LÉČEBNÉ POSTUPY U BEHAVIORÁLNÍCH PORUCH U DEMENCE

MUDr. Vanda Franková
Psychiatrická léčebna Dobřany

Poruchy chování patří do klinického obrazu demence všech typů. Při jejich vzniku je nutné zajistit bezpečí pacienta a jeho okolí, zjistit příčinu stavu a cíleně ji léčit (odstranit). Hlavní součástí intervence jsou nefarmakologické postupy, včetně práce s pečujícími. Farmakoterapie je indikovaná pouze u nezvládnutelných stavů agresivity, obtěžující psychotické produkci a úzkostné či depresivní symptomatice, při selhání nefarmakologických postupů. Vhodná jsou SSRI antidepresiva nebo trazodon. Podávání antipsychotik je sporné, vždy je třeba individuálně posoudit poměr jejich přínosu a rizika. U demence Alzheimerova typu jsou indikované inhibitory cholinesteráz a memantin, které mají pozitivní vliv i na behaviorální poruchy pacientů.
Klíčová slova: behaviorální poruchy, demence, nefarmakologické postupy, farmakoterapie, antipsychotika 2. generace, SSRI, pečující.

THERAPEUTICAL APPROACHES IN BEHAVIORAL DISORDERS IN DEMENTIA
Behavioral disorders belong to clinical picture of all types of dementia. If they occur, it is necessary to secure a safety for patients and their surrounding, to find out a cause of the state and apply targeted treatment (removal of the cause). Main parts of the intervention are nonpharmacological actions including a cooperation with care givers. Pharmacotherapy is indicated only in cases of uncontrollable states of aggressiveness, difficult psychotic production, and anxious or depressive symptomatology in case nonpharmacological approaches fail. SSRI antidepressives or trazodone are suitable medications. The use of antipsychotics is controversial, it is always necessary to weight the benefit against harm. In Alzheimer type dementia cholinesterase inhibitors and memantin with a positive influence also on behavioral disorders are indicated.
Key words: behavioral disorders, dementia, nonpharmacological treatment, pharmacotherapy, antipsychotics of 2nd generation, SSRI, care-giving.

Psychiat. pro Praxi, 2007; 8(6): 257–261

Tabulka 1. Příklad záznamu chování („deníček chování“)

chování	předcházelo	opatření
šla na balkón a volala o pomoc	odešla jsem nakoupit a nechala ji samotnou	uklidnila se hned, jak mě viděla, říkala, že v bytě byli cizí lidé; příště požádám sousedku, aby u ní počkala
dokola se ptala, kdy přijede vnučka	informace o tom, že přijede vnučka	ukazovala jsem jí fotografie vnoučat a vyprávěla jí o nich (ptala se stále, ale mně to přestalo vadit)

Tabulka 2. Nejčastější příčiny poruch chování u demence

Fyzikální faktory	strukturální a neurochemické změny mozku, tělesná onemocnění, dehydratace, hypoxie, chronická obstipace, retence moči, bolest, diskomfort, funkční postižení, léky, alkohol
Psychologické faktory	premorbidní osobnost, strach, úzkost, deprese, bezmocnost, únava, nuda
Kognitivní poruchy	nepochopení situace, neschopnost vyjádřit potřebu, neschopnost rozhodnout či naplánovat činnost, zmatenost
Vlivy okolí	nevhodné prostředí, nevhodné zacházení, nadbytek nebo nedostatek zevních podnětů, narušení rutiny, nervozita pečujícího

Tabulka 3. Základní farmakoterapie u poruch chování u demence

Alzheimerova demence s poruchami chování	inhibitory cholinesteráz, memantin (dle doporučení)
těžká agresivita, psychóza	tiaprid, melperon, haloperidol, antipsychotika II. generace
deprese, agitovanost, impulzivita	SSRI (citalopram, escitalopram, sertralin), trazodon
úzkost	krátkodobě: oxazepam, lorazepam dlouhodobě: SSRI, trazodon, buspiron
nespavost	trazodon, zolpidem (krátkodobě), tiaprid (při nočních stavech zmatenosti)

Úvod

Poruchy chování se vyskytují v průběhu onemocnění téměř u všech pacientů s demencí. Jsou nejčastější příčinou selhání ošetřovatelské péče, hospitalizace a následné institucionalizace nemocných. Vedou k akceleraci kognitivního deficitu a funkčních poruch. Psychofarmaka nasazovaná z indikace behaviorálních poruch jsou často neúčinná a jsou spojena s rizikem vzniku nežádoucích účinků.

Pravidla intervence u behaviorálních poruch pacientů s demencí:

1. popis problémového chování (typ, okolnosti vzniku, trvání)
2. určení příčiny chování
3. nefarmakologické postupy jako základ léčby poruch chování
4. psychofarmakoterapie poruch chování
5. práce s rodinnými příslušníky, pečujícími (prevence vzniku poruch chování!).

Ad 1. Vždy se snažíme určit primární symptom, podle něj pak cílit léčbu. Např. agresivita může být projevem psychotické symptomatiky, deprese nebo nepochopené manipulace ze strany pečujících, agitovanost bývá vyvolaná úzkostí nemocného. Záznam problémového chování, okolností vzniku a trvání poruchy může pomoci při určování příčiny a volbě vhodné intervence (tabulka 1).

Ad 2. Poruchy chování u demence mohou být vyvolány strukturálními a neurochemickými změnami mozku při demenci, často ale můžeme najít i jinou příčinu: vliv medikace (podrobná léková anamnéza!), psychickou (objektivní údaje) nebo somatickou poruchu (fyzikální vyšetření, kompletní laboratorní screening, EKG, RTG plic a další vyšetření dle stavu) či diskomfort (posouzení vhodnosti oblečení, cílené pátrání po bolesti, nepohodlí atd.) (tabulka 2). Psychotické příznaky a agresivita mohou být příznakem deliria!

Kazuistika 1

74letá paní L. byla přivezena na gerontopsychiatrii s diagnózou těžká demence s poruchami chování. Na oddělení neklidně bloudila, svlékala se na chodbě, prala se, lomcovala s dveřmi – „odcházela do práce“. Později apaticky seděla u stolu, palcem „zabíjela brouky“. Stav zhodnocen jako delirium nasedající na demenci. Příčinou deliria byla těžká anémie způsobená enteroragií při dlouhodobém užívání nesteroidních antiflogistik (bolesti páteře). Po úpravě krevního obrazu se zcela kompenzoval i psychický stav nemocné, byla propuštěna do ambulantní péče.

Ad 3. Doménou léčby behaviorálních poruch u demence jsou nefarmakologické postupy ve smyslu péče o celkový tělesný stav (zajištění dostatečné výživy a hydratace, léčba tělesných onemocnění, racionální farmakoterapie atd.), úpravy prostředí (zlepšení osvětlení, odstranění „zbytečných“ věcí z prostředí atd.), správného přístupu (klid, vlídnost, hlasité a jednoznačné vyjadřování atd.), vhodných aktivit (jednotlivé aktivity členíme na jednoduché, snadno zvládnutelné kroky, které nepřesahují možnosti nemocného!) a specifického přístupu dle typu problémového chování. Pozornost nemocného odvádíme k jiným věcem, jiným událostem (může na důvod svého chování zapomenout). Použití různých psychoterapeutických technik je podpořeno zjištěním vysokého procenta placebo-responderů v klinických studiích s psychofarmaky u poruch chování u demence a prokázanou nižší spotřebou psychofarmak u pacientů s odborně edukovanými pečujícími. Při agitovanosti se doporučuje masáž, aromaterapie, multisenzorická stimulace, pet terapie, muzikoterapie či tanec. Strukturovanou terapií je ***behaviorální přístup***. Spočívá v důkladné analýze chování (tabulka 1), eliminaci stresorů prostředí, ve zvýšené nabídce příjemných aktivit a sociálních kontaktů, v maximálním využívání zachovaných kognitivních schopností nemocného, vhodné reakci na chování a v intenzivní „péči“ o pečující.

Omezovací prostředky jsou indikované u stavů, kdy nemocný bezprostředně ohrožuje sebe nebo své okolí. Důležité je zajištění klidného prostředí a dostatku školeného personálu („vlídná přesila“), což samo o sobě někdy stačí ke zklidnění, případně slouží k možnosti aplikace psychofarmaka, provedení odběru krve či jiného důležitého vyšetření. Při nutnosti zavedení kanyly nebo nasogastrické sondy můžeme šetrně fixovat horní končetiny. Síťová lůžka, „samotky“ či fixace většího rozsahu jsou v gerontopsychiatrii výjimečné (delirózní stavy s masivním neklidem). Veškeré omezovací prostředky musí být indikovány lékařem a použity jen na nezbytně nutnou dobu při zajištění observace nemocného.

Ad 4. Psychofarmakoterapie s sebou přináší svá specifická rizika ve formě vedlejších a nežádoucích účinků. Proto k ní přistupujeme až po důkladném zhodnocení situace: hrozí-li nebezpečí pro pacienta či jeho okolí, jsou-li symptomy příliš stresující pro nemocného nebo pečující a v případě selhání nefarmakologické léčby.

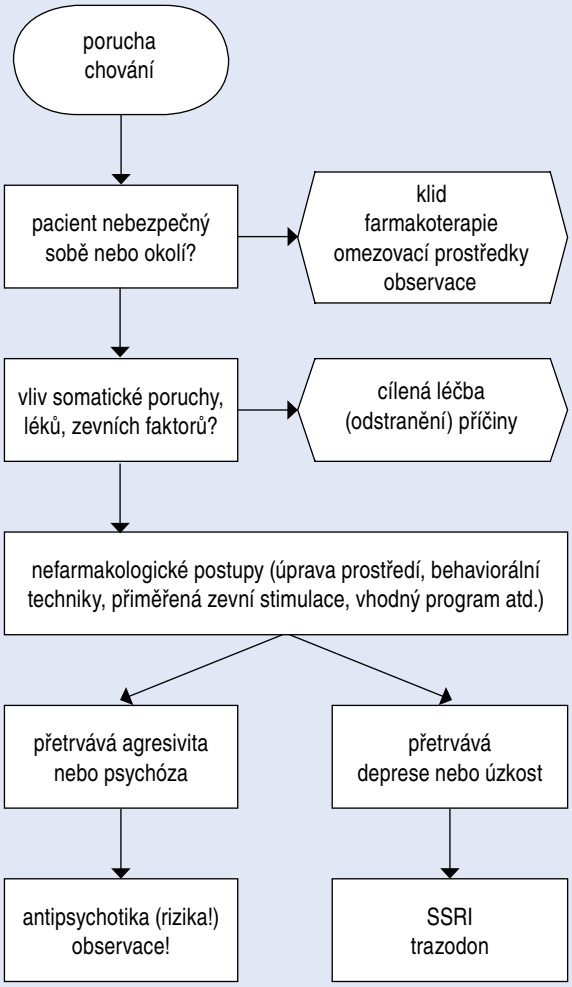
V klinické praxi se v léčbě poruch chování ve stáří nejčastěji používá ***tiaprid***. Nasazuje se v dávce 1–3×1 tableta, po několika dnech dávku snižujeme na 1–2 tablety denně. U nespolupracujícího nemocného používáme injekční formu preparátu.

SSRI (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu) jsou u starší a staré populace považovány za lék volby v léčbě depresivní a úzkostné symptomatiky. Studie i klinická zkušenost však ukazují jejich pozitivní efekt i při léčbě jiných symptomů jako agitovanosti či agresivity. To můžeme vysvětlit předpokládanou úlohou serotoninu v modulaci deprese a úzkosti, agitovanosti a agresivity.

Kazuistika 2

82letý pan K., obyvatel domova důchodců, byl převezen na gerontopsychiatrii pro opakované agresivní výpady vůči personálu i spolubydlícím. Při přijetí byl stav hodnocen jako demence těžšího stupně s poruchami chování, bránil se při oblékání, mytí, nechtěl jíst – mlátil do talíře, byl vulgární. Subjektivní potíže nebyl schopen sdělit, jen vykřikoval, nespolupracoval. Chování bylo kolísavé, pokud po něm

Obrázek 1. Doporučený postup u poruch chování u demence



nikdo nic nechtěl, seděl tiše v rohu místnosti, nejevil zájem o žádné aktivity, občas se ale i v klidu objevila impulzivní agresivita. Symptomy jsme zhodnotili jako typické projevy deprese u demence a nasadili jsme citalopram 8 kapek ráno. Po 10 dnech léčby došlo k výraznému zlepšení stavu, pacient začal sám jíst, začal komunikovat s ostatními, spolupracoval. MMSE skóre při propuštění bylo 18 bodů (při přijetí vzhledem k nespolupráci nešlo zhodnotit). Vrátil se do domova důchodců, kde nadále dobře fungoval.

U těžkých ***agresivních a psychotických příznaků*** můžeme indikovat ***antipsychotika 2. generace*** v nízkých dávkách (např. risperidon, quetiapin, sulpirid) při zvážení rizika léčby (vyšší riziko cerebrovaskulárních příhod oproti placebu) a pečlivé monitoraci stavu (pulz, TK, teplota, svalový tonus atd.). Začínáme minimální dávkou a zvolna ji zvyšujeme do doporučovaného maxima (např. risperidon do 1–1,5 mg/den). Pokud je nutná injekční aplikace léku, můžeme použít ***haloperidol*** (2,5 mg/den se snížením dávky při možnosti perorální aplikace) (riziko nadměrného útlumu a extrapyramidové symptomatiky!). Po 2–3 měsících od dosažení efektu léčby se pokoušíme o pomalé snižování dávky až k případnému vysazení. Nedojde-li k efektu po antipsychotících, netoleruje-li je pacient nebo jsou pro něj příliš riziková, můžeme zkusit ***citalopram, trazodon***, případně ***carbamazepin***. Pozor! Prchavé halucinace, které neobtěžují, nejsou spojeny s jinými psychickými či behaviorálními symptomy, farmakoterapii nevyžadují. Behaviorální poruchy včetně psychotických vzniklé v průběhu demence mají tendenci ke spontánní remisi v průběhu tří měsíců. Poslední studie s antipsychotiky 2. generace u behaviorálních poruch ukazují jejich sporný efekt a riziko vzniku nežádoucích účinků u populace s demencí.

Pozn.: Pro ***demenci s Lewyho tělísky jsou typické*** psychotické příznaky a přecitlivělost na antipsychotika s rozvojem výrazné extrapyramidové symptomatiky a nadměrného útlumu. Lékem volby jsou ***inhibitory cholinesteráz***.

U ***deprese*** podáváme ***SSRI*** antidepresiva – ***citalopram*** (20 mg/den), ***escitalopram*** (10 mg/den), ***sertralin*** (50 mg/den). Vedlejší účinky (gastrointestinální poruchy, nervozita, bolesti hlavy, insomnie) zde bývají méně časté než v mladších věkových skupinách. Další volbou mohou být některá z nových antidepresiv, např. ***milnacipran, venlafaxin*** nebo ***mirtazapin***. U těchto léků je zatím k dispozici málo údajů týkajících se jejich užívání u staré populace, ale kazuistické údaje a jejich receptorové spektrum svědčí pro dobrý efekt a dobrou snášenlivost. Vzhledem k anticholinergnímu efektu (zhoršení kognitivních funkcí, anticholinergní deliria, kardiotoxicita atd.) není vhodné použití tricyklických antidepresiv.

Při silně vyjádřené akutní ***úzkosti*** lze podat benzodiazepiny s krátkým vylučovacím poločasem, např. ***oxazepam*** (10–30 mg/den). Podáváme minimální dávky po co nejkratší dobu (hrozí ortostatická hypotenze, závratě, snížení mobility řasinkového epitelu v dýchacích cestách, útlum dechového centra, riziko vzniku závislosti, paradoxní excitace, možné zhoršení kognitivních funkcí). Preferuje se intermitentní podávání před kontinuálním. Vhodnou léčbou déletrvajících úzkostných stavů jsou antidepresiva ze skupiny ***SSRI, trazodon*** nebo ***buspiron***.

Terapie ***poruch spánku*** spočívá ve snaze nalézt a odstranit příčinu poruchy (bolest, nepohodlí, úzkost atd.). Důležité je dodržení pravidel spánkové hygieny. Vhodným lékem na nespavost při demenci je ***trazodon***. U poruch usínání můžeme použít i ***zolpidem***. Benzodiazepinová hypnotika nejsou vhodná. Tam, kde je spánek rušen výraznějším neklidem či přidruženým stavem zmatenosti (nočním deliriem), se doporučují ***antipsychotika*** (melperon, tiaprid). U spánkové inverze, kdy nemocný v noci bdí a přes den pospává, se klade důraz na dostatek světla a denní aktivaci s event. nasazením nootropik.

Některé poruchy chování u demence na farmakoterapii většinou nereagují (bloudění, hromadění věcí, misidentifikace), zůstáváme odkázáni na nefarmakologické postupy.

Nejvhodnější farmakoterapií u lehké až středně těžké demence Alzheimerova typu s nebo bez poruch chování jsou ***inhibitory cholinesteráz*** (resp. ***memantin*** u středně těžkého a těžkého stupně). Studie prokázaly jejich efekt i u těžších poruch chování včetně ústupu bludů a zlepšení nálady, u pacientů bez poruch chování pak snížené riziko jejich vzniku. Pozor! Nedoporučuje se podávat inhibitory cholinesteráz u frontotemporální demence, kde může dojít ke zhoršení chování.

Ad 5. Ve většině případů leží hlavní tíha péče o nemocného s demencí na rodině. Jde o velkou emoční, fyzickou, finanční i sociální zátěž. Psychický stav pečujícího se následně promítá i do stavu nemocného. Součástí komplexní léčby demence tedy nutně musí být i péče o pečující, která směřuje k zajištění maximální možné pohody jak nemocného, tak pečujících a tím k oddálení institucionalizace nemocného. Pečujícím poskytujeme emoční podporu a povzbuzujeme do další péče. Ve spolupráci s nimi sestavujeme individuální léčebný plán dle typu

a stupně poruchy s ohledem na možnosti. Pečující edukujeme s důrazem na reálnost očekávání, poskytujeme „návody“, jak řešit jednotlivé problémy, rady a kontakty v oblasti pomoci v péči, sociální a právní pomoci. Vhodné je napojení rodinných příslušníků na organizace zabývající se péčí o seniory (např. Alzheimerovská společnost, Charita). Edukace a podpora pečujících (profesionálů) má své místo i při ústavní péči o dementní, kde slouží k prevenci syndromu vyhoření a zabezpečení optimální péče pacientů.

Závěr

Behaviorální poruchy patří do klinického obrazu demence, je třeba na ně myslet, předcházet jim a v případě vzniku je správně léčit. Doménou prevence i léčby jsou nefarmakologické postupy, vhodné prostředí, aktivity a přístup k nemocnému. Nutná je podpora a edukace rodinných příslušníků a pečujících, udržování jejich pohody, pomoc při vytváření vhodných podmínek a programu pro nemocné, řešení správného přístupu v případě vzniku poruch chování. Důležité je i zvyšování počtu a zkvalitňování zařízení stacionární a respitní péče o seniory a modernizace ústavních zařízení typu domovů pro seniory.

MUDr. Vanda Franková
Psychiatrická léčebna Dobřany
Ústavní 2, 334 41 Dobřany
e-mail: vanda.frankova@volny.cz

Literatura

1. Alexopoulos GS, Jeste DV, Chung H, Carpentier D, Ross R, Docherty JP. Treatment of dementia and its behavioral disturbances. Postgraduate medicine special report 2005; January 2005: 1–111.
2. Ballard C, O´Brien J, James I, Swann A. eds. Pharmacological treatment of psychosis. In: Dementia: management of behavioural and psychological symptoms. Oxford University Press, 2001. Pp.: 233–245.
3. Davidson S. Dementia: A systematic approach to understanding behaviour. Geriatrics Aging 2007; 10(3): 182–191.
4. Finkel SI, Burns A eds. Behavioral and psychological symptoms of dementia: A clinical and research update. Int Psychogeriatr, 2000; 12(suppl 1).
5. Jirák R, Franková V. Organicky podmíněné psychické poruchy. In: Seifertová D, Praško J, Höschl C, eds. Postupy v léčbě psychických poruch. Praha: Academia Medica Pragensis, 2004. Pp.: 2–18.
6. Mintzer J , Greenspan A, Caers I, Van Hove I et al. Risperidone in the treatment of psychosis of Alzheimer disease: results from a prospective clinical trial. Am J Geriatr Psychiatry. 2006;14: 280–291.
7. NICE guideline: CG42 Dementia; http://guidance.nice.org.uk/cg42/niceguidance/pdf/English (31. 7. 2007).
8. Sultzer DL. Selective serotonin reuptake inhibitors and trazodone for treatment of depression, psychosis, and behavioral symptoms in patients with dementia. International Psychogeriatrics 2000; 12(Suppl. 1): 245–251.
9. Swartz M, Barak Y, Mirecki I, Naor S, Weizman A. Treating depression in Alzheimer´s disease: Integration of differing guidelines. International Psychogeriatrics 2000; 12(3): 353–358.
10. Tariot PN, Schneider L, Katz IR, Mintzer JE et al. Quetiapine treatment of psychosis associated with dementia: a double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trial. Am J Geriatr Psychiatry. 2006; 14: 767–76.
Další literatura u autorky.