

Organické duševní poruchy

(Speciální psychiatrie pro studující psychologie)

Česková E., Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno

- **Základní charakteristiky**
- **Epidemiologie**
- **Etiopatogeneza**
- **Nejčastější klinické formy**

F00-09 Organické duševní poruchy

Základní charakteristika

- skupina duševních poruch, u kterých známe příčinu – nemoc, úraz nebo jakékoliv poškození mozku vede k přechodnému nebo stálému narušení funkce mozku
- základní příznak narušení kognitivních (poznávacích) funkcí

Epidemiologie

- demence 5% ve věku 60 roků, ve věku nad 80 roků již 20%
- prevalence demence stoupá s věkem a zvyšuje se každých 5 let
- prevalence se liší dle jednotlivých typů
- Alzheimerova demence (AD) představuje zhruba 50% demencí

Etiopatogeneza

Organické duševní poruchy - dělení:

- **primární, (poškozen přímo mozek)**
- **sekundární - následkem poruch jiných orgánů**

Demence:

- **léčitelné, reversibilní**
- **nevratné (neurodegenerativní) - dochází k zániku mozkových buněk (neuronů) - Alzheimerova demence (AD)**

Alzheimerova demence:

- **v CNS produkce a akumulace beta amyloidu - centrální pro patogenézu**
- **zánik neuronů vede k neurotransmitterovému deficitu (hlavně acetylcholinu) - jeho zvýšení nejčastější strategie léčby**

F00-09 Organické duševní poruchy

- **F 00 demence u Alzheimerovy choroby**
- F01 vaskulární demence
- F02 demence u chorob klasifikovaných jinde
- F03 nespecifické demence
- F04 organický amnestický syndrom
- **F05 delirium**
- F06 jiné duševní poruch následkem onemocnění/ poškození mozku nebo následkem somatického onemocnění
- F07 poruchy osobnosti a poruchy chování vyvolané onemocněním, poškozením nebo dysfunkcí mozku

F00-09 Organické duševní poruchy

Alzheimerova demence:

- rozvíjí se pozvolna (měsíce až roky)
- nejprve postižení paměti
- postižena schopnost učení (problémy se vštěpováním a vybavováním základních informací podstatných pro běžný život)
- postupně pokles paměti handicapem pro soběstačnost
- dále poruchy myšlení ve smyslu zpracování informací, organizování, plánování, úsudku, stává se odkázán na péči druhých
- provázeno poruchami emočními a chování

F00-09 Organické duševní poruchy

Vaskulární , ev smíšená demence:

- **nerovnoměrným postiženým jednotlivých částí kognitivních funkcí (např. paměť postižena, myšlení a úsudek relativně málo)**
- **ložiskovými neurologickými příznaky**
- **nemocní obyčejně mívají v anamnéze mozkové příhody, infarkty myokardu**

F00-09 Organické duševní poruchy

Delirium - nespecifický organický mozkový syndrom

- **porucha vědomí (zastřené vědomí - snížené povědomí o okolí)**
- **narušení poznávacích schopností (zhoršení krátkodobé paměti)**
- **dezorientace časem, místem a osobou**
- **narušením psychomotoriky (střídání hyper- a hypoaktivity)**
- **narušení spánku nebo cyklu spánek-bdění**
- **stav přechodný, krátký, s měnlivou intenzitou**
- **častá(chirurgie 10-15%)**

F00-09 Organické duševní poruchy

Jiné duševní poruch vznikající následkem onemocnění , poškození nebo dysfunkce mozku nebo následkem somatického onemocnění

- **různé projevy (organická halucinóza, katatonní porucha)**

Mírná kognitivní porucha:

- **sporná diagnostická kategorie**
- **projevuje se poruchami paměti (hlavně výbavnosti a učení se nové látce), pozornosti, myšlení, řeči (zpomalení, hledání slov), vizuálně prostorové orientace**
- **kvantifikace neuropsychologickými testy**
- **řada postižených přechází do demence**
- **význam prevence kognitivity nejasný**

F00-09 Organické duševní poruchy

F 07 Poruchy osobnosti a poruchy chování vyvolané onemocněním, poškozením nebo dysfunkcí mozku

- **nejčastěji v rámci postencefalitického a postkomočního syndromu**

Diagnostika

Demence

- **nejdůležitější včasná diagnóza demence**

Wyšetření zahrnuje:

- **kompletní anamnéza včetně objektivní**
- **zhodnocení psychického stavu**
- **tělesné a neurologické vyšetření**
- **k vyloučení reverzibilní demence pomocná vyšetření (laboratorní vyšetření včetně serologického vyšetření na HIV a syfilis)**
- **EKG a RTG pro ujasnění vaskulární komponenty**
- **CT (komputerová tomografie) nebo MRI (magnetická rezonance) pro ujasnění míry atrofie a zhodnocení lézí bílé hmoty mozkové**

Diagnostika – úloha psychologa

Důležité je zhodnocení míry postižení kognice:

- **Je kognitivní porucha natolik závažná , že ji lze kvalifikovat jako demenci ?**
- **další dotaz na přítomnost organicity**
- **specifikace kognitivního deficitu**

Diferenciální diagnostika

Delirium vs deprese vs demence

- **Delirium-** náhlý začátek, zhoršená orientace, zhoršené vnímání, narušení cyklu spánek-bdění
- **Deprese** - obraz pseudodemence - předchází deprese, normální orientace, nemocný odpovídá často „nevím“, nemá tendenci kognitivní defekt skrývat
- **Demence** - začíná pozvolna, deprese se objevuje až po vzniku kognitivního deficitu, nemocný má tendenci ho skrývat, není narušeno vědomí

Domény kognice

- **Paměťové schopnosti**
- **Řečové schopnosti (+ další symbolické schopnosti)**
- **Vizuospaciální schopnosti**
- **Exekutivní funkce**
- **Intelektové schopnosti**
- **Zvládání každodenních aktivit**

Domény kognice

Paměťové schopnosti

- **dominující kognitivní změna**
- **temporální gradient (Ribotův zákon) - nejprve ztráta recentních paměťových informací, později ztráta informací uložených v dlouhodobé paměti**
- **narušena hlavně sémantická paměť**
- **dominantní deficit v oblasti konzolidace nových paměťových informací (proto pacienti rychle zapomínají)**

Neuropsychologické testové metody užívané pro hodnocení paměti:

- **komplexní - Wechsler Memory Scale III**
- **specifické - California Verbal Learning Test**

Domény kognice

Řečové schopnosti (+ další symbolické schopnosti)

- nejprve obtíže v nalézání a vybavování vhodných slov
- postupně obtíže v porozumění řečovému projevu
- z dalších symbolických schopností postupný rozvoj akalkulie, agrafie a alexie
- apraxie (neschopnost vykonat určitou motorickou aktivitu) později
- agnózie (neschopnost rozpoznat již dříve známé podněty při zachovalých sensorických funkcích)

Neuropsychologické testové metody pro hodnocení praktických a gnostických schopností:

- Clock Drawing – kresba hodin, Rey-Osterrieth Complex Figure Test

Domény kognice

Vizuospaciální schopnosti

- zpočátku topografická dezorientace (zprvu na méně známých místech), postupně dezorientace i na známých místech a posléze i v domácím prostředí
- dopad na praktické fungování pacienta v životě

Neuropsychologické testové metody užívané pro hodnocení vizuospaciálních schopností:

- Clock Drawing, Rey-Osterrieth Complex Figure Test
- Benton Visual Retention Test

Domény kognice

Exekutivní schopnosti

- v diskrétních formách časné
- výraznější progrese dochází ve středních a markantně pozdních fázích AD

Neuropsychologické testové metody užívané pro hodnocení exekutivních schopností:

- Wisconsin Card Sorting Test
- Trail Making Test
- Stroop Test

Domény kognice

Intelektové schopnosti

- změny ve výkonech v intelektových testech výsledkem změn v dílčích kognitivních schopnostech.

Neuropsychologické testové metody užívané pro hodnocení intelektových schopností:

- komplexní:
 - Wechsler Adult Intelligence Scale – III (WAIS-III)
- specifické screeningové škály:
 - Mini Mental State Examination
 - Mattis Dementia Rating Scale
 - Seven-Minute Screening Test

Diagnostika

Klinické škály a screeningové testy zaměřené na kognitivní schopnosti

- **Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS)-Cognitive and Non-Cognitive sections (ADAS-Cog, ADAS-Non-Cog) - screeningová posuzovací škála**
- **21 položek – 11 kognitivních, 10 nekognitivních**
- **kognitivní část je zaměřena zejména na posouzení kvality paměti, řeči, praxe a orientace**
- **čím vyšší skóre, tím hlubší kognitivní deficit (zdraví lidé ve vyšším věku 5-10), max. 70**
- **nekognitivní položky posuzují kvalitu psychiatrické symptomatologie, max. 50**

Diagnostika

Seven-Minute Screening Test

- 7-minutový screeningový test vysoce senzitivní pro detekci pacientů s AD
- 4 subtesty (4 kognitivní oblasti typicky alterované u AD): 1. paměť, 2.verbální fluence, 3.vizuospaciální a vizuokonstrukční schopnosti, 4. časová orientace.

Global Deterioration Scale (GDS)

- škála globální deteriorace - umožňuje pečujícím zhodnotit fázi kognitivního deficitu
- 7 stádií (1-3 „predementní“ fáze, 3. stadium koreluje svými charakteristikami s mírnou kognitivní poruchou)
- stadia 4-7 demence, od 5. stádia jedinec závislý na pomoci a péči druhých osob

Diagnostika

Clinical Dementia Rating (CDR)

- klinické hodnocení demence
- 6 oblastí (paměť, orientace, úsudek a řešení problémů, společenské styky/společenský život, domácí život a koníčky, péče o sebe)
- oblasti klinicky hodnoceny na škále 0-3

Mini Mental State Examination (MMSE)

- krátký screeningový test umožňující orientační a rychlé zhodnocení kvality kognitivních schopností (administrace trvá 5-10 minut)
- subtesty hodnotící orientaci, krátkodobou paměť, konstrukčně-praktické schopnosti, čtení, psaní, početní schopnosti a pozornost

Diagnostika

Klinické škály a dotazníky zaměřené na psychiatrické a behaviorální příznaky

- **Behavioral Symptoms in Alzheimer's Disease (BEHAVE-AD)**
- **Neuropsychiatric Inventory (NPI) - Neuropsychiatrický inventář, klinické strukturované interview, realizované s osobou pečující o pacienta**
- **Geriatric Depression Scale (GDS) - screeningová škála pro posuzování deprese u geriatrických pacientů**
- **Cornell Scale for Depression in Dementia**

Diagnostika

Klinické škály zaměřené na zvládání každodenních aktivit

- **Katz Index of Independence of Activities of Daily Living**
 - hodnoceno 6 oblastí: koupání, osobní hygiena, oblékání, cestování, kontinence stolice a moči a příjem potravy
 - výsledné skóre 6 = pacient samostatný, 0 bodů = vysoká závislost na péči druhých osob.
- **Barthel ADL Index**
 - hodnotí míru nezávislosti (fyzické, verbální) v následujících oblastech: jídlo, koupání, oblékání, péče o vzhled, kontinence stolice, kontinence moči, osobní hygiena, přesun lůžko-židle, chůze po rovině, chůze do schodů, vyšší skóre vyšší míru nezávislosti

Farmakoterapie kognitivních (poznávacích) funkcí

Kognitiva - léky, zvyšující různými mechanismy dostupnost acetylcholinu v CNS

- **nejdůležitější mechanismus inhibice cholinesteráz (tj. enzymů, odbourávajících acetylcholin)**
- **inhibitory acetylcholinesterázy: donepezil (Aricept), galantamin (Reminyl), rivastigmin (Exelon)**

Indikace:

- **lehké a středně pokročilé Alzheimerovy demence, ověřovány u ostatních demencí**
- **zpomalují průběh, u části přechodné zlepšení kognitivních funkcí, chování, aktivit všedního života a emotivity**

Vedlejší účinky – z oblasti gastrointestinálního traktu

Farmakoterapie kognitivních (poznávacích) funkcí

Léčba neuropsychiatrických příznaků a poruch chování:

- **zkratka BPSD – behaviorální a psychologické symptomy demence**
- **poruchy afektivity (nezvládání afektů, deprese, morozita, vztek, úzkost), z poruch chování neklid, agresivní projevy, útěky, situaci nepřiměřené chování, dále psychotické příznaky (bludy a halucinace), porucha cyklu spánek – bdění, spánková inverze**
- **léčba, hlavně psychotických příznaků a agitovanosti atypická antipsychotika, obecně v nižších dávkách, při depresi antidepressiva skupiny SSRI**

Nefarmakologická léčba

Terapie a rehabilitace

- nejefektivnější komplexní přístup - propojení léčby farmakologické, psychoterapeutické a rehabilitace

Praktické rady:

- na stabilním místě telefonní čísla na lékaře, členy rodiny, policii, hasiče
- důležité a potřebné věci na stabilních místech
- bezbariérový přístup po bytě (pomůcky, držáky)
- v noci rozsvícená světla
- zajistit cenné předměty, finance

Kognitivní trénink

Problematika pečovatелů

- **blízké a pečující osoby jsou vystaveny velké psychické zátěži**
- **poskytnout praktické rady, jak pečovat po psychické stránce sami o sebe a nabídnout odbornou psychoterapeutickou péči**
- **pozitivní efekt přináší pečujícím osobám psychoedukativní podpůrná terapie, podpůrné skupiny a programy**

HYPERKINETICKÁ PORUCHA AD/HD

(Attention Deficit Hyperactivity Disorder)

HLAVNÍ PŘÍZNAKY: ● HYPERAKTIVITA
● DEFEKT POZORNOSTI

ČASTÉ PŘÍZNAKY: ● impulzivita

● iritabilita

● desinhibované chování

● nedostatek sebekázně
a vytrvalosti

● snížená vnímavost k
nebezpečí - úrazovost

VÝSKYT: cca 10 % dětí mladšího školního věku –
častěji u chlapců než u dívek (9 : 1)

HYPERKINETICKÁ PORUCHA AD/HD

PROBLÉMY V DŮSLEDKU PORUCHY ADHD:

ŠKOLA : ● nekázeň (vyrušování, neklid)

● chyby z nepozornosti, rychlé

vyčerpání pozornosti

● neschopnost dokončit obsáhlejší

úkol

● MIMOINTELEKTOVÉ selhávání v

prospěchu

● konflikty se spolužáky, neoblíbenost

HYPERKINETICKÁ PORUCHA AD/HD

PROBLÉMY V DŮSLEDKU PORUCHY ADHD:

DOMOV: ● tresty za školní neúspěchy a
poznámky

● časté represe za zlobení (hlučnost,
neposlušnost)

● preferování „hodnějších“ sourozenců

DŮSLEDKY: ● pocity neúspěšnosti

● zklamání očekávání rodičů

● možné sekundární neurotické
poruchy nebo sek. poruchy chování

HYPERKINETICKÁ PORUCHA AD/HD

PROBLÉMY V DŮSLEDKU PORUCHY ADHD:

PROGNÓZA: ● cca v 50 % spontánní vymizení
po 12 roce

● u části přechod do kontinuální,
reziduální poruchy v dospělosti

LÉČBA:

● stimulantia (Ritalin),
antidepresíva

● vyjímečně neuroleptika

● psychoterapie, práce s rodiči

DĚTSKÝ AUTIZMUS (Kanner, 1943)

SOCIÁLNÍ A EMOČNÍ ODTAŽITOST,
„EXTREMNÍ OSAMĚLOST“

Vznik - před 3. rokem

Prevalence - 4 - 5 případů na 10 000 dětí

PŘÍZNAKY :

- nezáměr o kontakt s okolím
- snížená fixace tváří očima
- nezáměr o komunikaci a používání řeči (monology)
- často nepřirozená intonace, echolalie, gramatické zvláštnosti
- citová chladnost nebo nepřirozené emoce

DĚTSKÝ AUTIZMUS

PŘÍZNAKY :

- ulpívání na stereotypech (snaha zachovat stejnost)
- panické, úzkostné reakce v nových situacích
 - stereotypní, nekonstruktivní hry
 - zájem o neživé (non soft) předměty
- neadekvátní zkoumání a manipulace (čichání, olizování)
- bizarní stereotypní pohyby (třepání rukou)

DĚTSKÝ AUTIZMUS

INTELEKT - u části v normě (těžko využitelný)
- u části mentální retardace
- u části izolované, akcentované
schopnosti a nadání
(paměť, počty, malování...)

ETIOLOGIE - genetické vlivy ? U části
dysregulace 5-HT, DA

TERAPIE - neuroleptika, psychoterapie

ASPERGERŮV SYNDROM

(ČÁSTEČNĚ PŘIPOMÍNÁ LEHKOU FORMU DĚTSKÉHO AUTIZMU
NEBO
SCHIZOIDNÍ PORUCHU OSOBNOSTI, VĚTŠINOU BÝVÁ
NORMÁLNÍ IQ A SCHOPNOST ŘEČI)

VÝSKYT : převážně u chlapců (8 : 1)

- introverze
- nedostatek empatie
- emoční odtažitost
- potíže v sociálním kontaktu
- zvláštnosti ve vyjadřování a intonaci
- někdy zvláštní nadání a zájmy

EMOČNÍ PORUCHY

SE ZAČÁTKEM SPECIFICKÝM PRO DĚTSTVÍ

SEPARAČNÍ ÚZKOSTNÁ PORUCHA V DĚTSTVÍ

- úzkost z odloučení od blízkých osob
- odmítání školy v souv. s odloučením od rodičů
- odmítání spát bez přítomnosti blízké osoby
 - strach být doma samo
- tělesné příznaky (bolesti hlavy, břicha, zvracení...)
 - při odchodu z domova
- bouřlivé afekty (pláč, vztek nebo apatie) při odloučení

EMOČNÍ PORUCHY

FOBICKÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA V DĚTSTVÍ

- specifické strachy podmíněné vývojovou fází
 - na př.zoofobie v předškolním věku

SOCIÁLNÍ ÚZKOSTNÁ PORUCHA V DĚTSTVÍ

- před věkem 6 let
- strach z cizích lidí a vyhýbání se jim
- strach může zahrnovat i vrstevníky

EMOČNÍ PORUCHY

PORUCHA SOUROZENECKÉ RIVALITY

- často po narození mladšího sourozence
- nadměrné soutěžení o přízeň rodičů
- nepřátelství nebo ubližování sourozenci
 - někdy regresivní chování

SPECIFICKÉ VÝVOJOVÉ PORUCHY ŘEČI

PORUCHA ARTIKULACE - patlavost, šištění

EXPRESIVNÍ PORUCHA - chápání mluvené
řeči normální, omezená vyjadřovací
schopnost (exprese)

RECEPTIVNÍ PORUCHA - primárně postiženo
chápání (recepce) řeči, sekundárně i
vyjadřování.

SPECIFICKÉ VÝVOJOVÉ PORUCHY ŠKOLNÍCH DOVEDNOSTÍ

při normálním intelektovém vývoji jsou
problémy správně:

- **ČÍST - DYSLEXIE**
- **PSÁT - DYSGRAFIE**
- **POČÍTAT - DYSKALKULIE**

SPECIFICKÁ VÝVOJOVÁ PORUCHA MOTORICKÉ FUNKCE

Dříve LMD - lehká mozková dysfunkce
syndrom neobratného dítěte

SPECIFICKÉ VÝVOJOVÉ PORUCHY ŠKOLNÍCH DOVEDNOSTÍ

PROJEVY:

LEHKÉ OPOŽDĚNÍ MOTORICKÉHO VÝVOJE,
PORUCHY JEMNÉ I HRUBÉ MOTORICKÉ
KOORDINACE:

- neobratná chůze
- problémy zasáhnout cíl
- udržet při zátěži rovnováhu
- špatný grafický projev (písmo, kreslení)
- nadbytečné synkinézy při motorické aktivitě

často nespecifická abnormity na EEG

SPECIFICKÉ VÝVOJOVÉ PORUCHY ŠKOLNÍCH DOVEDNOSTÍ

Běžné neurologické vyšetření bývá normální,
nedostatky motorické funkce patrné až při zátěži
(tzv. soft signs).

Porucha motorické funkce je cca u 50% dětí
s hyperkinetickou poruchou – úrazovost.

ETIOLOGIE: susp. vliv perinatální hypoxie

TIKOVÉ PORUCHY

Tiky motorické, fonační, vokální

Nejčastější lokalisace: mimické svalstvo
(palpebrální), šíje...

Klasifikace:

PŘECHODNÁ TIKOVÁ PORUCHA

(předškolní věk)

- převážně tiky mimické
 - trvá max. 1 rok
- obvykle nevyžaduje farmakologickou léčbu

TIKOVÉ PORUCHY

CHRONICKÁ MOTORICKÁ NEBO VOKÁLNÍ TIKOVÁ PORUCHA

(začátek v dětství, přechod do dospělosti)

- tiky motorické, někdy i vokální (ne současně)
- chronický průběh, období remisí a exacerbací
 - farmakoterapie vhodná

SYNDROM GILLES DE LA TOURETTE (TOURETTŮV SYNDROM)

Začátek mezi 7-11 rokem, v dospělosti někdy
zmírnění

- těžké motorické tiky kombinované s vokálními (**současně**)
 - motorické tiky mohou být složité, podobné rituálům
 - vokální tiky v podobě:
 - vyřazení slov, slabik , zvuků
 - echolalií
 - koprolalií

ETIOLOGIE

MNOHOČETNÁ NEUROTRANSMITEROVÁ PORUCHA

s převahou dopaminergní hyperaktivity

TERAPIE: NEUROLEPTIKA

- haloperidol (starší, klasická léčba)
- atypická n. + benzodiazepiny (současnost)