

SYNDROM DEPRESIVNÍ PSEUDODEMENCE – je to ještě deprese, nebo již demence, nebo obojí?

MUDr. Jiří Konrád

Psychiatrická léčebna, Havlíčkův Brod

Častým diagnostickým problémem u starších depresivních pacientů bývá odlišení depresivní pseudodemence (DPD) od pravé demence. Deprese je často doprovázena přechodným kognitivním deficitem. Bývají přítomné typické neuropsychiatrické příznaky kognitivního deficitu – psychomotorická retardace a bradypsychismus, snížená chuť k jídlu, narušení cirkadiálních rytmů a další (8). Pacienti s DPD trpí depresí indukovaným kognitivním deficitem mimo rámec demence a stěžují si aktivně na poruchy paměti a neschopnost myslet nebo se soustředit (5). Rychlá a správná diagnostická rozvaha a rozhodnutí o vhodné terapii jsou naléhavé u závažných DPD s psychomotorickým zpomalením až stuporem a život ohrožujícími komplikacemi (dehydratace, dekubity, zápal plic, flebotrombóza s embolizací do plicnice a podobně). Hrozí i sebepoškozující a suicidální jednání. U seniorů trpících depresí existuje riziko, že budou označeni za dementní a lékař rezignuje na léčbu.

Autor popisuje pojem depresivní pseudodemence (DPD), jeho vývoj v psychiatrickém myšlení, kombinace deprese a kognitivního postižení (3, 4, 5, 10). Dále předkládá nástroje ke klinickému odlišení DPD od degenerativní demence (2, 10, 11) a možnosti léčby.

Klíčová slova: depresivní pseudodemence, depresivní demence, deprese ve stáří.

DEPRESSIVE PSEUDODEMENTIA (DPD)

A differentiation of depressive pseudodementia (DPD) from real dementia presents a frequent diagnostic problem. Depression is accompanied by cognitive symptoms. Typical neuropsychiatry symptoms of cognitive deficit – psychomotor retardation, decreased appetite, changes of circadian rhythm and other problems (8). Most of patients with DPD suffers from depression-induced symptoms not related to dementia and actively complain of memory disturbance an inability of thinking or concentration (5). Rapid and correct diagnostic evaluation and a decision about suitable therapy are urgent in serious DPD with psychomotor deceleration or even stupor and life threatening complications (dehydration, decubital ulcers, pneumonia, deep venous thrombosis with pulmonary embolism etc.). There is a danger of self-mutilation or suicidal behaviour. In elderly patients suffering from depression there is a danger of being diagnosed as having dementia and treatment could be neglected.

The author describes a term of depressive pseudodementia (DPD), its development in psychiatry approach, combination of depression and cognitive disorder (3, 4, 5, 10). He also presents a tool for clinical differentiation of DPDS from degenerative dementia (2, 10, 11) and treatment options.

Key words: depressive pseudodementia, depressive dementia, depression in elderly.

Psychiat. pro Praxi; 2006; 2: 70–72

Historie a definice pojmu

DEPRESIVNÍ PSEUDODEMENCE (DPD)

První použil pojem „pseudodemence“ ke konci 19. století Wernicke ve smyslu Ganserova syndromu, předpona „pseudo-“ označovala potenciální reverzibilitu kognitivního deficitu (5, 6). V r. 1961 Kiloh (6) popsal 10 pacientů, z nichž většina měla příznaky pseudodemence ve smyslu popsaném Wernickem, ale u 3 pacientů s obrazem demence se později ukázalo, že trpí „endogenní“ depresí. Indikátory depresivního onemocnění u Kilohových pacientů byly a) anamnéza, b) náhlý začátek, c) odpověď na léčbu antidepresivy. Sám pojem „pseudodemence“ je podle Kiloha zcela nespecifický a nemá diagnostickou váhu. Syndrom nepravé demence (pseudodemence) může mít mnoho příčin. Jsou to: deprese – depresivní (pseudo)demence, dekompenzace poruch osobnosti, Ganserův syndrom, Münchhausenův syndrom, konverzní stavy, hluchota, delirium, depersonalizace, disociativní stavy, účinky drog, epilepsie, hypomanie, manie, simulace, normotenzní hydrocephalus, parafrenie, schizofrenie a další.

Nejčastěji je pojem pseudodemence používán ve spojení s depresí – depresivní pseudodemence (DPD). Jako syndrom u některých depresivních nemocných je také klinicky nejvýznamnější (4).

Dichotomický versus kontinuální pohled na kategorie deprese a demence

Historicky převládala tendence k jednoznačnému oddělení poruch: depresivní pseudodemence jako funkční reverzibilní porucha a degenerativní demence jako organická ireverzibilní porucha. V klinické praxi se často vyskytuje u jednoho pacienta

i více poruch současně nebo jednoznačné rozlišení není možné (např. „ještě“ periodická deprese nebo „již“ organická deprese?). U pacientů ve vyšších věkových kategoriích je realitě bližší vidět depresivní syndrom, kognitivní deficit a degenerativní demenci jako potenciální kontinuum poruch, které mohou navzájem přecházet jedna v druhou (3, 4).

Při dlouhodobém sledování pacientů, u kterých byla diagnostikována DPD, zjistil kanadský Čech prof. Kral ve vysokém procentu přechod do degenerativní demence (7). Emeryová a Oxman (3, 4) používají také termín „tranzitorní demence“. Depresivní (pseudo)demenci a degenerativní demenci považují za dva krajní body organické deteriorace s různou závažností v multifázickém prů-

Schéma 1. Kontinuum deprese-kognitivní porucha-degenerativní demence (3, 4) podle Emery a Oxman, 1997

HISTORICKÝ TREND K DICHOTOMII:
reverzibilní – ireverzibilní
funkční – strukturální
neorganický – organický
NOVĚJŠÍ KONTINUÁLNÍ POHLED:
deprese – kognitivní porucha – degenerativní patologie

Schéma 2. Spektrum souvisejících poruch (3, 4) podle Emery a Oxman, 1997

Depresivní porucha bez pseudodemence
Depresivní pseudodemence
Deprese při degenerativní demenci
Degenerativní demence bez deprese
Souběh deprese a degenerativní demence

běhu nemoci. Na počátku může být reverzibilní „depressivní demence“ prvním stupněm nebo epizodou v progresi nemoci od deprese bez demence k degenerativní demenci, přesto bychom nikdy neměli rezignovat na hledání depresivních příznaků a jejich léčbu.

Klinické příznaky DPD a demence

Podrobný přehled současných názorů na problém podává v kapitole „Depressive pseudodementia“ v publikaci „Memory disorders in psychiatric practice“ G. desRosiers (10). V citacích z literatury poukazuje na známou zkušenost, že u geriatrických depresivních pacientů s „reverzibilní“ kognitivní poruchou je velmi častý přechod do ireverzibilní demence během jednoho roku (7). Deprese je zde pravděpodobně prodromem počínající demence. Na druhou stranu existuje řada kazuistik, potvrzujících roky trvající reverzibilitu pseudodemence u deprese. DesRosiers hledá rozdíly v klinických příznacích obou skupin pacientů. V oblasti depresivních příznaků mají nemocní s reverzibilní pseudodemencí více „somatických“ (např. insomnie) a „intrapsychických“ příznaků (např. autokazace, nihilistické ruminace). U pacientů s Alzheimerovou chorobou se vyskytují spíše „vegetativní“ příznaky než „intrapsychické“. V oblasti kognitivního profilu u pacientů s funkčním postižením (reverzibilním) může být relativně intaktní jejich schopnost řešit sémantické úlohy. Učení verbálního materiálu může ulehčit použití zažitých kognitivních technik sémantické organizace (např. kategorizace). Naopak u Alzheimerovy choroby je jednou z nejvýraznějších kognitivních poruch postupná degradace sémantických systémů, postižení sémantické (významové) organizace. To koreluje s nepřítomností náladě odpovídajících „intrapsychických“ depresivních obsahů.

Někteří autoři upozorňují na důležitou úlohu lékové toxicity na rozvoj deprese i kognitivního postižení. Další oblastí problematiky je „vaskulární deprese“ a vaskulární demence, která přesahuje rámec článku a informuje o ní především G. S. Alexopoulos (1).

Diferenciálně diagnostická kritéria DPD a demence

Pro všechny uvedené názory jsme v konkrétní situaci nuceni uvažovat, zda se u pacienta jedná o reverzibilní depresivní pseudodemenci nebo o depresivní syndrom u již dementního pacienta. V literatuře jsou opakovaně citovaná kritéria Ch. E. Wellse z r. 1979 (tabulka 2) (11) jako relevantní nástroj ke klinickému odlišení depresivní pseudodemence od demence. Např. P. Morault v r. 1995 (9) uvádí, že Wellsova kritéria se v klinickém pokusu ukázala jako

Tabulka 1: Některé klinické rozdíly mezi depresivní pseudodemencí a demencí podle R. W. Boucharda a M. N. Rossora 1999 (2)

KLINICKÝ OBRAZ	PSEUDODEMENCE	DEMENCE
Začátek	Rychlý, změny chování	Postupný, měsíce
Nálada/chování	Stabilní nebo depresivní apatická nálada	Fluktuující, někdy apatie, jindy normální nebo dráždivá
Intelektové funkce	Mnoho stížností, prohlášení o neschopnosti zvládat testy, ale výsledky relativně dobré	Objektivní deficit v neuropsychologických testech, ale pacienti minimalizují nebo racionalizují selhání
Sebehodnocení	Špatné	Normální
Přidružené příznaky	Úzkost, nespavost, anorexie	Občas insomnie
Trvání	Variabilní, příznaky mohou odeznít spontánně nebo po léčbě	Příznaky progredují postupně během měsíců a let
Příčina konzultace	Přichází sám postižený, má strach z demence, slyšel o Alzheimerově chorobě	Přiveden členy rodiny, kteří zaznamenali změny paměti, osobnosti nebo chování
Anamnéza	Psychiatrická anamnéza a/nebo rodinné či osobní problémy	Rodinná anamnéza demence není neobvyklá

Tabulka 2. Hlavní klinické rysy pseudodemence a demence podle Ch. E. Wellse 1979 (11)

1. KLINICKÝ PRŮBĚH A ANAMNÉZA

Depresivní porucha bez pseudodemence	Demence
Rodina si bývá vědoma dysfunkce a závažnosti	Rodina si nebývá vědoma dysfunkce a tíže
Začátek může být datován	Začátek plíživý, obtížně přesněji datován
Krátkodobé trvání příznaků před lékařským zásahem	Dlouhé trvání příznaků před lékařským zásahem
Rychlá progresse příznaků	Pomalá progresse příznaků
Častá psychiatrická anamnéza	Málo obvyklá psychiatrická anamnéza

2. STESKY A KLINICKÉ CHOVÁNÍ

Depresivní pseudodemence	Demence
Často velké stížnosti na kognitivní postižení	Obvykle malé stížnosti na kognitivní postižení
Obvykle detailní stížnosti na kognitivní postižení	Obvykle neurčité stížnosti na kognitivní postižení
Zdůrazňování neschopnosti	Zatajování neschopnosti
Upozorňování na selhání	Potěšení výsledkem, jakkoliv triviálním
Malé úsilí zodpovědět i jednoduché otázky	Velké úsilí zvládnout úkoly
Chybí snaha pokračovat v zadaném úkolu	Pacienti spoléhají na poznámky, kalendář ... aby mohli pokračovat
Obvykle silný výraz nepohody	Obvykle nevyhlízejí znepokojeně
Afektivní změny často převažují	Afekt často labilní a mělký
Ztráta sociálních dovedností časná a výrazná	Sociální dovednosti často zachovány
Chování často není kongruentní se závažností kognitivní dysfunkce	Chování obvykle kongruentní se závažností kognitivní dysfunkce
Noční zdůraznění dysfunkce neobvyklé	Noční zdůraznění dysfunkce obvyklé

3. PAMĚŤOVÁ, KOGNITIVNÍ A INTELEKTOVÁ DYSFUNKCE

Depresivní pseudodemence	Demence
Pozornost a koncentrace často dobře zachovány	Pozornost a koncentrace obvykle postiženy
Častá odpověď „nevím“	Časté odpovědi „těsně vedle“
V orientaci často „nevím“	V orientaci často záměna neobvyklého za běžné
Recentní p. a staropaměť postiženy stejně	Recentní p. postižena závažněji než staropaměť
Výrazná variace v odpovědích na otázky podobné obtížnosti	Konzistentně špatné odpovědi na otázky podobné obtížnosti

jediná relevantní mezi ostatními klinickými nástroji. Z pozdější doby uvádím pro jejich přehlednost kritéria R. W. Boucharda a M. N. Rossora (1999) (tabulka 1) (2).

Z vlastní praxe považuji za nejpodstatnější pro DPD mikromanické myšlenkové obsahy (autoakuzace, nihilistické bludy, zdůrazňování vlastní neschopnosti), náhlý začátek a psychiatrickou anamnézu.

Možnosti léčby

Jakmile zjistíme depresivní příznaky, léčíme samozřejmě antidepresivy i v přítomnosti organického kognitivního postižení. Deprese je nejčastějším psychiatrickým příznakem u demence (8). Přednost dáváme lékům s minimem nežádoucích účinků – SSRI, RIMA a další (8). Vhodné jsou i preparáty z ostatních skupin antidepresiv v lékových formách s prodloužením či kontrolovaným uvolňováním, u kterých se nežádoucí účinky vyskytují méně často nebo mají menší intenzitu.

Vždy vylučujeme jinou organickou lézi mozku pomocí neurologického vyšetření a dostupných zobrazovacích metod, nejlépe CT mozku. Nutná je komplexní léčba včetně psychologické podpory a psychoterapie, ošetrovatelské péče s mobilizací hybnosti a dostatečnou hydratací a alimentací, v případě nutnosti i pomocí nasogastrické sondy nebo infuzí. Pokud je deprese rezistentní na farmakologickou léčbu deprese a přetrvávají mikromanické depresivní příznaky nebo hrozí potenciální komplikace s odmítáním stravy a tekutin, stuporem nebo sebepoškozujícím jednáním, je indikovaná elektrokonvulzivní terapie. Autor má s touto léčbou v uvedených indikacích velmi dobré zkušenosti. Lze ji použít i v případě přítomného kognitivního deficitu úrovně MCI či lehčí demence,

ovšem za pečlivého monitorování psychického i somatického stavu pacienta po každém zákroku a kvalifikované aplikaci elektrokonvulzí lege artis. To znamená u dobře hydratovaných pacientů, s minimálními nutnými dávkami anestetika a myorelaxační látky a dostatečné oxygenace čistým kyslíkem těsně před aplikací elektrokonvulze, než je obvyklé u mladších pacientů. Občas se vyskytující amnestický syndrom je reverzibilní, při těžší amnézii nebo rozvoji deliria je nutno elektrokonvulzivní léčbu přerušit nebo ukončit.

Závěr

Depresivní porucha, organický psychosyndrom a demence jsou častými psychickými poruchami ve stáří. U starých lidí trpících depresí je riziko, že budou označeni za demenční. Deprese často indukuje kognitivní deficit mimo rámec demence, ale u takových pacientů lze vždy najít některé depresivní příznaky. Neexistují údaje, že by deprese způsobovala příznaky demence bez přítomnosti depresivních příznaků (5). Po depresivních příznacích musíme vždy aktivně pátrat a léčit je, i když najdeme současně kognitivní příznaky.

V diagnostice se ukazují jako podstatné pro dg. DPD náhlý začátek, psychiatrická anamnéza a přítomnost depresivních příznaků, zejména mikromanických myšlenkových obsahů (autoakuzace, nihilistické bludy, zdůrazňování vlastní neschopnosti). Ve sporných případech nám mohou pomoci uvedená diferenciálně diagnostická kritéria (2, 11).

Měli bychom si vždy být vědomi kontinuity příznaků a diagnóz a léčit depresivní příznaky i při vědomí pravděpodobnosti přítomných ireverzibilních kognitivních příznaků či již demence. Diagnóza se může upřesnit až po delším sledování (8).

U život ohrožujících (těžký negativismus, stupor, sebepoškozující jednání) a na farmakologickou léčbu rezistentních stavů s příznaky deprese neváháme po vyloučení kontraindikací přistoupit k elektrokonvulzivní léčbě za pečlivého monitorování psychického i somatického stavu.

MUDr. Jiří Konrád

Psychiatrická léčebna
Rozkošská 2322
580 01 Havlíčkův Brod
e-mail: jkonrad@itv.hbnet.cz

Literatura:

1. Alexopoulos GS, Bruce ML et others: Dialogues in clinical neuroscience, Vol. 1, No. 2, Les Lab.Servier, 1999, str. 68–77.
2. Bouchard RW, Rossor MN in: Clinical Diagnosis and management of Alzheimer Disease, Second Edition, edited by Serge Gauthier, Martin Dunitz Ltd. 1999, str. 57–58.
3. Emery VO, Oxman TE: Update on the dementia spectrum of depression. Am J Psychiatry. 1992 Mar; 149 (3): 305–17.
4. Emery VO, Oxman TE: Depressive dementia: a „transitional dementia“? Clin Neurosci. 1997; 4 (1): 23–30.
5. Fischer P: The spektrum of depressive pseudo-dementia. J Neural Transm 1996, /Suppl/ 47: 193–203.
6. Kiloh LG: Pseudodementia. Acta Psychiatr Scand 1961, 37: 336–351.
7. Kral VA, Emery OB: Long-term follow-up of depressive pseudodementia of the aged. Can J Psychiatry, 1989; 34 (5): 445–6.
8. Lovestone S, Gauthier S: Management of dementia, Martin Dunitz Ltd. 2001, str. 37–42.
9. Morault P, Palem E, Burgeois M – Annales de Psychiatrie, 9/4, 1995, str. 218–226.
10. des Rosiers G: Depressive pseudodementia In Memory disorders in psychiatric practice, edited by German E. Berios and John Rhodges, Cambridge University Press 2000, str. 268–277.
11. Wells CE: Pseudodementia. Am. J Psychiatry. 1979; 136 (7): 895–900.