

Gerontopsychiatrie

as. MUDr. Petr Kozelek

Gerontopsychiatrie je subspecializačním odvětvím psychiatrie a zabývá se diagnostikou, léčbou a prevencí i výzkumem psychických poruch vyskytujících se v seniorském věku (zvláště po 65. roku života). V širším pojetí se pak z hlediska etiologie zabývá organickými psychickými poruchami, jejichž výskyt stoupá právě s věkem.

K vyčlenění oboru gerontopsychiatrie, podobně jako v případě pedopsychiatrie, vedlo pochopení specifík stáří, fyziologických i patologických změn probíhajících ve stárnoucím organismu i psychice, ale i doprovodných faktorů sociálních, které hrají ve stáří významnou roli i jako stresory a spouštěče psychických poruch. Patří k nim rozličné nepříznivé životní události jako ztráta partnera, ovdovění, osamělé žití, redukce sociálních vazeb, odchod do důchodu a zhoršení socio-ekonomických podmínek života, ztráta společenského postavení a prestiže, změna a opuštění dosavadního bydliště (včetně přestěhování do domova sociální péče) a další. Schopnost adaptovat se na nové životní podmínky může být také dále zhoršena již přítomným organickým onemocněním mozku nebo závažnou tělesnou chorobou a důsledkem pak bývají pocity izolace či závislosti a ztráty kompetencí, které umocňují i ageistické rysy společnosti orientované na výkon a mládí. Stáří neznamena nemoc či postižení, je však o něm často takto stereotypně smýšleno. Ve zdravé společnosti a rodině má stárnoucí člověk svou roli, je zdrojem zkušeností a moudrosti, podílí se na výchově dětí, a pokud jej neomezuje některé závažné onemocnění, je schopen se o sebe plně postarat a věnovat se nejen rodině, ale i svým koníčkům nebo se realizovat profesně. Ve stáří se k sobě újeji váže podmíněnost zdravotní a sociální situace, kdy nejen sociální situace může vyvolat zdravotní potíže, ale ještě častěji mohou zdravotní potíže zkomplikovat sociální situaci seniora.

Psychosociální faktory jsou tedy pro vznik duševních poruch v seniu důležité, nicméně hlavními etiologickými faktory jsou faktory organické. Těmi míníme vlastní postižení centrálního nervového systému (CNS) některým z patologických procesů (např. atroficko-degenerativní změny či změny cévní), somatická onemocnění (např. choroby kardiovaskulární, onemocnění jater či ledvin, endokrinopatie, infekční onemocnění a další) a vliv léčby (zvláště polypragmzie či některých konkrétních medikamentů, např. glukokortikoidů či antiparkinsonik). Významnou roli mohou hrát také senzorické poruchy, především poruchy sluchu či zraku.

Některé psychické změny související se stárnutím nepovažujeme za patologické, nýbrž za jeho běžnou součást a pouze pokud jejich intenzita přesáhne určitou mez, stávají se příznakem onemocnění. Nevyskytují se konstantně u všech seniorů a mohou se vyskytnout i v preseniu, nebo se naopak neobjeví ani v pozdním stáří, jsou individuálně variabilní. Psychické změny provázející fyziologické stárnutí obvykle seniora k psychiatrovi nepřivádí,

nejsou totiž většinou vnímány negativně samotným seniorem ani jeho okolím. Může jít o projev lokálního postižení CNS (např. mírná atrofie mozku) nebo změn celkového charakteru a jejich společným působením pak dochází ke snížení odolnosti organismu a jeho schopnosti adaptovat se na nové podněty. Tyto psychické změny mohou buď postihnout veškeré psychické funkce, nebo izolovaně jen některé z nich.

K psychickým změnám souvisejícím se stárnutím patří *zpomalení psychomotorického tempa* (bradypsychismus) a zvýšená unavitelnost, které se mohou projevovat i celkovou těžkopádností a nemotorností. Dochází i k emočním změnám, především *emoční labilitě*, kdy se emoce rychle mění a bývají často v důsledku zvýšené sugestibility výrazně ovlivněny okolím. V části seniorské populace se častěji setkáváme se sklonem k úzkostným a depresivním projevům. Ve stáří často dochází i ke *změnám povahy a osobnosti*, zvýrazňují se některé její rysy. Negativní vlastnosti mohou vystoupit do popředí a může docházet třeba k rozvoji abusu alkoholu. Zvýšená pozornost, kterou starý člověk mnohdy věnuje svým fyziologickým funkcím (např. zažívání), může nabýt až hypochondrického rázu. Ze *změn myšlení* lze uvést sklon k zabíhavosti a jistou rigiditu. Změny pozorujeme i ve *vštipivosti paměti*, dochází pak k horšení novopaměti, schopnosti přijímat, ukládat a zpracovávat nové informace. *Soudnost* zůstává v tomto životním období obvykle nedotčena, a pokud pozorujeme její úbytek, dochází již k přechodu fyziologických změn ve stáří ve změny patologické. V průběhu stárnutí dochází také k fyziologickým *změnám spánkové architektury*, celková doba spánku se lehce zkracuje.

Takto vyjmenované změny by mohly vést k dojmu, že ve vyšším věku dochází k celkovému ochuzení psychiky, v průběhu stárnutí se však v duševní sféře setkáváme i s pozitivními jevy. Často dochází ke zvýšení rozvahy, trpělivosti, stálosti názorů a vztahů. Téměř nedotčena zůstává slovní zásoba. Můžeme tedy říci, že přesto, že ve stáří dochází k pozvolné redukci některých psychických kvalit, zůstávají jiné nedotčeny, nebo se dokonce zlepšují.

O gerontopsychiatrii se z hlediska četnosti výskytu psychických poruch hovoří jako o 3D oboru, k těm nejčastějším totiž patří demence, deliria a deprese. Zvláště v posledních letech se přidává čtvrté „D“ podle anglického dependency - závislost, a to na psychotropních látkách, ale třeba i na hracích automatech. U mužů seniorského věku je častější závislost na alkoholu, u žen jsou pak častější lékové závislosti (benzodiazepinová anxiolytika, hypnotika) a u obou pohlaví se v podobné míře vyskytuje závislost na analgetících. Některé psychické poruchy přetrvávají ze středního věku, k těm patří schizofrenie, bipolární afektivní porucha a úzkostné poruchy včetně obsedantně-kompulzivní poruchy. Další poruchy mohou vzniknout až ve stáří, patří k nim poruchy s bludy, reakce na stres, organické psychotické poruchy, organická úzkostná porucha, organická emoční labilita, organická disociativní porucha, organické poruchy spánku. Z uvedeného přehledu je zřejmé, že se ve vyšším věku mohou projevit všechny poruchy typické pro střední věk, ale výrazně více jsou zastoupeny poruchy organicky podmíněné.

V následujícím textu budou popsány organické poruchy psychotické, afektivní a úzkostné - ke studiu ostatních organických poruch a delirií, závislostí či psychických poruch přetrvávajících ze středního věku odkazují na příslušné kapitoly a doporučenou literaturu.

Organické psychotické poruchy

Mezi organické psychotické poruchy řadíme organickou halucinózu, organický syndrom s bludy a organickou katatonní poruchu. Společným klinickým projevem všech jsou poruchy vnímání (halucinace, iluze, pseudohalucinace) a/nebo poruchy myšlení (bludy). U katatonních poruch se přidává i parakinetický syndrom projevující se stavy stuporu či agitovanosti.

Celá škála neurologických, metabolických a endokrinologických onemocnění, traumat mozku a toxických vlivů může vést k sekundárním organickým psychózám. Na organicitu nás obvykle upozorní další, především fokální neurologické příznaky, vznik po 45 roce věku, absence pozitivní psychiatrické anamnézy (včetně rodinné) či naopak pozitivní rodinná anamnéza degenerativních onemocnění mozku (např. Huntingtonovy chorey) a dále také rychlá fluktuace stavu, atypické klinické projevy (poruchy nálady s inkongruentními bludy), ale také atypická či žádná odpověď na antipsychotickou terapii.

Organická halucinóza je poruchou, při které klinicky dominují poruchy vnímání postihující jakýkoliv ze sensorických systémů. Halucinace vznikají na rozdíl od delirií při jasném vědomí, mohou se vyskytovat stále nebo rekurentně a často bývají nemocnými rozpoznány jako šalebné vjemy (hovoříme pak o pseudohalucinacích). Ačkoliv bludy nejsou typickým příznakem organických halucinóz, dochází často k jejich sekundárnímu rozvoji a bludnému zpracování poruch vnímání, nejčastěji do formy některého z paranoidních bludů.

Organická halucinóza vzniká na podkladě dysfunkce mozku, která může mít primární příčinu v CNS nebo vzniká sekundárně při systémovém onemocnění. Z primárních příčin jmenujme tumory mozku či jiné expanzivní intrakraniální procesy (nádory frontálního laloku, olfaktorického gyru, kraniofaryngeom, abscesy, cévní aneurysmata, hydrocefalus), migrénu, temporální arteritidu, neuroleues, degenerativní choroby mozku (Huntingtonova chorea, Parkinsonova choroba, nemoc s Lewyho tělísky), cerebrovaskulární onemocnění, encefalitidy a epilepsie (především temporálního a okcipitálního laloku). Podílet se mohou také farmaka či jiné látky s toxickým potenciálem vůči CNS (dopaminomimetika (L-dopa, bromokriptin, amantadin), efedrin, metylfenidát, propranolol). Ze systémových onemocnění mohou vyvolat organickou halucinózu např. některé endokrinopatie či metabolická onemocnění. Ve stáří se na rozvoji poruch vnímání výrazně podílejí onemocnění smyslového aparátu - otoskleróza u auditivních halucinací a katarakta či makulární degenerace u halucinací vizuálních.

Z klinických forem se nejčastěji vyskytují halucinózy zrakové, sluchové či taktilní, méně často vidáme olfaktorické, chuťové, viscerální a kinestetické formy.

V praxi se můžeme setkat s několika typickými halucinatorními syndromy. Například se *syndromem Charlese Bonetta*, což je zraková halucinóza vznikající na podkladě poruchy vizu při zachovalých kognitivních funkcích. Halucinace bývají elementární, ale i komplexní přeludy lidí, zvířat a scén. Bývá zachován náhled chorobnosti. Toto onemocnění se vyskytuje především u pacientů starších 70 let, v geriatrické a gerontopsychiatrické praxi v 1,8 - 29 % , v oftalmologické klientele mezi 18 - 57 % a v neurologické praxi u 7 - 16 % seniorů. Svou roli mohou hrát i faktory sociální jako izolace, ztráta blízké osoby, ovdovění.

Lhermitteovy pseudohalucinace bývají často exotické, barevné, postižený halucinuje pohybuující se zvířata, lidi či ornamenty, což je provázeno subjektivně výjimečně příjemnými pocity.

Pickovy vize bývají projevem poškození mozkového kmene v oblasti čtvrté mozkové komory. Pacienti halucinují deformované a hroučící se prostory nebo osoby, které se pohybují ve vedlejších místnostech a procházejí zdmi. Svůj název dostaly po Arnoldu Pickovi, jednom z přednostů Psychiatrické kliniky v Praze, který je v roce 1922 jako první popsal.

Taktilní halucinóza je často spojena dermatozoickými bludy, kdy se nemocný domnívá, že je napaden parazity. Vnímá pak především úporné svědění, často ve kšticí, rezistentní na dermatologickou léčbu. Někteří nemocní pociťují píchání jehlami, pálení proudem či neznámými paprsky. Taktilní halucinóza vztahující se ke genitálu mívá často také erotomanický podtext.

Pacienti trpící *auditivní halucinózou* obvykle halucinují jednoduché zvuky nebo hlasy, které s nimi komunikují. Obsah hlasů nebývá na rozdíl od halucinací u schizofrenií zneklidňující, obvykle se nepřičí morálním a osobním postojům nemocných. Specifickým subtypem je *hudební halucinóza*. Je vzácná a častěji je popisována u žen. Bývá nalezena souvislost s postižením sluchu a některou z ušních chorob (otoskleróza, neuritida akustiku), některé případy mají ovšem i čistě centrální příčinu (u postižení nedominantní hemisféry). Obsahem halucinací jsou zde různé popěvky, ale i stále dokola se opakující písně nebo melodie. Někdy nemocní slyší i nemelodické rytmické zvuky, jaké vyvolává chod nejrůznějších strojů.

Léčba halucinóz se zaměřuje na vyvolávající příčinu, pokud je tato známa. Velký význam má proto důkladné vyšetření pacienta, včetně detailně odebrané úplné anamnézy. Každý nemocný by měl absolvovat vyšetření somatoneurologické a laboratorní (včetně toxikologie, funkcí štítnice, event. sérologie lues), a dále pak i CT mozku a EEG. Pokud se halucinace vyskytují izolovaně, jsou omezeny pouze na jeden ze smyslů, dá se obvykle předpokládat organická příčina.

Z hlediska psychofarmakologické léčby je racionální použití atypických antipsychotik, s výjimkou halucinóz u epilepsií, kde je první volbou léčba antiepileptická. Důležitá je korekce smyslových vad.

Organická katatonní porucha je psychotická porucha klinicky často neodlišitelná od katatonní schizofrenie, jejím podkladem je však onemocnění, trauma nebo dysfunkce mozku, kterou vyvolalo jiné základní systémové onemocnění.

Etiologicky se tak nejčastěji podílí encefalitidy, intoxikace CO, roztroušená skleróza, normotenzní hydrocefalus, neuropsychiatrický lupus erythematoses, metabolické poruchy (např. karence vitamínu B12), hereditární cerebelární ataxie, temporální epilepsie, tumory mozku (některými autory popsané častěji v oblasti subthalamické se zvýšením nitrolebního tlaku a léze oblasti kmene) a mohou být i projevem paraneoplastickým.

Vyskytují se klinické formy neproduktivní, kataleptické, s typickým stuporem a negativismem a formy produktivní s agitovaností a sklonem k heteroagresivitě. Ve stuporu bývá přítomen normální svalový tonus a je zachovalé dýchání, chybí však odpověď na světlo, dotyk a zvuk - je redukována či chybí volní motorika a řeč. Negativističtí pacienti kladou aktivní odpor proti pasivním pohybům končetin a těla, zaujímají naslouchací postoje, nástavy. Mohou se vyskytnout i další parakinetické projevy jako fleibilitas cerea, stereotypie, manýrování, rozličné echofenomény a zvýšená impulzivita. Nemocní obvykle zažívají masivní intrapsychické napětí, často halucinují. Produktivní a neproduktivní fáze se mohou rychle a nepředvídatelně střídat. Po odeznění katatonie mohou až několik let přetrvávat neurovegetativní poruchy a poruchy spánku. Celková prognóza je závislá na vyvolávající příčině, obvykle ale dobrá.

Stejně jako u organických halucinóz je významná diagnostika umožňující případný cílený léčebný zásah. Nemocní by měli podstoupit důkladné somatické a neurologické vyšetření, do laboratorního vyšetření je vhodné zahrnout i vyšetření mozkomíšního moku a toxikologické testy. Je třeba provést neuroobrazovací vyšetření (CT či lépe NMR) a elektrofyziologické vyšetření mozku.

Akinetičtí, stuporózní nemocní, jsou ohroženi vznikem dekubitů, proto bychom měli věnovat pozornost preventivním opatřením proti této komplikaci. Je nutno monitorovat vnitřní prostředí, sledovat mineralogram a funkce renální, nemocné dostatečně parenterálně hydratovat a případně nutričně podporovat. U neklidných, agitovaných nemocných, se často neobejdeme bez jejich fyzického omezení, zamezujícího sebepoškození nebo ohrožení okolí.

V léčbě se jsou první volbou GABAergní preparáty, tj. benzodiazepiny. Antipsychotika, především klasická jako např. haloperidol, by podávána být neměla. Nejstarší a nejúčinnější metodou léčby katatonních poruch, včetně těch na organickém podkladě, je elektrokonvulzivní terapie. Její efekt se dostavuje rychle, často již po několika výkonech a lze ji kombinovat s farmakologickou léčbou.

Organický syndrom s bludy je poruchou, jež se klinicky projevuje podobně jako schizofrenie případně trvalá porucha s bludy. Jejím podkladem je však onemocnění, poškození či dysfunkce mozku (včetně sekundárního postižení při systémových chorobách). S ohledem na podobnost klinického obrazu se schizofrenií je také nazývána organickou schizoformní poruchou.

Typickým příznakem jsou do různé míry systematizované bludy. Nejčastěji paranoidně-perzekuční, emulační, hypochondrické, dermatozoické a dysmorfofobické. Nekonstatně jsou přítomny i poruchy vnímání různých smyslů, schizofreniformní poruchy myšlení či izolované katatonní fenomény.

Mezi onemocnění, která se klinicky mohou manifestovat jako organický schizoformní syndrom patří epilepsie, neuropsychiatrický lupus erythematosus, endorinopatie (např. hypotyreóza, Cushingův syndrom), metabolická onemocnění (vitamínové karence, Wilsonova choroba, metachromatická leukodystrofie, střádavé choroby), degenerativní onemocnění mozku (Alzheimerova choroba včetně Lewyho varianty, Parkinsonova choroba a příbuzná onemocnění, Huntingtonova choroba), cerebrovaskulární onemocnění, mozkové nádory, Friedreichova hereditární spinální ataxie, amyotrofická laterální skleróza, neuroinfekce a systémové infekce (např. AIDS) i vlivy toxické respektive intoxikace.

Klinický obraz plně rozvinutého organického syndromu s bludy se může formovat do obrazu schizofreniformní paranoidní psychózy či do některých psychopatologických syndromů, u nichž pak lze uvažovat i o konkrétním typu a lokalizaci postižení.

Například *Capgrasův syndrom* je relativně častý u nemocných trpících demencemi, vyskytuje se zvláště v počátečních stádiích Alzheimerovy choroby. Nejedná se o prostou prosopagnozii, jež je vidána u těchto pacientů až v 50 % případů, ale komplexní poruchu spojenou často s bludy paranoidně-perzekučního rázu. Podkladem Capgrasova syndromu je vlastně misinterpretace skutečnosti s typickými iluzemi dvojníka, jenž je nejčastěji členem vlastní rodiny. Postižený je přesvědčen o tom, že se nejedná o jeho skutečné příbuzné, ale o na něj nastrčené dvojníky, kteří jej mají sledovat, páchají na něm různé zlé skutky, schovávají mu věci, chtějí jej otrávit apod. Sám sebe pak může pacient vnímat také jako dvojníka, v zrcadle se totiž vidí jako někdo jiný, bez emocí nebo již dokonce mrtvý. Neuropatologickým podkladem této poruchy je pravděpodobně porucha systému, který přiděluje lidským tvářím v paměti pacienta příslušný emoční doprovod, jeho porucha pak může vést právě s misidentifikací. V případech Capgrasova syndromu jsou častěji popisovány léze pravé hemisféry, především temporálního laloku.

Na tomto místě je také třeba zmínit tzv. *akcentovanou podezíravost stárnoucích*, jež je u seniorů poměrně častá a není příznakem organického postižení či demence. Její pozadí je převážně sociálně-psychologické a může být spojeno s pocity opuštěností a izolace, selháváním sebekontroly a nepřiměřeným vyhodnocováním životních situací. Psychiatři s takovými pacienty do styku přicházejí méně často, setkávají se s nimi především praktičtí

lékaři a geriatři, kterým si nemocní stěžují na rozličné ústrky a úklady okolí, zanedbávání ze strany rodiny, pocity, že jim sousedé či rodina usiluje o majetek, byt, chtějí je umístit do ústavu apod. Musíme ale vždy odlišit a objektivizovat i skutečné sociálně patologické jevy, jakým je třeba syndrom týrání a zneužívání. V případech akcentované podezíravosti je vždy vhodná konzultace rodiny, zjištění reálné situace pacienta a psychoterapeutická intervence.

U nemocných s lehkými demencemi a mírnou kognitivní poruchou včetně tzv. benigní stařecké zapomnětlivosti je výskyt podezíravosti a vztahovačnosti a různých prchavých paranoidně-perzekučních bludů také poměrně častý. Tyto poruchy jsou obvykle krátkodobé, přechodné a jen výjimečně chronifikují. S progresí základní choroby obvykle ustupují, jelikož k plnému rozvinutí bludné produkce je třeba intaktních korových funkcí. Podkladem jsou poruchy soustředění a kognitivní deficit, dysmnézie. Pacienti často zapomínají, kam co uložili, nejsou pak schopni své osobní věci najít a tuto neschopnost projikují do paranoidně-perzekučních bludů. Nejčastějšími jsou jistě bludy okrádání, které jsou mířeny proti rodině, pečovatелům a sousedům. V těchto případech je vhodný přístup permissivní, uklidnění, bagatelizace a podpora, jen výjimečně i intervence psychofarmakologická.

Přehled psychických poruch s psychotickými příznaky, které se mohou vyskytnout v seniu, uvádí následující tabulka (Tab. 1). Převažují organické psychotické poruchy (včetně delirií, u nichž je však přítomna porucha vědomí), tzv. „funkční“ psychotické poruchy přetrvávají nejčastěji z mládí či ze středního věku.

Tab. 1 Psychické poruchy s psychotickými příznaky ve stáří

Organické psychózy	<i>organická halucinóza</i>	převládají poruchy vnímání, event. bludy až sekundární
	<i>organická katatonní porucha</i>	příznaky produktivní a neproduktivní katatonie
	<i>organická porucha s bludy</i>	převládají systemizované bludy, poruchy vnímání nekonstantně
	<i>delirium</i>	často nasedá na demenci, ale může vzniknout i bez přítomnosti demence
	<i>odvykací stav s deliriem</i>	nejčastěji odvykací stavy od alkoholu a benzodiazepinů
	<i>toxická psychóza</i>	vyvolaná nejčastěji alkoholem, sedativy a hypnotiky

	<i>organické afektivní poruchy s psychotickými příznaky</i>	těžké formy organické deprese a mánie
„Funkční“ psychózy	<i>schizofrenie</i>	85% z mládí (často již reziduální subtyp), 15% pozdní formy
	<i>porucha s bludy</i>	přetrvávající ze středního věku, typicky systemizované bludy
	<i>indukovaná psychotická porucha</i>	rozvoj u jedince se silnou emoční vazbou na nemocného psychózou
	<i>schizoafektivní porucha</i>	přítomny zároveň schizofrenní příznaky a porucha nálady (deprese, mánie)
	<i>afektivní poruchy s psychotickými příznaky</i>	těžké formy depresivní / manické fáze, rekurentní depresivní poruchy a bipolární afektivní poruchy, psychotické příznaky kongruentní s náladou

Organické afektivní poruchy

Organická afektivní porucha je ve vyšším věku velmi častá a zahrnuje především *organickou depresi*. *Organická mánie* se vyskytuje jen zřídka, proto se bude další text zabývat výhradně depresivní poruchou. Statická data se liší, ale obecně se udává, že incidence deprese ve věku nad 65 let je 12 - 15 %. Pokud bychom současně započítali i výskyt deprese u demencí, kde deprese patří mezi tzv. behaviorální a psychologické příznaky, číslo by bylo ještě vyšší.

Podobně jako u jiných organicky podmíněných psychických poruch musíme kromě stanovení diagnózy deprese (či mánie) prokázat i organickou etiologii poruchy. Vyvolávající příčinou deprese jsou často neurodegenerativní onemocnění mozku (Alzheimerova, Parkinsonova, Pickova či Huntingtonova choroba), u nichž se depresivní příznaky mohou objevit ještě před rozvinutím samotného onemocnění. Častou příčinou jsou také cerebrovaskulární onemocnění mozku (např. stavy po cévních mozkových příhodách nebo v rámci Binswangerovy choroby, mozkové mikroangiopatii způsobené hypertenzí). Organickou poruchu nálady může ale vyvolat mnoho dalších onemocnění mozku (např. primární tumory nebo metastázy, neuroinfekce), somatických onemocnění (např. endokrinopatie, anémie, systémový lupus erythematoses) či léků (např. glukokortikoidy či betablokátory).

K rozvoji deprese ve stáří mohou často přispívat i faktory psychosociální, jako jsou osamělost a sociální izolace či rozličné ztráty ve stáří (partnera, přátel, prestiže, majetku apod.).

Mezi hlavní příznaky patří: smutná, patologicky pokleslá nálada, únava, sociální stažení a izolace, snížení chuti k jídlu a hubnutí, snížený zájem až nezájem o koníčky a aktivity, které doposud člověka těšily, poruchy spánku (poruchy usínání a časně probouzení nad ránem, někdy zvýšená spavost během dne), ztráta sebeúcty (pocit bezvýznamnosti, zbytečnosti), úvahy o sebevraždě a sebevražedné myšlenky, nadměrné užívání alkoholu a léků. Deprese ve věkové skupině seniorů má také některá specifika. Častěji se vyskytuje somatizace, stesky na nevysvětlitelné tělesné obtíže, stížnosti na poruchy paměti (v kontrastu s pacienty trpícími demencí), úzkost nebo dysforie může být klinicky výraznější než pokleslá nálada, psychomotorické tempo bývá výrazně zpomalené, depresivní epizody jsou častěji vleklé, někdy mohou provleklé depresivní fáze přejít do demence, poměrně časté jsou změny chování (abusus alkoholu, malhygiena apod.).

Sebevražedné myšlenky a sklon k sebevražednému chování činí z depresivní poruchy bez rozdílu etiologie smrtelné onemocnění. Ze statistických dat pak plyne, že to ve zvýšené míře platí právě pro seniorský věk. Ve stáří je proti jiným věkovým skupinám výskyt suicidií častější, častěji se vyskytují dokonaná suicidia v poměru k suicidálním pokusům a tzv. tichá suicidia (např. nedodržením léčby, dehydratací) i tzv. rozšířené sebevraždy, které většinou provedou partneři. Sebevražedné jednání se ve stáří může častěji vyskytovat i bez přítomnosti deprese, jde o tzv. bilanční sebevraždy například u nevléčitelně nemocných nádorovou chorobou.

Z výše uvedeného plyne potřeba důkladného vyšetření, pátrání o příznacích deprese u seniorů a bezodkladné nasazení antidepressivní léčby. V léčbě deprese ve stáří užíváme jako první volbu antidepressiva ze skupiny inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), např. sertralin nebo s-citalopram, a některé další preparáty. Vyhýbáme se podání starších generací antidepressiv, především tricyklickým antidepressivům a některým z léků 2. generace, které mají nežádoucí anticholinergní účinky. Mohou tak zhoršovat paměť a kognitivní funkce či vyvolat delirantní stavy. Elektrokonvulzivní léčba je indikována u těžkých forem deprese. Podávání antidepressiv je třeba kombinovat s psychoterapeutickým přístupem a prospěšná může být i socioterapie.

Organická úzkostná porucha

Úzkost je emoce, která se ve stáří vyskytuje často a jejíž podklad může být organický i neorganický. Přibližně 20% starých lidí uvádí příznaky úzkosti, které se vyskytují intermitentně nebo jednorázově. Dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) musíme u organické úzkostné poruchy prokázat nebo alespoň důvodně předpokládat její vyvolávající organickou příčinu. Ve stáří je takovou příčinou nejčastěji cerebrovaskulární postižení CNS,

úzkostí se manifestuje například i thyreotoxikóza a pokud se úzkost objevuje záchvatovitě, může být projevem temporální epilepsie nebo feochromocytomu.

Klinický obraz se podobá neorganickým úzkostným poruchám, nejčastěji *generalizované úzkostné poruše*, kdy je úzkost trvalá, jakoby volně plynoucí, nebo *panické úzkostné poruše*, kdy se masivní úzkost objevuje v atakách. Doprovodným příznakem může být emoční labilita, častěji se objevuje somatizace úzkosti a některé další klinické příznaky organicity, jako např. počínající poruchy paměti.

Do senia přecházejí také úzkostné poruchy z mladšího věku nebo se může úzkost rozvinout de novo například v rámci *reakce na stres*. Takovou vyvolávající stresovou zátěží může být změna bydliště, hospitalizace, ztráta partnera apod.

Léčba organické i neorganické úzkostné poruchy je stejná. Nejčastěji podáváme antidepresiva ze skupiny SSRI, která stejně jako jiné léky této skupiny začínají účinkovat po 2-4 týdnech podávání. V gerontopsychiatrii používáme k anxiolýze benzodiazepiny co nejméně, mohou zhoršovat kognitivní funkce a zvláště u úzkostných poruch hrozí poměrně rychle riziko vzniku závislosti. Pokud již benzodiazepiny použijeme, pak nejlépe ty s krátkým biologickým poločasem (např. oxazepam), a to pouze po období do nástupu účinku antidepresiva nebo akutně při zvýraznění úzkostných obtíží. Alternativou jsou nebenzodiazepinová anxiolytika (buspiron). Důležitou roli hraje v léčbě úzkostných poruch psychoterapie, psychoedukace a pokud nejsou u nemocného závažněji postiženy kognitivní funkce i strukturovanější přístupy, jakým je třeba kognitivně-behaviorální terapie.

Použitá literatura

- Jirák R. et al: Gerontopsychiatrie. 1. vydání, Praha, Galén 2013.

Další doporučené zdroje

- Raboch J., Pavlovský P. et al.: Psychiatrie. 1. vydání, Univerzita Karlova v Praze, Karolinum 2012.
- Raboch J., Pavlovský P., Janotová D.: Psychiatrie - minimum pro praxi. 5. vydání, Praha, Triton 2013.

Testové otázky

Mezi nejčastější psychické poruchy v seniorské populaci nepatří:

organická depresivní porucha

schizofrenie

Alzheimerova demence

delirium nasedající na demenci

Smyslové poruchy (např. poruchy zraku nebo sluchu) nebývají časté u nemocných s:

hudební halucinózou

syndromem Charlese Bonneta

auditivní halucinózou

organickou katatonní poruchou

Capgrasův syndrom:

je často projevem organické psychotické poruchy s typickou iluzí dvojníka

vzniká v důsledku chronického sociálního stresu

popsal Arnold Pick v roce 1922

se nevyskytuje u nemocných Alzheimerovou chorobou

V léčbě obou poruch, depresivní i úzkostné, je u pacientů nad 65 let indikována léčba:

tricyklickými antidepresivy

dlouhými procházkami, ale pouze za slunečného počasí

antidepresivy typu SSRI

elektrokonvulzemi

Pro depresi ve stáří neplatí:

častěji se vyskytuje somatizace

bývá výraznější úzkost či dysforie

depresivní epizody bývají vleklé

oproti střednímu věku jsou pacienti méně ohroženi suicidiem