

# Depresivní pseudodemence (DPD)

MUDr. Vít Bičan

Psychiatrická nemocnice Kroměříž

Depresivní pseudodemence je kognitivní deficit, vzniklý na podkladě depresivity (tzv. nepravá demence). Je závažnou komplikací depresivní poruchy, jejíž hlavní nebezpečí tkví v nesprávné diagnóze a tedy následně v chybné terapii, což samozřejmě vede k nežádoucí prodloužení onemocnění, popřípadě farmakorezistenci. Bývají přítomny znaky kognitivního deficitu a symptomy typické pro depresivitu. V práci je uveden základní přehled diferenciální diagnózy DPD a možnosti její léčby.

**Klíčová slova:** depresivní pseudodemence, depresivní porucha, syndrom demence.

## Depressive pseudodementia (DPD)

Depressive pseudodementia is a cognitive deficit, arising out of the depressivity (so-called false dementia). It is a serious complication of depressive disorder, which may lead to misdiagnosis and consequently, the wrong treatment, with consequence in prolongation of disease, or pharmacoresistance. Both signs of cognitive deficits and symptoms of typical in depression are obvious. Basic survey of depressive pseudodementia differential diagnostics is shown this paper.

**Key words:** depressive pseudodementia, depression, dementia.

Psychiatr. praxi 2014; 15(1): 39–40

### OBECNÁ DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA PRO DEPRESI DLE MKN-10:

- Trvání alespoň 2 týdny
- V průběhu života se nikdy nevyskytly příznaky hypománie či mánie
- Depresivita není způsobena užíváním psychoaktivních látek nebo organickou poruchou
- Depresivní nálada jednoznačně abnormální pro daného jedince, je přítomna po většinu dne, téměř každý den a trvající alespoň 2 týdny
- Ztráta zájmů a potěšení při aktivitách, normálně příjemných
- Pokles energie či zvýšená unavitelnost
- Ztráta sebedůvěry či sebeúcty
- Výčitky proti sobě, pocity nadměrné, bezdůvodné viny
- Suicidální myšlenky či chování
- Psychomotorické zpomalení či agitovanost
- Poruchy spánku
- Změna chuti k jídlu

### ETIOPATOGENETICKÉ FAKTORY:

- **Biologické** – neurotransmiterový deficit (serotoninový, noradrenalinový, dopaminový)
- **Genetické** – riziko onemocnění probanda, jehož rodiče netrpěli depresivní poruchou je 8%, pokud alespoň jeden z rodičů trpěl depresivní poruchou, riziko stoupá na 24 %
- **Psychosociální** – stresové prostředí, neschopnost účinné relaxace, osobnostní dispozice, nárazová psychosociální zátěž

### EPIDEMIOLOGIE:

- Prevalence depresivní poruchy v běžné populaci je 5–16 %
- Ženy trpí depresí 2krát častěji nežli muži
- Rekurence onemocnění až 50 %

### DIAGNOSTIKA K VYLOUČENÍ PRAVÉ DEMENCE A ZÁROVEŇ K POTVRZENÍ (ČI VYLOUČENÍ) DEPRESE:

- Laboratorní testy – biochemie včetně mineralogramu, krevní obraz, diferenciální rozpočet, CRP, jaterní testy, vč. GMT, TSH, fT4, urea, kreatinin, celková bílkovina+albumin (především u seniorů), Fe, ferritin, Cu (k vyloučení Wilsonovy choroby), folát, ceruloplasmin, hladina B12 v séru, moč+sediment močový
- Zobrazovací a měřené testy – EKG, popř. EEG, RTG srdce a plic, CT mozku, popř. MRI, SPECT, PET, DAT-scan
- Psychiatricko-diagnostický rozhovor s pacientem a, je-li třeba, i podpůrný pohovor v rámci psychiatrické intervence, posouzení chování včetně možného rizika suicidia, pečlivá anamnéza od pacienta (pokud je schopen) i od jeho rodiny
- Škálovací testy k vyloučení demence – MMSE, Addenbrookský kognitivní test, Clock test, Hatchinského skóre
- HAMD – Hamiltonova psychiatrická stupnice pro posuzování deprese
- GDS – stupnice pro posuzování depresivity u geriatrických pacientů
- Je-li podezření na somatickou komorbiditu, je nutno doporučit i interní konzilium

**Tabulka 1.** Základní rozdíly mezi kognitivním deficitem u deprese a demence:

|                                                                            | Pseudodemence                                                 | Demence                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Náhled k chorobnosti                                                       | Pacient si mnestický deficit uvědomuje, má obavy z demence    | Snaha o dissimulaci, konfabulace, racionalizační tendence                                  |
| Mnestický deficit                                                          | Recentní paměť i staropaměť zhruba stejně postiženy           | Výrazněji a dříve postižena recentní paměť. Staropaměť přetrvává déle až do těžších stadií |
| Nástup potíží                                                              | Rychlý, korelace se změnou nálady                             | Pomalejší                                                                                  |
| Spolupráce nemocného při léčbě                                             | Uspokojivá, vzhledem k nosognosi pacient je v léčbě agilnější | Bez motivace, pacient nevidí důvody k jakékoliv léčbě                                      |
| Výsledky objektivizace mentálních schopností/MMSE, Addenbrook, Clock-test/ | Kolísavé výrazněji, a to i během jednoho dne                  | Stabilně špatné a s další restriktivní tendencí dle progresu onemocnění                    |
| Koncentrace pozornosti                                                     | Spíše kolísavá                                                | Výrazně snížena, tendence k těkavosti                                                      |
| Afektivita                                                                 | Stabilní, depresivní, apatická                                | Kolísá výrazněji                                                                           |
| Iniciátorem úvodního lékařského vyšetření je                               | Často pacient sám                                             | Rodina pacienta                                                                            |
| Prognóza onemocnění                                                        | Reverzibilita a kognitivní úprava po adekvátní léčbě          | Ireverzibilita, progresse onemocnění                                                       |
| Reakce na kognitiva                                                        | Bez efektu, kognitiva nejsou indikována                       | V indikovaných případech mohou mít zřetelný efekt                                          |
| Reakce na antidepressiva                                                   | S efektem                                                     | Bez efektu, i když po antidepressivech dochází ke zlepšení poruch chování                  |

**Cave:** Součástí syndromu demence bývá deprese jako jeden z behaviorálních a psychologických příznaků.

#### LÉČBA DEPRESIVNÍ PSEUDODEMENCE JE OBDOBNÁ JAKO U DEPRESIVNÍ PORUCHY:

- Léčbou první volby bývají obvykle SSRI (escitalopram, citalopram, sertralin), SNRI (venlafaxin), NaSSA (mirtazapin), popř. SARI (trazodon) či RIMA (kupř. moklobemid-ta však v první volbě nestandardně)
- Je-li k depresivitě přítomna i úzkostná symptomatika, přichází v úvahu s opatrností též anxiolytika benzodiazepinová i nebenzodiazepinová do doby náběhu antidepressiva nejlépe s anxiolytickým účinkem (SSRI, SNRI)
- V případě nedostatečné účinnosti je možná augmentace thymoprofilaktiky (valproát, karbamazepin, popř. lithium) nebo atypickými antipsychotiky
- V případě život ohrožujících stavů (suicidální nebezpečí, odmítání stravy, tekutin) a u jasně diagnostikované refrakterní depresivní pseudodemence přichází v úvahu též EKT
- Psychoterapie – v případě DPD je vhodná jako doplňující terapie k medikaci (podpůrná, kognitivní, behaviorální, kognitivně-behaviorální, psychoanalytická, interpersonální)
- Kognitivní trénink a nácvik sociálních dovedností, resocializační trénink

#### Literatura

1. Praško J. et al. Depresivní poruchy. In: Klinická psychiatrie, Praško J. et al. Praha: Tigris 2011: 235–246.
2. Lužný J. Gerontopsychiatrie Praha: Triton 2012.
3. Látalová K. Základní zásady farmakoterapie. In: Klinická psychiatrie, Praško et al. Praha: Tigris, 2011: 77–101.
4. Luzny J. Agomelatine in Elderly Finally a Patient Friendly Antidepressant In Psychogeriatry. Actas Esp Psiquiatr 2012; 40(6): 304–307.
5. Lužný J. Nefarmakologické ovlivnění kognitivních funkcí u klientů s demencí. Ošetřovatelsví a porodní asistence. 2011; 2(4): 312–318.
6. Raboch J, Zvolský P, et al. Psychiatrie. Praha. Galén 2001: 259–272.
7. Raboch J, Laňková J. Deprese-doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře, Praha 2008: Dostupný z: <http://www.svl.cz/Files/nastenka/Page-4771/Version1/deprese.pdf>.

Článek doručen redakci: 7. 8. 2013

Článek přijat k publikaci: 3. 1. 2014

#### MUDr. Vít Bičan

Psychiatrická nemocnice  
v Kroměříži, Uzavřené ženské  
gerontopsychiatrické oddělení  
Havlíčková 1 265, 767 40 Kroměříž  
[bicanv@plkm.cz](mailto:bicanv@plkm.cz)

