

Úzkost a úzkostné poruchy u demence

MUDr. Vanda Franková

Psychiatrická léčebna Dobřany

Článek shrnuje základní literární poznatky týkající se této problematiky, zmiňuje škálu hodnocení úzkosti u demence RAID podle Shankar, a kol. a navrhovanou revizi diagnostických kritérií generalizované úzkostné poruchy u osob s demencí podle Starkstein, a kol. Dále jsou uvedena některá doporučení týkající se psychotherapeutických přístupů i farmakoterapie úzkostných poruch u seniorů s demencí.

Klíčová slova: úzkost, agitovanost, demence, RAID, SSRI.

Anxiety and anxiety disorders in dementia

The article summarizes the basic literature knowledge concerning this issue, making reference to the Rating Anxiety in Dementia (RAID) scale by Shankar, et al. and the revised diagnostic criteria for generalized anxiety disorder in persons with dementia as proposed by Starkstein, et al. Also presented are some recommendations concerning psychotherapeutic approaches and pharmacotherapy of anxiety disorders in the elderly with dementia.

Key words: anxiety, agitation, dementia, RAID, SSRI.

Psychiatr. prax; 2013; 14(3): 99–101

Úvod

Úzkost je u seniorů s demencí častým symptomem. Může mít významný negativní dopad na celkový zdravotní stav nemocného a kvalitu života jeho i jeho pečujících. Často je spojena s dalšími neuropsychiatrickými a behaviorálními symptomy a v důsledku toho pak někdy chybně diagnostikována a léčena.

Epidemiologie úzkostných poruch u seniorů s demencí

Úzkostné poruchy se dle údajů z literatury vyskytují u 5–21 % seniorů s demencí, úzkostné symptomy u 8–71 % (1). Široké rozpětí výsledků studií zřejmě souvisí s nejasnou diagnostikou úzkostných poruch u pacientů s demencí, s překrýváním symptomů úzkosti, deprese a demence, s možným zařazením behaviorálních projevů úzkosti do kategorie „problémové chování“ bez specifikace úzkostné etiologie. Zatímco úzkostné poruchy obecně jsou častější u žen, u osob s demencí jsou obě pohlaví postižena přibližně stejně (1).

Příčiny vzniku úzkostných poruch u seniorů s demencí

Senior je vystavován nadměrnému stresu v důsledku životních ztrát (ztráta partnera, dětí, přátel, ztráta soběstačnosti), tělesných onemocnění (chronická bolest, nevléčitelné nemoci) a změn (změna bydliště, tělesného stavu, denního režimu). Kognitivní deficit (porucha orientace a paměti, snížená schopnost porozumění a dorozumění se s okolím, bezradnost při řešení složitějších úloh, odkázanost na pomoc druhých osob atd.) vede k dalšímu stresu. Nemocný zároveň ztrácí náhled choroby. Sám sebe vnímá jako samostatného člověka s určitým postavením

a negativně prožívá situaci, kdy se mu druhá osoba snaží pomoci s rozhodováním, hygienou, kdy cítí, že „něco není v pořádku“. Chronický stres může vyústit v úzkostnou poruchu.

Úzkost může vzniknout jako nežádoucí účinek některých léků, např. nootropik nebo antipsychotik, může být součástí odvykacího syndromu či projevem nadužívání (např. alkohol, benzodiazepiny, nikotin, kofein).

Na etiopatogenezi úzkostné poruchy se podílejí organické změny mozku, vaskulární změny, chronická tělesná onemocnění (zejména kardiovaskulární a respirační, algické stavy, endokrinní poruchy).

U Alzheimerovy choroby i frontotemporální demence je prokázána deplece serotoninu, která je spojována se vznikem deprese, úzkosti, impulzivity, agresivity a dalších poruch chování (2).

U člověka s demencí se tak kombinuje několik faktorů: na jedné straně zvýšené riziko vzniku úzkostné poruchy, na straně druhé ztížená diagnostika v důsledku ústupu psychických příznaků do pozadí a chybnému hodnocení vegetativní symptomatiky (bolesti, palpitace, závratě atd.) jako projevu tělesného onemocnění. Dominující behaviorální příznaky úzkosti (agitovanost atd.) jsou pak často hodnoceny izolovaně jako porucha chování (bez dalšího hledání jejich příčiny) a tak také léčeny.

Pro **hodnocení úzkosti** u seniorů s demencí byla vytvořena škála hodnocení úzkosti u demence **RAID** (Rating Anxiety In Dementia) (3). Posuzuje se období posledních dvou týdnů, využívá se všech zdrojů informací – informace od pacienta, od pečujících, klinické pozorování, lékařské záznamy atd. Položka se nehodnotí, je-li stav dán tělesným onemocněním. Skór 11

a více bodů je vysoce suspektní pro přítomnost klinicky významné úzkostné poruchy (tabulka 1).

Rozšířenější je **NPI** (Neuropsychiatric Inventory) (4), která zahrnuje celou škálu behaviorálních a neuropsychiatrických poruch u demence, včetně úzkosti.

Klinický obraz úzkostné poruchy u osob s demencí

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (MKN-10) se **generalizovaná úzkostná porucha** projevuje **psychickými příznaky** (obavy z budoucího neštěstí, pocit jako na pokraji sil, obtížná koncentrace pozornosti a další), **behaviorálními příznaky** (nervózní vrtění a neklid, bolestivé napětí v hlavě, třes, neschopnost uvolnit se) a **vegetativní hyperaktivitou** (točení hlavy a závratě, pocení, tachykardie, palpitace, bušení srdce, tachypnoe, nauzea, sucho v ústech a další).

Pro osoby s demencí je obtížné popsat vlastní pocity, obavy, strachy. V diagnostice úzkostných poruch zůstáváme často odkázáni na reference pečujících a objektivní hodnocení změn chování a vegetativních funkcí, namísto posuzování subjektivních stesků, jak to bývá u úzkostných poruch osob bez kognitivního deficitu.

Úzkost u člověka s demencí se typicky projevuje úzkostným, vystrašeným vzezřením provázeným poruchou chování (5): nemocný je neklidný, nevydrží na místě, má strach být sám, poposedává, přechází po místnosti nebo má tendenci místnost opustit, mne si ruče, potahuje oblečení, přendává věci nebo dělá jiné stereotypní neúčelné pohyby. Může reagovat podrážděně až zlostně, mívá přehnané úlekové reakce. Častý je i nepředvídatelný křik, stereotypní verbální projev (opakování jednoduchých slov či gest). V popředí bývá

Tabulka 1. Škála hodnocení úzkosti u demence RAID (podle 3)

I. Nadměrné obavy:
1. Nadměrné obavy o tělesné zdraví
2. Nadměrné obavy z kognitivního deficitu (ze zhoršené paměti, ze ztráty orientace při opuštění bytu, z neschopnosti sledovat konverzaci)
3. Nadměrné obavy o finanční záležitosti, rodinné problémy, tělesné zdraví příbuzných
4. Nadměrné obavy spojené s narušeným myšlením (např. paranoidita, bludy) a vnímáním
5. Nadměrné obavy vyvolané malíčností (opakovaně se dožaduje pozornosti kvůli malichernostem)
II. Úzkostlivost a ostražitost:
1. Vystrašený, úzkostný (vznětlivý, netrpělivý)
2. Přecitlivělost na hluk (nadměrná úleková reakce)
3. Poruchy spánku (problémy usnout či mělký a přerušovaný spánek)
4. Podrážděnost (snadno se rozcílí, vybuchne – rozdíl oproti premorbidnímu fungování)
III. Motorická tenze:
1. Chvění, třes
2. Motorická tenze (bolesti hlavy, bolesti v jiných lokalitách těla)
3. Neklid (nevydrží klidně sedět, mnutí rukou, manipulace s oblečením atd.)
4. Zvýšená únava, vyčerpanost
IV. Vegetativní hyperaktivita:
1. Palpitace (tachykardie nebo arytmie)
2. Sucho v ústech (nevyvolané léky!), pocit prázdného žaludku
3. Hyperventilace, krácení dechu (i bez námahy)
4. Závratě, pocit na omdlení
5. Pocení, pocit horka či mrazení, brnění nebo snížení citlivosti prstů
U – nemožno hodnotit; 0 – chybí; 1 – lehké, intermitentní; 2 – středně těžké; 3 – těžké
Poznámka: Tučně jsou vyznačené položky týkající se behaviorálních poruch

Tabulka 2. Návrh revize diagnostických kritérií generalizované úzkostné poruchy u pacientů s demencí (podle 6)

- I. Přítomnost obtížně ovladatelných pocitů úzkosti/trápení
- II. 3 z následujících pěti symptomů:
 - Neklid
 - Podrážděnost
 - Svalové napětí
 - Obavy
 - Respirační symptomy

potřeba opakovaného ujišťování, zdůrazňování somatických potíží, trvalé dožadování se pozornosti. Vegetativní symptomy se mohou překrývat s příznaky tělesných onemocnění. Obraz poruchy závisí na stupni demence, na mobilitě, osobnostním nastavení a dalších faktorech.

Starkstein, a kol. (6) navrhuje revizi diagnostických kritérií generalizované úzkostné poruchy u pacientů s demencí (tabulka 2).

Terapie úzkostných poruch u pacientů s demencí

Každé problémové chování seniora s demencí by mělo být nahlíženo jako potenciální projev tělesné poruchy, vlivu léků, psychické poruchy (deprese, úzkosti, psychózy, deliria) nebo diskomfortu a jako takové pak léčeno!

Nefarmakologické postupy

Psychofarmakoterapie je u seniorů s demencí vždy spojena se zvýšeným rizikem nežádoucích reakcí. Proto se snažíme situaci zvládnout nefar-

makologickými postupy. Z psychoterapeutických směrů se uplatňuje především **psychosociální intervence a podpurná psychoterapie**, včetně edukace a podpory pečujících. Hledáme konkrétní stresory a ty pak ve spolupráci s pečujícími řešíme (např. pomoc při nákupu, finančních transakcích, organizace společenských návštěv).

Jako efektivní u počínající a mírné demence Alzheimerova typu se ukazuje **modifikovaná forma kognitivně-behaviorální terapie** (CBT-AD) (7). U pokročilejších stadií demence opakovaně ujišťujeme pacienta („Vše je v pořádku, nic zlého se neděje...“), mluvíme klidným hlasem, snažíme se zklidnit jistým dotykem. Navozujeme pocit bezpečí (vládné prostředí bez nadměrné stimulace, pro nemocného známé předměty, fotografie či hlas blízkých lidí apod.), snažíme se odvést jeho pozornost (vhodný program, příjemné aktivity). K psychoterapeutickým technikám, které přímo řeší úzkostné poruchy u seniorů s demencí, patří **relaxační techniky** (relaxační hudba, uvolnění napětí, masáže rukou a šíje) a **aromaterapie** (levandule, meduňka) (8). U pacientů s demencí pokročilého stupně může působit preventivně i léčebně **multisenzorická stimulace** (Snoezelen) (9).

Farmakoterapie

Farmakoterapie úzkostných poruch u pacientů s demencí vychází z pravidel farmakoterapie úzkostných poruch jako takových a doporučených pro seniorskou populaci (10–12). S ohledem na celkovou bezpečnost jsou u starší populace lékem volby antidepresiva ze skupiny **SSRI**, z nich pak kvůli minimálnímu riziku farmakokinetických

lékových interakcí **escitalopram, sertralin a citalopram** (13–16). Uvedené SSRI jsou u starších osob obecně dobře tolerované. Gastrointestinální vedlejší účinky typu průjem či nechutenství jsou spíše vzácné, vzniknou-li, pak většinou do týdne odeznívají. Může se objevit somnolence, nespavost, nadměrné pocení. Potenciální sexuální dysfunkce bývají někdy dokonce žádoucí. Opatrnost je třeba při kombinaci s nesteroidními antiflogistiky kvůli zvýšenému riziku gastrointestinálního krvácení. U osob léčených perorálními antikoagulanty se doporučuje kontrola Quickova protrombinového testu (INR) po nasazení a při zvýšení dávky SSRI. Velmi vzácnou komplikací může být hyponatremie způsobená poruchou sekrece antidiuretického hormonu (většinou v prvních čtyřech týdnech léčby). Při kombinaci s jinými serotonergními látkami (např. inhibitory monoaminoxidázy, clomipramin, venlafaxin, tramadol) je zvýšené riziko vzniku serotoninového syndromu.

Lék nasazujeme v nižší úvodní dávce, pro lepší toleranci po jídle (většinou po snídani). Escitalopram a citalopram lze s výhodou podávat i ve formě kapek. Při dobrém snášení dávku zvyšujeme po cca 1–2 týdnech na plnou terapeutickou dávku. Někdy je počáteční dávka dostatečná. Nemocného (jeho pečujícího) musíme dobře informovat o potenciálních vedlejších účincích a o nutnosti pravidelného a dlouhodobého podávání (minimálně 12 měsíců po odeznění příznaků úzkostné poruchy, často déle jako „substituční“ terapie při předpokládané depleci serotoninu). SSRI mohou u demence fungovat jako emoční stabilizér (17). Podle některých studií by mohly být vhodným adjuvans k inhibitorům cholinesteráz u pacientů s Alzheimerovou chorobou (18).

Z dalších antidepresiv lze použít SNRI (inhibitor zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu) **venlafaxin** či NaSSA (noradrenergní a specifické serotonergní antidepresivum) **mirtazapin**, případně SRI (agonista serotoninu a inhibitor zpětného vychytávání serotoninu) **trazodon**. Tato antidepresiva jsou spojena s větším rizikem nežádoucích účinků a lékových interakcí než SSRI. Venlafaxin má výhodu analgetického účinku u neuropatických bolestí. Mirtazapin je vhodný u pacientů s insomnií, gastrointestinálními obtížemi, ztrátou hmotnosti. Může mít analgetický efekt u nemocných s nádorovým onemocněním (16). Má mírný anticholinergní efekt a s ním spojená rizika (např. retence moči u hyperplazie prostaty). Vzácně byly popsány případy agranulocytózy. Trazodon může zlepšit spánek, je spojen s rizikem ortostatických reakcí a srdečních arytmií (tabulka 3).

Benzodiazepiny podáváme jen v případě akutního úzkostného stavu, který nelze zvládnout

Tabulka 3. Vybraná antidepresiva a jejich dávkování u úzkostných poruch pacientů s demencí

Generický název	Léková forma	Počáteční dávka mg/den	Běžná denní dávka mg/den
escitalopram	tbl, gtt	5	5–10
sertralin	tbl	25	50–100
citalopram	tbl, gtt	10	10–20
venlafaxin	tbl, tbl s prodlouženým uvolňováním	37,5	75–150
mirtazapin	tbl, tbl v ústech rozpustitelné	7,5	15–45

nout psychoterapií, nebo v nízkých dávkách před dosažením efektu SSRI. Volíme benzodiazepiny s krátkým vylučovacím poločasem (oxazepam). U benzodiazepinů je riziko paradoxní excitace, nadměrného útlumu, závratí, pádů. Dlouhodobé podávání benzodiazepinů u starých osob je nevhodné kvůli negativnímu vlivu na kognitivní funkce a obecně riziku vzniku závislosti.

Alternativou jsou nízké dávky **antipsychotik** (např. melperon, tiaprid), které lze použít i jako adjuvans k SSRI. Antipsychotika ale obecně nejsou pro léčbu úzkostných poruch vyššího věku doporučována (19).

Symptomy úzkosti se u nemocných s Alzheimerovou chorobou mohou zlepšit či ustoupit po nasazení **kognitiv** (donepezil, rivastigmin, memantin) (20, 21).

Závěr

Objeví-li se u seniorů s demencí problémové chování, musíme vždy hledat příčinu tohoto stavu (tělesné onemocnění, vliv léků, psychická porucha, diskomfort). Agitovanost ve smyslu neagresivního chronického neklidu, stereotypních neúčelných pohybů či stereotypních verbálních projevů je často behaviorálním projevem úzkosti a jako takovou ji léčíme. Lékem volby jsou SSRI, které mohou působit jako emoční stabilizér.

Literatura

1. Seignourel PJ, Kunik ME, Snow L, et al. Anxiety in dementia: A critical review. *Clinical Psychology Review* 2008; 28(7): 1071–1082.
2. Lanctot KL, Herrmann N, Mazzotta P. Role of serotonin in the behavioral and psychological symptoms of dementia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2001; 13: 5–21.
3. Shankar KK, Walker M, Frost D, Orrel MW. The development of a valid and reliable scale for rating anxiety in dementia (RAID). *Aging and Mental Health* 1999; 3: 39–49.
4. Cummings JL. The neuropsychiatric inventory: Assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology* 1997; 48(Suppl 6): 10–16.
5. Ferretti, et al. Anxiety and Alzheimer’s disease. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2001; 14: 52–58.
6. Starkstein SE, Jorge R, Petracca G, Robinson RG. The Construct of generalized anxiety disorder in Alzheimer Disease. *Am J Geriatr psychiatry* 2007; 15(1): 42–49.
7. Kraus CA, Seignourel P, Balasubramanyam V, et al. Cognitive-behavioral treatment for anxiety in patients with dementia. Two case studies. *J Psychiatr Pract* 2008; 14(3): 186–192.
8. Holmes C, Ballard C. Aromatherapy in dementia. *Advances in psychiatric treatment* 2004; 10: 296–300.
9. Van Wert JCM, Van Dulmen AM, Spreeuwenberg PMM, et al. Behavioral and mood effects of snoezelen integrated into 24-hours dementia care. *Journal American of the Geriatrics Society* 2005; 1: 24–33.
10. Praško J, Vyskočilová J. Generalizovaná úzkostná porucha. In: Seifertová D, Praško J, Horáček J, Höschl C (eds.). *Postupy v léčbě psychických poruch. Algoritmy neuropsychofarmakologické společnosti*. 2. rev. vydání. Praha: Academia Medica Pragensis, 2008: 232–255.
11. Wetherell JL, Lenze EJ, Stanley MA. Evidence-based treatment of geriatric anxiety disorders. *Psychiatr Clin N Am* 2005; 28: 971–896.

12. Swartz M, Barak Y, Mirecki I, Naor S, Weizman A. Treating depression in Alzheimer’s disease: Integration of differing guidelines. *International Psychogeriatrics* 2000; 12(3): 353–358.
13. Horáček J. Účinnost a bezpečnost escitalopramu u osob ve vyšším věku: spojená (poolovaná) analýza pěti otevřených sledování. *Psychiatr. praxi* 2011; 12(1): 22–26.
14. Chemali Z, Chahine LM, Fricchione G. The use of selective serotonin reuptake inhibitors in elderly patients. *Harv Rev Psychiatry* 2009; 17(4): 242–253.
15. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *The Lancet* 2009; 373(9665): 746–758.
16. Češková E. Léčba deprese ve stáří. *Psychiatr. praxi* 2011; 12(3): 100–104.
17. Gottfries CG, Carlsson J, Nyth AL. Treatment of depression in elderly patients with and without dementia disorders. *Int Clin Psychopharmacol* 1992; 6(Suppl 5): 55–64.
18. Lai MK, Tsang SW, Alder JT, et al. Loss of serotonin 5-HT2A receptors in the postmortem temporal cortex correlates with rate of cognitive decline in Alzheimer’s disease. *Psychopharmacology* 2005; 179: 673–677.
19. Alexopoulos GS, Streim J, Carpenter D, Docherty JP. The Expert Consensus Guidelines: Using antipsychotic agents in older patients. *J Clin Psychiatry* 2004; 65(Suppl 2): 1–105.
20. Cummings JL, McRae, T, Zhang, R. Effects of Donepezil on Neuropsychiatric Symptoms in Patients With Dementia and Severe Behavioral Disorders. *Am J Geriatr psychiatry* 2006; 14(7): 605–612.
21. Gauthier S, Loft H, Cummings J. Improvement in behavioural symptoms in patients with moderate to severe Alzheimer’s disease by memantine: a pooled data analysis. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 23: 537–545.

Článek je převzatý z *Psychiatr. praxi* 2012; 13(2): 61–63.

MUDr. Vanda Franková
 Psychiatrická léčebna Dobřany
 Ústavní 2, 334 41 Dobřany
 vanda.frankova@volny.cz

