

DUŠEVNÍ PORUCHY VE STÁŘÍ

MUDr. Roman Jiráček, CSc.

Psychiatrická klinika 1. LF UK Praha, Centrum pro Alzheimerovu chorobu

Je stručně probrána klasifikace duševních poruch u pacientů vyššího věku. Převládají organicky podmíněné poruchy, jako jsou demence nebo deliria. Demencím a jejich třídění je věnována největší pozornost. Ve vyšším věku jsou časté deprese, ať již organického či neorganického původu. I ve vyšším věku je nutno myslet na neorganické poruchy, jako je např. porucha s bludy nebo návykové poruchy.

Ve vyšším věku se vyskytuje poměrně široké spektrum duševních poruch. Výrazně roste podíl organických (a symptomatických) faktorů v etiologii těchto poruch.

Nejčastější klinické formy duševních poruch ve stáří jsou demence, deprese a deliria. (2)

Demence

Demence jsou poruchy, které vznikají po vytvoření základů kognitivních funkcí, tj. po čtvrtém až šestém roce života. Ve stáří však výskyt demencí kulminuje, věk je hlavní rizikový faktor demencí. Pro demence je příznačné, že dochází k podstatnému úbytku kognitivních funkcí od premorbidní kapacity, a u některých typů demencí dochází na počátku k úbytku exekutivních (výkonných) funkcí. Druhotně dochází k úpadku dalších, nekognitivních funkcí.

U rozvinutých demencí jsou tyto základní okruhy postižení:

- Postižení kognitivních funkcí.
- Postižení nekognitivních funkcí – behaviorální a psychologické příznaky demence (poruchy chování, emotivity, cyklu spánku-bdění, výskyt přidružených psychotických příznaků, výskyt přidružených delirií).
- Poruchy aktivit denního života (související s poruchou exekutivních funkcí).
- Druhotně se vyskytuje zdravotní postižení pečovateli o demenční pacienty, zpravidla nejbližších rodinných příslušníků, u kterých se zvyšuje somatická i psychická nemocnost.

Demence lze dělit schematicky na **primárně degenerativní** (atroficko-degenerativní) choroby a na **demence symptomatické** (sekundární), u kterých syndrom demence vzniká na podkladě poškození činnosti mozku systémovým onemocněním, infekcí, chronickou intoxikací, traumaty a dalšími noxami. Sekundární demence lze ještě dělit na demence vaskulární a ostatní symptomatické demence.

Alzheimerova choroba

Nejčastější demencí vůbec je Alzheimerova choroba, jak bylo prokázáno řadou studií, u nichž byla diagnóza postižených post mortem verifikována histologicky. Alzheimerových demencí je minimálně 50 %. Alzheimerova choroba je dělena dle doby objevení se prvních příznaků na formu s časným začátkem (do 65 let) a s pozdním začátkem (65 let a výše). Forma s pozdním začátkem převažuje, výskyt alzheimerových demencí stoupá s věkem.

Pro Alzheimerovu chorobu je typický pomalý začátek, časná ztráta soudnosti, logického uvažování a časoprostorové orientace, postupující globální deteriorace kognitivních i nekognitivních funkcí, průběh plynule progresivní bez větších výkyvů. Postupně se postižení stávají nesoběstační, jsou pak odkázáni na péči okolí. Velmi časté jsou korové výpadkové projevy, jako např. poruchy fatických a gnostických funkcí. Alzheimerova choroba vede ve svých důsledcích k smrti, je považována za čtvrtou až pátou nejčastější základní příčinu smrti. (3,4)

Demence vaskulární

Na druhém místě jsou demence vaskulární, kterých je dle různých studií 15-30 %. Vaskulární demence má několik klinických forem dle lokalizace postižení mozku – formu s časným začátkem (po větších cévních mozkových příhodách, kde jsou léze v oblastech významných pro kognitivní funkce), formu multiinfarktovou (převážně kortikální postižení), formu subkortikální (Binswangerovu chorobu) a smíšenou kortiko-subkortikální formu. Nutno si však uvědomit, že existuje velké množství **smíšených demencí**, u kterých se etiologicky podílejí jak alzheimerovské, tak vaskulární změny. Existují i názory, že čisté formy Alzheimerovy choroby a vaskulární demence jsou krajní extrémy, a většina demencí je smíšených, s převahou jedné či druhé složky.

Demence s Lewyho tělísky

Demence s Lewyho tělísky (Lewy body disease) je druhá nejčastější demence atroficko-degenerativního původu. Vyznačuje se v dlouhodobém časovém horizontu plynulou deteriorací kognitivních i nekognitivních funkcí, v krátkém časovém horizontu (hodiny až dny) je však výrazná fluktuace stavu. Bývají přítomny extrapyramidové poruchy, především hypertonicko-hypokineticý syndrom. Pacienti jsou ohroženi pády. Mívají halucinace, obzvláště zrakové. Často trpí depresemi. Vyskytují se u nich deliria. Jsou enormně precitlivělí na podání neuroleptik – zejména neuroleptika 1. generace jim mohou způsobit pády končící smrtí. Tento typ demence zatím nemá svůj kód v mezinárodní statistické klasifikaci nemocí, proto se demence většinou diagnostikuje jako atypická Alzheimerova choroba.

Demence při Parkinsonově chorobě

Demence při Parkinsonově chorobě se vyskytuje v pokročilých stádiích Parkinsonovy choroby a postihuje asi 20 % parkinsoniků. Je to demence podkorového typu, v popředí je celková zpomalenost, poruchy exekutivních funkcí, obtížné zapamatování a výbavnost. Nebývají však typické korové projevy jako např. poruchy fatických funkcí.

Demence typu Parkinson + jsou vzácné. Projevují se podkorovou demencí, extrapyramidovou symptomatikou a další neurologickou symptomatikou. Patří mezi ně např. **progresivní supranukleární obrna, kortikobazální degenerace, multisystémová atrofie**.

Demence u Huntingtonovy chorey

Demence u Huntingtonovy chorey je také podkorová, jsou u ní výrazné neurologické příznaky (choreatické pohyby, poruchy chůze a řeči), někdy poruchy chování. Je to autozomálně dominantně geneticky přenosná nemoc. Začíná spíše v prezenilním věku než v seniu.

Frontotemporální demence

Frontotemporální demence jsou atroficko-degenerativní demence s predilekčním postižením frontálního a/nebo temporálního kortexu. Patří mezi ně Pickova choroba, charakterizovaná neuropatologicky výskytem Pickových tělísek v neuronech, a demence s podobnými klinickými projevy bez Pickových tělísek. Tyto demence začínají zpravidla poruchami chování a nálady a teprve později se přidávají poruchy kognitivních funkcí. K frontotemporálním demencím patří také progresivní fluentní a nonfluentní afázie – tyto poruchy se vyznačují především výraznou poruchou fatických funkcí.

Symptomatické demence kromě vaskulárních

Tyto demence jsou pestré, ale ve svém součtu tvoří asi 10 % všech demencí. Náleží mezi ně následující poruchy:

Demence infekční etiologie

Jsou poměrně vzácné. Nejčastější je **progresivní paralýza a jiné formy mozkové luetické infekce**. Velmi vážný problém představuje **demence u AIDS**.

Demence prionové etiologie

Demence prionové etiologie (Creutzfeldt-Jakobova choroba, nová forma Creutzfeldt-Jakobovy choroby – bovinní spongiformní encefalopatie, Gerstmann-Sträusslerův syndrom) jsou naštěstí choroby vzácné, avšak zatím neléčitelné, končící letálně.

Metabolické demence

Metabolické demence se dělí na choroby s hereditárním podkladem (**Wilsonova choroba, akutní intermitentní porfyrie**) a bez hereditárního podkladu (**demence na podkladě jaterní encefalopatie, uremické encefalopatie, demence při metabolickém rozvratu**).

Demence na podkladě hypovitaminóz

Demence na podkladě hypovitaminóz (pellagra – nedostatek niacinu) a **demence u endokrinopatií (hypotyreóza)** jsou léčitelné a plně reverzibilní.

Demence na podkladě intoxikací

Demence na podkladě intoxikací: U nás je nejčastější alkoholová demence. Existují také demence na podkladě chronických intoxikací průmyslovými jedy, demence po expozici oxidu uhelnatého.

Farmakogenní demence

Farmakogenní demence někdy navozují svým pacientům sami lékaři nevhodnou medikací, jako je např. užití centrálně působících anticholinergik u starých lidí. Jsou ve většině případů plně reverzibilní.

Demence nádorové etiologie

Demence nádorové etiologie: Demenci může vyvolat primární mozkový tumor, metastázy do mozku, ale také někdy bývají paraneoplastické demence při rozsáhlých tumorózních rozsevech v mimomozkové lokalizaci.

Demence traumatické etiologie

Demence traumatické etiologie někdy vznikají po rozsáhlých poraněních mozku. Záleží na rozsahu i lokalizaci lézí.

Demence při normotenzním hydrocefalu

Demence při normotenzním hydrocefalu vzniká většinou na podkladě pozánětlivém nebo posttraumatickém, ale etiologii se v konkrétních případech málokdy podaří zjistit.

Ostatní symptomatické demence

Ostatní symptomatické demence jsou vzácné. Mohou se vyskytnout u kolagenóz, především u lupus erytematodes. Dříve se vyskytovaly častěji epileptické demence, které jsou nyní vzácné (souvisí to asi se změnou spektra používaných antiepileptik, i když na jejich vzniku se podílejí rovněž mikrotraumata mozku při záchvatech). (4,5)

Deprese

Deprese ve stáří mohou mít různou etiopatogenezu. Ze středního věku mohou do stáří přecházet jak bipolární afektivní porucha, tak periodická depresivní porucha. Vyšší věk zpravidla určitým způsobem modifikuje jejich obraz. Častěji se vyskytují protahované fáze, je zpravidla více somatických ekvivalentů a hypochondrické symptomatiky, někdy bývá více vyjádřena úzkostná složka. Ve vyšším věku se zvyšuje počet pacientů s klinickým obrazem depresivní pseudodemence, tj. obrazu připomínajícího demenci, kde však není primárně porucha kognitivních funkcí, ale nálady, motivace a psychomotorického tempa.

Ve stáří je častý výskyt **organicky podmíněných depresivních poruch**. Tyto poruchy se mohou podobat endogenní periodické depresi či depresivní fázi nebo bipolární afektivní poruše. Ke stanovení diagnózy je však nutno prokázat organický etiologický faktor, nebo lze tento faktor s velkou mírou spolehlivosti předpokládat. Mezi obvyklé etiologické faktory organické deprese náleží různé projevy cerebrovaskulárního onemocnění (včetně cévních mozkových příhod), kardiovaskulární choroby, atroficko-degenerativní změny, metabolické poruchy, ale také např. alkohol při chronickém abúzu.

Deprese ve vyšším věku jsou pokládány za rizikový faktor pro vznik Alzheimerovy choroby. Někdy se vyskytují provleklé a farmakorezistentní fáze, které přecházejí do demence. Naopak u demencí se poměrně často vyskytuje přidružená depresivní symptomatika. Je většinou epizodického charakteru. Na jejím vzniku se podílí zřejmě hlavní měrou deplece neurotransmitérů – serotoninu, noradrenalinu, dopaminu. Určitou roli také hraje uvědomění si poruch paměti a celkového handicapu, který u demencí vzniká. U Alzheimerovy choroby se výskyt depresivní symptomatiky odhaduje u 20–50 % pacientů. U vaskulárních demencí to bývá ještě častěji – zřejmě zde hraje roli dlouho zachovalý náhled choroby.

Ve vyšším věku se také vyskytují úzkostně-depresivní poruchy jako reakce na nepříznivé vnější okolnosti i somatický stav postižených (reaktivní deprese), někdy též jako poruchy přizpůsobení nebo akutní reakce na stres.

Těžké a provleklé fáze deprese ve stáří představují nepříznivý faktor nejen z hlediska kvality života nemocných, ale i délky přežití. (1,2)

Ostatní afektivní poruchy ve stáří

Manie se vyskytuje v gerontickém věku méně často než ve věku mladším a středním. Může být rovněž organicky podmíněna. **Úzkostné poruchy** mohou přecházet z mladšího věku. Ve stáří však nepozorujeme tak velký výskyt panické úzkosti jako ve věku mladším a středním. Roste však počet pacientů s organickou úzkostnou poruchou. (2,5)

Deliria

Deliria jsou závažné duševní poruchy, které se vyskytují jako nespecifické reakce na řadu inzultů. Tyto inzulty pak vedou k poruše mozkového metabolismu a neurotransmise. Z těchto inzultů jsou nejběžnější hypoxie, dehydratace, hypoglykémie, akutní i chronické intoxikace (alkohol), náhlé odnětí dlouhodobě užívaných nebo zneužívaných látek, některá farmaka (např. centrálně působící anticholinergika), záněty (např. uroinfekce, bronchopulmonální infekce), horečnaté stavy, cévní mozkové příhody, traumata mozku a další. Etiologické faktory jsou zpravidla kombinované, někdy mnohočetné. Velmi důležité jsou také psychosociální faktory – např. adaptace na nové prostředí (nemocnice, domov důchodců apod.). Výrazný rizikový faktor vzniku delirií je organické poškození CNS.

Deliria nejsou součástí syndromu demence. Přesto však se často vyskytují jako komplikující příznak demencí. Je to zejména tehdy, když u pacienta dojde k somatickým komplikacím, nebo tam, kde je použita polypragmatická farmakoterapie. Některé demence však mají přidružená deliria častěji. Je to zejména demence s Lewyho tělisky.

Arbitrálně se deliria dělí na deliria nenasedající na demenci a deliria nasedající na demenci.

K základním charakteristikám delirií náleží:

- Snížení schopnosti udržet pozornost k vnějším podnětům.
- Dezorganizované myšlení (inkoherece, roztěkanost, irelevantní projevy v řeči).
- Musí být přítomny alespoň dva z následujících projevů:
 - Snížená úroveň vědomí (kvalitativní porucha vědomí)
 - Percepční poruchy – halucinace, iluze, misinterpretace (Capgrassův syndrom)
 - Poruchy cyklu spánků – bdění
 - Zvýšené nebo snížené psychomotorické tempo
 - Dezorientace v čase, místě nebo osobě
 - Poruchy paměti
- Klinický obraz se rozvíjí rychle, během hodiny až dne, a má tendenci k fluktuaci.
- Musí být podán důkaz specifického organického vyvolávajícího faktoru nebo takový faktor předpokládán.
- Nesmí být přítomna psychóza nebo jiná psychická porucha, která by stav vysvětlovala. (5,6)

Další psychické poruchy ve stáří

Lehká porucha poznávacích funkcí

Lehká porucha poznávacích funkcí (mild cognitive impairment) je častá porucha, která není vždy diagnostikována. Pro tuto poruchu je příznačné, že je u ní přítomna porucha paměti jak subjektivní, tak objektivní, měřitelná psychologickými metodami, nedosahuje však stupně demence. Oproti demenčním pacientům jsou pacienti s lehkou poruchou poznávacích funkcí schopni vykonávat běžnou denní rutinu, jsou soběstační, nemají podstatné poruchy aktivit denního života. U části pacientů se postupně rozvine demence, nejčastěji Alzheimerova choroba. U některých však je stav stacionární (benigní stařecká zapomnětlivost). (4,5)

Organická dissociativní porucha

Podobá se neorganické dissociaci, zpravidla však jsou projevy chudší simplexnější (např. neúčelné zmítání se, bizarní pohyby apod.).

K organickým psychotickým poruchám náleží organická halucinóza, organická katatonní porucha a organická porucha s bludy. **Organická halucinóza** se vyznačuje přítomností halucinací nejčastěji zrakových, ale také sluchových nebo komplexních (halucinace více smyslů). **Organická katatonní porucha** se podobá katatonní schizofrenii, vyskytuje se převážně stuporózní forma. **Organická porucha s bludy** se podobá paranoidní schizofrenii, zvláště její parafrenní formě. Někdy jsou bludy nesystematické, jindy mají systém, ale zpravidla nejsou logicky zkloubené. Mohou se vyskytnout poruchy vnímání.

Ve stáří se také vyskytují psychózy, které nejsou organicky podmíněné. Z nich častější je **porucha s trvalými bludy** (porucha s bludy, pozdní parafrenie) a schizofrenie, která do vyššího věku přešla z věku středního. Klinické obrazy bývají zpravidla modifikovány postupující organicitou pacientů.

Návykové poruchy

Návykové poruchy ve stáří nejsou ničím výjimečným. Zneužíván je především alkohol, benzodiazepiny, analgetika. (2,5)

Literatura

1. Baldwin RC, Chiu E, Katona C, Graham N. Guidelines on depression in older people. Martin Dunitz, London, 2002: 162 s.
2. Baštecký J, Kümpel Q, Vojtěchovský M. (ed.): Gerontopsychiatrie. Grada, Praha, 1994.
3. Cummings JL, Vinters H, Felix J. The neuropsychiatry of Alzheimer's disease and related dementias. Martin Dunitz, London, 2003: 311 s.
4. Jiráček R, Koukolík F. Demence. Galén, Praha, 2004: 335 s.
5. Jiráček R. Organické duševní poruchy. In: Psychiatrie, druhé vydání, ed. Höschl C, Libiger J, Švestka J. Tigris, Praha, 2004: 467–492.
6. Jiráček R. Profil výskytu delirií v nepsychiatrických lůžkových zařízeních. Česká psychiatrie a svět, ed. Raboch J, Zrzavá I, Doubek P, Anders M. Galén, Praha, 2004: 82–83.