí se stanovenou diagnózou Alzheimerovy choroby či jiného obdobného onemocnění vznikla teprve v loňském roce v rámci České alzheimerovské společnosti v Praze. Dříve nebyl o tuto formu podpory ze strany pacientů ani jejich rodin zájem (tak tomu dosud je i v men-

ších městech). Důležitá a naprosto klíčová je v této situaci role rodiny a dalších blízkých osob, které mohou a měly by nemocnému vytvořit vstřícné a chápající zázemí, ve kterém se nyní i v budoucnu bude cítit bezpečně a bude tu hledat podporu a pomoc.

Potřeby pacientů s demencí jsou popsány v mnoha různých materiálech, jedním z nich je strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA. Tato strategie popisuje fázi počínající demence jako období, kdy pacient potřebuje zejména podporu a poradenství, fázi rozvinuté demence jako období, kdy lidé profitují z určitého programu denních aktivit a činností (PA-programované aktivity), zatímco lidé s těžkou demencí nedokáží již z tohoto režimu profitovat a potřebují individualizované aktivity či dopomoc (IA – individualizovaná asistence).

Tyto strategie využívají celé spektrum nefarmakologických přístupů, které mohou být komplexní (jako například výše uvedená validace, ergoterapie a podobně), mohou však využívat určitých specifických technik a přístupů (reminiscenční terapie, tanec, pohybová terapie, muzikoterapie atd.).

Pokud není možné pocíty deprese, strachu a úzkosti zvládnout touto sociální oporou a psychologickou intervencí, je třeba zvážit medikaci. U pacientů vyššího věku se snažíme vyvarovat benzodiazepinů, stejně tak jako hypnotik, neboť obě tyto skupiny léků mají potenciál dalšího zhoršení kognitivní poruchy a mohou vést k dalším nežádoucím účinkům, které jsou v situaci zhoršené orientace zvláště závažné – jedná se zejména o pády. Metodou volby tak zůstávají antidepresiva, ze kterých volíme zejména ta, která mají co nejméně nežádoucích účinků a potenciálních interakcí, neboť přítomnost další medikace je ve vyšších decenních více než pravděpodobná. Metodou volby nám tak zůstává skupina SSRI antidepresiv, z nichž volíme pro tuto skupinu pacientů zpravidla escitalopram, citalopram nebo sertralin, a to z důvodu dobré účinnosti i snášenlivosti i z pohledu možných interakcí (10, 11). Tato antidepresiva jsou metodou volby jak u deprese, tak u úzkosti, která depresi často provází.

Deprese může průběh demence komplikovat nikoli pouze v úvodní fázi, ale prakticky kdykoli. Může také souviset s komorbiditami, které jsou dalším faktorem zhoršujícím kvalitu života. Jedná se zejména o chronickou bolest, poruchy výživy, zhoršení mobility. Vzhledem k závažnosti těchto příznaků a jejich dopadu na kvalitu života zejména lidí žijících v institucích,

z nichž většina trpí demencí, byla zavedena některá opatření pro jejich včasný screening. Tak například v amerických ošetrovateckých domech je doporučeno v případě vzniku či zhoršení depresivní symptomatologie provést evaluaci bolesti (a naopak). To je podle našeho názoru užitečné doporučení, neboť bolest a deprese úzce souvisí, a to zejména u pacientů vyššího věku, kdy je prevalence obou situací velmi vysoká a vzájemně se potencují (2). V této souvislosti je vhodné připomenout, že některé nástroje umožňující evaluaci bolesti i u pacientů s demencí existují i v české verzi, jedná se o škály PAINAID a MOBID (12, 13). V těchto situacích je vždy zapotřebí zhodnotit celkový zdravotní stav pacienta, medikaci a nutriční stav. Kognitivní deficit, depresivní symptomy, bolest, poruchy mobility, malnutrice a další poruchy jsou součástí multikauzálního řetězce syndromu stařecké křehkosti, jehož důsledkem je zhoršení soběstačnosti, autonomie a závislost na pomoci okolí (9).

Ve stadiu rozvinutého syndromu demence mají význam zejména nefarmakologické metody, režimová opatření, zajištění vhodného prostředí. Základním přístupem k pacientům s demencí je tzv. validace. Jedná se o přístup, při kterém respektujeme pacienta s demencí jako jedinečnou lidskou osobnost nadanou důstojností dospělého člověka, respektujeme téma, které si zvolil, a pracujeme s ním.

I ve fázi rozvinuté či pokročilé demence se u pacientů s příznaky deprese snažíme volit antidepresiva, která nemají anticholinergní efekt a mají co nejméně interakcí (výše uvedené preparáty ze skupiny SSRI) a využíváme terapeutického efektu dalších moderních antidepresiv, z nichž zejména mirtazapin volíme v případě poruch spánku a potřeby určitého sedativního efektu, venlafaxin bývá vhodný zejména u apatických pacientů. Co se týká dříve tradovaného rychlejšího nástupu efektu, nepředstavuje toto komparativní výhodu například oproti escitalopramu, výhodného navíc i z pohledu nežádoucích účinků a interakcí (10, 14).

Závěr

Deprese se velmi úzce vztahuje k problematice demence, a to z několika aspektů. Představuje rizikový faktor některých příčin tohoto syndromu. Depresi je zapotřebí vzít v úvahu v rámci diferenciální diagnostiky počínající demence. Je také závažnou komorbiditou, kterou je třeba včas a správně diagnostikovat a adekvátně léčit. Deprese úzce souvisí nejen

se syndromem demence, ale také s bolestí, malnutricí, poruchou mobility a konečně se syndromem křehkosti (frailty), na němž se podílí také kognitivní porucha.

Práce vznikla za podpory projektu NT11325 IGA MZ ČR.

Článek doručen redakci: 1. 11. 2010

Článek přijat k publikaci: 7. 3. 2011

Literatura

1. Lawrence V, Murray J, Banerjee S, et al. Concepts and Causation of Depression: A Cross-Cultural Study of the Beliefs of Older Adults. *The Gerontologist* 2006; 46(1): 23–32.
2. Vankova H, Holmerova I, Andel R, et al. Functional status and depressive symptoms among older adults living in residential care facilities in the Czech republic. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2007; 22: 1–6.
3. Healthy Ageing – A Challenge for Europe. The Swedish National Institute of Public Health. Stockholm 2006.
4. Mental Health: facing the challenges, building solutions. WHO EURO 2005.
5. The World Health Report 2004. Changing history. Geneva. WHO 2004.
6. Rozhodnutí Evropského parlamentu a Evropské rady, kterým se zavádí Druhý akční program Společenství v oblasti veřejného zdraví (2007–2013). Brusel 2006. Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA, 2008, dostupné: <http://alzheimer.cz/?PageID=629>.
7. Holmerová I, Vaňková H, Jurašková B. Deprese ve stáří. in: Pidman V, et al. Deprese z různých úhlů pohledu. Praha, Galén 2008.
8. Tinetti ME, Fried T. The end of the disease era. *Am J Med* 2004; 116: 3.
9. Kalvach Z, et al. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Praha Grada, 2008.
10. Cipriani A. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 2009; 373: 746–758.
11. Pidman V. Indikace antidepresiv v léčbě seniorů. *Česká geriatrická revue* 2009; 7(1): 26–30.
12. Holmerová I, Baumanová M, Jurašková B, Vaňková H. MOBID2- praktická škála bolesti vhodná nejen u lidí s demencí. *Česká geriatrická revue* 2009; 7(2): 79–81.
13. Holmerová I, Vaňková H, Baumanová M, Jurašková B. Bolest – podceněný problém v péči o pacienty s demencí. *Česká geriatrická revue* 2009; 7(1): 31–35.
14. Montgomery SA, Huusom AKT, Bothmer J. A Randomised Study Comparing Escitalopram with Venlafaxine XR in Primary Care Patients with Major Depressive Disorder. *Neuropsychobiology* 2004; 50: 57–64.
15. Cummings JL. Definitions and diagnostic criteria. In Gauthier S. *Clinical Diagnosis and Management of Alzheimer's Disease*. Informa, UK, 2007.

doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.

Gerontologické centrum
Šimůnkova 1 600, 182 00 Praha 8
iva.holmerova@gerontocentrum.cz

