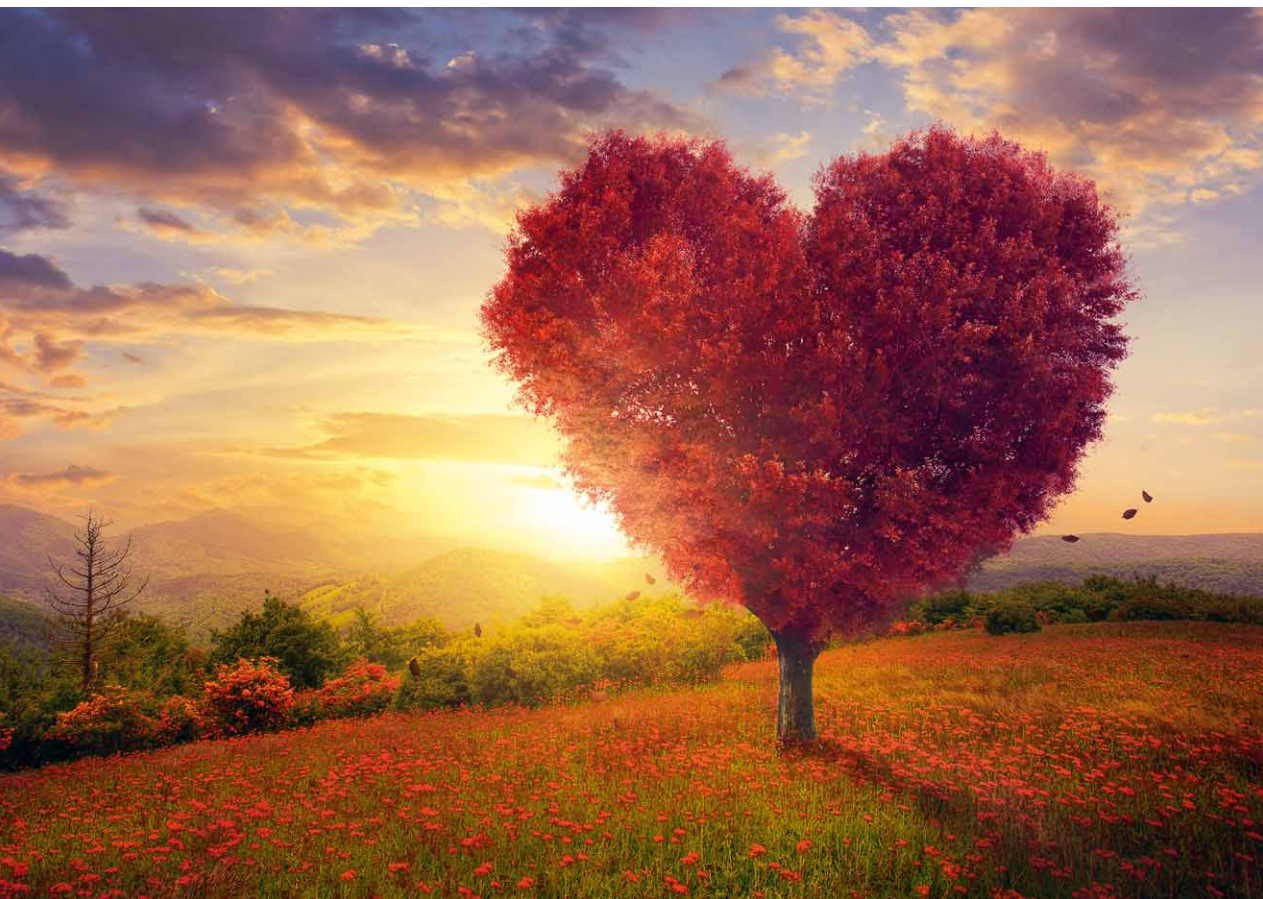


Martina Zvěřová a kol.

Gerontopsychiatrie v klinické praxi



Martina Zvěřová a kol.

Gerontopsychiatrie v klinické praxi



Seznam autorů:

MUDr. Luděk Daneš, CSc., Sexuologický ústav, PK VFN a 1. LF UK Praha
prim. MUDr. Vanda Franková, Psychiatrická nemocnice v Dobřanech
doc. PharmDr. Jana Hroudová, Ph.D., PK VFN a 1. LF UK Praha, Farmakologický ústav, 1. LF UK a VFN v Praze, Oddělení klinické farmakologie, VFN v Praze
doc. MUDr. Roman Jirák, CSc., PK VFN a 1. LF UK Praha
prof. MUDr. Radoslav Matěj, Ph.D., Ústav patologie a molekulární medicíny 3. LF UK a FTN, Praha
doc. Mgr. et Mgr. Tomáš Nikolai, Ph.D., Neurologická klinika 1. LF UK a VFN
doc. MUDr. Pavel Pavlovský, CSc., emeritní docent PK VFN a 1. LF UK Praha
MUDr. Olga Pecinová, Klinika adiktologie VFN a 1. LF UK Praha
Mgr. Jana Stajnerová, Oddělení sociální péče, Fakultní nemocnice Plzeň
doc. MUDr. Martina Zvěřová, Ph.D., PK VFN a 1. LF UK Praha

KATALOGIZACE V KNIZE - NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Zvěřová, Martina

Gerontopsychiatrie v klinické praxi / Martina Zvěřová a kol.. -- Vydání 1.. --

Praha : Grada Publishing, 2022. -- 267 stran. -- (Psyché)

Obsahuje bibliografie a rejstřík

ISBN 978-80-271-4983-4 (online ; pdf)

* 616.89-053.9 * (048.8:082)

– gerontopsychiatrie

– kolektivní monografie

616-053.9 - Geriatrie [14]

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

doc. MUDr. Martina Zvěřová, Ph.D., a kol.

Gerontopsychiatrie v klinické praxi

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: +420 234 264 401
www.grada.cz
jako svou 8598. publikaci

Recenzoval:

prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.

Redakce a korektury PhDr. Jaroslava Hájková
Grafická úprava Jan Šístek
Návrh a zpracování obálky Zdeněk Dušek
Počet stran 272
Vydání 1., 2022

Vytiskla tiskárna TNM PRINT s.r.o., Nové Město

© Grada Publishing, a.s., 2022

Cover Photo © depositphotos/kevron2002

ISBN 978-80-271-4984-1 (ePub)

ISBN 978-80-271-4983-4 (pdf)

ISBN 978-80-271-3465-6 (print)

Obsah

Předmluva	9
1 Současnost a historie gerontopsychiatrie (<i>Martina Zvěřová</i>)	11
2 Demografické údaje a prognózy (<i>Martina Zvěřová</i>)	12
Literatura	12
3 Problematika senia (<i>Martina Zvěřová</i>)	14
Literatura	15
4 Obecná psychopatologie a vyšetření gerontopsychiatrického pacienta (<i>Pavel Pavlovský, Martina Zvěřová</i>)	16
Literatura	18
5 Neuropsychologické vyšetření u pacientů staršího věku (<i>Tomáš Nikolai</i>)	19
Literatura	25
6 Depresivní poruchy ve stáří (<i>Martina Zvěřová</i>)	28
Literatura	33
7 Organické duševní poruchy – přehled (<i>Martina Zvěřová</i>)	35
Literatura	35
8 Kognitivní funkce, význam a typy jejich poruch (<i>Martina Zvěřová</i>)	36
9 Paměť a její poruchy (<i>Martina Zvěřová</i>)	38
Literatura	41
10 Metabolický syndrom a jeho vliv na kognitivní funkce (<i>Martina Zvěřová</i>)	42
Literatura	43

11	Poruchy kognitivních funkcí, lehčí než demence (<i>Martina Zvěřová</i>)	44
	Literatura	47
12	Syndrom demence, diagnostika (<i>Martina Zvěřová</i>)	48
	12.1 Rozdělení demencí	51
	12.2 Stadia demence	54
	Literatura	55
13	Behaviorální a psychologické příznaky demence (<i>Martina Zvěřová</i>)	57
	Literatura	58
14	Demence primární, neurodegenerativního původu (atroficko-degenerativní) (<i>Martina Zvěřová</i>)	60
	14.1 Alzheimerova nemoc	60
	14.2 Demence u Huntingtonovy nemoci	85
	14.3 Demence u Parkinsonovy nemoci	86
	14.4 Demence s Lewyho tělísky (<i>Vanda Franková,</i> <i>Radoslav Matěj</i>)	88
	14.5 Frontotemporální lobární degenerace (<i>Vanda Franková,</i> <i>Radoslav Matěj</i>)	99
	Literatura	121
15	Creutzfeldtova-Jakobova nemoc a další prionová onemocnění (<i>Vanda Franková, Radoslav Matěj</i>)	126
	15.1 Etiopatogeneze	126
	15.2 Creutzfeldtova-Jakobova nemoc, sporadická varianta	127
	15.3 Creutzfeldtova-Jakobova nemoc, genetická (familiární) varianta	132
	15.4 Náhodně přenesená (iatrogenní) CJN	132
	15.5 Další lidská prionová onemocnění	133
	Literatura	140
16	Psychosociální intervence a nefarmakologické přístupy v léčbě demence (<i>Vanda Franková, Jana Stajnerová</i>)	141
	16.1 Psychosociální intervence	141

16.2	Nefarmakologické přístupy v léčbě demence	145
	Literatura	157
17	Vaskulární demence (Roman Jiráček)	159
17.1	Typy vaskulárních demencí	160
17.2	Terapie vaskulárních demencí	162
	Literatura	163
18	Sekundární demence (Martina Zvěřová)	164
18.1	Metabolicky podmíněné demence	164
18.2	Demence při vitaminových deficitech	166
18.3	Demence při endokrinopatiích	167
18.4	Farmakogenně podmíněné demence a jiné poruchy paměti	168
18.5	Alkoholové demence a jiné poruchy paměti	168
18.6	Demence způsobené jinými intoxikacemi	169
18.7	Epileptické demence	170
18.8	Poruchy kognitivních funkcí vznikající na podkladě některých rizikových faktorů	170
18.9	Demence traumatického původu	171
18.10	Demence při tumorech CNS a paraneoplastické demence	172
18.11	Demence na podkladě infekčních onemocnění	173
18.12	Demence na podkladě normotenzního hydrocefalu	181
	Literatura	182
19	Deliria (Roman Jiráček)	185
	Literatura	192
20	Deliria na jednotkách intenzivní péče – ICU delirium <i>(Martina Zvěřová)</i>	194
	Literatura	197
21	Organické poruchy, u nichž nejsou primárně postiženy kognitivní funkce (Roman Jiráček)	198
21.1	Organická porucha s bludy	198
21.2	Organická halucinóza	200
21.3	Organická katatonní porucha	201

21.4	Organická afektivní porucha	202
21.5	Organická úzkostná porucha	204
21.6	Organická emoční labilita	205
21.7	Organická disociativní porucha	206
21.8	Organické poruchy osobnosti	206
	Literatura	208
22	Forenzní problematika v gerontopsychiatrii (<i>Pavel Pavlovský</i>) . . .	210
	Literatura	217
23	Farmakoterapie v gerontopsychiatrii (<i>Jana Hroudová</i>)	218
23.1	Změny ve farmakokinetice	218
23.2	Změny ve farmakodynamice	219
23.3	Riziková léčiva a nevhodné léky ve stáří	220
23.4	START/STOP kritéria	220
23.5	Medikace u vybraných skupin pacientů	222
	Literatura	245
24	Závislosti u seniorů (<i>Olga Pecinovská</i>)	248
	Literatura	254
25	Stáří a sexualita (<i>Luděk Daneš</i>)	256
25.1	Ageing female	256
25.2	Ageing male	257
	Literatura	259
	Slovo na závěr	260
	O autorech	261
	Rejstřík	264

Předmluva

Vážení čtenáři,

v knize, kterou právě držíte v ruce, jsme se snažili navázat na úspěšnou publikaci Jiráka a kol., *Gerontopsychiatrie*, která vyšla v r. 2013. Naším cílem je popsat současný stav poznání i nové trendy v diagnostice, léčbě a ve výzkumu psychiatrických onemocnění, která s sebou přináší seniorský věk. Knihu jsme uspořádali tak, aby jednotlivé kapitoly vždy obsahovaly základní informace o etiologii, klinickém obraze a možnostech léčby jednotlivého onemocnění. Uvádíme i možnosti nefarmakologických metod a preventivních postupů. V textu také najdete kazuistiky, které přibližují popisovanou problematiku.

Doufáme, že naše kniha bude přínosem pro denní praxi nejen psychiatrů.

Kolektiv autorů

1 Současnost a historie gerontopsychiatrie

Martina Zvěřová

Stárnutí světové populace se stává jedním z určujících rysů 21. století. V souvislosti s ním nabývá obor gerontopsychiatrie na stále větším významu. Je nedílnou součástí psychiatrie, ale proti psychiatrii osob mladšího a středního věku má toto odvětví svá specifika související jednak se stárnutím organismu, jednak v důsledku doprovodných faktorů sociálních, které se mohou stát samotnými stresory či spouštěči psychických poruch. Ve všech lékařských oborech, tedy i v gerontopsychiatrii, probíhá i díky novým a dostupnějším technologiím intenzivní výzkum a rozvoj léčebných postupů a léčiv.

Již v roce 1843 přednášel na pražské lékařské fakultě o nemocech stáří, jako jeden z prvních, profesor Josef Hamerník. V roce 1926 byl při téže fakultě založen Ústav pro nemoci stáří, následně pak i díky profesorovi Rudolfovi Eiseltovi vzniká Klinika pro nemoci stáří. Roku 1953 se ustavila Mezinárodní gerontologická asociace (IAG), na jejímž založení se podílel český lékař profesor Bohumil Prusík. V roce 1962 vznikla Česká gerontologická společnost, ze které se pak jako samostatná jednotka vyčlenil obor gerontopsychiatrie. V rámci postgraduální výuky se následně gerontopsychiatrie profilovala jako nástavbový obor psychiatrie. Svou problematikou se překrývá s dalšími klinickými i preklinickými obory, zejména s geriatrií, neurologií, interní medicínou a dalšími.

Mezi hlavní okruhy jejího zájmu patří demence, deprese, deliriózní stavy, paranoidní syndromy, závislosti, poruchy spánku a poruchy chování ve stáří. Ve vyšším věku se samozřejmě mohou projevit všechny duševní poruchy typické pro střední věk, ale výrazně více jsou zastoupeny poruchy organicky podmíněné, jejichž výskyt právě s věkem narůstá.

O rozvoj tohoto odvětví se u nás zasloužila celá řada psychiatrů, především doc. Vojtěchovský, doc. Baštecký a primář Kümpel, hlavní autoři první české monografie *Gerontopsychiatrie*, která vyšla v roce 1994.

2 Demografické údaje a prognózy

Martina Zvěřová

Zpráva OSN z roku 2019 uvádí, že v roce 2030 počet starších osob ve světě pravděpodobně dosáhne téměř 12 %, v roce 2050 to bude zřejmě 16 %. V roce 2100 má být až skoro čtvrtina obyvatel světa, tedy 23 %, starší 65 let. Odhaduje se, že do roku 2050 by každý čtvrtý obyvatel Evropy a Severní Ameriky mohl být starší 65 let.

V Evropě se střední délka života obyvatel narozených za posledních pět desetiletí prodloužila u mužů i žen přibližně o 10 let. V roce 2070 pravděpodobně dosáhne u mužů 86,1 roku proti 78,2 v roce 2018. U žen by pak v roce 2070 mohla dosáhnout 90,3 roku – proti 83,7 z roku 2018.

Počet obyvatel v produktivním věku v 27 státech Evropské unie (EU-27) se již přes deset let snižuje a odhaduje se, že do roku 2070 poklesne o 18 %. Situace se však mezi jednotlivými členskými státy a regiony liší. Počet obyvatel EU-27 činil v roce 1960 přibližně 12 % světové populace. V současnosti je přibližně 6 % a do roku 2070 pravděpodobně poklesne pod 4 % světové populace. V souvislosti s globálním stárnutím obyvatelstva bude pravděpodobně v nadcházejících desetiletích řada zemí světa čelit ohromnému množství problémů a tlaků ve vztahu k veřejným systémům zdravotní péče, důchodu a sociální podpory osob ve stáří.

Literatura

1. Dorling, D. (2021). World population prospects at the UN: our numbers are not our problem? *The Struggle for Social Sustainability: Moral Conflicts in Global Social Policy*. Briston, Policy Press.
2. Licher S., Yilmaz P., Leening M. J. G., Wolters F. J., Vernooij M. W., Stephan B. C. M., Ikram M. K., Ikram M. A. (2018). External validation of four dementia prediction models for use in the general community-dwelling population: a comparative analysis from the Rotterdam Study. *European Journal of Epidemiology* [online]. 33(7), 645-655 [cit. 2022-09-24]. Dostupné z: doi:10.1007/s10654-018-0403-y

3. Stephan, B. C. M., Pakpahan E., Siervo M. et al. (2020). Prediction of dementia risk in low-income and middle-income countries (the 10/66 Study): an independent external validation of existing models. *The Lancet Global Health* [online]. 8(4), e524-e535 [cit. 2022-11-10]. Dostupné z: doi:10.1016/S2214-109X(20)30062-0
4. *Struktura a stárnutí obyvatelstva – Statistics Explained* [online]. Eurostat [cit. 2021-07-12]. Dostupný z: <https://europa.eu/eurostat/statistics-explained>
5. Tang, E. Y. H., Harrison, S. L., Errington, L. et al. (2015). Current Developments in Dementia Risk Prediction Modelling: An Updated Systematic Review. *PLOS ONE* [online]. 10(9) [cit. 2022-09-23]. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0136181
6. *The EU's population projected up to 2100*. (2019) [online]. Eurostat [cit. 2021-12-14]. Dostupné z: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/population-projections-data>
7. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). *World Population Prospects 2019: Ten Key Findings* [online]. [cit. 2021-11-13]. Dostupné z: <https://population.un.org/wpp>

3 Problematika senia

Martina Zvěřová

Stárnutí probíhá u každého jedince jinak, svou roli hraje nejen nástup a rychlost involučních změn, ale i původní funkční stav, životní styl, socioekonomický status ap.

Stáří neznamená automaticky nemoc či postižení. Stárnoucí člověk má v rodině a ve společnosti své nezastupitelné postavení nejen pro své zkušenosti a rozvahu, ale i pro svou neocenitelnou roli při výchově dětí. Někteří senioři si do vysokého věku udržují výbornou výkonnost fyzickou i psychickou, realizují se pracovně nebo se věnují svým koníčkům. U jiných může dojít k přechodnému zhoršení jinak dobrého zdravotního stavu vlivem nějaké zátěže v podobě infektu, závažného onemocnění nebo operace, případně v důsledku nepříznivých životních situací.

Další skupinu tvoří podle Kalvacha (2004) senioři tzv. křehcí. Bývají to jedinci již chronicky oslabení, s celou řadou preexistujících somatických chorob, jedinci psychicky labilní, depresivní, se sníženou úrovní kognitivních funkcí, s chronickým rizikem pádů apod. Někteří z nich vyžadují spolu se zdravotnickými a sociálními službami prakticky nepřetržitou pomoc rodiny a pečovatelské organizace, případně zůstávají v respitní péči či v léčebnách dlouhodobě nemocných apod.

K hlavním etiologickým činitelům duševních poruch ve stáří patří organické faktory. Jedná se o různá vlastní onemocnění centrálního nervového systému (CNS), ale i o somatická onemocnění a poruchy (např. choroby metabolismu, diabetes mellitus, kardiovaskulární onemocnění, infekční a zánětlivá onemocnění, senzorické poruchy). Nezanedbatelný podíl může mít vliv farmakoterapie, ať už ve smyslu polypragmatie, nebo v důsledku použití některých konkrétních léků, např. antiparkinsonik, hormonální substituce, hypotenziv či glukokortikoidů. Důležitá je samozřejmě otázka compliance nemocného, eventuálně jeho rodiny k léčbě.

V důsledku fyziologického stárnutí dochází k celé řadě interindividuálních a nekonstantních psychických změn, které, pokud nepřekročí určitou mez, nevedou dotyčného k návštěvě psychiatra. Jedná se o zhoršenou schopnost adaptace na nové podněty, zpomalení psychické výkonnosti, zvýšenou unavitelnost, neobratnost. Někdy pozorujeme sklon k emočním změnám, labilitě emocí, zvýšené sugestibilitě. Často se můžeme setkat se zvýšenou pohotovostí k úzkostným a depresivním reakcím. Typické bývají povahové změny, může docházet ke zvýraznění některých,

zejména negativních rysů osobnosti. Až hypochondrického rázu mohou nabýt obavy o své vlastní zdraví.

Fyziologicky se zkracuje potřeba spánku, mění se spánková architektura. Myšlení bývá někdy rigidnější, zabíhavé, nicméně zachována je soudnost myšlení. U někoho se může rozvinout závislost na alkoholu, případně jiných návykových látkách, zejména benzodiazepinech, hypnotikách nebo analgetikách. Oslabena bývá i schopnost vstřípivosti, je zhoršena tzv. novopaměť.

Naopak se v pokročilém věku setkáváme, opět přísně individuálně, se zlepšením odhadu situace, trpělivosti, rozvážnosti i stálosti.

Literatura

Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, J. a kol. (2004). *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada.

4 Obecná psychopatologie a vyšetření gerontopsychiatrického pacienta

Pavel Pavlovský, Martina Zvěřová

Obecná psychopatologie je nedílnou součástí psychiatrie, bez její znalosti nejsme schopni popsat objektivní psychiatrický nález a stanovit diagnózu. Zabývá se nejen popisem jednotlivých psychopatologických termínů, ale studuje i souvislosti s patofyziologickými jevy, genetikou, biochemií, psychologií a sociologií. Psychopatologické jevy se nedají redukovat na psychologické zákonitosti, neboť je nelze oddělit od patofyziologických procesů, i když jejich poznání nám dosud mnohdy uniká. Psychopatologický jev je modifikován vlivy patoplastickými a patogenetickými, k patoplastickým vlivům patří nejen osobnost a samotná choroba, silně působí též vlivy psychogenní a sociální. K patogenetickým vlivům patří pak faktory povahy genetické, metabolické, toxické nebo infekční. Psychopatologický jev je součástí nějakého systému, který je dynamický a je ve spojení s dalšími systémy. Hledání souvislostí mezi jednotlivými příznaky a vztah k různým systémům, ať už biologické, nebo psychogenní povahy, je podkladem našeho klinického uvažování.

Objektivní a subjektivní symptomy nelze posuzovat odděleně – jde vždy o projevy určité osobnosti a tyto projevy musíme komplexně zhodnotit. Již prvé okamžiky setkání s nemocným nám přinášejí poznatky o jeho vzhledu, způsobu oblečení, stavu osobní hygieny, mimice a psychomotorickém tempu, zpravidla již při prvním kontaktu jsme schopni odhadnout úroveň jeho spolupráce s námi. Cenné informace nám poskytuje i objektivní anamnéza, tedy údaje od druhých osob, ať už je to pouhé parere praktického lékaře či lékaře pohotovostní služby, nebo záznam od policie, kdy se dozvídáme okolnosti odeslání nemocného do zdravotnického zařízení – všechny tyto údaje velmi pomáhají k objasnění situace, která k nám nemocného přivede. I u méně akutních případů oceníme údaje od

blízkých osob – především členů rodiny, kteří nemocného dobře znají a pomohou nám v poznání pacientovy problematiky.

Při vyšetření starších pacientů je důležité, abychom se ptali jasně, stručně a přitom trpělivě. K vyloučení somatického onemocnění, které může mít mezi svými symptomy psychopatologické projevy, provedeme standardní orientační neurologické a interní vyšetření (základní laboratorní vyšetření: krevní obraz, biochemické parametry, funkce štítné žlázy, vyšetření moči, případně stanovení hladiny vitamínu B₁₂ a kyseliny listové, dále EKG a RTG plic). Při známkách kognitivního deficitu, případně farmakorezistenci, je vhodné provést zobrazovací vyšetření mozku (CT nebo MRI, SPECT), případně zvážit vyšetření mozkomíšního moku. Svou nezastupitelnou roli má psychologické vyšetření.

Pravidelně se při vyšetření zaměřujeme zejména na tři základní okruhy:

- posouzení paměťových a intelektových schopností,
- přítomnost symptomů svědčících pro poruchy nálady,
- přítomnost psychotické symptomatiky.

Při posuzování kognice se nespolehneme na pouhý rozhovor s pacientem. Pokud pacient sám své potíže (např. s pamětí) nezmíní, můžeme snadno počínající známky demence u dobře komunikativních pacientů přehlédnout. K jednoduchým a časově nenáročným testům k orientačnímu posouzení kognitivních funkcí patří test kreslení hodin a sedmičkový test. Rutinně používaný test MMSE (*Mini-Mental State Examination*) je schopen poměrně dobře odhalit pokročilé postižení ve smyslu demence, nicméně je zcela nespolehlivý u počínajících poruch kognitivních funkcí. Pokud máme podezření na onemocnění mírnou kognitivní poruchou, je vhodnější použití citlivějšího Montrealského kognitivního testu (MoCA). Dalším, podrobnějším a na administraci a vyhodnocení náročnějším je Addenbrookský kognitivní test. Soběstačnost pak hodnotíme pomocí dotazníků např. FAQ (*Functional Activities Questionnaire*), DAD (*Disability Assessment in Dementia*), BADLS (*Bristol Activities of Daily Living Scale*) a další. Podrobněji se této problematice věnuje příslušná kapitola, případně lze další informace o těchto testech najít ve zdrojových publikacích.

Literatura

1. Jiráček, R. a kol. (2013). *Gerontopsychiatrie*. 1. vydání. Praha: Galén.
2. Raboch, J., Pavlovský, P. (2012). *Psychiatrie*. Praha: Karolinum.
3. Uhrová, T., Roth, J. a kol. (2020). *Neuropsychiatrie: klinický průvodce pro ambulantní i nemocniční praxi*. Praha: Maxdorf.