

DEPRESE VE VYŠŠÍM VĚKU A SUICIDALITA

E. ČEŠKOVÁ

KLÍČOVÁ SLOVA

deprese ve vyšším věku
sekundární deprese
sebevražda
rizikové faktory
prevence

KEY WORDS

late life depression
secondary
depression
suicide
risk factors
prevention

změny
provázející
depresi »

SOUHRN

U deprese ve vyšším věku hraje menší roli heredita, významnější jsou biologické faktory včetně nacházených strukturálních změn CNS a psychosociální stres. Udává se, že 1–4 % starších lidí trpí depresivní poruchou. Deprese v pozdním věku je charakterizována podobnými příznaky jako u mladších pacientů, jsou tu však některé významné rozdíly (nemocný si spontánně nestěžuje na depresivní náladu, častější je přetrvávající anhedonie, úbytek hmotnosti, psychotické příznaky a suicidální jednání). Z hlediska diferenciální diagnózy jsou důležité sekundární deprese. V posledních letech pozorujeme nárůst dokonaných sebevražd ve starší věkové kategorii, což zřejmě souvisí i se stárnutím populace. Ve věkové skupině nad 75 roků je výskyt 4krát vyšší než v mladší věkové kategorii. Dokonané sebevraždy ve vyšším věku se nicméně podílejí jen v 1 % na celkové mortalitě u mužů a na 0,7 % mortality žen, naproti tomu v mladším věku se podílejí 20 % u mužů a v 13,5 % u žen. Obecně lze sebevraždám předcházet vzděláváním lékařů a omezením přístupu ke smrtícím prostředkům. V praxi je u starší populace důležitá včasná diagnostika, léčba a identifikace rizikových a protektivních faktorů. V celospolečenských rozměrech je žádoucí zvyšovat toleranci veřejnosti vůči stárnoucí populaci správně koncipovanou osvětou.

ABSTRACT

Depression in older people and suicidality. In the development of depression in older people hereditary factors may play minor part; biological factors and psychosocial stress seem to be more important. It has been shown that 1–4% of older people suffer from depressive disorder. Late life depression is characterised by the same symptoms as in younger people with some significant differences (patients do not complain spontaneously of depressive mood; on the other hand persistent anhedonia, weight loss, psychotic symptoms and suicidal behaviour are more common). Secondary depressions are to be considered in differential diagnostics. Recently, an increase of suicides in the elderly has been observed and this could be related to the ageing of populations. In older people aged over 75 year the occurrence of suicides is four-fold higher than in younger people. However, suicides in older age represent 1% of total mortality in men and 0.7% in women, compared with 20% and 13.5% respectively in the young population. Generally, suicides can be prevented by a training of general practitioners and by a restriction of access to potential means of suicide. In clinical practice an early detection and treatment of psychiatric disorders and identification of the risk and protective factors in older people are of utmost importance. In the society, an enhanced tolerance of the public towards the ageing populations by means of well-managed education is needed.

ÚVOD

Za depresi ve vyšším věku (= deprese pozdního věku) je dnes převážně považován vznik depresivní poruchy u nemocných starších 65 let; dříve byl používán pojem involuční deprese, s podstatně nižší věkovou hranicí (45 roků). Dále se setkáváme s nemocnými s rekurentní depresí, kteří se dožijí vyššího věku.

ETIOPATOGENEZE

Při vzniku deprese hrají roli genetické, biologické a psychosociální faktory. Z biologických faktorů je největší důležitost přičítána nedostatku mono-

aminů v CNS (monoaminová hypotéza deprese). Deprese je spojena se strukturálními a funkčními změnami oblastí mozku, o kterých domníváme, že jsou součástí neuronálních okruhů zodpovědných za emoce (hipokampus, bazální ganglia, prefrontální kortex), s endokrinními změnami (hyperstimulace stresové osy hypotalamus – hypofýza – nadledviny), změnami imunity a narušením biorytmů.

DEPRESE VYŠŠÍHO VĚKU

U deprese vyššího věku hrají genetické faktory menší roli. Je známo, že genetická predispozice

pro depresi se snižuje s věkem. První depresivní epizoda u nemocných bez rodinné zátěže se objevuje převážně ve vyšším věku. Významnější jsou biologické faktory. Musíme vzít v úvahu změny, ke kterým dochází u nedeprativní starší populace. Zobrazovací metody mozku poukazují na frontostriální dysfunkci projevující se například poruchou exekutivních funkcí, která u deprese pozdního věku obvykle přetrvává i po odeznění afektivních příznaků. Studie zaměřené na tuto problematiku udávají snížení objemu frontostriálních struktur [5], jsou popisovány hyperintenzity v bílé hmotě mozkové v subkortikálních strukturách i frontálně [14].

Dalším významným faktorem je psychosociální stres. I když je sociální stres rizikovější u mladších pacientů, řada starších zažívá demoralizaci a zoufalství, které pramení z neschopnosti dané věkem a pocitu, že nesplnili svoje celoživotní očekávání. Dále se musí adaptovat na mnoho životních změn (ztráta interpersonálních kontaktů, somatické choroby, neschopnost, často nesoběstačnost). Celkově však platí, že starší věková kategorie zvládá psychosociální stres lépe než mladší.

VÝSKYT

Deprese je jeden z nejčastějších a nejvíce zneschopňujících syndromů v geriatrické psychiatrii (po poruchách paměti). I když je incidence depresivní poruchy u starších lidí nižší než dystymie (chronické mírné deprese), v literatuře se uvádí, že prevalence a incidence velké deprese se ve věku 70–85 roků zdvojnásobuje [18]. Teresi et al [26] uvádí v domovech důchodců výskyt 12–14 %. Podle Alexopoulou [3] trpí velkou depresí 1–4 % starší populace. Velká deprese je termín užitý v americké klasifikaci (DSM IV) a v převážné míře odpovídá v klasifikaci SZO (MKN-10) depresivní poruše. Podle nedávného šetření v domovech důchodců trpí těžkou depresí 15 % seniorů žijících v domovech důchodců, mírnou depresí je postiženo 40 % [13]. U rekurentní deprese neklesá tendence k rekurenci s věkem.

DIAGNOSTIKA DEPRESIVNÍ PORUCHY

Pro diagnostiku je závazná přítomnost příznaků, které jsou jasně definovány a lze je rozdělit na příznaky (kritéria) základní a další. Podle počtu příznaků, které u nemocného shledáme a podle toho, jak ovlivňují život nemocného, dělíme depresi na mírnou, středně těžkou a těžkou respektive psychotickou.

Základní diagnostická kritéria:

1. depresivní nálada abnormní vzhledem k osobě, trvající minimálně 2 týdny
2. ztráta zájmu nebo prožitku radosti
3. snížení energie a zvýšená únavnost

Další příznaky:

1. ztráta sebedůvěry
2. výčitky
3. suicidální úvahy, suicidální jednání
4. nesoustředivost, nerozhodnost
5. útlum, ev. agitovanost
6. poruchy spánku
7. poruchy chuti k jídlu

KLINICKÉ CHARAKTERISTIKY DEPRESE V POZDNÍM VĚKU

Depresivní porucha u starších lidí bývá méně často diagnostikována než u mladších a je nutné na tuto možnost myslet. Nacházíme podobné příznaky jako u mladších, avšak s některými rozdíly.

PROJEVY MÉNĚ ČASTÉ NEŽ U MLADŠÍ VĚKOVÉ KATEGORIE

Na rozdíl od mladších si starší depresivní nemocný obvykle spontánně nestěžuje na depresivní náladu, i když je pokles nálady zřejmý. Méně často nacházíme pocity viny a bezcennosti. I když starší osoby mají více problémů s kognitivními funkcemi během depresivní epizody, neudávají je častěji než osoby středního věku.

PROJEVY ČASTĚJŠÍ NEŽ U MLADŠÍ VĚKOVÉ KATEGORIE

Častěji nacházíme úbytek hmotnosti, přetrvávající anhedonii (ztráta prožitku radosti), suicidální jednání, psychotické příznaky. Přetrvávající anhedonie je spojena s nedostatkem odpovědi na příznivé stimuly a je častým a centrálním příznakem pozdní deprese. Nejvýznamnější z klinického hlediska jsou psychotické příznaky a vyšší výskyt suicidálního jednání.

DIFERENCIÁLNÍ DIAGNÓZA

Deprese pozdního věku často vzniká v souvislosti se somatickými a neurologickými onemocněními [2]. U těchto sekundárních depresí se rozvíjí depresivní nálada nebo anhedonie u nemocných s již diagnostikovaným onemocněním, které je spojováno s depresí. Často se vyskytuje sekundární deprese na bázi organického postižení CNS (degenerativních chorob včetně multiinfarktové demence) a u somatických chorob. Pozornost si zaslouží častá deprese u nemocných s demencí.

◀ diagnostická
kritéria

◀ faktory
deprese

◀ prevalence
a incidence
v seniui

onemocnění spojovaná s depresí ▶

Somatická onemocnění spojována s depresí:

- virová onemocnění
- endokrinopatie (např. nejčastěji hypo- a hyperthyreoidismus dále, hypo- a hyperparatyreoidismus, Cushingova choroba a některé další)
- maligní onemocnění (leukemie, lymfomy, rakovina pankreatu)
- infarkt myokardu
- metabolické poruchy (deficit B₁₂, malnutrice)

Dále sem řadíme deprese, které vznikají v kontextu s návykovými látkami nebo medikací, kauzálně spojenou s depresí (metyldopa, reserpin, steroidy, vinblastin, vinkristin a řada dalších).

Pro diferenciální diagnózu je základem řádné somatické vyšetření a farmakologická anamnéza. Laboratorní testy by měly kromě běžného laboratorního screeningového vyšetření (včetně krevního obrazu) obsahovat i stanovení hladin B₁₂ a kyseliny listové a některé další testy cílené na odhalení somatické nemoci.

SUICIDIA

Suicidia vypovídají o duševním zdraví společnosti. Vyskytují se častěji u psychiatrických nemocných, v osobních svízelných a zátěžových situacích, u starých osob, v souvislosti s nadměrnou konzumací alkoholu. Jsou 4krát častější u mužů než u žen. Ukazatele sebevraždy v jednotlivých státech zůstávají poměrně stabilní.

V ČR se udává v současné době počet dokonaných sebevražd 15 na 100 000, tedy asi 1 600 ročně. Tímto se ČR drží zhruba uprostřed žebříčku celosvětových údajů [7,25].

SUICIDIA VE STARŠÍM VĚKU

Je známo, že starší lidé mají vyšší riziko dokonání suicidia než kterákoliv jiná věková skupina. I když se dokonání suicidia u lidí vysokého věku liší mezi kulturami, poolovaná data Světové zdravotnické organizace ukazují na stoupající prevalenci. Zatímco ve věkové skupině 15–24 roků byl počet dokonaných suicidií 19,2 na 100 000, ve věkové skupině nad 75 roků to bylo 55,7. U žen jsou analogická čísla 5,6 a 18,8. Poměr muži : ženy je stejný jako v jiných věkových kategoriích, tj. 3–4 : 1 [17].

Široké spektrum faktorů hraje roli u suicidiálního chování ve vyšší věkové kategorii. Důvody bývají v literatuře děleny na psychologické, fyzické a sociální. Hlavní psychologické důvody představují psychické poruchy, nejčastěji deprese a určité osobnostní rysy. Jedinci s opakovanými suicidiálními pokusy mají vyšší riziko dokonání

ného suicidia. Fyzické faktory zahrnují neurologická onemocnění a malignity, sociální faktory hlavně sociální izolaci a stav (větší riziko mají rozvedení, ovdovělí nebo svobodní jedinci). Některé faktory jsou modifikovatelné, jako např. somatická a psychická onemocnění, některé modifikovat nelze – pohlaví, sociální postavení. Dle psychologické pitvy mělo 71–95 % psychickou poruchu v době smrti, depresivní porucha byla nejčastější a nejdůležitější diagnózou [12]. V jediné prospektivní studii starších lidí bylo zjištěno spojení mezi suicidiem a závažností deprese [21].

V ČR bylo v roce 1995 zaznamenáno celkem 420 dokonaných sebevražd u osob starších 60 let, což je 24,2 % ze všech registrovaných suicidií v tomto roce. Sebevraždy byly častější u mužů než u žen, a to v poměru 1 : 1,51. Nejčastější způsob bylo oběšení (66 %). Podobné číslo dokonaných sebevražd, 480, bylo zaznamenáno Ústavem zdravotnické informatiky a statistiky i v roce 2001 [23]. Z detailnější analýzy údajů z roku 1995 vyplynulo, že u poloviny všech starších sebevrahů nebyla zjištěna motivace. Tělesná nemoc a zdravotní problémy byly nejspíše hlavním motivem u 28,8 % mužů a u 14 % žen. Duševní porucha byla evidována u 16 % starších žen a u 6,7 % mužů. Škoda konstatoval v interpretaci těchto čísel zřetelný nárůst dokonaných sebevražd ve věku nad 70 let u obou pohlaví, s maximem ve věkové skupině 85 roků a výše. U této věkové kategorie jsou čísla 4krát vyšší proti celostátnímu průměru bez rozdílu věku. Nicméně, dokonání sebevraždy ve vyšším věku se podílejí jen v 1 % na celkové mortalitě u mužů a na 0,7 % mortality žen. Naproti tomu v mladším věku (25–34 roků) jsou sebevraždy příčinou smrti u 20 % u mužů a v 13,5 % u žen. To odpovídá 3. místu v pořadí příčin smrti (za úrazy a infekcemi) [28,25]. Tento trend nárůstu dokonaných sebevražd ve starší věkové kategorii zřejmě souvisí i se stárnutím populace. Z 19 vybraných evropských států byla sebevraždnost ve stáří v ČSSR v roce 1985–1986 na 5. místě v celkovém pořadí za Maďarskem, Bulharskem, Francií a Belgií. Na celém světě, s výjimkou Mexika, Venezuely a Indie jsou sebevraždy jednoznačně spojovány s vyšším věkem (např. v Německu více než polovina všech suicidií, Japonsku 29 %, ČR 24,2 %) [28,6].

HLAVNÍ RIZIKOVÉ FAKTORY SUICIDIÁLNÍHO JEDNÁNÍ OBECNĚ

Ve všech věkových kategoriích dominují jako hlavní determinanty suicidiálního jednání duševní

suicidalita u seniorů v ČR ▶▶

prevalence ▶

suicidální faktory ▶

poruchy, zneužívání návykových látek včetně alkoholu a závažné životní události. Psychologická pitva ukazuje, že k suicidiálnímu jednání inklinují osobnosti podezřivé, nedůvěřivé, s hypochondrickými rysy. Dále jsou rizikovější muži žijící osaměle. Smrt partnera nesou těžce hlavně muži (3krát častější suicidiální jednání u ovdovělých než u ženatých mužů, naproti tomu ovdovělé a starší provdané ženy mají stejné riziko). Vysoce rizikový je opakovaný výskyt suicidiálních pokusů [17].

Z biologických faktorů je s patogenezi suicidiálního chování spojována alterace hlavně 3 neurobiologických systémů – deficit serotonergního systému, hyperaktivita osy hypotalamus – hypofýza – nadledviny a nadbytek uvolňování noradrenalinu, který následně vede k jeho deficitu. Dále hraje roli dopaminergní systém, neurotrofické faktory, cholesterol a cytokiny [15]. Suicidiální jednání je ve všech věkových kategoriích komplexní a multifaktoriální fenomén.

HLAVNÍ RIZIKOVÉ FAKTORY SUICIDIÁLNÍHO JEDNÁNÍ VE VYŠŠÍM VĚKU

Ve stáří přistupují k výše uvedeným obecným faktorům závažnější zdravotní problémy. Do triády rizikového sebevražedného chování ve stáří patří: přítomnost afektivní poruchy, abúzus, hlavně alkoholu, komorbidita předchozích 2 faktorů s tělesnou chorobou. Ve stáří jsou sebevraždy bez přítomnosti psychické poruchy a bez somatické komorbidit vzácné (10 %) [6,28].

Sebevražedný pokus ve stáří se podle celosvětových zkušeností považuje spíše za nepovedený skutečný úmysl zemřít než za symbolické volání o pomoc. Nelze spolehlivě přenášet zkušenosti ze suicidiálního chování v mladším věku na skupinu stárnoucích [28].

PREVENCE SUICIDIÁLNÍHO JEDNÁNÍ

Obecně lze sebevraždám předcházet vzděláváním lékařů a omezením přístupu ke smrtícím prostředkům. Další metody (vzdělávání veřejnosti, screeningové programy) vyžadují další zkoumání [16]. K protektivním faktorům je přiřazováno náboženství.

Za nejdůležitější se považuje detekce rizikových jedinců (přítomnost depresivní poruchy, předchozí suicidiální pokus, tělesné onemocnění, sociální izolace).

PREVENCE SUICIDIÁLNÍHO JEDNÁNÍ U DEPRESE POZDNÍHO VĚKU

Speciální pozornost si zaslouží starší lidé, u kterých je přítomno více rizikových faktorů. Velmi

pregnantně a pro běžnou praxi srozumitelně formuloval zásady prevence suicidiálního jednání Vojtěchovský [16]:

- nejdůležitější je včasné rozpoznání psychické poruchy a včasné zahájení léčby
- otevřené pátrání po suicidiálních úvahách
- diagnostika a léčba komorbidního tělesného onemocnění
- účinná antidepressivní léčba
- adekvátní trvání antidepressivní léčby
- odstranění dostupných prostředků k suicidiu (v našich podmínkách odstranění zejména zásob léků)
- v psychoterapii překonat konzervatismus, být otevřený, myslet konstruktivně
- do terapie zahrnout rodinu a nejbližší
- kontakt nemocného s lékařem častěji než je zvykem

Dále hraje roli včasná diagnóza a pečlivá diferenciální diagnóza již vzhledem k tomu, že u řady sekundárních depresí znamená účinná léčba primárního onemocnění eliminaci suicidiálního jednání. Ať se jedná o primární či sekundární depresi, je vždy nutno pátrat po suicidiálních úvahách. U primární deprese je základní prevencí účinná léčba, která by měla u vysocí rizikového nemocného z hlediska suicidiálního jednání zahrnovat některá zvláštní pravidla (angažování nejbližších, časté návštěvy u lékaře, možnost telefonické komunikace, razantní antidepressivní terapie). U sekundární deprese je nezbytné odstranit příčinu (např. vysadit kompromitující medicinu) a léčit základní onemocnění. To však často nestačí a antidepressiva, psychoterapie nebo obojí je nezbytné.

LÉČBA DEPRESE VE VYŠŠÍM VĚKU

Detekce a léčba deprese u starší populace je stále nízká. Cílem léčby je redukce příznaků včetně suicidiálního jednání, minimalizace rekurence a relapsů, zlepšení kognitivního a funkčního deficitu. Dalším potenciálním cílem je nácvik dovedností, které pomohou postiženému vypořádat se s neschopností a psychosociálními aspekty nemoci. U lehké deprese je dostačující psychoterapeutická intervence, u těžší deprese je nezbytná biologická léčba (farmakoterapie, stimulační metody).

ANTIDEPRESIVA (AD)

Náhodný objev antidepressivně působících látek a jejich obrovský rozvoj (v současné době máme k dispozici asi 4 desítky antidepressiv) znamenal

◀ zásady
prevence

◀◀ sociální
faktory suicidia

◀◀ biologické
faktory suicidia

**atypická
antipsychotika »****typy
farmakoterapie »****další terapeutické
možnosti »****SSRI »****bupropion »****milnacipran »
mirtazapin »**

velký pokrok nejen v oblasti terapie. Byl stimulem pro formulování hypotézy o snížené dostupnosti monoaminů v CNS u deprese, totiž teorie, z níž v podstatě neustále vycházíme. Vedl k dostupnosti nových bezpečnějších AD, což umožnilo přesun diagnostiky a léčby deprese do primární péče a ambulantní sféry.

V rámci farmakoterapie je vhodné rozlišovat léčbu akutní, udržovací (4–6 měsíců po ústupu příznaků) a preventivní (dlouhodobou, profylaktickou). I deprese pozdního věku je rekurentní onemocnění a riziko recidiv lze dlouhodobou léčbou snížit [1,20].

Účinnost AD je stejná u starších nemocných jako u osob mladší věkové kategorie, totéž platí i pro elektrokonvulzivní léčbu [22]. U deprese v pozdním věku preferujeme AD s minimálními anticholinergními a kardiovaskulárními účinky. Z tricyklických AD splňuje tuto podmínku hlavně desipramin a nortriptylin. Nejčastěji jsou však užívány specifické inhibitory zpětného vychytávání serotoninu – SSRI (fluoxetin, fluvoxamin, sertralin, citalopram, paroxetin). V současné době se vyrábějí v řadě generických firem pod různými názvy. Obecně se doporučuje začít u deprese pozdního věku nižšími dávkami. Preferován je citalopram pro výhodné farmakokinetické vlastnosti (minimální riziko interakcí) a sertralin. K důvodům, proč jsou SSRI preferována, nepochybně patří bezpečnost (malé zvýšení hladin nevede k toxicitě při předávkování), dobrá snášenlivost (vedlejší účinky, převážně z oblasti gastrointestinálního traktu, jsou přechodné a závislé na dávce). U mladší věkové kategorie jsou problematické sexuální vedlejší účinky, které však nejsou problémem u deprese ve vyšším věku. Naopak zatěžující by mohly být lékové interakce, hlavně farmakokinetické, vzhledem k tomu, že starší věková kategorie je zatížena multimorbiditou a z toho plynoucí polyfarmacií [19,24,11].

Z dalších AD je vhodný bupropion, který podobně jako SSRI nemá anticholinergní účinky, nevede k ortostatické hypotenzi. Vhodný je i trazodon, který je u nás dostupný v postupně se uvolňující formě, má sedativní efekt a nemá anticholinergní účinky. Může však vést k ortostatické hypotenzi a velmi zřídka, u nemocných s dřívějším postižením kardiovaskulárního aparátu, ke kardiální arytmii [4,9]. Z duálních AD je vhodný milnacipran (vzhledem k tomu, že je metabolizován glukoronidizací) a mirtazapin, u kterého jsou výhodné jeho sedativní vlastnosti. Duální AD jsou u závažnější deprese účinnější než SSRI,

při tom jsou jim však podobná dobrou snášenlivostí a bezpečností [10].

U psychotického obrazu nebo farmakorezistence lze sáhnout k atypickým antipsychotikům, hlavně multireceptorovým (olanzapin, quetiapin) v monoterapii nebo v kombinaci, nejčastěji s SSRI. V monoterapii je v ČR registrován u bipolární deprese a dlouhodobé léčby bipolární poruchy quetiapin [27,8]. Elektrokonvulzivní léčba je velmi účinná i u starší populace u těžké nebo/a psychotické deprese [22]. Ověřovány jsou další možnosti stimulační léčby, např. transkraniální magnetická stimulace a stimulace nervus vagus.

U lidí starší věkové kategorie je také velmi důležitá compliance (= rozsah v jakém je chování nemocného v souladu s radou lékaře nebo zdravotnického profesionála). Pokud pacient není schopen/ochoten podřídit se léčbě, nelze ani od účinné léčby očekávat úspěch. Toto má velký dopad ekonomický – nejdražší lék je ten, který nemocný nebere. AD se nejčastěji vysazují, protože se nemocný cítí dobře a domnívá se, že depresi musí zvládnout sám. U starší populace nepochybně hraje významnou roli kognitivní dysfunkce, proto se jeví jako zvláště výhodný co nejjednodušší režim. Complianci ovlivňuje nemoc (u depresivní poruchy může nespokojenost kromě poklesu nálady ovlivnit i ztráta zájmu, víry a pocit beznaděje a bezmocnosti), vzdělání a informovanost nemocného a jeho nejbližších. Dále samozřejmě lékař, který musí mít patřičné znalosti, aby mohl pro pacienta zvolit správný lék, ale i empatii a dostatek časového prostoru na staršího nemocného. Je nutné podat adekvátní formou patřičné informace (jak brát AD, delší nástup účinku AD, nutnost pokračovat v léčbě i po ústupu příznaků) nemocnému a jeho nejbližším nebo osobám, které se o nemocného starají [11].

Depresivní symptomy nesplňující kritéria deprese spíše reagují na nespecifickou podpůrnou psychoterapeutickou intervenci. U deprese, která byla precipitována stresem, je i u depresivních nemocných vyššího věku vhodná psychoterapie.

SHRNUTÍ A ZÁVĚR

Deprese pozdního věku je často nediagnostikována a neléčena. Je zatížena vysokým rizikem suicidálního jednání. Suicidální jednání je u starší populace relativně časté. Významnou příčinou je právě depresivní porucha. Kromě identifikace rizikových nemocných (staří osamocení nemocní s depresí a závažným tělesným onemocněním) spočívá prevence včasné léčbě psychické poruchy

a léčbě. Suicidiální jednání je velmi komplexní a multifaktoriální fenomén, který se z etických a ekonomických důvodů dostává do popředí zájmu, zvláště u starší věkové kategorie.

Poděkování panu primáři Pavlu Baudišovi za nezištné a promptní poskytnutí informací.

*Podporováno Výzkumným záměrem
MSMT 0021622404.*

LITERATURA

1. Alexopoulos GS, Katz IR, Reynolds CF et al. The expert consensus guideline series: pharmacotherapy of depressive disorder in older patients. *Postgrad Med* 2001; Spec No Pharmacotherapy: 1-86.
2. Alexopoulos GS, Buckwalter K, Olin J et al. Comorbidity of late-life depression: an opportunity for research in mechanisms and treatment. *Biol Psychiatry* 2002; 52: 534-558.
3. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet* 2005; 365: 1961-1970.
4. Anders M, Kitzlerová E. Trazodonum. *Remedia* 2004; 14: 452-463.
5. Ballmaier M, Toga AW, Blanton RE et al. Anterior cingulate, gyrus rectus, and orbitofrontal abnormalities in elderly depressed patients: an MRI-based parcellation of the prefrontal cortex. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 99-108.
6. Baudiš P. Praktický lékař a sebevražda - rozpoznání rizika, prevence. *Ami-Report* 1998; 28: 40-41.
7. Baudiš P. Psychiatrie v číslech. Praha: Psychiatrické centrum 2006: 32.
8. Calabrese JR, Keck PE jr, MacFadden W et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of quetiapine in the treatment of bipolar I or II depression. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1351-1360.
9. Češková E. Trazodon v neurologické praxi. *Neurol pro Praxi* 2006; 7: 114-116.
10. Češková E. Duálně působící antidepresiva. *Čes Slov Psychiatr* 2005; 101: 207-212.
11. Češková E, Pálenský V, Skotáková S. Současné možnosti farmakoterapie deprese. *Čes Slov Psychiatr* 2004; 100: 148-152.
12. Conwell Y, Duberstein PR, Cox C et al. Risk factors for suicide in longer life. *Biol Psychiatry* 2002; 52: 193-204.
13. Holmerová I, Vaňková H, Dragomirecká E et al. Depresivní syndromy u seniorů, významný a dosud nedoceněný problém. *Psychiat pro Praxi* 2006; 4: 182-184.
14. Krishnan KRR, Hays JC, Blase DG. MRI-defined vascular depression. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 497-500.
15. Lee BH, Kim YK. Neurobiological factors associated with suicidal behaviour. *Psychiatry Invest* 2006; 3: 23-35.
16. Mann JJ, Apter A, Bertolote J et al. Postupy k předcházení sebevraždám. Soustavný přehled. *JAMA* 2005; 294: 2064-2074.
17. O'Connell H, Chin A-V, Cunningham C, Lawlor BA. Recent developments. Suicide in older people. *BMJ* 2004; 329: 895-899.
18. Palsson S, Ostling S, Skoog I. The incidence of first onset depression in a population followed from the age of 70 to 85. *Psychol Med* 2001; 31: 1159-1168.
19. Pidrman V. Terapie deprese u seniorů. *Čes Ger Rev* 2005; 3: 37-43.
20. Reynolds CF, Frank E, Perel JM et al. Nootriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomized controlled trial in patients older than 59 years. *JAMA* 1999; 281: 39-45.
21. Ross RK, Bernstein L, Trent L et al. A prospective study of risk factor for traumatic death in the retirement community. *Prev Med* 1990; 19: 323-324.
22. Salzman C, Wong E, Wright CB. Drugs and ECT treatment of depression in the elderly, 1996-2001: a literature review. *Biol Psychiatry* 2002; 52: 265-285.
23. Sebevraždy. Zdravotnická statistika. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky 2001: 64.
24. Schatzberg AF, Nemeroff ChB. Textbook of psychopharmacology. 2. ed. Washington DC: America Psychiatric Press 2005.
25. Škoda C. Letmý transkulturní pohled na problém. *Ami-Report* 1998; 28: 30-33.
26. Teresi J, Abrams R, Holme D et al. Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; 36: 613-29.
27. Tohen M, Vieta E, Calabrese J et al. Efficacy of olanzapine and olanzapine-fluoxetine combination in the treatment of bipolar I depression. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 1079-1088.
28. Vojtěchovský M. Sebevražda u osob vyššího věku. *Ami-Report* 1998; 28: 33-35.

*doručeno do redakce 30. 5. 2007
přijato k publikaci 2. 7. 2007*

PROF. MUDR. EVA ČEŠKOVÁ, CSC.

PSYCHIATRICKÁ KLINIKA LF MU A FN BRNO,
PRACOVISŤE BOHUNICE
ECESKOVA@FNBRNO.CZ