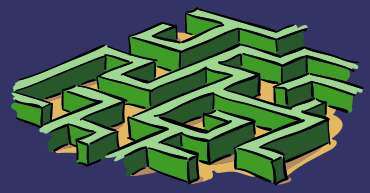
Neklid a agresivita v gerontopsychiatrii

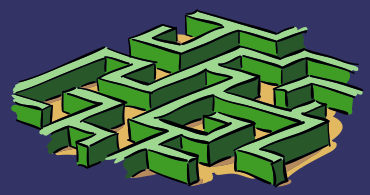
MUDr.Tomáš Turek,

PL Bohnice, Praha 8



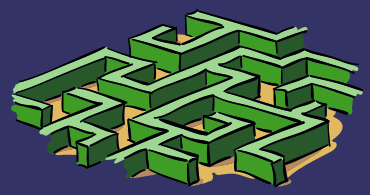
Základní pojmy

- Neklid - agitované, nepřiměřené chování se změněnou psychomotorikou a další psychopathologií
- zvýšená psychická aktivita provázená pocity napětí, na jejichž potlačení musí subjekt dle intenzity vynakládat úsilí
- zpočátku změny myšlení, reaktivity, emotivity, pozornosti, následně psychomotorický neklid



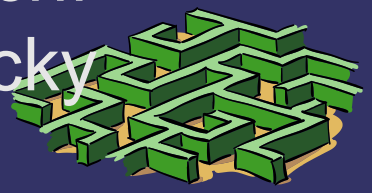
Neklid a agresivita

- Dle struktury neklid - motivovaný
- - nemotivovaný
- Motivovaný neklid - faktory biologické, fyziologické, sociální, psychologické - často v mezních situacích, patologicky motivovaný, je-li vyvolán psychotickou produkcí, v gerontopsychiatrii málo častý



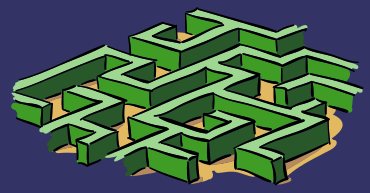
Neklid a agresivita

- Nemotivovaný neklid - v rámci kvalitativních poruch vědomí, impulzy, rapty - v gerontopsychiatrii časté, motivační stránka zcela vymizelá
- Biologicky a pudově determinované reakce s neklidem - pudové reakce, účelové reakce, zkratkové jednání, afektivní reakce,demonstrativní reakce - motivační složka oslabená, nebo psychopatologicky ovlivněná



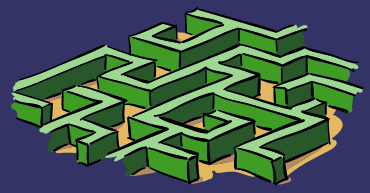
Neklid a agresivita

- Dle intenzity:
- I.st. -agrese úplně potlačená
- II.st.-agrese slovní, nadávání
- III.st.- agrese proti věcem
- IV.st.- agrese proti zvířatům a lidem



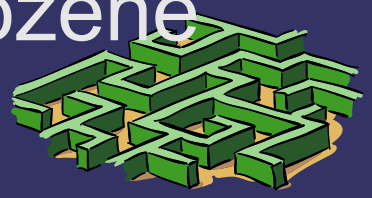
Přidružená psychopathologie

- bludy, halucinace
- anxieta
- intrapsychická tense
- přidružená deliria
- poruchy spánku



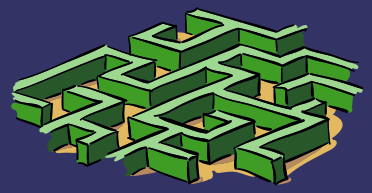
Etiologie neklidu a agresivity v gerontopsychiatrii

- Demence
- Deliria
- Psychické poruchy přecházející z dospělého věku
- Další organické duševní poruchy
- Zneužívání farmak a návyk. látek
- Iatrogenně a enviromentálně navozené stavy, symptomatické neklidy



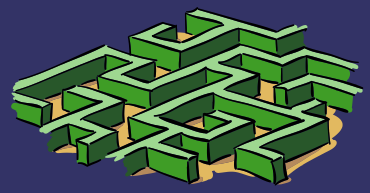
Demence a neklid

- Někdy již v časných stadiích v souvislosti s úzkostí a zachovaným vědomím choroby
- v pozdějších stadiích spíše v rámci nasedajících delirií
- postupem choroby se oslabují až mizí volní mechanizmy a odbrždují se dosud kontrolované impulsivní projevy



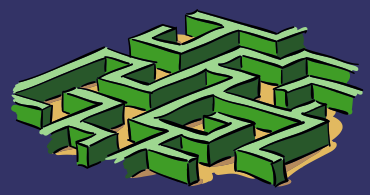
Demence a neklid

- U mírných a středně pokročilých demencí neklidy spíše v rámci úzkostných a afektivních projevů, případně pod vlivem psychotické produkce
- U pokročilejších stadií spíše nasedající deliria,projevy „kutivosti“ a další BPDS



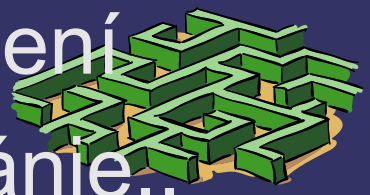
Delirium a neklid

- Kvalitativní porucha vědomí různé etiologie
- 10-15% pac somatických a chir. odd.
- Pac. starší 65 let na chir. a interních odd. až ve 30%
- Pacienti gerontopsych. odd. až v 50%
- Delirium u gerontopsychiatrických pacientů má až 25% mortalitu



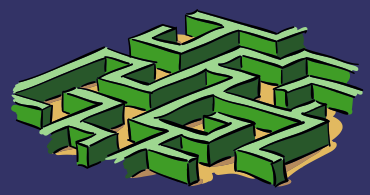
Delirium a neklid

- Až 90% delirií má detekovatelnou příčinu
- Intrakraniální příčiny - tumory, infekce, demence, vaskulární, epilepsie
- Extrakraniální příčiny - infekty, kardiální a pulmonální afekce, anemie, pooperační stavy, retence moči a stolice, toxické, syndromy z vysazení
- Psychické příčiny - delir. formy mánie..



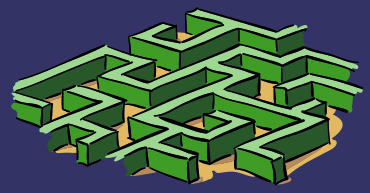
Delirium a neklid

- Furibundní deliria(vzteklé, zuřivé)- provázené výrazným PM neklidem a agresí
- Blandní deliria(jemné, uhlazené)- hypoaktivní deliria bez PM neklidu
- Musitující(tiché, vábivé)- s halucinatorní produkcí - chytání hmyzu a pod.



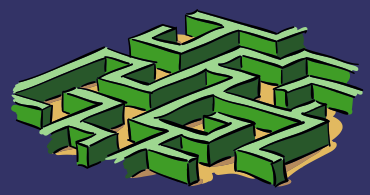
Delirium a neklid

- Dif. dg. nutno odlišit psychotické onem.
- Dif. dg. odlišit demenci
- Detekovat vlastní příčinu nejčastěji z okruhu somatických chorob
- Prvotní je vždy léčit vyvolávající stav, léčba neklidu a agrese je symptomatická a druhotná



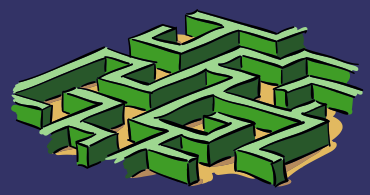
Psychické poruchy přecházející z dospělého věku

- Nejčastěji psychotické poruchy z okruhu F20, schizoafektivní a bipolární poruchy
- Většinou je známá anamneza
- Léčíme jako v dospělé psychiatrii s ohledem na somatický stav pacienta a zkušenosti z event. minulých hospitalizací



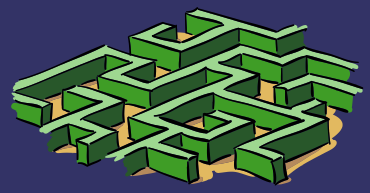
Další organické duševní poruchy

- Organické poruchy s bludy, halucinozy
- Organické poruchy osobnosti
- „Involuční parafrenie“
- Typický pro vyšší věk je zvýšená vztahovačnost, obsahy bludů a změn osobnosti zpravidla paranoidní případně persekuční obsahy, jež mohou vést k agresi



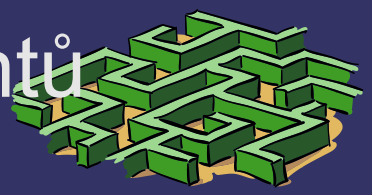
Zneužívání farmak a návyk. látek

- V gerontopsychiatrii relativně méně než v mladém a dospělém věku
- nejčastěji alkohol a psychofarmaka - BZD + hypnotika
- neklid a agrese v rámci odvykacích syndromů, v rámci poruch osobnosti , pseudodemence



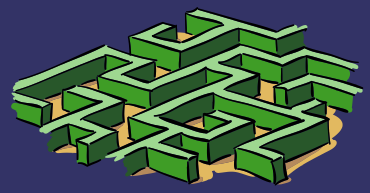
Iatrogenně a eviromentálně navozené stavy

- Nejčastěji jako delirium navozené famakologicky nebo toxicky
- Nevhodné prostředí, translokace pacienta
- Pacienti s poruchami smyslového vnímání ohroženi více - poruchy zraku, sluchu
- Pooperační stavy u gerontopacientů



Toxicky a farmakologicky navozené stavy neklidu

- Farmakologicky navozené - anticholinergika, tricyklika, L-dopa,NSA,digoxin, antiarytmika, BZD, antihypertensiva, lithium, atropin
- Toxicky navozené - nejčastěji alkohol, oxid uhelnatý, alimentární otravy…
- Základní opatření - detekovat příčinu a odstranit ji - průběžná inventura medikace u starších pacientů



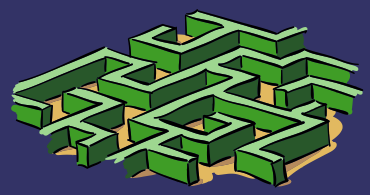
Enviromentální faktory

- Bezpečné prostředí
- Dostatek zevních podnětů
- Dostatek světla - i v noci
- Reorientační opatření - hodiny, kalendáře..
- Kontakt s rodinou
- Co možná nejméně omezení, preferovat „soft techniky“

Terapie neklidu v gerontopsychiatrii

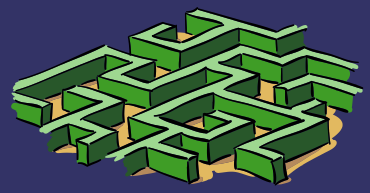
- Farmakologické postupy
- Nefarmakologické postupy

- Nutno vždy pátrat po možné kauzální příčině neklidu, psychiatrická intervence je zpravidla sekundární a symptomatická!!



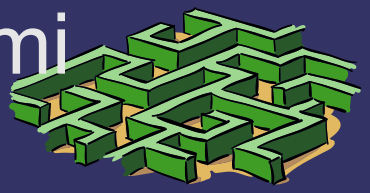
Farmakoterapie neklidu u gerontopsychiackých pacientů

- Psychofarmaka ovlivňují neklid symptomaticky
- cílem je zajistit sedaci pacienta, jeho bezpečnost, bezpečnost jeho okolí, zabránit exhausci pacienta a zlepšit jeho compliance při léčbě
- není jednoznačný algoritmus, prvotní je léčba vyvolávající příčiny



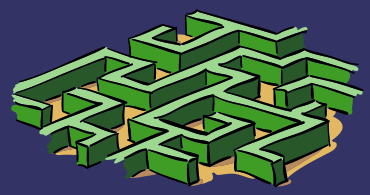
Farmakoterapie neklidu u gerontopsychiatrických pacientů

- Léky podáváme frakcionovaně v co nenižších účinných dávkách
- Terapie se musí přizpůsobovat průběžně se měnícímu se stavu pacienta
- Psychofarmakologická intervence by měla jít ruku v ruce s péčí o celkový stav pacienta a nefarmakologickými postupy



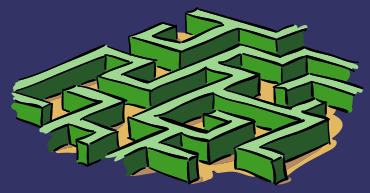
Farmakoterapie neklidu u gerontpsychiatrických pacientů

- Z psychofarmak
- - antipsychotika
- - benzodiazepiny
- - další léčiva(clomethiazol, antihistaminika promethazin …)



Antipsychotika

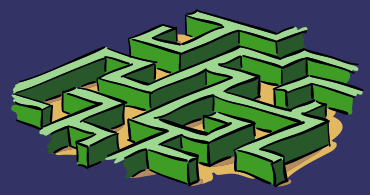
- Preferujeme antipsychotika 2. generace vzhledem k menšímu množství NÚ
- Z klasických antipsychotik rozhodně NE výrazně anticholinergní a sedativní látky typu chlorpromazinu a thioridazinu
- Vždy nutno sledovat stav pacienta a tomu přizpůsobit dávku a interval podání



Antipsychotika

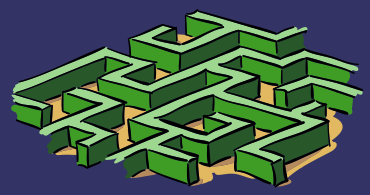
- Klasická - možno použít haloperidol a melperon, vyjímečně zuklopenthixol

- 2.generace - tiaprid, risperidon, olanzapin, zotepin, quetiapin



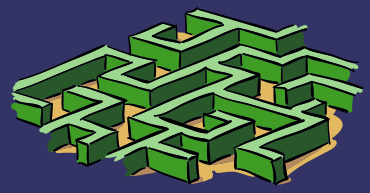
haloperidol

- Klasický butyrofenon
- minimum aticholinergních a hypotenzních NÚ
- nevýhoda extrapyramidové NÚ
- výhoda - kompletní spektrum forem
- p.o. max. koncentrace 4-6hod, i.m. nebo i.v.minuty až desítky min
- Začínat dávkou 0,5-2mg v jedné dávce a vyčkat 2-4 hod, celková denní dávka do 5mg pro die
- co nejdříve přejít na p.o. formu podání
- sledovat kardiální funkce



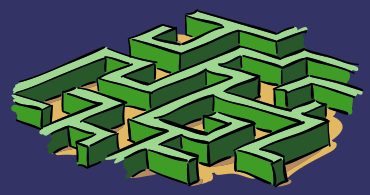
melperon

- Butyrofenon na pomezí typických a atypických antipsychotik
- vhodný pro gerontopacienty, někdy podáván jako hypnotická komedikace
- počáteční dávka 25 mg, celková denní dávka by neměla přesáhnou 150mg
- výhodný v kombinaci s tiapridem



zuklopenthixol

- Vyjímečně u velmi agitovaných pacientů s výrazným PM neklidem
- má anticholiergní NÚ, ale méně vyjádřené než klasická sedativní NL
- potencuje anticholinergní efekt tricyklik a parasympatolytik
- u gerontopacientů do 50mg pro die

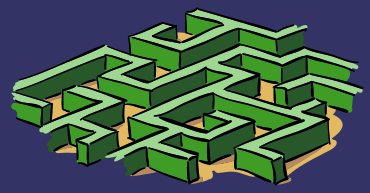


tiaprid

- Většinou lék první volby
- minimální antipsychotické působení, velmi dobře upravuje poruchy chování
- bezpečný a dobře tolerovaný i velmi starými pacienty
- výhodou kompletní spektrum forem léku
- počáteční dávka 100mg p.o. nebo parenterálně, denní dávka do 500mg

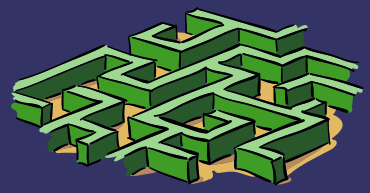
risperidon

- Neprokázalo se zvýšené riziko cerebrovaskulárních komplikací u starších pacientů
- výhodná léková forma v kapkách
- jednotlivá počáteční dávka 0,5-1mg, denní zpravidla do 2mg s maximem navečer



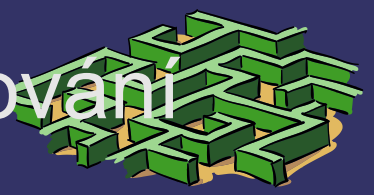
olanzapin

- Bezpečný, minimum NÚ, dobře tolerovaný gerontopacienty
- výhodné lékové formy
- poč. dávka 2-5mg, denní u gerontopacientů do 10mg pro die
- nevýhodou je zejména cena!!



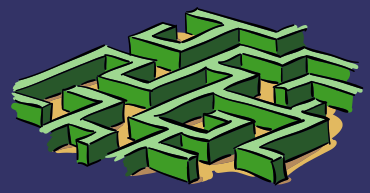
zotepin

- Sedativní antipsychotikum 2.generace
- gerontopacienty většinou dobře tolerován
- počáteční dávka 25mg, denní dávka zpravidla do 100mg s maximem navečer
- lékový profil „podobný perfenazinu“
- vhodný pro chronické poruchy chování s neklidem u dementních pac.



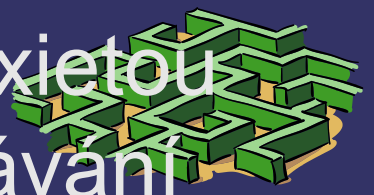
quetiapin

- Lék volby u pacientů trpících Parkinsonovou chorobou
- nezhoršuje parkinsonskou symptomatiku, má popisované prokognitivní účinky
- počáteční dávka 25mg, denní zpravidla do 200mg
- nevýhodou cena!!



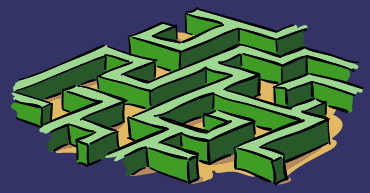
Benzodiazepiny

- Zejména v úvodu léčby při nedostatečném účinku neuroleptik, při intoleranci neuroleptik, u syndromů z vysazení
- preferovat BZD s krátkým biol. poločasem
- podávání pokud možno omezit časově
- u stavů provázených výraznou anxietou není k BZD alternativa, jejich podávání



Benzodiazepiny

- Vhodné - oxazepam,alprazolam
- Přijatelné - clonazepam, bromazepam
- Nevhodné - diazepam

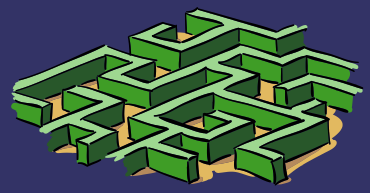


oxazepam

- Krátký biol. poločas
- dobré anxiolytické působení
- možno dobře kombinovat s antidepresivy a neuroleptiky
- cave na zvýraznění hypotensního účinku
- počáteční dávka 5mg, celkově do 20mg pro die

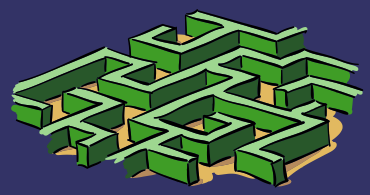
alprazolam

- Celkem dobře tolerován gerontopacienty
- dobré anxiolytické působení, málo tlumivý
- počáteční dávka 0,25, denní do 1mg
- cave závislost, syndrom z vysazení při vyšších dávkách a delší době podávání



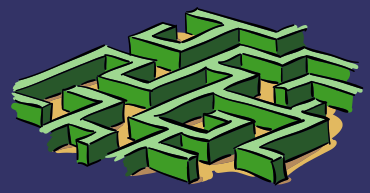
clonazepam

- Ještě přijatelný
- delší biol. poločas
- výhodné lékové formy vč. kapek a inj.
- počáteční dávka 0,5mg, denní dávka do 2mg



diazepam

- Nevhodný pro gerontopacienty
- u 80-ti letých se biologický poločas prodlužuje až přes 100 hod
- riziko kumulace a sedace
- typický nešvar „léčení neklidu“ na interních a dalších somatických odděleních

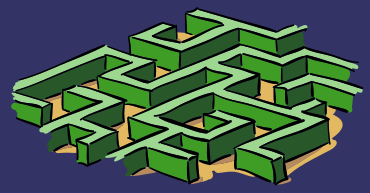


Další léčiva používaná při zvládání neklidu u gerontopacientů

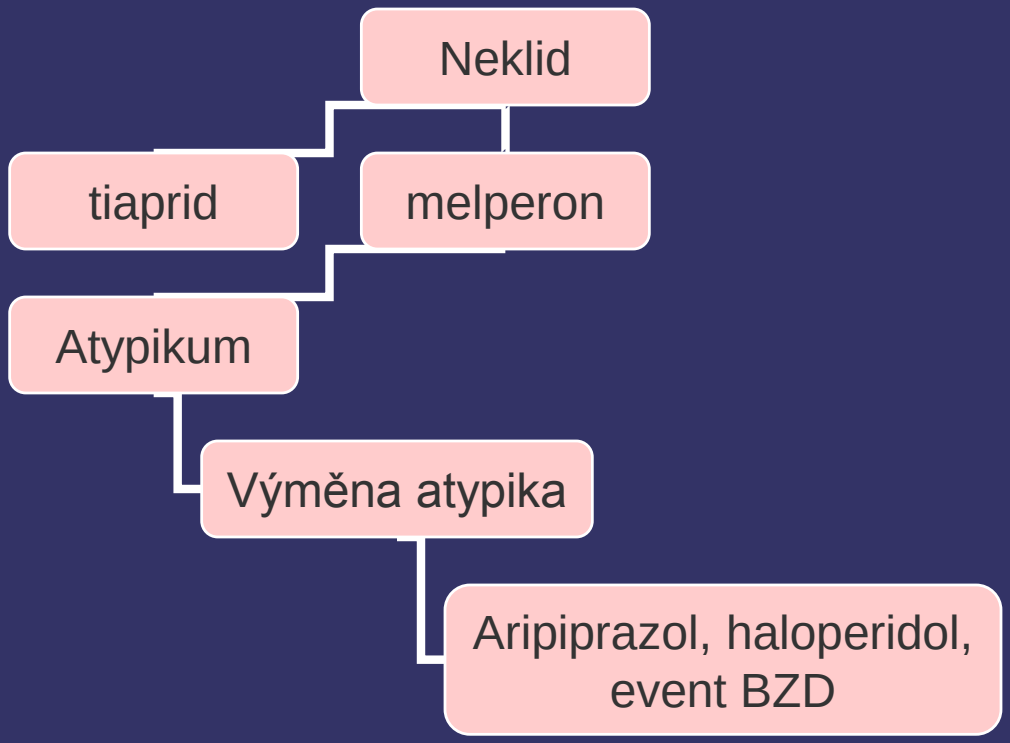
- clomethiazol- většinou u alkoholických delirií, v gerontopsychiatrii i jako hypnosedativum, počáteční dávka 300mg, denní zpravidla nepřesahuje 3g
- promethazin- antihistaminikum s výrazně sedativním a antiemetickým účinkem
- zpravidla podávaný navečer v dávce do 50mg

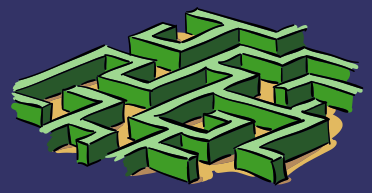
Další léčiva používaná při zvládání neklidu u gerontopacientů

- Preterminální neklid u infaustně nemocných pacientů - zejména onkologických
- Často chybná indikace ku přijetí na psychiatrii
- Je zcela indikováno podávání opiátových anodyn a to i v kombinaci s BZD a neuroleptiky

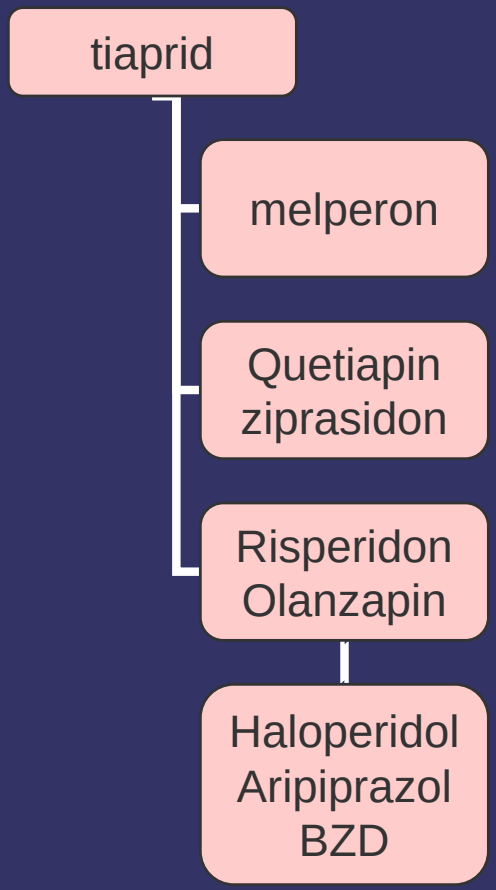


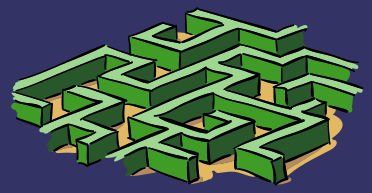
Algoritmus léčby neklidu u demencí





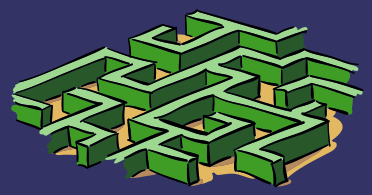
Algoritmus léčby neklidu u demencí





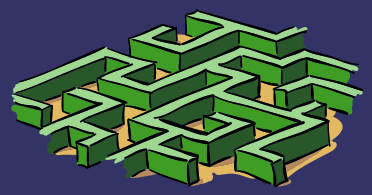
Nefarmakologické postupy

- Úprava enviromentálních faktorů
- Omezovací prostředky
- Psychoterapeutické působení na pacienta i jeho příbuzné



Upozornění pod čarou

- Příbuzní našich pacientů jsou také našimi potenciálními pacienty



Děkuji za pozornost a Váš čas.

Těším se na shledanou.