



Léčba deprese u pacientů s demencí

Tereza Uhrová

Psychiatrická klinika
Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd
Universita Karlova v Praze,
1. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Deprese

=

**nejčastější psychiatrický problém
komplikující léčbu a prognózu
nemocných se somatickými chorobami**

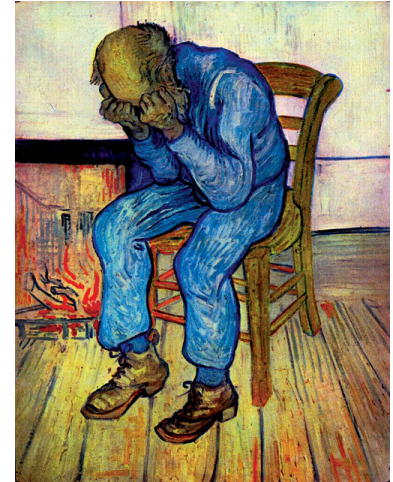
dokončený TS 5-15%!!!

Neurologická onem. + “nativní” psychopatologie

Symptomy/syndromy	Primární postižení
deprese, úzkost	PN, RS, CMP, traumata CNS, epilepsie, Alzheimerova nemoc a další demence
kognitivní poruchy, BPSD	demence
poruchy chování	frontální léze
sluchové halucinace	temporální léze
psychóza	PN, WN, HN, epilepsie, RS, intrakraniální nádory, traumata, neuroinfekce

Deprese v neurologii

- CMP 30-80%
- Epilepsie 20-40%
- RS + záněty CNS 25-50%
- Parkinsonova nemoc 40-90%
- Huntingtonova nemoc 40%
- Alzheimerova nemoc 10-20%
- Traumata CNS (mozek 15-50%, mícha 30-60%)
- Touretteův syndrom
- Chronická bolest
- Afázie



DEPRESE

Depresivní porucha

patologická porucha
nálady neodpovídající
okolnostem

ZÁKLADNÍ PŘÍZNAKY:

- ① depresivní nálada – smutek, odklonitelnost; úzkost, strach, nepohoda, vnitřní tenze
- ② ztráta zájmů a radosti – emoční reaktivita, hedonie
- ③ snížená energie a aktivita, únavnost

PŘÍDATNÉ PŘÍZNAKY:

- ④ ztráta sebedůvěry, sebepodceňování
- ⑤ pocity provinění a sebeobviňování – výčitky svědomí
- ⑥ suicidální úvahy a chování
- ⑦ neschopnost rozhodování a soustředění a zpomalené myšlení – kvantifikace (výdrž u četby/TV, obtížnost řešených úkolů, míra vůle a motivace)
- ⑧ psychomotorická retardace nebo agitovanost
- ⑨ poruchy spánku +/-
- ⑩ snížená i zvýšená chuť k jídlu – váha +/-

- Precipitující faktory (stres, vysazení léků, abusus, vysazení návykové l., komorbidita)
- Dynamika, intenzita, okolnosti
- Náhled

Neurologie:
třes HK $\neq$ Parkinsonova nemoc
→

Psychiatrie:
skleslý výraz $\neq$ deprese

Viditelný/přiznaný symptom
→ cílené vyšetření
→ objektivní nález
→ syndrom → dg. → postup

DIAGNOSTIKA DEPRESE:

- **Strukturovaný rozhovor**
- Objektivní anamnéza
- Sebeposuzovací škála (BDI; GDS)
- Hodnotící škála (HAMD, MADRS)

Popis potíží – příznaků

- spontánní
- cílená explorace psychopatolog. fenomenů

využití otázek k cílené exploraci
CAVE!!! ↓↓ validita bez zácvičku!!!

MKN-10 a DSM-5 zahrnují v dg kritériích deprese kognitivní příznaky

ZÁKLADNÍ PŘÍZNAKY:

- ① depresivní nálada
- ② ztráta zájmů a radosti
- ③ snížená energie a aktivita, únavnost

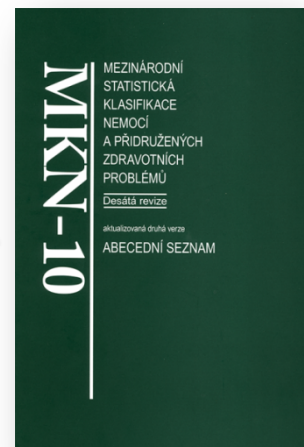
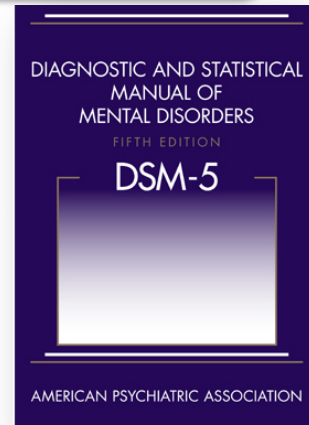
PŘÍDATNÉ PŘÍZNAKY:

- ④ ztráta sebedůvěry, sebepodceňování
- ⑤ pocity provinění a sebeobviňování
- ⑥ suicidální úvahy a chování
- ⑦ neschopnost rozhodování a soustředění a zpomalené myšlení
- ⑧ psychomotorická retardace nebo agitovanost
- ⑨ poruchy spánku +/-
- ⑩ snížená i zvýšená chuť k jídlu

MKN-10 a DSM-5 zahrnují v dg kritériích deprese kognitivní příznaky

- Snížená schopnost myslet a soustředit se
- nebo nerozhodnost
 - téměř každý den
 - buď na základě subjektivní výpovědi nebo pozorované okolím
- Psychomotorická agitovanost
- nebo zpomalení
 - téměř každý den
 - pozorované okolím, nejedná se o pouhý subjektivní pocit neklidu nebo zpomalení

- Schopnost ... soustředění je snížena
- ...významné psychomotorické zpomalení, agitovanost

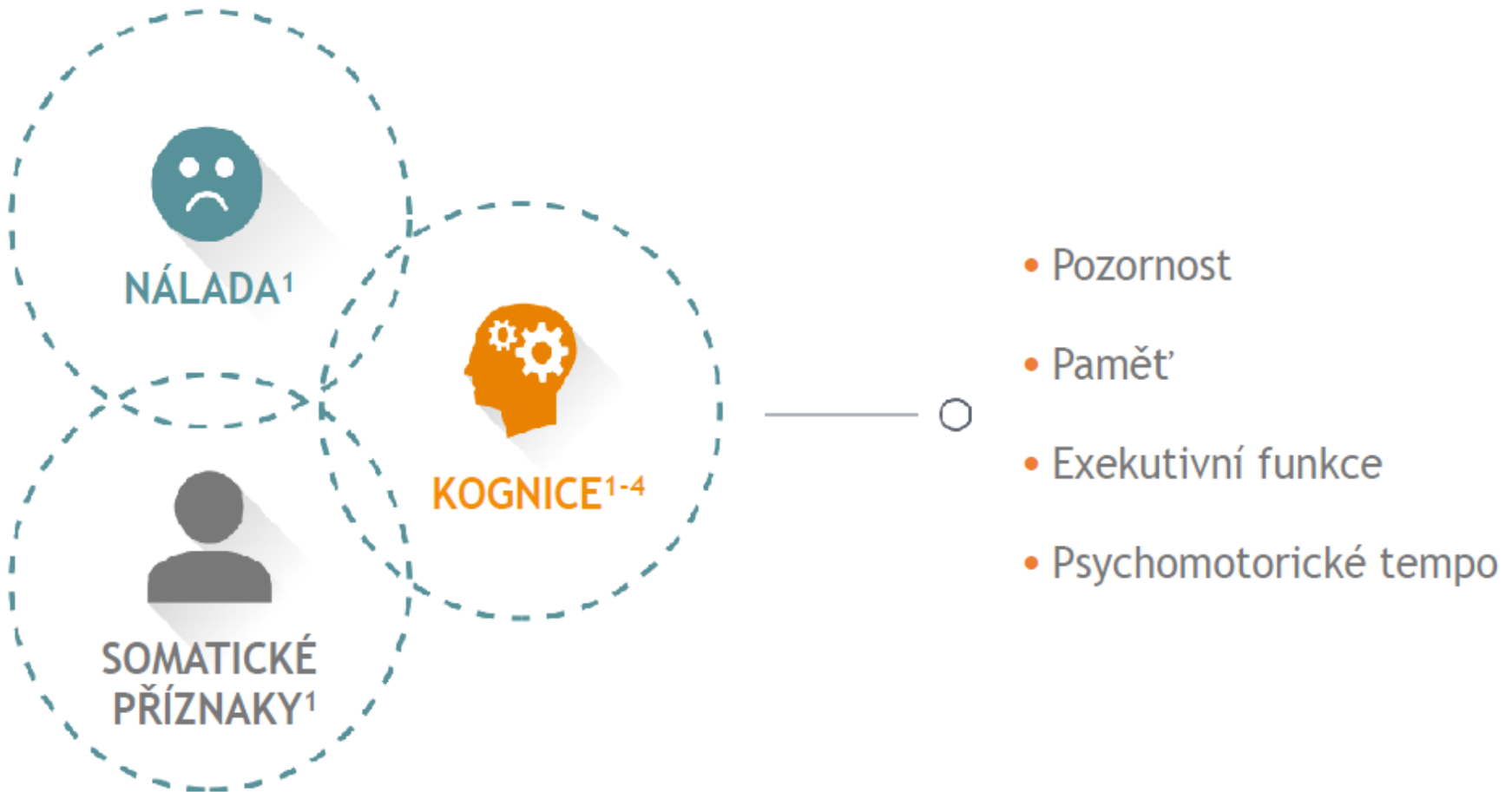


DEPRESE A DEMENCE

Deprese u seniorů

- Prevalence 10-15%
 - 2x vyšší než v celkové populaci
- Subsyndromální deprese („minor depression“)
 - klinicky významné symptomy, nenaplnějí kritéria MKN 10
 - prevalence 10-40 % u osob > 60
- Odlišná manifestace
 - „deprese beze smutku“
 - podrážděnost, agitovanost (úzkost)
 - vágní somatické obtíže, bolest
 - vymizení iniciativy či schopnosti řešit problémy
 - porucha kognitivních funkcí

Deprese u seniorů



PSEUDODEMENCE

	Deprese	Demence typu AN
Anamnéza	deprese v OA či RA, osobní či rodinné problémy	může být demence v RA
Průběh	datovaný začátek s rychlou progresí (<6 měs), může dojít k úpravě spontánní či po léčbě	nenápadný plíživý začátek s trvalou progresí (>6 měs)
Klinický obraz	výraz nepohody, zdůrazňování neschopnosti, četné stížnosti, malé úsilí odpovídat, patická nálada	nevyhlíží znepokojeně, zatajování, bagatelizace, racionalizace neschopnosti, plochá n. měnlivá emotivita
Kognitivní funkce	výrazná variace v otázkách podobné obtížnosti; často: "nevím"; kolísavý deficit; zvládání čtení a psaní efekt nápoředy	konzistentně nesprávné odpovědi, krátkodobá paměť postižena více než dlouhodobá; postižení čtení, psaní, řeči (afázie); stabilní deficit
Chování	neodpovídá závažnosti kognitivního deficitu; časná ztráta sociálních dovedností	odpovídá závažnosti kognit. deficitu, sociální dovednosti často zachovány
Konzultace	přichází sám s obavami z AN	přiveden rodinou, která registruje deficit

Deprese

= nejčastější psychiatrická komorbidita:

- u AN
- u demencí obecně
- prevalence 30-50 %

Alzheimerova nemoc

- častý 1. příznak, často předchází klinickou manifestaci AN
- rychlejší deteriorace intelektu (neléčená deprese)
- progresse nemoci: ubývání deprese
- obvykle menší intenzita příznaků, mnoho studií s rozdílnými závěry, 10-20% pac. naplňují kritéria deprese
- typická anxieta
- deprese akcentuje narušení denních aktivit, zátěž pečovatелů, může být důvodem dřívější ústavní péče

Terapie deprese u AN

Komplexní:

- podpůrná - KBT přizpůsobená potřebám, psychologická podpora, adaptační mechanismy
- farmakologická
 - 1.volba: (es)citalopram, moclobemid, selegilin
(*SSRI- rovněž zlepšení kognitivních fcí*)
 - venlafaxin, mirtazapin, trazodon
 - vortioxetin (*zlepšení kognitivních fcí*)

- „Post-Stroke-Depression“ /PSD/
- Nástup obvykle do 3 měsíců po CMP
riziko vzniku PSD 2 roky od příhody
- **Cave:**
↑ výskyt deprese u pacientů s »němými« ikty

Důsledky PSD:

- negativní postoj k rehabilitaci
- delší doba hospitalizace
- horší prognóza soběstačnosti
- vyšší morbidita/mortalita (3,4x vyšší)
- snížení kvality života

Časné prediktory PSD

- <68 let
- nízké skóre v indexu Barthelové
- pláč v prvních dnech
 - patologický pláč
(neassociovaný s PSD; inkongruentní s náladou)
 - emoční inkontinence
(41% vyvine PSD; kongruentní s náladou, nekontrolovaný)
 - katastrofická reakce
(63% vyvine PSD; pláč při selhání vlivem deficitu po CMP)

Problémy diagnostiky PSD

- sporná spolehlivost dg. - nepsychiatři **nezachytí až 50-80%**
- mylně pokládána pouze za psychologickou reakci
← CAVE: **“němé” ikty !!!**
- využití škál:
zaměřené na fyzicky zdravou populaci
← **vyšší věk:** ↓ prožitek smutku, ↑ anhedonie, ↑ somatizace a stížností na kognici a únavu
– U CMP navíc poškození nervové tkáně a somatické následky (fatická por, kognitivní dysfce, nechutenství, únava, por spánku, apatie/por. Motivace, patologický pláč, dráždivost; anosognosie – absence náhledu, popření, podceňování kognitivního zhoršení)
= překrývání duševních a somatických komplikací

Problémy diagnostiky PSD

- Sebeposuzovací škála:
 - bez komunikační bariéry: Geriatric Depression Scale (GDS)
 - s komunikační bariérou: Visual Analogue Mood Scale (VAMS)
- Hodnotící škála
 - Post-stroke Depression Rating Scale (PDRS)
 - Stroke Aphasia Depression Questionnaire
 - Aphasic Depression Rating Scale (ADRS)

Volba AD u PSD

😊 SSRI

- ≠ kardiotoxický účinek
- ≠ změny TK, TF
- citalopram (spastický pláč)
- sertralin
- escitalopram – zlepšení kognitivních fcí
(bez vazby na ↓ deprese)

😊 Mirtazapin, venlafaxin – **PREVENTIVNÍ ÚČINEK**

☹️ TCA, NA systém ovlivňující látky
↓ TK, ↑ TF
účinky kardiotoxické, deliriogenní

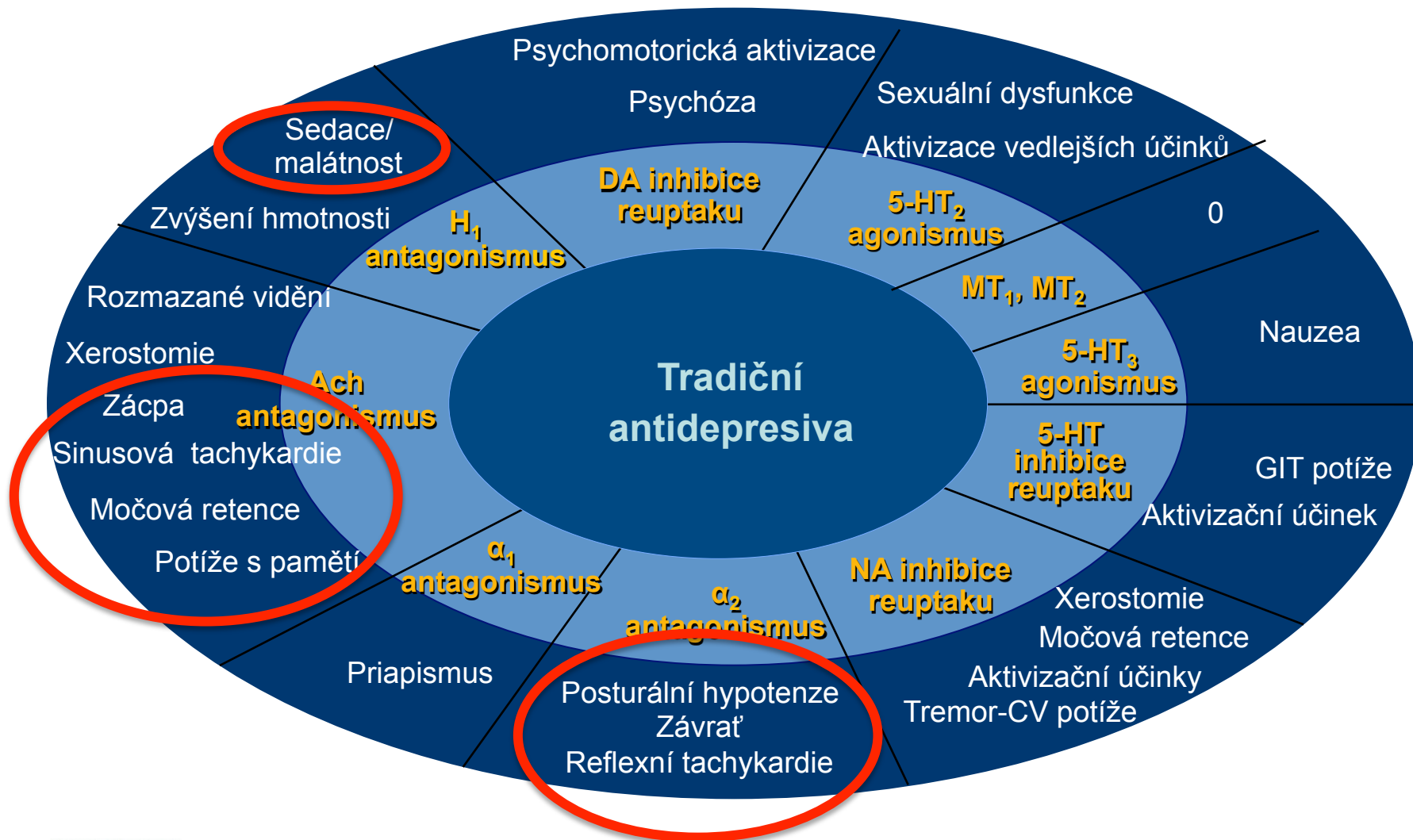
☹️ BZD

LÉČBA DEPRESE U SENIORŮ, PŘI DEMENCI

Léčba organické deprese

- volba dle převažující symptomatiky a celkového stavu
- zvážit bezpečnost, snášenlivost, lékové interakce, profil nežádoucích účinků
- další ovlivnitelná symptomatika?
 - spánek, chování, impulzivita

Nežádoucí účinky spojené s aktivitou a vazbou na jednotlivé neurotransmitery



Klasifikace AD podle mechanismu účinku

Inhibitory zpětného vychytávání monoaminů	Přímé receptorové působení	Inhibitory biodegradace	Multimodální
tricyklicka, tetracyklicka heterocyklicka (viloxazin) SSRI SARI (trazodon, nefazodon) NARI (reboxetin) DARI (amineptin) SNRI (venlafaxin, milnacipran, duloxetin) NDRI (bupropion) Enhancer reuptaku serotoninu: tianeptin	NaSSA (α_2-blokátory): mianserin mirtazapin 5HT_{1A}-agonisté: buspirone gepirone MASSA: MT₁ a MT₂ agonista (& 5HT_{2C}-antagonista): agomelatin	Inhibitory MAO: neselektivní, ireverzibilní: (trancylpromin, fenelzin) selektivní: IMAO-A: reverzibilní (moclobemid) IMAO-B: ireverzibilní (selegilin?) <i>Inhibitory COMT ?</i>	vortioxetin

Léčba organické deprese

- volba dle převažující symptomatiky a celkového stavu, zvážit bezpečnost, snášenlivost, lékové interakce, nežádoucí účinky, další symptomy
- pacienti nad 65 let, jinak somaticky nemocní
 - ⇒ SSRI /citalopram, sertralin/ x CAVE - inhibice CYP450 /fluoxetin, paroxetin/ – více lékových interakcí
 - ⇒ popř. RIMA /moclobemid/
- dominantní insomnie
 - ⇒ AD IV. generace (NaSSA) /mirtazapin, mianserin/, AD III. generace (SARI) /trazodon/
- **CAVE !** – benzodiazepiny
- psychologická podpora !
- délka léčby:
 - deprese: 6-9 měsíců od dosažení remise
 - deprese u demence: respektovat vývoj – změnu symptomatiky, komorbidit

KDO a KDE LÉČÍ ?

SÁM

- jasná diagnóza první nebo opakované depresivní epizody mírné nebo střední intenzity
- již v minulosti byla epizoda zvládnuta bez psychiatrické intervence
- pacient si přeje být léčen svým lékařem (možno si vyžádat psychiatrickou konzultaci)

PA

- komplikovaný klinický obraz s příznaky více duševních poruch (úzkostné stavy, návykové nemoci)
- diagnostická nejistota, symptomy hypománie nebo mánie v osobní nebo rodinné anamnéze
- těžká depresivní epizoda se suicidálními myšlenkami
- pacient si přeje být léčen specialistou
- pacient trpí dalšími chorobami, jejichž léčba může ovlivňovat volbu antidepressiv (např. podávaná antihypertenziva, antiparkinsonika)
- léčba v primární péči není úspěšná (po 8–12 týdnech bez uspokojivé léčebné odpovědi)

HOSP

- sebevražedný pokus nebo vysoké riziko sebevraždy (pacient s detailním plánem, jak spáchat sebevraždu, somaticky nemocný, nadužívající návykové látky, žijící sám, v anamnéze suicidální pokus, muž)
- výrazný útlum psychomotoriky (až stupor), odmítání příjmu jídla a pití
- agitovaný stav s bludnou produkcí
- nutnost zabránit negativním psychosociálním důsledkům (např. ztráta práce, narušení vztahů mezi partnery)

Take home message

- **Deprese** je nejčastější psychiatrická komplikace somatických onemocnění – proto její přítomnost zjišťujeme vždy!
- Somaticky nemocní, senioři: **anhedonie**
- Léky 1. volby jsou antidepresiva **SSRI** – nasazuje neurolog
- Trazodon, mianserin, mirtazapin, venlafaxin, vortioxetin, agomelatin, moclobemid, bupropion, tianeptin
- Účinnost AD lze hodnotit **po 3-4 týdnech**, vysazení AD u deprese po **6-9 měs. remise**, u deprese při demenci nutno **respektovat vývoj – změnu symptomatiky, komorbiditu**
- Nedostatečný efekt: **zvýšit dávku !!!**
- Anxiolytika nejsou antidepresiva ! – v seniu jsou riziková