

Deprese u starších osob

doc. MUDr. Martina Zvěřová, Ph.D.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha

K nejčastějším duševním onemocněním vyššího věku patří kromě poruch paměti depresivní poruchy. Etiologie tohoto závažného interdisciplinárního onemocnění bývá často komplikovaná. Při vzniku deprese ve vyšším věku hrají důležitou roli jednak biologické faktory a psychosociální stres, menší roli hrají genetické faktory. Deprese per se může být příčinou sociální deprivace, osamělosti, potíží v každodenních činnostech. Zvyšuje riziko zneužívání alkoholu, léků, sebezanedbávání. Má vliv nejen na nemocného samotného, ale i na jeho blízké okolí. Stojí i za zvýšenou spotřebou zdravotních a sociálních služeb. Antidepresivní terapie je efektivní a bezpečná.

Klíčová slova: deprese, starší pacienti, demence, farmakoterapie.

Late-life depression

The most common disorder in an advanced age except dementia remains late-life depression. Etiology of this serious process is complicated. There are important factors such as biological factors, psychosocial stress, and in lesser extent genetic factors. Depression by itself can cause social deprivation, isolation, and complication in daily life. It increases risk of alcohol and drug consumption and loss of self-care. Depression influences not only patient but also his relatives. It presents not only an escalating financial drain on the patient's family and estate but also a public health concern. Antidepressant treatment is effective and safe.

Key words: depression, elderly patients, dementia, pharmacotherapy.

Úvod

Depresivní poruchy ve vyšším věku patří vedle demencí a jejich komplikací k nejčastějším diagnózám vyžadujícím nutnost psychiatrické intervence. Současně jde i o častý důvod hospitalizace na psychiatrickém lůžku (1). S ohledem na zvyšující se počet seniorů přibývá i depresivních poruch u této populace. Podle dostupných údajů lze odhadovat, že do roku 2025 bude více než 1/3 populace starší 60 let (2). To s sebou mimo jiné přináší i nárůst zdravotních problémů, včetně duševních onemocnění, tedy i depresí, pro které je věk nezávislým rizikovým faktorem. Deprese se podle některých demografických a epidemiologických ukazatelů stávají jednou z nejvýznamnějších příčin „ztracených let v důsledku snížení funkčních schopností – disability“ (po ischemické chorobě srdeční) (1).

Diagnostika a léčba

Diagnostika a léčba deprese ve vyšším věku není pokaždé snadná a přesná, jelikož symptomatika bývá často odlišná od „učebnicové“ deprese mladšího věku. Depresivní poruchy nezřídka doprovázejí celou řadu dalších chorob, jejichž průběh komplikují nebo urychlují. V řadě případů se podílejí na jejich etiopatogenezi, a představují pro ně i významný rizikový faktor. Ve výčtu etiologických a rizikových faktorů depresivních poruch figurují jednak vlivy biologické a psychosociální, jednak některá tělesná a neurodegenerativní onemocnění, která jsou s výskytem depresí často spojena. Mezi onemocnění dávající do souvislosti s vyšším výskytem deprese se řadí zejména cerebrovaskulární a kardiovaskulární onemocnění (depresivita u 47 % pacientů po centrální mozkové příhodě; u 45 % pacientů po infarktu myokardu), metabolické po-

ruchy (depresivita u 50 % pacientů s hypotyreózou, u 8–28 % s diabetem mellitem, u malnutrice a hypovitaminózy), onkologická onemocnění (nejvyšší u karcinomu pankreatu, až 50 %) a neurodegenerativní a smyslová onemocnění (depresivita u 39 % pacientů s Parkinsonovou nemocí, až u 58 % pacientů s roztroušenou sklerózou). Většinou platí, že chronické a závažné tělesné onemocnění je pro rozvoj deprese vyšším rizikem než náhle vzniklé onemocnění (3). Závažnost depresivních poruch ve stáří tkví i ve velmi vysokém riziku sebevražděného jednatel.

Mezi kritéria depresivní fáze podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10) řadíme stabilně depresivní náladu, která je přítomná po většinu dne, a která trvá alespoň 2 týdny, dále ztrátu zájmů a potěšení z aktivit jinak běžných, ztrátu sebedůvěry a sebeúcty, zvýšenou unavitelnost a pokles



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

doc. MUDr. Martina Zvěřová, Ph.D., martina.zverova@vfn.cz

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha, Ke Karlovu 11, Praha 2

Psychiatr. praxi 2021; 22(3): 126–128

Článek přijat redakcí: 13. 7. 2021

Článek přijat k publikaci: 8. 9. 2021

energie. Typická je i změna psychomotorické aktivity (nejčastěji její zpomalení), prožívání pocitů bezdůvodné viny nebo výčitek, poruchy spánku, opakované myšlenky na smrt nebo sebevraždy, snížená schopnost koncentrace, nechutenství, či naopak přejídání se. Mezi další doprovodné příznaky patří anxieta nebo apatie, pocity marnosti, zbytečnosti, někdy naopak bývá přítomna zvýšená iritabilita, vnitřní napětí a neklid. Pro diagnostiku těžké deprese s psychotickou hloubkou je podstatná přítomnost mikromanických myšlenkových obsahů (nihilistické bludy, zdůrazňování vlastní neschopnosti a sebeobviňování se), případně depresivní stupor (4).

Deprese se ve stáří vyskytuje častěji než ve středním věku. V literatuře bývá nejčastěji v této věkové kategorii uváděna 10–12% prevalence plně vyjádřené depresivní poruchy. Pokud jsou započítány depresivní stavy i s neúplně vyjádřenou symptomatikou, dostáváme se na hodnoty 15–25 %. Ještě mnohem častěji se podle výsledků studií objevuje deprese u seniorů žijících ve zdravotnických a sociálních zařízeních, jako jsou domovy důchodců nebo léčebny dlouhodobě nemocných, procento postižených depresí se pohybuje mezi 30–50 % (v závislosti na metodice šetření) (5). Na druhou stranu má zdravý senior spíše menší riziko vzniku deprese než mladší jedinec, což se vysvětluje nejčastěji již nabytými životními zkušenostmi a určitým nadhledem při řešení obtížných životních situací.

Příčiny vzniku depresí u seniorů jsou různé. Jednou z hlavních příčin je chronický stres. Na jeho zvyšování mají vliv především akutní a chronická tělesná onemocnění a bolesti, finanční a sociální problémy, nepříznivá bytová situace aj. Spouštěčem onemocnění bývají také negativní životní události, především ztráta partnera, odchod do důchodu, ztráta socioekonomického statutu, ztráta přátel, což vede ke ztrátě sociální podpory a prostoru k udržování důležitých sociálních dovedností (6). Velmi deprimující je pak narušení mobility a soběstačnosti. Mezi nejčastější diagnózy poruch nálady, přetrvávající z mladšího věku, patří periodická depresivní porucha, depresivní fáze bipolární poruchy, případně deprese provázející jiná duševní onemocnění. Nově se u starších pacientů objevují depresivní syndromy provázející organické postižení centrálního nervového systému, včetně demencí. I u pacientů starších 65 let se však setkáváme s depresivními poruchami,

kteří nevznikají na organickém podkladě a které se v tomto věku vyskytnou poprvé. Je potřeba myslet i na možnost vyvolání deprese iatrogeně, nejčastěji nevhodnou kombinací léčiv, s možností plné manifestace včetně suicidálních pokusů! Po vysazení depresogenní medikace příznaky spontánně mizí. Mezi tato farmaka patří některá antihypertenziva (betablokátory, thiazidy, reserpin), digoxin, kortikoidy, antiparkinsonika (L-DOPA, amantadin), nesteroidní antiflogistika (indometacin), analgetika (kodein, opioidy), řada cytostatik a některá psychofarmaka (benzodiazepiny, některá antipsychotika I. generace). Symptomy deprese bývají u starších nemocných občas mylně pokládány za průvodní jev fyziologického procesu stárnutí, a tak porucha zůstává často nediagnostikovaná. Důvodem chybějící či mylné diagnózy může být i fakt, že jednoznačná kritéria plně rozvinuté depresivní fáze nemusí být u starších pacientů naplněna či jsou atypicky vyjádřena. Problematiku depresí u seniorů je navíc velmi důležité zasadit do komplexního kontextu bio-socio-ekonomického, demografického i politického. Mezi rizikové faktory pro rozvoj deprese ve stáří patří: věk nad 60 let, ženské pohlaví, bolest, přítomnost tělesného onemocnění nebo jeho chronicita, neuroendokrinní změny, abúzus alkoholu a návykových léků, sociální izolace, existenční problémy, ztráta blízké osoby, pozitivní psychiatrická anamnéza, porucha osobnosti, organické změny CNS či postupné zhoršování senzorických funkcí. Ve starším věku dochází nejen k vzestupu rizikových faktorů, ale deprese obecně také trvá déle než u mladých jedinců, má tendenci k chronifikaci. S postupujícím věkem přibývá obvykle i počet negativních životních událostí a životních ztrát. Na rozdíl od mladého pacienta, starší lidé (zejména muži) o svých emocích většinou neradi mluví, „nechtějí zbytečně zatěžovat lékaře“. Mají spíše sklon depresi popírat, zlehčovat či racionalizovat („nemám dobrou náladu proto, protože mě tak bolí klouby“). Hovoří se o tzv. „depresi bez deprese“. Nemocný se spíše upíná na tělesné příznaky, jako je nevolnost, bolest, pálení nebo křeče, nebo uvádí příznaky z tzv. somatického syndromu depresivních poruch (ztráta energie, nespavost, nechutenství, hubnutí a další). Tyto obtíže bývají dlouhodobé, nedaří se je řádně objektivizovat a jsou často provázené nevysvětlitelným zhoršováním celkového stavu (7). Takový pacient pak přichází k psychiatrovi až po několika-měsíčním trvání poruchy, většinou po celé řadě

zbytečných a potíže nevysvětlujících vyšetření a neúspěšné léčbě tělesných obtíží. Někdy také bývá přiveden rodinou kvůli svému změněnému chování, podrážděnosti, nezájmu o okolní dění, zanedbávání vlastních potřeb, včetně potřeb nutričních a hygienických, případně pro podezření na demenci. Obtížné může být odlišení deprese od demence v případě, kdy behaviorální projevy deprese mohou napodobovat demenci. Jde např. o zanedbávání osobní hygieny a vzhledu, odmítání potravy, vykonávání potřeby mimo WC, o slovní a fyzickou agresivitu, nadměrné požívání alkoholu bez předchozího podobného chování v předchorobí. U tzv. „depresivní pseudodemence“ si nemocný stěžuje na oslabení kognitivních funkcí, které vnímá a popisuje jako závažnější a více obtěžující, než jakým ve skutečnosti je. V těžších případech pak může nemocný imponovat jako člověk postižený demencí (8). Nesmíme nicméně zapomenout na to, že deprese na demenci nejen často nasedá, ale že deprese ve vyšším věku do demence často přechází. Vždy je třeba myslet na to, že jde o onemocnění, které pacientovi významně zhoršuje kvalitu života a způsobuje psychické utrpení. 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 pohodově použitelnou v praxi. 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, perniciózní anémie, septické stavy, thyreopatie a podobně. Z dalších diferenciálně-diagnostických možností je nutno vzít v úvahu deliria, zejména hypoaktivní delirium se klinicky může prezentovat jako depresivní či dementní onemocnění. Cílem léčby deprese je odstranění či zmírnění depresivních symptomů, zabránění opakování příznaků a zlepšení celkové kvality života nemocného (9). Deprese je léčitelná asi u 65–75 % lidí staršího věku (10). Léčba deprese musí být vždy individuální, používá se psycho-terapie, farmakoterapie či kombinace obojího. Záleží na příčinách, osobnosti nemocného a závažnosti příznaků. U motivovaných pacientů s mírnou depresí můžeme vystačit s psychote-

rapii, u těžších stavů jsou potřeba psychofarmaka. Jako nejúčinnější se ukázala kombinace obou uvedených metod. Je také důležité udržet pravidelný denní režim, dostatečný přísun přiměřené stravy a tekutin, pohyb. Není vhodné nechávat nemocného samotného, je důležité podporovat ho a zdůrazňovat léčitelnost depresivní poruchy. Farmakoterapie depresivních poruch ve stáří se řídí podobnými pravidly jako léčba v mladším věku, je však zapotřebí pamatovat na větší rizika nežádoucích účinků a lékových interakcí. Snažíme se preferovat modernější preparáty s menším množstvím nežádoucích účinků, zejména anticholinergních, s kratším biologickým poločasem a jednoduchým dávkováním (9, 10). Při výběru vhodného antidepresiva bychom měli vždy brát do úvahy komorbidní onemocnění, zejména cerebro- a kardiovaskulární. Lékem 1. volby jsou antidepresiva ze skupiny SSRI. Mají prokázaný pozitivní efekt a minimum nežádoucích účinků. Antidepresivum I. generace se pokud možno snažíme vyhýbat vzhledem k rizikům nežádoucích účinků, zejména anticholinergních, kardiologických a nebezpečí posturální hypotenze. Silně dopaminergně působící bupropion z antidepresiv II. generace je vhodný u utlumených a apaticko-abulických depresí. Antidepresiva 4. generace jsou mnohdy účinná u pacientů, kteří na léčbu antidepresivy 3. generace nereagují. V gerontopsychiatrii se z této skupiny nejvíce osvědčil mirtazapin a venlafaxin (6).

Antidepresivum vortioxetin se svou multimodální aktivitou je další z možností našeho armamentária i vzhledem k popisovanému prokognitivnímu účinku. Nicméně jeho dávku je nutno pečlivě titrovat. Z dalších antidepresiv je výhodný tianeptin a někdy trazodon (především k úpravě spánku). Dobře je tolerován reverzibilní IMAO moclobemid. Melatoninový agonista a selektivní serotoninový antagonist agomelatin účinkuje jednak jako antidepresivum s dobrým

anxiolytickým a antidepresivním účinkem, jednak je vhodný k úpravě spánku. Vzhledem k časté úzkostné symptomatice se nevyhneme krátkodobému používání benzodiazepinových anxiolytik. V léčbě preferujeme látky s krátkým biologickým poločasem a menším rizikem kumulace. Patří k nim oxazepam, alprazolam a bromazepam. Hydroxyzin jako anxiolytikum není ve vyšším věku příliš vhodný vzhledem k jeho anticholinergnímu působení. Pokud je nutná augmentace antipsychotiky – zejména u psychotických depresí a u rizika suicidia, preferujeme atypická antipsychotika s menším množstvím nežádoucích účinků a lépe tolerovaná. U depresivních pacientů nejčastěji používáme sulpirid a amisulprid, quetiapin, olanzapin a risperidon v nižších dávkách. 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. Z novějších přípravků lze zejména u těžkých depresí podle výsledků ze zahraničí úspěšně použít lurasidon, zejména pro jeho bezpečnostní profil. U nás jde, bohužel, o off-label indikaci. Při rekurenci deprese medikaci posilujeme stabilizéry jako valproát, olanzapin či lamotrigin, velmi opatrní jsme při podávání lithia. Elektrokonvulzivní terapie zejména u rezistentních depresí je stále velmi efektivní a bezpečná metoda. Z fyzikálních metod se u sezónních depresí využívá efektu harmonizace denních rytmtů aplikací jasného světla. Doporučuje se dlouhodobé podávání antidepresiva. Za nejkratší správný interval je dnes považována doba minimálně devíti měsíců, nejlépe však jednoho roku. V případě, že prodělal starší nemocný plně vyjádřenou depresivní fázi nebo byla-li tato fáze těžká, měl by antidepresivum užívat nejlépe doživotně. Profylaktické 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. Případné vysazení antidepresivní léčby by mělo probíhat 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. Velmi důležitá je prevence deprese, zejména u rizikových skupin. Mezi faktory, které snižují riziko vzniku deprese, patří sociální podpora a funkční sociální síť, udržování a navazování odpovídajících sociálních kontaktů, životní styl s dostatkem psychické i tělesné aktivity, stimulující prostředí. Důležitým faktorem je ale i úprava a dodržování jídelníčku, péče o vlastní zdraví, včasná a správná léčba somatických onemocnění včetně fyzické rehabilitace.

Závěr

Deprese ve stáří bývá často neúplně či atypicky vyjádřená. Výrazně snižuje kvalitu života, zvyšuje riziko vzniku kardiovaskulárních chorob a cukrovky, stupňuje nejružnější tělesné a duševní potíže a má vliv na celkovou odolnost organismu. Je tedy důležité, aby také lékaři somatických oborů na depresi aktivně pomýšeli a aktivně vyhledávali její příznaky. Diagnostické rozpaky vedou k absenci adekvátní léčby. Utrpení nemocného se tak zbytečně protahuje, protože na rozdíl od celé řady dalších onemocnění v tomto věku je terapeutický potenciál v případě deprese značný. K prevenci patří aktivní zdravý životní styl, udržování společenských kontaktů, pěstování zálib a koníčků. I přes svou závažnost se stále jedná o diagnózu spíše podceňovanou a přehlíženou. S narůstajícím procentem seniorů v naší populaci se bude kontakt lékařů všech oborů s depresivními staršími nemocnými stávat častějším.

LITERATURA

1. Blazer D, Williams CD. Epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population. *Am J Psychiatry* 1980; 137: 439–444.
2. Struktura a stárnutí obyvatelstva – Statistics Explained (europa.eu). [cit. 2021-07-12]. Dostupný na WWW: ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained.
3. Mezuk B, Edwards L, Lohman M, Choi M, Lapane K. Depression and frailty in later life: a synthetic review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2012; 27(9): 879–892. doi: 10.1002/gps.2807. – DOI – PMC – PubMed.
4. ICD-10. [online]. [cit. 2021-06-26]. Dostupné z WWW: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>.

5. Krombholz R. Deprese ve vyšším věku a její léčba. *Geriatrica a Gerontologie* 2013, 2, č. 1: 36–39.
6. Konrád J. Stáří a deprese. *neuro.cz* [cit. 2021-07-21]. Dostupný z WWW: Deprese a demence (czech-neuro.cz)
7. Avasthi A, Grover S. Clinical practice guidelines for management of depression in elderly. *Indian J Psychiatry*. 2018; 60(Suppl 3): S341–S362. doi: 10.4103/0019-5545.224474. – DOI – PMC – PubMed.
8. Wang S, Blazer DG. Depression and cognition in the elderly. *Annu Rev Clin Psychol*. 2015; 11: 331–360. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032814-112828. – DOI – PubMed.

9. Taylor WD. Should antidepressant medication be used in the elderly? *Expert Rev Neurother*. 2015; 15(9): 961–963. doi: 10.1586/14737175.2015.1070671. – DOI – PMC – PubMed
10. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2018; 20(2): 97–170. doi:10.1111/bdi.12609.