

# Psychosomatika - B

MUDr.,Mgr. Zdeňka Nováková,PhD.

# Kvalita života ve stáří

- Střední délka života – věk, ve kterém zemře 50% příslušné věkové skupiny
- Muži-72,7 let
- Ženy-78,5 let
- Německo :
- Ženy- 81,5
- Muži- 76

Stárnutí je individuální a asynchronní

- Po 30. roce věku – každoroční úbytek funkce o 0,8 – 1%.

# Populace stárne

OSN 1996: 9,5% lidí nad 65 let  
2050: 19,7%

záp. Evropa: dnes - 18,6%  
2020 - 35%

## Problémy

- sociální \* zdravotnické \* ekonomické
- Psychologické !

# Kvalita života ve stáří

- **Periodizace stáří**
- Zralá dospělost ( presenium) 46/48- 65 let
- Stáří (senium) nad 65 let
- Vysoký věk nad 80 let ( Švancara, 1983)
  
- Stáří dle SZO
- 60-74 let- rané stáří
- 75-89 let vlastní stáří
- 90- a více dlouhověkost

# Kvalita života ve stáří

- Periodizace podle úrovně aktivity
  - 65 – 74 let – mladí senioři ( adaptace na penzi, volný čas, aktivity)
  - 75 – 84 let – staří senioři ( změna funkční zdatnosti, zdravotní problémy, atypický průběh chorob)
  - 85 a více let – velmi staří senioři ( soběstačnost) ( Mühlpachr,2004)

# Kvalita života ve stáří

- Mladší stáří – 60-75 let
- Poročilé stáří – nad 75 let ( Stuart-Hamilton, 1999)
- Počátek stáří : 60 - 65 let
- Období lidského života
  - Sociální věk
  - Chronologický věk
  - Biologický věk ( funkční)

# Psychosomatika v postmenopauze

- **Postmenopauza** – 12 měsíců po posledních menses, do 65 roku( začátek senia). Minimální produkce estrogenů.
- **Klimakterium**- klinická manifestace klimakterického sy – mezi 45.- 60. rokem.
- Symptomy z nedostatku estrogenů:
  - akutní – vasomotorický a psychosomatický
  - chronické – metabolický estrogen-deficitní sy

# Psychosomatika v postmenopauze

- **Psychické projevy klimakterického sy :**
  - Deprese, úzkost (55%), psychastenie, neurastenie
  - Vyčerpání
  - Pocit osamělosti a zbytečnosti ( až v 80%)
  - Podrážděnost, vznětlivost (56%)
  - Nespavost
  - Poruchy paměti a soustředění ( 51%)



# Andropauza

- Muži po 40. roku věku
  - Psychologické problémy
  - Únavnost, slabost
  - Sarkopenie ( úbytek svalové hmoty)
  - Porucha hematopoezy
  - Oligospermie, sexuální dysfunkce
  - Poruchy paměti, nespavost

# Stárnutí- specifický, nevratný proces, universální pro celou přírodu

- Gerontologie- věda o stáří
- Geriatric- péče o stárnoucí populaci

## Současné teorie stárnutí

- *Teorie volných radikálů*
- *Neuro-endokrinní teorie stárnutí*
- *Genetická*
- *Pacemakerové teorie stárnutí*
- *Komplexní teorie*

# Teorie volných radikálů a mediátorů zánětu

- Zdrojem VR běžné životní pochody potřebné pro energii v buňce, chemické reakce uvnitř buněk, ionizující záření, reakcí organismu na cizorodé antigeny
- Důsledkem poškození enzymatické aktivity bílkovin, ztráta informace DNA, změny buněčných membrán- poškození a zánik tkání a orgánů
- Antioxidační rovnováha
- Hromadění neodklizeného intracelulárního odpadu – lipofuscin –pigment stáří-napomáhá generovat kyslíkové radikály (Katz,2002)

# Neuro-endokrinní teorie

- Stárnutí- součástí endokrinního systému
- v centru – **melatonin**( hormon epifýzy)
- Ovlivnění imunitního systému, podpora regeneračních pochodů, antioxidační účinky
- Hlavní tvorba v noci- při setmění

# Molekulární teorie stárnutí

**Teorie mutační-** důsledek hromadění mutací

**Teorie programového stárnutí-** funkce jednotlivých genů je naprogramována

Gen dlouhověkosti?

**Zástava buněčného dělení v G1 fázi**

**Telomery a telomerázy**

**Apoptóza**

# Pacemakerová teorie stárnutí

- Snaha o vytvoření univerzální teorie zahrnující všechny pochody stárnutí
- Teorie hledající řídicí časový systém v orgánovém systému

# Ovlivnitelné faktory

- Obezita – BMI vyšší než 30
    - Odpovídá předčasnému zestárnutí chromozomů o zhruba 9 let
  - Kouření – po 40 letech kouření – předčasné biologické zestárnutí o 7,4 roku
  - Socioekonomický status – předčasné zestárnutí o 7-9 let
  - Sexuální aktivita ve vyšším věku
- ( Spector, T et al.: The Lancet , 2005)

# Specifika nemocí ve stáří

- **Polymorbidita** – sdružování chorob bez kauzální souvislosti
- **Kauzální řetězení chorob** – jedna vyvolá druhou
- **Kombinace** kauzálně podmíněných a konkomitujících chorob
- **Zvláštnosti klinického obrazu**-chybění určitých příznaků ( mikrosymptomatologie, reaguje jiný orgán( mozek), zvýšené riziko úmrtí
- Mono – nebo oligosymptomatologie – chybí obvyklá škála příznaků – např. u thyreotoxikózy chybí FS
- **Nespecifické příznaky** – selhání srdce- únava, nechutenství
- **Nedostatek informací**
- **Následná péče**



# Pooperační komplikace

- **Tromboembolická komplikace**- žilní tromboza u 30-40% chirurg. nemocných po operaci a u 70% po ortopedických výkonech
- **Diabetes mellitus**- nebezpečí hypoglykemie, dlouhodobě působící PAD vysadit 2 dny před operací, dávky Insulinu se snižují na polovinu

# Následná péče

- Upřednostňování rodinného prostředí
- Ve stáří ztráta akomodace na vnější prostředí
- Při hospitalizacích –depresivní rozlady a prohloubení As změn
- Nutnost zajištění následné péče ve spolupráci s rodinou a praktickými lékaři
- Využití pečovatelské a ošetřovatelské služby nutností

# Strategie a taktika

- Pomoc členů rodiny
- Písemný přehled dávkování
- Omezení lékové preskripce
- Pacientská ukázněnost
- Globální přístup k pacientovi

# Specifika farmakoterapie

- Zpomalené vyprazdňování ze žaludku-oddálení účinku léku( hypnotika, analgetika), v kyselém prostředí může dojít k degradaci léku
- Zpomalená pasáž tenkým střevem- větší absorpce léku- digitalis
- Zhoršení prokrvení ve splachniku- zhoršení prokrvení a snížení vstřebávání

# Zásady farmakoterapie

- Co nejméně léků
- V co nejmenších dávkách
- Po nezbytně nutnou dobu

# Kvalita péče ve stáří

- Péče o hydrataci, sledování příjmu tekutin i v nemocničných zařízeních, péče před operací a v pooperačním průběhu- zamezení řady komplikací- IM, embolie plicní, bronchopneumonie
- Péče o výživu- sledování nutričního stavu před operací –součástí interního předoperačního vyšetření, předcházení špatného hojení ran., dekubitů, včasné navrácení do domácího prostředí
- Sledování příjmu potravy i během hospitalizace,
- Myslet na nebezpečí polypragmázie

# Geriatrické syndromy

- **Komplexní geriatrické vyšetření :**
- Somatický stav a fyzické schopnosti (ADL, IADL)
- Mentální a psychický stav
- Socioekonomická situace

# Vlastní onemocnění

- Genetika
- Vnější vlivy
- Vlastní přičinění ( dehydratace, polypragmazie, nedostatečné užívání léků)
- Sociální příčiny ( sociální nejistota- finanční, bytový problém)
- Psychické příčiny ( ztráta partnera, dítěte, rodinné problémy)



# Nejčastější příčiny onemocnění ve stáří

- Dehydratace
- Nadměrné užívání léků
- Nedostatečná výživa

# Geriatrické syndromy

- **Somatické –**
  - Poruchy chůze a pohyblivosti
  - Závratě, nestabilita, pády
  - Inkontinence moče a stolice
  - Poruchy regulace teploty
  - Poruchy příjmu potravy/tekutin
- **Psychické-**
  - Demence
  - Deprese
  - Delirium
  - Poruchy chování
  - Maladaptace

# Geriatrické syndromy

- **Sociální -**
  - Ztráta soběstačnosti
  - Závislost na pomoci druhých
  - Sociální izolace
  - Týrání a zneužívání
  - Dysfunkce rodiny ( Topinková , 2000)

# Pády

- Symptom celkové dysfunkce seniora, nepatří do symptomatologie fyziologického stárnutí , 85% končí frakturou
  - Signál nemoci
  - Signál somatické dysfunkce
  - Signál psychické dysfunkce

# Pády

- Symptomy předpovídající pády
  - **Somatické změny :**
  - Závratě, nestabilita
  - Artrotické změny, polyeuropatie
  - Stavy po CMP
  - Poruchy spánku- fyziologické( 65-79 let – prevalence 25% a sekundární
  - Poruchy příjmu potravy a tekutin

# Pády

- Symptomy předpovídající pády
  - **Medikace**
  - Léky snižující objem cirkulující tekutiny absolutně a relativně ( diuretika, hypotenzíva, vasodilatancia)
  - Psychofarmaka
  - Hypnotika – sporné , spíše nespavost !

# Frailty syndrom – seniorská křehkost

- **Postihuje 15% populace** , prevalence stoupá s věkem
- **Častěji postihuje ženy a nižší společenskoekonomické vrstvy**
- **Věkem podmíněná zranitelnost, bezbrannost, zvýšená senzitivita vůči stresu**
- **Klinicky se manifestuje jako riziko vzniku dysability nebo úmrtí při stresorech ( operace, úraz, úmrtí partnera apod)**

# Faily syndrom

- **Příznaky**
  - Ztráta tělesné hmotnosti
  - Podvýživa
  - Poruchy rovnováhy a chůze
  - Vyšší počet pádů
  - Sarkopenie
  - Steopenie
  - Dekondice – únava, inaktivita
  - Snížená síla stisku ruky
  - Zpomalení motoriky



# Poruchy výživy ve stáří

- Diferenciální diagnostika
  1. **Kachexie**
  2. **Hladovění – malnutrice**
  3. **Anorexie**
  4. **Sarkopenie**

# Důsledky poruchy výživy

- **Postižení imunitního systému**
- Nejprve buněčné složky-snížení absolutního počtu lymfocytů, později i humorální složky-snížení sérových imunoglobulinů
- **Poruchy hojení ran-**  
klesá schopnost organismu uvolnit aminokyseliny potřebné pro regeneraci

# Poruchy výživy ve stáří

- Kachexie
  - Komplexní metabolický syndrom, souvisí se základním onemocněním – chron. nem. jater, ledvin, srdce, karcinom apod.
  - Cave ! Mylně interpretována jako hladovění !
  - V případě plné nutriční intervence nezabráníme pokračujícímu váhového ani svalového úbytku a metabol. změnám .

# Poruchy výživy ve stáří

- **Kachexie**
- Váhový úbytek 5% za rok nebo BMI méně než 20kg/m<sup>2</sup>
  - Appetit potlačen od počátku
  - Snížená svalová síla
  - Vyčerpanost
  - BMI predikuje mortalitu
  - Albumin časně snížen
  - Lymfocyty nízké a nereagující na realimentaci
  - Cholesterol nízký
  - Cytokiny zvýšené ( CRP), přítomnost zánětu
  - Realimentace – rezistentní

# Poruchy výživy ve stáří

- **Hladovění – malnutrice** – příjem nižší než spotřeba
  - Úbytek svalové hmoty a těl. hmotnosti
  - Úbytek energie a snadná unavitelnost
  - Celková slabost
  - Porucha kognice
  - Appetit potlačen až v pozdější fázi
  - BMI není prediktorem mortality
  - Albumin snížen až v pozdější fázi
  - Cholesterol v normě
  - Lymfocyty nízké a reagující na realimentaci
  - Cytokiny nezvýšené, chybí zánět
  - Realimentace je reverzibilní

# Poruchy výživy ve stáří

- Hladovění- malnutrice – příčiny:
  - Sebevražedné úmysly
  - Deprese , demence
  - Psychologické problémy ve stáří
  - Nemoci – chrup, GIT ,chron. bolest apod.

Při plné imobilitě a nedostat. přísunu živin dochází k metabolismu svalové tkáně až 400g denně

# Poruchy výživy ve stáří

- Anorexia of aging
  - Metabolicko-imunologicko-endokrinní podklad
  - Váhový úbytek, omezený energetický příjem
  - Ubývá přednostně tuková tkáň
  - Částečně reverzibilní nutriční intervencí a medikací ( megestrol- Megace)

# Poruchy výživy ve stáří

- **Anorexia of aging**

- *Příčiny :*

- **Fyziologické stárnutí**

- omezená fyzická aktivita a zpomalený metabolismus

- **Psychologické problémy**

- Zhoršování soběstačnosti

- Ztráta blízké osoby

- Institucionalizace

- Anorexia nervóza seniorů

- **Somatické obtíže**

- Bolesti

- Nemoci, polypragmázie

- Zuby



# Poruchy výživy ve stáří

- Sarkopenie
  - Úbytek svalové hmoty
  - Snížení fyzické aktivity
  - Pokles produkce anabolických hormonů
  - Není spojena s úbytkem váhy
  - Dekondice - slabost, unavitelnost
  - Nesoběstačnost

# Dehydratace

- **Věkem podmíněné příčiny**- strach z většího přísunu tekutin, inkontinence, snížená mobilita, pocit žízně
- **Iatrogenní příčiny**- polypragmazie, intoxikace
- **Psychologické příčiny**- deprese, atypický obraz, nezájem o rodinu, snížené psychomotorického tempa, poruchy koncentrace, ztráta zájmů

# Důsledky dehydratace

- Urologické-infekce močových cest, lithiasa
- GIT-chronická zácpa, subileosní až ileosní stavy
- Dyspeptické obtíže-intoxikace léky
- CNS –CMP, TIA
- Kardiopulmonální- IM, embolie plicní, bronchopneumonie
- Lokomoční- snížení mobility, zhoršení artrozy, osteoporozy skeletu

# Změny kardiovaskulárního aparátu

- S věkem snížena rychlost plnění LK na začátku diastoly, pokles srdečního minutového objemu
- Zvýšená vagotonie
- Pulzová frekvence, ejekční frakce, srdeční výdej zvýšen pouze při zátěži
- Změny arteriálního řečiště - ztluštění medie, množství a charakter elastinu a kolagenu, uloženy cholesterolu a vápenných depozit-dilatace a elongace aorty , ztráta elasticity, zvýšená fragilita cév
- Postupné oslabení reakce na podněty z baroreceptorů- u některých jedinců pokles krevního tlaku

# Změny kardiovaskulárního aparátu

- Důsledek :
  - Vzestup TK nebo i pokles
  - Zpomalení tepové frekvence
  - Minimalizace reaktivní tachykardie
  - Sklon k ortostatické hypotenzi
  - Elektrická instabilita srdce a poruchy rytmu

# Změny respiračního systému

- Funkce snížena s věkem
- Rozvoj stařeckého hrudníku vlivem osteoporózy skeletu, ztuhlost, ochablost mezižeberních svalů, bránice, pokles inspiračního a expiračního tlaku
- Rozšíření bronchiolů a plicních sklípků
- Pokles vitální kapacity
- Pokles  $pO_2$ ,  $pCO_2$  a pH
- Reakce na hypoxii a hyperkapnii sníženy
- Snížená schopnost ciliárního epitelu v odstranění inhalovaných částic

# Plicní komplikace – důsledek

- Zvýšená slabost dýchacích svalů-  
hypoventilace
- Postižení obranyschopnosti organismu
- Bronchopneumonie - příčina fatálních komplikací dlouhodobého hladovění

# Změny gastrointestinálního traktu

- Ztráta dentice
- Pokles tonu horního esofageálního svěrače, zpoždující se relaxace
- Snížení motility, sekrece trávicích šťáv
- Ochablost bránice-hiátová hernie
- Změny střevních klků, redukce myenterického plexu, častá bakteriální dysbalance
- Snížená vnímavost receptorů rekta na náplň, snížení tonu svěrače



# Změny žlučníku, jater, pankreatu

- Žlučník a žlučovody ztrácejí elasticitu, tonus, motilita zpomalena, odtok žluči rovněž
- Snížena koncentrační a evakuační funkce žlučníku
- Atrofie pankreatu, snížení exkreční a sekreční funkce, aktivity enzymů
- Játra- snížena hmotnost a aktivita mikrosomálních enzymů – zpomalení biotransformace léčiv
- Zvýšená citlivost jater na hypoxii a hypotenzi

# Změny močového systému

- Snížení glomerulární filtrace od 40 let o 1ml /min/rok
- Snížené clearans kreatininu, sérová hodnota stoupá
- Snížení koncentrační a reabsorpční schopnosti ledvin ( Na , H<sub>2</sub>O ) zvýšení tendence k dehydrataci

# Eliminace léků

- Nad 70 let snížení clearance o 30-50%, zhoršení tubulárních funkcí
- Nebezpečí toxického působení-aminoglykosidová ATB, atenolol, digoxin, NSA, ranitidin, prokainamid, inhibitory ACE

# Změny pohlavních hormonů

- Ženy- zvýšení testosteronu
- Snížení estronu, estradiolu, progesteronu, androsteronu.
- Muži- zvýšení dihydrotestosteronu, estronu, estradiolu, snížení testosteronu, dehydroepiandrosteronu

# Štítná žláza

- Pokles hmotnosti, fibrotické změny, atrofie parenchymu
- Pokles akumulace jodu, snížení tvorby a sekrece hormonů, roste počet koloidních uzlů

# Krvetvorný systém

- Úbytek kostní dřeně, snížení bohatosti buněk
- Ztráta funkční rezervy kostní dřeně-zpomalena reaktibilita na hypoxii
- Zpomalení erythropoezy
- Snížení aktivity leukocytů a fagocytozy
- Zvýšení tendence destiček k agregaci
- Snížení fibrinolytické aktivity-tendence k hyperkoagulaci

# Imunitní systém

- **Funkční poruchy - IMUNOSENESCENCE**
- Pokles proliferace a transformace imunkompetentních buněk
- Pokles rychlosti tvorby protilátek
- Tvorba autoprotilátek

# Pohybový aparát

- Degenerace hyalinní chrupavky kloubu, snížení elasticity, pevnosti, reaktivní změny subchondrální kosti, periartikulární tkáně, omezení kloubní pohyblivosti
- Pomalý, postupný úbytek celkové kostní hmoty, úbytek kortikální kosti 3-5% za dekádu. Trabekulární kosti- probíhá pomaleji
- Stařecké změny chůze – prodloužení odrazové a zkrácení švihové fáze kroku, zkrácení délky kroku
- Úbytek svalové hmoty o 40% nad 85 let



# Změny CNS

- Změny v neuronech: ztráta neuronů, degenerativní změny, hromadění lipofuscinu, změny neurofibril
- Změny extracelulárně: depozita amyloidu a pigmentu obsahující železo, senilní plaky
- Změny v mozkových cévách
- Změny v neurotransmiterech
- Zhoršená adaptace, zpomalené psychomotorické tempo , zhoršení posturálních reflexů
- Poruchy termoregulace

# Změny CNS

- **Důsledek:**

- Snížená kapacita zapamatování čísel (subtest opakování čísel odzadu – WAIS-R, WMS).
- Zhoršení ve výbavnosti detailů
- Pozn: Vliv má zdravotní stav a IQ
- Snížení verbální fluence
- Používání všeobecných pojmů namísto konkrétních
- Intruze – nesprávná odpověď, opakuje svoji odpověď na předcházející otázku

# Změny CNS

- **Důsledek:**

- Perseverace – ulpívání a rozvláčnost
- Výkon v performačním IQ (Wechsler) je nižší než ve verbálním ( krystalická versus fluidní inteligence )
- Schopnost učení nemusí být omezená
- Řešení problémů v časové tísní , vyžadujících flexibilitu a rozhodování je snížena
- Reakční čas roste s věkem , zejména složitý reakční čas (výběr z více alternativ + rychlost)
- Snížená schopnost prostorové manipulace( o 5-10% v každém deceniu)
- Snížení invence a kreativity

# Smyslové orgány

- Snížení pružnosti oční čočky, ztráta schopnosti zaostření na blízké předměty, ve stárnoucí čočce se objevují zákalky
- Porucha akomodace a vidění za šera a v noci
- Degenerativní změny vestibulárního aparátu
- Zhoršení proriocepce na DK – nižší citlivost na dotyk, vibrace a rozdíl teploty – snadné prochlazení

# Kožní změny

- Ztráta vlhkosti stratum corneum, ztráta přirozené obnovy buněk
- Postupný úbytek buněk i vaskularity hlubší vrstvy- celkové oslabení celé vrstvy
- Degenerace elastických i kolagenních vláken
- Úbytek podkožního tuku
- Snížení potních žláz
- Úbytek melanocytů ve vlasových cibulkách- šedivění

# Změny osobnosti ve stáří

- Typy osobnosti podle Reichardové (multivariační analýza)
  - **Konstruktivní osobnost** – bez obav ze stáří
  - **Závislá osobnost** – čas odpočinku, spoléhá na pomoc druhých
  - **Defenzivní osobnost** - nezávislost, pokračuje v práci
  - **Hostilní osobnost** – obviňování okolí
  - **Nenávist k vlastní osobě** – cítí se zbyteční

# Změny osobnosti ve stáří

- Typy osobnosti podle Neugartena
  - **Integrovaná osobnost** – nejpozitivnější charakterové rysy:
    - Reorganizátoři – náhrada aktivity
    - Specialisté - nejvhodnější a nejefektivnější aktivity
    - Odcizené osobnosti – zříkají se závazků bez psychických problémů
  - **Obrněná-defenzivní osobnost**
    - Zarputilí – vysoká míra aktivity jako kompenzace úpadku sil
    - Ustrnulí – co v životě ztratili
  - **Pasivně – závislá osobnost**
  - **Dezintegrovaná osobnost** – demence, psych. poruchy

# Změny osobnosti ve stáří

- Emocionální labilita
- Sebestřednost
- Ztráta jistot a klidu při změně stereotypů
- Psychosociální krize
- Syndrom prázdného hnízda
- Odchod do důchodu
- Ztráta blízkých ( i spolužáci, vzdálení známí – „ už se kácí v našem lese“ )
- Ztráta životního partnera ( idealizace )



# Psychické poruchy ve vyšším věku

- Organicky podmíněné
  - Primární dysfunkce – postižený je mozek
  - Sekundární dysfunkce –extracerebrální postižení

## **Lehká kognitivní porucha ( MCI – Mild Cognitive Impairment )**

- **Nejsou tangovány denní aktivity**
- **Soběstačnost**
- **Velmi pomalá progrese**
- **12- 15% přechází do Alzheimerovy demence**

# Psychické poruchy ve vyšším věku

- **Alzheimerova demence (AD)**
  - **Nejčastější typ demence – 50% všech demencí, 4.-5. místo v příčinách úmrtí**
  - **Atrofie neuronů proti klinicky normálnímu stárnutí mozku o 40- 80%**
  - **Spánkový lalok a hypokampus – nejvíce postiženy**
  - **Forma s časným začátkem ( před 65 rokem) - rychlá**
  - **Forma s pozdním začátkem ( po 65 roce) – pomalá progrese**

# Psychické poruchy ve vyšším věku

- **Vaskulární demence (VD)**
  - Druhý nejčastější typ demence, rychlejší nástup než při AD, 15-20%
  - Deficit kognitivních funkcí nerovnoměrný – paměť výrazně postižena, myšlení a logika méně
  - Osobnost zachována, depresivní symptomatologie
  - deliria

# Psychické poruchy ve vyšším věku

- **Binswangerova choroba** -
- Drobné CMP, epi záchvaty a úbytek intelektu
- Pokles IQ, poruchy paměti a kolísání nálad
- **Multiinfarktová demence (MID)** –
- Demence vzniká důsledkem menších infarktů

# Psychické poruchy ve vyšším věku

- **Demence s Lewyho tělísky ( Lewy body disease, LBD )**
  - Třetí nejčastější typ demence , 10-20%
  - Kolísavé postižen kognitivních funkcí
  - Demence s globálním kognitivním deficitem
  - Paranoidita, zrakové halucinace, deliria ,  
deprese

# Psychické poruchy ve vyšším věku

- **Frontálně – temporální demence (FTD)**
  - 5% všech demencí, začátek kolem 60. roku věku
  - Začátek nenápadný
  - Poruchy chování – hrubost, přejídání se, alkoholismus, afektivity a řeči
  - Zanedbávání hygieny

# Psychické poruchy ve vyšším věku

- **Formy frontálně – temporální demence :**
  - Sémantická demence (SD)- Nearyho kritéria
    - Pozvolný nástup a postupné zhoršování
    - Plynulá ale bezobsažná spontánní řeč
    - Ztráta smyslu slov
    - Sémantické parafázie (slova zvukově podobná, ale jiný význam )
    - Neporušená schopnost čtení, psaní, opakování slov

# Psychické poruchy ve vyšším věku

- Primární progresivní afázie
  - Nonfluentní afázie
  - Agramatizmy
  - Fonematické parafázie( záměna hlásek a slabik)
  - Semantická paměť nepostižena



# Psychické poruchy ve vyšším věku

- Demence při Parkinsonově chorobě
  - Degenerativní porucha extrapyramidového systému – nadměrný třes, neschopnost koordinace, ztuhlost
  - 10-20% pacientů má demenci
  - Poruchy paměti
  - Zpomalené myšlení
  - Deprese, halucinace, bludy, deliriantní stavy

# Psychické poruchy ve vyšším věku

- Symptomatické demence
    - Demence infekční etiologie - AIDS
    - Metabolické demence – Wilsonova choroba
    - Demence při prionových nemocech – Jacob-Creutzfeld
    - Demence při endokrinních nemocech – hypothyreóza
    - Alkoholická demence
- CAVE ! Odlišit od deprese – depresivní pseudodemence**

# Psychické poruchy ve vyšším věku

- Deliria

## **S demencí**

- Mnestické funkce jsou postiženy globálně
- Bludy obsahově vágní
- Neproduktivní stereotypní projev
- Deliria

## **Bez demence**

- Aktivní
- Bludy paranoidně –persekuční
- Krátkodobá paměť a všípivost je narušena
- Dlouhodobá paměť nebývá poškozená

# Psychické poruchy ve vyšším věku

- **Rizikové faktory sebevražedného chování (Cattel, 2000)**
  - 1. vysoký věk ( soubor mužů nad 75 let)
  - 2. mužské pohlaví
  - 3. osamocený
  - 4. ztráta blízké osoby
  - 5. psychické onemocnění
  - 6. fyzická choroba ( chron. bolest)
- **Rizikové symptomy** : insomnia, ztráta hmotnosti, pocity viny, hypochondrie

# Psychické poruchy ve vyšším věku

- **Pseudoneurastenický syndrom**
  - Důsledek aterosklerózy mozkových cév :
  - Bolesti hlavy
  - Závratě
  - Poruchy spánku
  - Lakrimozita
  - Emoční labilita
  - Pocit únavy
  - Stížená výbavnost
  - Egocentrismus
  - Hypochondrizace

# Psychické poruchy ve vyšším věku

- **Psychózy**
- **Paranoidní psychózy** – 2%
- **Parafrénie**
- **Diogenésův syndrom** ( Macmillan, Shaw, 1966) mezi 60.-90.rokem
- Hromadění špíny a smetí v domácnosti( syllogomanie)
- Zanedbávání sebe , zpustnutí
- Nekritičnost
- Izolace
- Odmítání pomoci
- Podezřívavost
- Agresivita
- Euforie

# Psychické poruchy ve vyšším věku

- **Deprese**

- *Důsledek* :

- Organického poškození

- Neutěšených psychosociálních podmínek

- CAVE ! Atypický průběh !**

- Chybí exprese smutku, přítomna somatizace ,  
pseudodemence

- 50% depresí ve vyšším věku není  
rozpoznaných ( Kolibáš, 1996 )

# Úspěch léčby

- Soběstačnost pacienta
- Zlepšení psychického či tělesného komfortu( zákl. choroba nemusí být vyléčena)
- Zabránění tzv. sociální smrti (nezemřít sociálně a psychicky)
- Pacient zůstává platným členem společenství a pokračuje ve svých společenských rolích



Medicína neumí zabránit stárnutí, ale může zabezpečit důstojnost stáří a jeho kvalitu. Poslední týdny života mohou být prožity bez fyzické bolesti, v relativním fyzickém a psychickém komfortu. To by mělo být jednou z hlavních rolí geriatric

# Doporučená literatura

- Stuart-Hamilton,I.: Psychologie stárnutí. Portál , 1999
- Gruss,P.: Perspektivy stárnutí. Portál, 2009
- Wiliamson,G.M.Schulz,R.: Physical illness and symptoms of depression among elderly outpatients. Psychology and Aging 7, 343- 351.
- Koukolík,F., Jirák,R.: Diagnostika a léčení syndromu demence . Grada , 1999
- Jacoby,R.,Oppenheimer,C.: Psychiatry in the Elderly.Oxford University Press, NY , Third Edition,2002

# Doporučená literatura

- Baštecký : Psychosomatická medicína .Grada , 2002
- Poněšický: Neurózy, Psychosomatická onemocnění a Psychoterapie. Triton,2002
- Danzer: Psychosomatika. Portál, 2001
- Vymětal: Lékařskápsychologie.Portál,2003
- Kebza: Psychosociální determinanty zdraví.Avicenum 2005
- Křivohlavý: Psychologie zdraví.Portál 2001
- Křivohlavý: Psychologie nemoci.Grada 2002
- Heretik: Klinická psychológia.Psychoprof 2007
- Plante : Současná klinická psychologie.Grada 2001

# Chronická bolest ve stáří, diferenciální diagnostika

.

# Chronická bolest

1. Vzniká podrážděním nociceptorů- volná nervová zakončení ( polymodální, mechanoreceptory)
2. Myelinizovaná a nemyelinizovaná vlákna
3. Zadní kořeny míšní
4. Traktus spinothalamicus a spinoreticularis
5. Thalamus, retikulární formace, gyrus postcentralis

# Chronická bolest

- % bolesti stoupá s věkem
- Trpí jí 90- 95% seniorů nad 65 let
- Častěji se vyskytuje u žen
- Věk +75 let – chronická bolest u 62% ( studie s 5000 resp.Elliot et al.1999)
- 70% seniorů v ústavní péči
- 2/3 z nich nemají adekvátní péči (centrum pro léčení a výzkum bolestivých stavů FN Motol – J. Kozák)

# Bolest

- Fyziologická reakce organismu na škodlivé stimuly
- Nepříjemná sensorická a emoční zkušenost spojená se skutečným nebo potenciálním tkáňovým poškozením (WHO , IASP – Mezinárodní společnost pro studium bolesti)
- Bolest je vždy subjektivní

# Důsledky chronické bolesti u seniorů

- **Somatické**
  - Pokles v SDL ( Activities of Daily Living)
  - Snížení mobility a soběstačnosti
  - Poruchy spánku
  - Nechutenství
  - Alterace imunity
- **Psychické a kognitivní**
  - deprese (až 50%)
  - Anxieta
  - Zhoršení kognitivních funkcí
  - Suicidální tendence ( 19%)
  - **Sociální**
    - Sociální závislost a izolace
    - Opuštění sociálních aktivit (42%, Reid et al. 2005)



# Nejčastější příčiny bolesti pohybového aparátu ve stáří

- osteoartroza
- osteoporóza skeletu
- revmatoidní artritida
- vertebrogenní algický syndrom v důsledku degenerativních změn
- osteomalacie
- nádorová postižení - meta procesem kostí

# Kloubní bolest

- synoviální membrána- bohatá inervace s neurotransmitery-substance P,, kalcitonin, podobná inervace- kloubní pouzdro, ligamenta, šlachy, fascie a periost, nikoliv chrupavka
- podněty z kloubů nocicepce - nerv. vlákna A alfa, beta, A delta a C do zadních rohů míšních
- při zánětu- C - bolestivé podněty i v klidu

# Revmatoidní artritida

- Bolest - ze zánětu nervů, destrukce kosti, chrupavky s narušením periostu-bohatá inervace
- bolestivé signály-přenos myelinizovanými vl. A(alfa a delta)-rychlý přenos, bolest intenzivní, ostrá
- vl. A delta a nemyelinizovaná vl.C-pomalejší přenos, bolest mírnější, tupá
- mediátory zánětu- prostaglandiny působící lok. a v CNS

# Osteoartroza

- Incidence- 60-74 let - muži 6%, u žen v 9%
- nad 75 let- 11% osob
- primární- bez známé etiologie
- sekundární-trauma, kongenitální abnormity, zánětlivé kloubní změny
- ztráta nebo erozí chrupavky způsobuje bolest a ztuhlost
- omezení pohybu v kloubu, deformity, nestabilita postižených kloubů

# Bolesti zad

- **Incidence** : jednou za život 85% pacientů v průmyslových zemích ( bederní páteř)
- **Prevalence** :zvyšuje se postupně do 65. roku, později se snižuje - ?
- Nejčastější příčina pracovní neschopnosti
- **Psychosociální etiologie** :
- Stres
- Úzkostné poruchy (95%)
- Deprese
- Abusus alkoholu ( 94%)
- Pozn: zdá se , že úzkostné poruchy a nadužívání alkoholu často bolesti zad předchází

# Bolesti zad

- Příčiny mechanické: svalový spasmus, stlačením nebo deformací pojivových tkání
- akutní prolaps ploténky
- degenerativní osteoartritida, spondylolýza, spondylolistéza
- příčiny nemechanické -spondylitida, revmatoidní artritida, benigní nebo maligní nádory, infekce páteře, nefrolithiasa, cholelithiasa

# Bolesti zad

- **CAVE ! Psychosociální bolesti zad**
  - Nižší socioekonomický status – vyšší podíl žen , např. studie Dostála (1991)
  - Nespokojenost se zaměstnáním ( až 2x)- Neradílek ( 2006)
  - Neuspokojivá sociální opora – častěji u chronických pacientů (Baštecká, 2003)
  - Neuspokojivá rodinná situace

# Bolesti zad

- Osobnostní charakteristiky
  - Vnímat bolest je člověku vrozená ( 2-3% téměř ecitliví k bolesti)
  - Stres, anxiety – nárůst svalové tenze , narušení nervosvalové koordinace
  - Distress a špatné hodnocení vlastního zdravotního stavu zvyšují riziko chronicity 3x ( Höschl, 1999)
  - Hostilní chování



# Bolesti zad

- Základní rysy pacienta trpící chron. bolestí
- (Sullivan, Reesor , Mikhail, 1992)
  - *Neuroticismus* – menší schopnost odolávat stresu a snášet bolest
  - **Senzitizers x Represors** – bojují s bolestí a později tolerance a smíření x popírají bolest a později úzkost a strach
  - *Augmenters x reducers* – zveličují x bagatelizují
  - Hysterické rysy – zaměření na kvalitu a intenzitu, agravace, vyžadování pozornosti a manipulace s personálem
  - **Hysterická neuróza** – bolest je konverzním symptomem
  - *Nízká hladina sebevědomí* – bolest též konverzní symptom – „Co já bych všechno dokázal, kdybych neměl bolavá záda !“

# Bolesti zad

– *Hypochondrický syndrom :*

a) *typ patofilní – vyžívá se v potížích*

b) *typ patofóbní – mající strach z potíží*

- Koncentrace na orgány, jejich funkce
- Úzkostné sebepozorování
- Obava z nemoci
- **Etiologie :**
- Faktory psychogenní, organické, endogenní, somatické
- **Teorie :**
- Psychodynamická
- Life- span theory

# Bolesti zad

## – Optimismus

a) **dispoziční (Scheier)** – tendence očekávat pozitivní výsledky událostí

b) **explanační (Seligman)**- za úspěch mohu já, za neúspěch moje okolí

### **Dále hrají roli :**

- Hardiness
- Sense of coherence
- Self-efficacy
- Locus of control

# Bolest zad

- Další faktory ve vztahu k vnímání bolesti
  - Kulturní hodnoty , národnostní rozdíly
  - Výchova , ranná zkušenost
  - Učení – imitací, podmiňováním
  - Pain behavior – výhody z nemoci

# Bolesti zad

- Recidivy :
- Staré osoby – protrahované onemocnění
- Nižší reparační schopnost
- Sociálně – ekonomické důsledky
- Recidiva u 85% nemocných
- Kromě staré populace jsou nejčastěji postiženou skupinou muži 25 - 44 let

# Vyšetřování

- RTG snímek
- izotopové vyšetření kostí
- CT, MRI
- revmatologické vyšetření-laboratorní
- densitometrické vyšetření

# Osteoporóza skeletu

- Nejčastější onemocnění skeletu  
po artróze = druhou nejčastější příčinou  
onemocnění pohybového aparátu
- symptomatická forma s frakturami obratlů -  
20-30% žen nad 65 let

# Patogeneze

- Osteoporóza = sníženým obsahem kostní hmoty na jednotku objemu kosti pod normu odpovídající věku a pohlaví
- poměr mineralizované a nemineralizované části je zachován



# Etiologie

- Pokles produkce estrogenů-inhibice resorpce kosti účinkem na osteoblasty a potlačení inhibice kostní resorpce zprostředkované parathormonem
- nedostatečný přísun vápníku v potravě
- kombinace nedostatku vitamínu D vápníku- kombinace osteoporózy a osteomalácie

# Osteoporóza postmenopauzální

- Věk nemocných 50-70 let
- Kostní úbytek trabekulární kost
- Rychlost úbytku rychlá
  
- Mechanismus převažuje osteores.
- Fraktury obratle, zápěstí
- Pohlaví M:Ž 1:6

# Osteoporóza involuční

- Věk nemocných 70 let a více
- kostní úbytek trabekulární i kortikální kost
- rychlost úbytku pomalá, stálá  
dlouhodobá, trvalá  
snížená novotvorba kosti
- fraktury obratle, humerus, krček  
pohlaví M:Ž 1:2

# Sekundární osteoporóza

- Endokrinopatie-Cushingův syndrom, hypertyreosa, hyperparatyreosa, hypogonadismus
- Onemocnění ledvin, jater
- Nádorová onemocnění-myelom, hemoblastózy, metastázy solidních tumorů
- Léčba kortikoidy, tyroxinem, antacidy obsahující hliník


# Klinický obraz

- Necharakteristické bolesti - léčeno často analgetiky, NSA, někdy až opiáty bez zjištění pravé etiologie
- asymptomatický průběh
- fraktury
- při fraktuře-prudké bolesti, paravertebrální kontraktury

# Strategie prevence a terapie

- Sledování rizikových faktorů-alkohol, kouření, nedostatek estrogenů, nedostatek fyzické aktivity, nízký příjem vápníku, bílé etnikum, ženské pohlaví, pokročilý věk
- při přítomnosti rizikových faktorů - minerální denzita kostí
- postmenopauzálním ženám vysvětlit riziko a vhodnost léčby estrogeny
- doplnit terapii fyzikální léčbou
-

# Kvalita života - úvod

- Multidimenzionální a subjektivní charakter
- Neexistuje jednotná definice
- Je vymezena účelem měření , v určitém kontextu projektu
- Hledání faktorů a jejich interakcí  kvalita života
- 50. léta USA ( J.F. Kennedy)
- 1968 v Evropě ( Švýcarsko – nevládní org.)
- Definice zdraví WHO

# Filozofická reflexe pojmu kvality života

- Zdraví , nemoc, kvalita života - obsahují všechny filosofické systémy
- **Sofisté** – pohled zaměřený na člověka
- **Demokritos** – pocit subjektivní pohody. „Pocit štěstí nezáleží na tom, co se kolem nás děje, ale na našem postoji“.
- **Sokrates** – svědomí, morálka
- **Aristoteles** – „eudaimonia“ - „well - being“ .  
Eudamonická teorie kvality života x hedonismus ,  
Pro naplnění smyslu života je důležitá činnost.



# Filozofická reflexe pojmu kvality života

**Platon** – 3 oblasti zacílení života :

- Dobro
- Krása
- Pravda

**Stoická filosofie** – kontext společenského dění, podvolení se řádu světa. „Když chceš, nemusíš být s ničím nespokojený“.

**Epikuros** – zbavit se strachu a mít radost ze života

**Křesťanství** – A. Aurelius, T. Akvinský

# Psychosomatika kožních chorob

- Arima, M., Shimizu, Y., Sowa, J.: Psychosomatic analysis of topic dermatitis using a psychological test. J. Dermatolog. Mar, 32, (3), 2005
- Gieler, U., Niemeier, V.: Psychosomatic dermatology in Germany . 52(2), 104- 110, 2001
- Hegyi, E., Stodola, I.: dermatovenerologia v praxi. Osveta, 1987
- Panconesi, E.: Psychosomatic factors in dermatology. Dermatolog. Clin., 23(4), 629- 633, 2005
- Baštecký, J., Šavlík, J., Šimek, J.: Psychosomatická medicína. Avicenum, 1993
- Danzer, G.: Psychomatika. Portál, 2001