

7. ORGANICKY PODMÍNĚNÉ DUŠEVNÍ PORUCHY (DEMENCE, DELIRIA, EPILEPSIE)

DEMENCE

Termínem demence se označují vážná duševní onemocnění, která **vznikají v průběhu života až po ukončení rozvoje kognitivních funkcí** (vnímání, myšlení, paměť, učení), tj. po druhém roce života

Většinou se jako **první příznak porušené kognice** objeví **zapomnětlivost**. Postupně dochází k **poruše logického myšlení a soudnosti**. U některých demencí již poměrně časně dochází k **poruše prostorové představitivosti a orientace**, v běžných životních situacích se tato porucha projeví blouděním i ve známých místech.

Poruchy exekutivních (výkonných) funkcí se prezentují **neschopností vykonávat složitější úkony**, skládající se z jednoduchých dílčích úkonů (například zapomenou vařit i nejjednodušší jídla). Nemocní jsou v pokročilých stádiích demence postiženi tak silně, že **nejsou schopni ani jednoduchých logických úvah**. Porucha paměti může vést k **dezorientaci** – nemocný má takovou poruchu krátkodobé paměti, že si nezapamatuje, kde se momentálně nachází.

Z poruch emotivity se objevuje jednak **emotivita nepřiměřená reálné situaci** včetně **emoční plochosti** a tupé euforie, jednak se mohou vyskytovat **úzkosti, deprese, mánie** atd. Různou měrou se objevují **poruchy chování**, zejména v pokročilejších stádiích demence se často projevuje **agresivita** různého stupně.

Z jiných poruch chování se může vyskytnout například neustálý **drobný neklid**, odcházení z bytu či oddělení nemocnice, neúčelné **přenášení předmětů, neustálé dotazování se na totéž** a podobně. Většinou přechodně se mohou u demencí objevit poruchy vnímání – **halucinace a iluze, i bludy paranoidně-perzekučního obsahu**. **Poruchy spánku** jsou rovněž běžné, často jde jen o posunutí cyklu spánku-bdění. Postižení přestávají udržovat osobní hygienu, nakonec dochází k inkontinenci.

V průběhu demence postupně dochází ke **snížení schopnosti vykonávat běžné denní aktivity** (cestování, telefonování, nakupování, oblékání a svlékání a podobně). V pokročilých stádiích demence již pacienti **nejsou schopni samostatné existence**.

V závislosti na typu demence se vyskytují další vedlejší příznaky – **afázie** (neschopnost mluvit nebo porozumět slyšenému), **neschopnost číst, psát a počítat**, různé typy **apraxií** (neschopnost odemknout a zamykat klíčem, jíst příborem a podobně).

Rozdělení demencí:

- a) **Demence atroficko-degenerativního původu** – Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba, Huntingtonova choroba.
- b) **Ischemicko-vaskulární demence** – infarkty.
- c) **Demence infekčního původu** – syfilis, borelióza, AIDS.
- d) **Demence prionového původu** – Creutzfeldtova-Jakobova choroba.
- e) **Metabolické demence** – nemoci jater a ledvin, porfyrie.
- f) **Demence úrazového a tumorového původu**.
- g) **Demence intoxikačního původu** – alkohol, léky.

Léčba musí být komplexní. K nebiologickým metodám patří především základní péče o pacienta poskytovaná příbuznými nebo pečovateli, důležité jsou také různé **sociální služby pro pacienty i příbuzné**. Významná je **reedukace** především **běžných denních aktivit**.

Farmakoterapie – snaha **ovlivnit funkce, které dokážeme léčit** – například **deprese, poruchy spánku, poruchy chování (psychomotorický neklid, agresivita, paranoidní a halucinatorní syndromy)**.

DELIRIA

Pro deliria je typické, že je v různé intenzitě **přítomna kvalitativní porucha vědomí**. Zároveň však je v různé intenzitě porušena řada dalších psychických funkcí – **pozornost, vnímání, myšlení, emotivita, spánek, psychomotorika, motivace**. Deliria bývají většinou **krátkého trvání**, ale velmi často se **opakují**, i mnohokrát za sebou. Nejčastěji trvají řádově **minuty až desítky minut**. Při hlubších deliriích bývá **plná amnézie**. Obvykle je přítomen **neklid, poruchy vnímání (halucinace), paranoidita**, často také projevy **agresivního chování**.

Na vzniku delirií se především podílejí – **hypoxie mozku, arterioskleróza, horečnatá onemocnění, infekce** (včetně infekcí plic a ledvin, meningitidy), **nádorová onemocnění, toxické vlivy** (alkohol, léky), **úrazy mozku, poruchy metabolismu**.

Léčba – v první řadě je třeba léčit **základní somatické příčiny delirií** – běžnou příčinou delirantních stavů je i **dehydratace, nedostatek vitamínů** (nejčastěji ze skupiny B). Je nezbytné **tlumit neklid a úzkost**. Delirantní stavy **u starších osob** lze pozorovat při **hospitalizaci** na somatických odděleních nemocnic, kde bývají označovány například jako stavy zmatenosti.

Důležité jsou **nefarmakologické přístupy léčby** – deliria **zhoršuje nebo provokuje tma** (stačí nechat přes noc svítit mírné osvětlení a výskyt delirií se zmenší), deliria mohou u predisponovaných osob vyvolat **psychogenní stresory**, například konflikt s personálem, přestěhování do jiného pokoje, nemožnost kontaktu s blízkými příbuznými.

EPILEPSIE

Epilepsie je **záchvatovitá a přechodná porucha funkcí CNS**, často provázená poruchou vědomí, vyvolaná **excesivními výboji chorobných neuronů**.

Bezprostředním **spouštěčem záchvatu**, může být **signál optický** (blikající světla, televize), **zvukový** (zvonění klíčů), **tepelný, infekční** (encefalitida, vzteklna, tetanus, malárie), **chemický** (alkohol, toluen), **mozkový nádor, mozkové trauma, narkóza**. Spouštěčem mohou být i **fyzilogické změny** (jako usínání, spánek, probouzení) nebo **změny emoční**.

Druhy záchvatů:

a) **Jacksonský záchvat** – začíná na jednom prstu ruky nebo nohy a šíří se z periferie ke kořenu končetiny.

b) **Komplexní parciální záchvat** – nemocný **ztrácí kontakt s okolím, vrávorá**, provádí **automatické, neúčelné pohyby**, působí **dojmem zmatenosti**, nereaguje na okolí – stav **trvá 1 – 2 minuty**, pak se pomalu vrací vědomí.

c) **Generalizovaný záchvat**

- **Záchvat ve formě absence (*petit mal*)** – je to **krátký záchvat trvajícím 10 – 30 vteřin**, projevující se poruchou vědomí, má **náhlý začátek a konec**, je doprovázený **svalovými záškuby**.
- **Záchvat tonicko klonický (*grand mal*)** – začínají někdy ložiskovou **aurou**, výkřikem, pokračují **ztrátou vědomí, pádem, křečemi**, při křeči si pacient může pokousat jazyk, zranit hlavu – záchvat **trvá 2 – 5 minut**. Po záchvatu pak **spavost, únava, bolesti hlavy a svalů**.

Status epilepticus – je **nahromadění záchvatů**, mezi nimiž nedochází k návratu vědomí, jedná se o život ohrožující stav, je nutná hospitalizace.

Pacienti jsou často **náladoví a depresivní**. Poruchy nálady mohou být trvalé, omezují nemocného v sociálním kontaktu, což vede druhotně **k vyhýbání se společnosti**. Nemocní jsou často **omezeni v základních činnostech** (jako například řízení motorových vozidel), **pracovní schopnost je snížena** (práce u strojů, ve výškách).

U některých se projevují i **poruchy chování** – jsou **ulpívaví v myšlení, opakují slova**, myšlenky a věty, jejich **projev je pomalý, těžkopádný**. Těžko se přizpůsobují změněným podmínkám. Může se objevit **explozivita, záchvaty zuřivosti i s agresivitou**.

Ojedinele mohou epilepsii provázet i **halucinace a paranoidní nebo perzekuční bludy**.

Léčba

Režimová opatření – **zákaz alkoholu, dlouhý spánek** (přísné dodržování cirkadiálních rytmů), **dieta**, omezuje se nárazový příjem tekutin. **Přiměřená aktivita**, a tudíž i **vigilita**, v průběhu dne je doporučována, naopak nečinnost, polehávání a usínání ve dne může vyvolat záchvat.

Farmakologická léčba – antiepileptika.

Neurochirurgická léčba – **operace ložiska** se užívá, pokud je ložisko dobře lokalizovatelné a pokud farmakoterapie selhává.