

K podezření na depresi u rozvinutého klinického obrazu PN by měly vést nejen typické projevy jako smutek, ztráta zájmu, snížení energie či nechuť k činnosti, ale i zvýrazněné tělesné stesky nemocného a subjektivně neuspokojivé účinky antiparkinsonské medicace při dobrém objektivním efektu. Některé projevy deprese („skleslé“ držení trupu, omezená mimika, zpomalené reakce atd.) se překrývají se základními symptomy PN, a může tedy být problémem zachytit nástup vlastní deprese. Terapie deprese je vysoce účinná, používá se celá řada antidepresiv. Také úzkost je častým problémem pacientů s PN.

Apatie u PN (redukce zájmu o běžné denní aktivity, smysluplné činnosti, nedostatek iniciativy, především se započítím či udržením aktivity) se vyskytuje zhruba u třetiny nemocných s PN. Je často vázána na depresi či kognitivní úbytek. Apatie je velkým problémem spíše pro rodinu než pro nemocného samotného.

Únava (pocit vyčerpání, nedostatek energie, snadná unavitelnost i po malé fyzické zátěži) je velmi častým projevem PN. Příčiny jejího vzniku mohou být jednak vnitřní (např. deprese, kognitivní deficit, poruchy spánku atd.), ale vznik únavy může souviset i se zevními faktory (např. s terapií PN). Poruchy paměti a intelektu se vyskytují zhruba u třetiny nemocných s PN. Proč u některých osob s PN demence vznikne a u jiných ne, není doposud jasné. Ve výskytu demence u PN hraje roli zvyšující se věk. PN s časným začátkem (do 40 let věku) je podstatně méně provázena demencí než PN pozdního začátku (po 60. roce věku).

**Psychotické projevy:** počátek projevů bývá často pozvolný a necharakteristický; takže bývá často přehlédnut. Prvním projevem mohou být změny spánkového rytmu a barevné, děsivé sny. Následně se objevují zrakové vidiny - **halucinace**. Halucinace bývají dosti typické - cizí osoby v bytě, zvířata či malá zvířátka v bytě (smeťání „broučků“ z ubrusu atd.), pocity jiné osoby těsně za vlastními zády. Často zjistíme, že halucinace mají částečný podklad ve viděných předmětech, např. že strom za okny na sebe bere podobu člověka. Toto se nazývá zrakovou iluzi a může signalizovat nástup halucinací v budoucnosti.

Halucinace většinou nemají výrazný emocionální náboj a okolí nemocného se o nich dozví až z náhodné zmínky nebo z neobvyklého chování pacienta. V dalším průběhu může (ale nemusí) docházet i k rozvoji bludů, tj. nevýratnému, avšak chorobnému přesvědčení pacienta o něčem, co neodpovídá skutečnosti – často se jedná o blud pronásledování, ohrožení na životě, na majetku atd.

**Tyto problémy se mohou u nemocných s PN objevit ve dvou situacích:**

- a) **jako akutní reakce** na infekci, úraz, celkové akutní onemocnění či předávkování léky;
- b) **jako pomalý, pozvolný rozvoj** vidin (prakticky vždy zrakových) a/či bludů při dlouhodobé léčbě PN.

Zvýšené riziko mají nemocní ve vyšším věku a především nemocní s výraznou poruchou paměti. Rizikovým faktorem je také rychlé zvyšování antiparkinsonské terapie.

U malého procenta nemocných s PN může dojít k manifestaci **hypersexuality** - zesílené sexuální touhy či poruchy sebekontroly sexuálního chování, k patologickému hráčství (gamblingu) apod. Také občas pozorujeme vznik nekontrolovatelného a neúčelného „kutění“,

provádění jednoduchých činností, např. rozmontování přístrojů atd. Naštěstí se jedná o nepříliš časté komplikace. K patologickému hráčství inklinují především mladí pacienti s PN s vysokou dávkou antiparkinsonských léků. Velkým problémem je náhled pacienta na své počínání, což je zásadní podmínkou pro vstup do dlouhodobé psychoterapie.

Dalším, do určité míry podobným problémem je tzv. **dopamin-dysregulační syndrom**. Je to impulzivní, neadekvátní a nekontrolovatelné užívání stále vyšších dávek léků doplňujících dopamin, které není vynucené potřebou zlepšení hybného stavu u pacienta s PN. Jeho důsledkem bývá obvykle vznik výrazných mimovolních pohybů či psychotických projevů. Vyskytuje se naštěstí u malého procenta pacientů s PN. Problém je podobný, nikoliv však zcela totožný se závislostí na drogách. V riziku jsou především pacienti s PN v mladém věku, více muži.

doc. MUDr. Jan Roth, CSc.