

PARANOIDNÉ STAVY V SÉNIU

MUDr. Livia Vavrušová

Psychiatrická klinika SZU, NsP Ružinov, Bratislava

Paranoidné stavy v senu sú diagnostickým a terapeutickým problémom, s ktorým sa v klinike stretávame pomerne často. Snažili sme sa načrtnúť niektoré teoretické východiská paranoidného syndrómu a pripomenúť si bohatú paletu paranoidných stavov, s ktorou sa môžeme v senu stretnúť.

Kľúčové slová: paranoidný syndróm, paranoidné stavy, senu.

PARANOID STATES IN OLD AGE

Paranoid states in old age are a diagnostic and therapeutic problem, with which we deal often in clinical practice. We made some remarks on theoretical basis of paranoid syndrome and to remind you of broad spectrum of paranoid states in old age.

Key words: paranoid syndrome, paranoid states, old age.

V senu sa stretávame s paranoidnými stavmi rôznej etiológie, nejedná sa o homogénnu skupinu, avšak spoločný pre všetky paranoidné stavy je *paranoidný syndróm*.

Paranoidný syndróm – vedúcim príznakom je paranoidný blud, ktorý sa rozvíja na podklade paranoidnej vzťahovateľnosti. Táto často vychádza z bludnej nálady. Spočiatku difúzne bludné domnienky a predstavy sa môžu systemizovať a vytvorí sa systém skĺbených bludov, ktorý sa vyznačuje patologickou logičnosťou, napríklad pri bludovej poruche. Témy paranoidných bludov sú rôzne. Blud výrazne ovplyvňuje správanie chorého.

Niektoré paranoidné syndrómy sa vyznačujú stálosťou, pevnosťou a neustále sa dopĺňajú – aktualizujú o nové bludné predstavy a nápady. Iné bludy sa môžu objavovať len tranzitórne. Môže dôjsť aj k rozpadu paranoidného bludu, napríklad pri schizofrénii.

Paranoidný syndróm má pri rôznych chorobách určité špecifické znaky. Charakteristiky chorobného procesu sa teda odrážajú na štruktúre, obsahu, ale aj ďalšom osude paranoidného syndrómu. Napríklad paranoidný syndróm pri bludovej poruche je stály, nemenný, pevne prepojený s celou osobnosťou chorého, zatiaľ čo pri demenčných stavoch je nestály, menlivý, nie je vytvorený skĺbený systém bludov, ide často len o útržky paranoidných predstáv.

Paranoidný syndróm sa môže vyskytovať samostatne, alebo v kombinácii s inými syndrómami, ako napríklad paranoidne-depresívny syndróm, paranoidne-halucinatórny syndróm, paranoidne-delirantný syndróm (4).

Paranoidné stavy z teoretického hľadiska predstavujú jeden u najväčších problémov psychiatrie. Na jednej strane sa termín „paranoidný“ užíva so zreteľom, že každý psychiater vie, o akú poruchu sa jedná, na druhej strane termíny ako napríklad „paranoia“, „paranoidná psychóza“, či „paranoidná porucha“ sa užívajú a chápu doposiaľ nejednotne. Predmetom diskusie ohľadne paranoidných stavov je ich nozologická samostatnosť. Na základe rozboru podrobnejších prehľadov názorov na paranoidné stavy možno konštatovať, že jestvujú tri základné prístupy, ktoré posudzujú nozologický status paranoidných stavov:

1. paranoidné stavy predstavujú samostatnú nozologickú entitu
2. paranoidné stavy predstavujú variantu schizofrénie
3. paranoidné stavy sú formou afektívnej poruchy (6).

Svoju vlastnú koncepciu paranoidných psychóz vytvorili Berner a spolupracovníci (2). Vyhýbajú sa apriórному nozologickému výkladu a uprednostňujú syndromologický prístup v diagnostike paranoidných porúch. Syndrómy sa kombinujú na vertikálnej osi (na rozdiel od predstavy kontinua, na ktorom sa paranoidné stavy identifikujú na osi horizontálnej), čo zodpovedá chápaniu hierarchického usporiadania syndrémov (v poradí organický, endogénny, reaktívny) a druhý je akcesórny.

Pojem parafrénie, ktorý sa vytratil z klasifikačných systémov, je v súčasnosti v niektorých prácach skrytý pod pojmom neskorá schizofrénia, neskorá parafrénia, ktoré sa chápu ako synonymá, iní autori poukazujú na určité odlišnosti medzi týmito stavmi (5).

Paranoidné stavy v senu

- schizofrénia, schizoafektívna porucha, schizofrénia s neskorým začiatkom
- schizotypová porucha
- trvalá duševná porucha s bludmi
- akútna a prechodná psychotická porucha
- organický psychosyndróm s bludmi
- delírium
- atypické prejavy afektívnej poruchy
- polieková psychóza
- alkoholická halucinóza
- bludová porucha navodená návykovými látkami.

Dovoľujeme si prezentovať niektoré nozologické jednotky, pri ktorých je paranoidný syndróm dominantný, častý, prípadne sa sporadicky vyskytuje a má význam z hľadiska diagnostického ako aj z hľadiska celkového usmernenia liečby.

Schizofrénia s neskorým začiatkom

Hovoríme o nej u pacientov, u ktorých sa klinický obraz schizofrénie rozvinul v strednom alebo vyššom veku.

Klinický obraz schizofrénie s neskorým začiatkom

Dominujú príznaky paranoidity, prevažujú pestré halucinácie non-verbálneho charakteru, negatívna symptomatika sa zvyčajne nevyskytuje, kognitívne poruchy bývajú miernejšie než pri schizofrénii, ktorej začiatok sa objavil

v mladom veku. Častejšie bývajú postihnuté ženy, zisťujeme často postihnutie sluchu a zraku.

Rizikové faktory pre schizofréniu s neskorým začiatkom

Genetická predispozícia – nie je natoľko významná ako u paranoidných stavov v mladom veku až do veku 60 rokov, kedy význam genetických faktorov opäť ne-signifikantne narastá (7).

Ženský rod – po 60. roku veku tvoria ženy 69–84 % pacientov s touto poruchou v senu (10).

Poruchy senzória – uplatňuje sa patoplastický vplyv neurosenzorických deficitov, najmä porúch sluchu.

Premorbídna osobnosť – na rozdiel od pacientov postihnutých afektívnymi poruchami je u pacientov s paranoidnými stavmi premorbídna osobnosť charakterizovaná problémami vo vytváraní a udržaní vzťahov, ostýchavosťou, rezervovanosťou, nedôverčivosťou a podozrievavosťou (8).

Organické zmeny mozgu – abnormality neložiskového charakteru, laterálna a tretia komora sú zväčšené, niekedy sa objavuje zvýšený výskyt vaskulárnych lézií v bielej hmote (7).

Bludová porucha – charakterizujú systemizované, nie bizarné bludy sprevádzané afektivitou zodpovedajúcou obsahom bludov. Tento pojem zodpovedá pojmu paranoidnej psychózy, paranoie v minulosti, ale nakoľko pod týmto názvom sa skôr chápala táto porucha ako porucha s paranoidnými bludmi takmer exkluzívne s perzekučnými bludmi, začal sa v medzinárodných klasifikačných systémoch používať termín bludová porucha, ktorý lepšie vyjadruje pestrosť paranoidných bludov (emulačné, grandiozity, erotomanické, perzekučné, hypochondrické). Osobnosť postihnutého býva zachovaná, ale zaoberanie sa bludmi môže ovplyvniť celý život pacienta. *Systém bludných obsahov* sa stále rozvíja, pacienti reálne, ale aj indiférentné podnety vzťahujú na seba. Bludné témy sú logicky skĺbené a *nie sú bizarné*. Sluchové a vizuálne halucinácie, ak sú prítomné, nedominujú v klinickom obraze. Sluchové a taktilné haluciácie sa môžu vyskytnúť a potom sú spolu s bludmi v popredí klinického obrazu. Táto porucha nemá akútne štádium ako ho poznáme napríklad pri schizofréni (napríklad: halucinácie, inkoherencia, negatívna symptomatika) a nevedie k deteriorácii osobnosti. Táto porucha nie je determinovaná poruchou nálady s psychotickými príznakmi, nevzniká v dôsledku abúzu návykových látok a nevzniká pri somatickom ochorení (3).

Problematika zneužívania psychotropných látok u osôb vyššieho veku je stále aktuálna a preto sa môžeme stretnúť aj s *alkoholickou halucinózou* alebo s akútnou alebo predchodnou psychotickou poruchou, bludovou poruchou na *báze abúzu návykových látok*. Priebeh týchto ochorení býva vzhľadom na somatickú komorbiditu závažnejší než u mladších osôb. André a spolupracovníci (1) zistili u hospitalizovaných pacientov nad 60 rokov 23,3 % závislostí od návykových látok. V rozvoji závislostí mohli zohrať významnú úlohu psychosociálne faktory – osoby bez rodinného zázemia, osamelo bývajúci vo vlastnom byte, osoby žijúce u nie príbuzných alebo v kolektívnych zariadeniach.

Niekedy nastáva diferenciálne diagnostický problém medzi *demenciou a paranoidným stavom*, hoci aj pri demencii sa môže vyskytnúť paranoidný stav.

1. Neuvedomovanie si

Demencia – postihnutá osoba si neuvedomuje a nerozpoznáva, že niečo nie je v poriadku. Čiastočne sa to vysvetľuje zmenami v pravej hemisfere.

Paranoidný stav – postihnutá osoba si veľmi všima a uvedomuje svoje okolie (jeho správanie, postoje, gestá a podobené). Vyskytujú sa ilúzie: transformácie jedného objektu na iný (škvrna na stene sa javí ako tvár), halucinácie: vidí predmety, alebo osoby, ktoré sa na danom mieste nenachádzajú alebo sú dávno mŕtve. Vyskytujú sa paranoidné bludy: presvedčenie, že sú ľudia, ktorí danú osobu ohrozujú.

Nadmerné uvedomovanie si okolia je jedným z hlavných diskriminačných faktorov medzi demenciou a paranoidným stavom.

2. Nedostatočná bdelosť

Demencia – daná osoba sa javí, ako by po celý deň spala. Čiastočne sa to vysvetľuje zmenami v centrách pre spánok v mozgovom kmeni. Tieto centrá sa nachádzajú v blízkosti substantia nigra a locus coeruleus.

Paranoidný stav – daná osoba niekedy nespí, bdie, celú noc aj celý deň.

3. Pamäť

Demencia – problémy s pamäťou vznikajú v dôsledku atrofie v oblasti hippocampu a temporálnych lalokov.

Paranoidný stav – pamäť môže byť intaktná. Daná osoba je hyperkoncentrovaná na určité faktory prostredia tak, že ostatné veci jej uniknú. Prizná, že si niečo nepamätá a zvyčajne nesúhlasí s testovaním pamäte.

4. Počítanie

Demencia – nie je schopná počítať naspamäť, ani na papieri.

Paranoidný stav – keď sa upokojí nemá ťažkosti s počítaním.

5. Orientovanosť

Demencia – daná osoba môže byť dezorientovaná časom, miestom, situáciou, vlastnou osobou.

Literatúra

1. André I, Čaplová T, Vojtaššáková L, Matejčíková T. Problematika zneužívania psychoaktívnych látok u osôb vyššieho veku. *Psychiatria*, 2001; 3: 117–122.
2. Berner P, Katschnig K. Principles of „multiaxial“ classification in psychiatry as basis of modern methodology, in Haleson, Methods in evaluation of psychiatric treatment Cambridge University Press, Cambridge, 1983.
3. Black DV, Andreasen NC. Delusional Disorders, In Hales RE, Yudofsky SC, American Psychiatric Press, Washington, 1999: 1068.
4. Fleischer J, Čaplová T. *Psychiatria pre študentov psychológie*, Vysokoškolské skriptá, Univerzita Komenského v Bratislave, 1991: 234 s.
5. Forgáčová L. Parafrenia – neskorá forma schizofrenie alebo bludová porucha?, *Psychiatria*, 1997; 1–4: 48–50.

Paranoidný stav – zvyčajne býva plne orientovaná miestom, po upokojení sa orientuje aj v iných položkách.

6. Emočná plochosť

Demencia – daná osoba je apatická, nezaujíma sa o okolie – ľudí a prostredie, javí sa ako depresívna, ale nejedná sa o depresiu, nie je smutná a nespĺňa ďalšie kritériá pre stanovenie diagnózy depresie.

Paranoidný stav – emócia má zafarbenie, zvyčajne je zlobná, môže sa rýchlo meniť bez zjavnej vonkajšej príčiny, miestami sa emočné prejavy javia ako neadekvátne a neodôvodnené (9)

Aj *somatické ochorenia* môžu vyvolať paranoidné príznaky v starobe: Najčastejšie to bývajú: infekčné ochorenia (najmä dýchacích ciest), horúčkové stavy ako také, kardiovaskulárne ochorenia (napríklad: kongestívne zlyhávanie srdca, infarkt myokardu), uroinfekcie (aj bez plne vyjadrených klinických prejavov uroinfektu), karcinómy (napríklad: intra- aj extra-cerebrálne, najmä bronchiálne), diabetes mellitus, hypotyreóza, anémia (najmä deficit B12), deficit tiamínu (často dôsledok abúzu alkoholu, niekedy pri diabetes mellitus), poranenia mozgu (úrazy, stav po krvácaniach a ischemických náhlých cievnych mozgových príhodách a podobne), hypotermia, z neurologických ochorení sa paranoidné bludy môžu vyskytnúť pri poruchách v oblasti bazálnych ganglií (Parkinsonova choroba, Huntingtonova chorea), pri demenciách (Alzheimerova choroba), pri patologických procesoch v oblasti limbického systému (epilepsia, cerebrovaskulárne ochorenia, tumory) ale aj pri systémových ochoreniach – pri hepatálnej encefalopatii, porfýrii a urémii.

Lieky, ktoré môžu vo vyššom veku vyvolať psychotický stav a v rámci neho paranoidné príznaky: amfetamíny, anticholinergiká, antikonvulzíva, antiparkinsoniká (napríklad levodopa), digitalis, histamín H₂ blokátory (napríklad cimetidín) steroidné hormóny, trankvilizéry (najmä benzodiazepíny), tricyklické antidepresíva.

Záver

Paranoidné stavy sú, popri afektívnych poruchách a demenciách, jedny z najčastejších sa vyskytujúcich porúch v senu. Paranoidný syndróm môže byť súčasťou viacerých nozologických jednotiek. Diagnostická precíznosť je mimoriadne dôležitá z hľadiska usmernenia terapie pacienta a ďalšej prognózy.

6. Forgáčová L. Paranoidný syndróm a jeho vzťah k osobným dispozíciám. *Česká a Slovenská Psychiatria*, 1999; 5: 306–311.
7. Howard R, Rabins PV. Schizophrenia-like Psychoses in the Elderly: An Overview. *Clinician*, 1998; 16: 3–10.
8. Kay D, Cooper A, Garside R, Roth M. The differentiation of paranoid from affective psychoses by patients' premorbid characteristics. *Br. J. Psychiatry*, 1976; 129: 207–215.
9. Lieberman A. Psychosis, Demetia: They're Different!, *Parkinson*, XIV, 1, Spring 2003: 18–21.
10. Pearlson GD, Kreger L, Rabins PV. A chart review of late-onset and early-onset schizophrenia. *Am.J.Psychiatry*, 1980; 146, 12: 1568–1574.