

## Organické psychické poruchy

Doc. MUDr. Roman Jiráček, CSc

Organické psychické poruchy jsou ty, u kterých tvoří jejich podklad organické mozkové onemocnění, tj. onemocnění s makroskopickými a/nebo mikroskopickými morfoloickými změnami mozkové tkáně a s patologicky změněným metabolismem. Patří sem především neurodegenerativní poruchy (Alzheimerova nebo Parkinsonova choroba aj.), vaskulární postižení mozku a další. Také se k organickým psychickým poruchám přiřazují poruchy na podkladě intoxikací (např. alkoholová demence), systémových onemocnění, tumorů mozku a jiné.

Dělení organických psychických poruch viz tabulka 1.

<b>Poruchy kognitivních funkcí</b>
Lehké poruchy poznávacích funkcí (predemence)
Demence
Ohraničené amnestické syndromy
<b>Psychotické poruchy</b>
Organická halucinóza
Organická katatonní porucha
Organická porucha s bludy
<b>Emoční poruchy</b>
Organická afektivní porucha
Organická úzkostná porucha
Organická emoční labilita (astenie)
<b>Další emoční poruchy</b>
Organická dissociativní porucha
Organická porucha osobnosti
Postkomoční porucha, postencefalitická porucha a jiné

K organickým psychickým poruchám patří také **deliria**, která jsou uvedena v samostatné kapitole.

### ***Demence a lehké poruchy poznávacích funkcí:***

Demence jsou poruchy, u kterých dochází vlivem patického procesu k podstatnému snížení úrovně paměti a dalších kognitivních (poznávacích) funkcí, jako je pozornost, řeč, logický úsudek a další. Toto snížení je tak podstatné, že interferuje s pracovními i osobními aktivitami postiženého. Dále dochází různou měrou k poruchám exekutivních (výkonných) funkcí (rozhodování, motivace k jednání, správná volba postupů), k poruchám aktivit denního života i k tzv. behaviorálním a psychologickým symptomům demence (BPSD) – poruchy chování, emocí a afektů, spánku. Demence mohou vznikat již od 4 – 6 roku života, kdy jsou utvořeny základy kognitivních funkcí, ale jejich četnost výrazně roste s věkem, takže většina demencí se vyskytuje v seniorském věku.

V současnosti je většina demencí ireverzibilních, nevléčitelných. Terapií lze u některých modifikovat klinický obraz, prodloužit časná stadia na úkor pozdních, spojených s nesoběstačností.

Příčiny demencí: Velkou skupinu tvoří demence na neurodegenerativním podkladu (primární, neurodegenerativní demence). Druhou skupinu tvoří tzv. symptomatické

(sekundární) demence, vzniklé na podkladě vaskulárním, intoxikačním, při systémových onemocněních, při zánětech, mozkových tumorech a další.

Nejčastější neurodegenerativní demence:

**Alzheimerova choroba** je nejčastější demencí vůbec, představuje minimálně 50 = všech demencí, a dalších 10 – 20 % tvoří **smíšené demence**, kde se na vzniku podílí jak alzheimerovská neuropatologie, tak i vaskulární změny mozkové tkáně. Příčina Alzheimerovy choroby zatím není známa, ale jsou známy neuropatologické mechanismy, kterými dochází k poruše kognitivních funkcí. Nejvíce studované mechanismy je tvorba a ukládání patologické bílkoviny beta-amyloidu, degenerace intraneuronálního tau-proteinu, ale dochází také k poruše mitochondrií, k uvolnění značného množství volných kyslíkových radikálů, nedostatečné produkci energie (makroergních vazeb), k zánětlivé reakci, k snížené produkci a uvolňování nervových růstových faktorů a k dalším mechanismům neurodegenerace, které pak vyústí v nedostatečnou tvorbu nervových výběžků, dochází k snížené tvorbě synapsí, k snížení nervové plasticity. To je pak vlastním podkladem demence.

Alzheimerova choroba se dá rozdělit do tří etap: 1. Preklinické stadium, kdy nejsou žádné klinické příznaky poruch kognitivních funkcí. Toto stadium se dá zjistit jedině detekcí depozit beta-amyloidu v mozku – tato patologická bílkovina se tvoří již několik let před objevením se prvních příznaků. Tato detekce je možná jedině při užití zobrazovací metody pozitronové emisní tomografie, což je velice nákladné a v praxi se toto vyšetření neprovádí. 2. Stadium lehké poruchy poznávacích funkcí (mild cognitive impairment) amnestického typu se vyznačuje subjektivní i objektivně měřitelnou poruchou paměti, která však nedosahuje úroveň demence, nejsou postiženy aktivity denního života, postižený je plně soběstačný. Nejvíce a v prvé řadě je postižena epizodická paměť, tj. paměť na prožitky a události. 3. Stadium demence, kdy se zhoršuje porucha paměti, postupně se objevují poruchy dalších kognitivních funkcí, poruchy aktivit denního života vedoucí nakonec k plné nesoběstačnosti, závislosti na fungující rodině nebo instituci (specializované domovy důchodců, nemocnice, psychiatrické léčebny). Alzheimerova choroba představuje primární příčinu smrti. Postižení většinou přežívají 7 – 10 let, někdy déle, od objevení se prvních příznaků. Většina případů Alzheimerovy choroby začíná od 65 let výše, hovoří se o sporadické formě (forma s pozdním začátkem). Prevalence se zvyšuje s věkem. Existují také poměrně vzácné formy s časným začátkem, již od 40 let, kdy se ve většině případů zjišťují genové mutace. Tyto demence probíhají zpravidla rychle.

Typický průběh Alzheimerovy choroby je tento: Po stádiu lehké poruchy poznávacích funkcí dochází k progredující poruše epizodické paměti, postupně se přidávají poruchy dalších složek paměti i dalších kognitivních funkcí (pozornost, řeč, chápání, logické uvažování aj.). Dochází k úpadku aktivit denního života, v těžkých stádiích k plné nesoběstačnosti. Objevují se tzv. behaviorální a psychologické příznaky demence, časté jsou různé typy poruch chování. (Agitovanost – neustávající neklid, útky z bytu, ničení předmětů, verbální i brachiální agrese vůči lidem, upoutávání pozornosti, vydávání neartikulovaných zvuků, přenášení předmětů z místa na místo aj.). Průběh Alzheimerovy choroby je plynule progredientní, bez větších krátkodobých výkyvů.

Alzheimerova choroba se nedá vyléčit, zatím jsme schopni pouze prodlužovat lehká stadia demence na úkor těžkých. Používá se léčba, skládající se z farmakoterapie a z nácvikových metod, rehabilitace paměti, a také z léčby všech interkurentních somatických chorob.

**Demence s Lewyho tělísky** je druhá nejčastější neurodegenerativní demence a třetí demence co do četnosti. Neuropatologicky dochází k degradaci proteinu alfa-synucleinu +

k různému stupni alzheimerovských neurodegenerativních změn. S Alzheimerovou chorobou má sopolečný plíživý začátek a dlouhodobě progredující průběh. Základní klinické rysy demence s Lewyho tělísky jsou: V krátkodobém časovém horizontu výrazné výkyvy (fluktuační stav), obzvláště kolísání pozornosti. Pozornost je nejdříve a nehlouběji postižena kognitivní funkce. Bývají převážně noční halucinace zrakové, někdy více smyslů s pocitem vtažení do děje, a k tomu produkce nesystematických paranoidně-persekučních bludů, které vysvětlují poruchy vnímání. Je výrazná přecitlivělost na antipsychotika (neuroleptika), po podání těchto látek bývají časté pády. Je přítomen extrapyramidový hypertonicko-hypokinetický (parkinsonský) syndrom, zpravidla mírnější než u Parkinsonovy choroby. Nemoc končí letálně.

**Demence při Parkinsonově chorobě:** U určitého procenta parkinsoniků (odhad je 20 – 30 %) dochází k rozvoji demence. Tato demence je převážně subkortikální, při postižení bazálních ganglií. V popředí je porucha exekutivních funkcí, postižení vypadají jako nerozhodní, nešikovní. Existují také kombinace Parkinsonovy a Alzheimerovy choroby. U parkinsoniků (nejen těch s demencí) se mohou objevit psychotické příznaky – halucinace, produkce bludů, výjimečně i akutní neklidy po podání dopaminergně působících farmak – antiparkinsonik.

**Frontotemporální lobární degenerace:** U těchto demencí atrofie postihuje ložiskově frontální a/nebo temporální lalok, často jednostranně. Tyto demence mají různé klinické obrazy. Nejčastěji se vyskytuje behaviorální forma, spojená s poruchami chování ještě před objevením se poruch paměti. U jiných demencí této skupiny je v popředí porucha řeči. Mezi další neurodegenerativní demence patří např. Huntingtonova chorea, spojená s abnormními pohyby, poruchou hybnosti a řeči, a řada dalších vzácných demencí.

**Vaskulární demence** vznikají poškozením mozkové tkáně cévními vlivy – zpravidla drobnými (lakunárními) infarkty, někdy větším mozkovým infarktem, mikroangiopatiemi. Existuje více typů vaskulárních demencí. Obecně se vaskulární demence liší oproti Alzheimerově chorobě tím, že rychleji začínají, mají velmi kolísavý průběh v kratších časových intervalech, osobnost zůstává dlouho relativně zachovalá. Je více neurologických příznaků, častá je hypertenze, diabetes mellitus a jiné rizikové cévní faktory. Vaskulární demence je druhá nejčastěji se vyskytující demence.

Existuje řada sekundárních (symptomatických) demencí, které jsou poměrně málo časté (viz tabulka):

<b>Demence infekčního původu</b>	Neuroleues (progresivní paralýza a další typy)
<b>Demence prionového původu</b>	Creutzfeldt-Jakobova nemoc, bovinní spongiformní encefalopatie aj.
<b>Metabolicky podmíněné demence</b>	Geneticky podmíněné – Wilsonova choroba, Geneticky nepodmíněné – při chronické jaterní nebo renální insuficienci
<b>Demence při mozkových tumorech</b>	Může jít o primární mozkové tumory (glioblastom, meduloblastom) nebo o metastatické tumory
<b>Posttraumatické demence</b>	Záleží na rozsahu a lokalizaci poranění
<b>Chronické intrakraniální hematomy</b>	Epidurální, subdurální opouzdřené hematomy – záleží na velikosti a lokalizaci
<b>Intoxikační demence</b>	Alkoholová demence, demence po intoxikacích CO
<b>Demence při normotenzním hydrocefalu</b>	Základní příznaky – demence, poruchy chůze, inkontinence, léčí se operativně

**Ohraničené amnestické syndromy:** Porucha paměti se vyznačuje neschopností zapamatovat si nové paměťové obsahy, zatím co zafixované vzpomínky si pamatují dobře. Bezprostřední paměť je dobře zachována. Tyto syndromy mohou být časově ohraničené nebo trvalé. Amnézie sahající před působení vyvolávajícího faktoru se nazývá retrográdní (např. navozená úrazy hlavy při dopravních nehodách – postižený si nepamatuje určitý čas před nehodou), amnézie po působení vyvolávajícího podnětu je anterográdní. Nejčastější formou ohraničeného amnestického syndromu je tranzitorní globální amnézie. Vyvolávající příčiny jsou především ischemické mozkové příhody (tranzitorní ischemické ataky), epilepsie, úrazy mozku. Trvalé amnestické syndromy bývají často vyvolány infekcí virem herpes simplex.

**Ostatní organické poruchy** viz kapitoly Gerontopsychiatrie a Deliria.

**Demence z hlediska intenzivní medicíny:** Demence jsou chronicky, dlouhodobě probíhající onemocnění. Rychlé zásahy bývají nejčastěji vyžadovány pro poruchy chování, hl. pro neklidy. Neklid u demencí lze často zklidnit bez použití farmak, pokud lze přemístěním pacienta do klidného prostředí, nenechávat zcela potmě. Někdy je nutná aplikace zklidňujícího prostředku. Používají se antipsychotika s malým výskytem nežádoucích účinků – tiaprid, melperon (není v injekční formě). Při těžkém jinak nezvladatelném neklidu se aplikuje injekčně haloperidol. Tento přípravek by se měl používat pouze výjimečně, jednorázově.

Také lze použít k zklidnění neklidu u demence některý benzodiazepinový přípravek – diazepam, midazolam, clomipramin. Velmi důležité je hydratovat pacienta – dehydratace je častá příčina poruch chování. Rovněž tak je třeba upravit nutriční pacienta.

Poměrně často se stává, že pacienti trpící demencí odejdou z domova a bloudí. Není výjimkou, že jsou nalezeni až po několika dnech, vyčerpaní, dehydratovaní, hypoglykemičtí.

Je pak nutná rehydratace a realimentace. U lidí s demencí také často dochází k pádům s možným vznikem intrakraniálních hematomů. Po pádech by měli být vyšetřeni neurologicky a provedeno vyšetření zobrazovacími metodami.

Na demence často nasedají deliria, která je pak nutné léčit (viz samostatná kapitola).

#### **Doporučená literatura:**

- Gautier S. (ed.) et al: Clinical Diagnosis and Management of Alzheimer's Disease. Third edition. Informa Healthcare, London, UK, 2007.
- Jiráček R. a kol.: Gerontopsychiatrie. Galén, Praha 2013.
- Raboch J., Pavlovský P., Janotová D.: Psychiatrie – minimum pro praxi. 4. vyd. Praha, Triton 2006.
- Raboch J., Pavlovský P. a kol.: Psychiatrie. Universita Karlova v Praze, Karolinum, Praha, 2012.

**Kontrolní otázky:**

1. Obvyklý průběh Alzheimerovy choroby je:  
s náhlým začátkem, plynule progredientní  
s pomalým začátkem a častými výkyvy v průběhu  
**s pomalým začátkem a plynule progredientním průběhem**  
s náhlým začátkem a s častými výkyvy v průběhu
2. Pro demence s Lewyho tělísky není příznačné:  
časté výkyvy v krátkých časových intervalech  
**průběh bez výkyvů, pomalu progredující**  
porucha pozornosti  
extrapyramidový hypertonicko-hypokinetický (parkinsonský) syndrom)
3. Při těžkém, jinak nezvladatelném neklidu u demencí zpravidla aplikujeme:  
citalopram  
zolpidem  
karbamazepin  
**haloperidol**