

Internistyczne przyczyny zaburzeń psychicznych w praktyce geriatrycznej

Internal diseases as the cause of mental disorders in geriatric practice

BOGNA ŻAKOWSKA-WACHELKO

STRESZCZENIE. *Odmienność patologii, a zwłaszcza symptomatologii, towarzysząca starczej inwolucji leży u podłoża zaburzeń psychicznych, które występują jako skutek i jedyny nieraz objaw somatycznych procesów chorobowych u osób w podeszłym wieku. Autorka omawia ich pierwotne i bezpośrednie przyczyny.*

SUMMARY. *Specificity of pathology, and especially of symptomatology associated with senile involution is the factor underpinning mental disorders due to, and sometimes being the only symptom of somatic disease processes in the elderly. Primary and direct causes of such mental disorders are discussed.*

Słowa kluczowe: zaburzenia świadomości w geriatryi / łagodne, niepsychotyczne zaburzenia psychiczne w geriatryi i ich przyczyny

Key words: impairment of consciousness in geriatry / mild, non-psychotic mental disorders in geriatry and their causes

Starość przyczynia się do specyficznej odrębności obrazu klinicznego procesów patologicznych: zakażeń bakteryjnych i wirusowych, niedokrwienia narządów wewnętrznych, zaburzeń metabolizmu i homeostazy, endokrynopatii oraz innych chorób, a także chwilkowych zaburzeń równowagi wewnątrzustrojowej. Odmienność patologii w podeszłym wieku nie zawsze można podporządkować regułom, ale warto zwrócić uwagę na trzy, często występujące jej cechy:

1. Objawy typowe mogą nie występować, albo są słabo wyrażone, np. chory w stanie hipoglikemii nie zawsze poci się, a odwodniony odczuwa pragnienie.
2. Miejsce klasycznych dolegliwości mogą zajmować inne, będące powikłaniem podstawowego procesu patologicznego, np. tyreotoksykoza bywa maskowana apatią, zawał serca przybiera postać przełomu niedokrwiennego mózgu, albo porażenia połowicznego itp.

3. Bez względu na rodzaj choroby dominującym objawem często jest dekompenacja układu krążenia, albo ośrodkowego układu nerwowego. Mózg reaguje wcześniej i silniej niż chory narząd, albo układ. Wyrazem tego bywają zaburzenia psychiczne, które częściej występują, niż objawy ogniskowe wymienione w punkcie drugim.

W praktyce geriatrycznej szczególne znaczenie wydają się mieć dwa zespoły zaburzeń psychicznych. (Przepraszam z góry za błędy popełnione nieświadomie oraz za świadome uproszczenia, którymi posłużyłam się dla ułatwienia sobie zadania. Psychogeriatrya nie jest na ogół mocną stroną internistów, m.in. za sprawą nie zawsze zrozumiałej nomenklatury i niejasnych podziałów. W miarę swoich możliwości starałam się pozostać w zgodzie z ICD-10).

ZABURZENIA ŚWIADOMOŚCI

Pierwszym z dwóch wspomnianych zespołów są zaburzenia świadomości. Pozwoliłam sobie połączyć objawy majaczeń (F05) z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi współlistnieniem zakłócenia czynności lub uszkodzenia mózgu z chorobą somatyczną (F06). Zmiany zanikowo-zwyrodnieniowe nieuchronnie postępujące z wiekiem nie zawsze pociągają za sobą zaburzenia czynności mózgu, ale zawsze predysponują do wystąpienia patologicznych objawów w warunkach zaistnienia dodatkowych obciążeń, np. choroby somatycznej. Niezależnie od niej i od zmian involucyjnych podłoże do nagłych zaburzeń świadomości stanowią przewlekłe choroby, np. angiopatia miażdżycowa.

Zaburzenia oznaczone symbolami F05 i F06 mają swoje charakterystyczne cechy: występują (u osób starszych) na podłożu zmian starczych i/lub przewlekłych chorób oraz dodatkowego czynnika, który jest powikłaniem już istniejących zmian, albo do nich dołącza się. Czynnikiem ten może być pochodzenia zewnętrznego, albo wewnętrznego. Zaburzenia psychiczne ustępują, gdy przestaje działać bezpośrednia ich przyczyna, chyba że sama prowadzi do śmierci. Czas trwania objawów jest ograniczony, od kilku godzin do kilku miesięcy. Objawy kliniczne zmieniają swe nasilenie w ciągu doby, nieraz parokrotnie. Obraz kliniczny obejmuje: zaburzenia świadomości, koncentracji, spostrzegania, pamięci i myślenia, aktywności psychoruchowej, nastroju, snu oraz omamy i urojenia.

Zwykle występują tylko niektóre z wymienionych objawów, a nasilenie ich może być różne. Zaburzenie świadomości jest poniekąd problemem geriatrycznym, występuje znacznie częściej w podeszłym wieku. Przybiera postać przymglenia (przebieg łagodny), zamroczenia (krótkotrwałe napady pobudzenia, agresji, omamów i urojeń, z nagłym początkiem i zakończeniem oraz niepamięcią wsteczną), ostrej halucynozy (nocne omamy, urojenia i lęki) oraz splątania (u ciężko i ob-

łożnie chorych somatycznie). Bezpośrednim powodem wymienionych objawów może stać się każda ciężka choroba albo zaburzenie równowagi wewnątrzustrojowej. Prawdopodobieństwo wystąpienia objawów psychotycznych wzrasta z rozległością zmian starczych albo chorobowych w mózgu. Poniżej wymieniam tylko niektóre, pozamózgowe, bezpośrednie powody występowania zaburzeń świadomości, które w geriatricznym zdarzają się najczęściej.

Choroby: zakażenia, niewydolność oddechowa z hiperkapnią, zastoinowa niewydolność serca, niewydolność wątroby, choroby z autoagresji, inne choroby, zwłaszcza przebiegające z gorączką i wyniszczeniem.

Zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej: poza wszystkimi innymi na szczególną uwagę zasługuje odwodnienie hipertoniczne oraz przewodnienie hipomolalne, czyli hiponatremia hipotoniczna. Do wystąpienia psychozy starego człowieka predysponuje m.in. duża wrażliwość komórek ośrodkowego układu nerwowego na nagłe zmiany zawartości wody. Odwodnieniu m.in. sprzyja osłabione poczucie pragnienia, które jest jednym z czynników upośledzających autoregulację. Bezpośrednią przyczyną odwodnienia w praktyce internistycznej może być nadużycie leków moczopędnych, biegunka, znaczna hiperglikemia w przebiegu cukrzycy. U starych ludzi do odwodnienia hipertonicznego mogą przyczynić się zmiany warunków życia: podróż, przeprowadzka, zmęczenie. Do wystąpienia zespołu przewodnienia predysponują starych ludzi również zmiany involucyjne, a zwłaszcza podwyższony w późniejszym okresie życia poziom wazopresyny, zarówno w warunkach podstawowych, jak i po stymulacji oraz osłabione hamowanie wydzielania tego hormonu. Niezależnie od podeszłego wieku, do nadmiernej sekrecji peptydu argininowo-wazopresynowego przyczynia się m.in. przewlekłe niedokrwienie mózgu, parkinsonizm, urazy czaszki, kryzysy psychiczne, tętniaki podpajęczynówkowe, nowotwory, zaburzenia metabolizmu, a także przewlekłe stosowanie saluretyków i dieta nisko-

solna. Bezpośrednim powodem hiponatremii bywa bezkrytyczne nawadnianie (zwłaszcza pozajelitowe) chorych.

Przegrzanie (hipertermia) często bywa nierozpoznane, ponieważ zapomina się, że stary człowiek ma ograniczone możliwości termoregulacji. Jest to związane z upośledzonym wydzielaniem potu, skąpym ukrwieniem skóry i płytkim oddychaniem, przez co pozbywanie się nadmiaru ciepła drogą promieniowania i parowania jest utrudnione. Do niesprzyjających czynników środowiskowych zaliczamy niekorzystne warunki klimatyczne oraz nawyki i przesady: niewłaściwe ubranie, zamknięte pomieszczenie, lęk przed chłodnym okładem itp.

Leki: antycholinergiczne, blokujące receptory beta-adrenergiczne, antagoniści receptora H₂ histaminowego, przeciwparkinsonowskie, przeciwdepresyjne, steroidy, przeciwzapalne niesteroidowe i inne.

Powodów zaburzeń psychotycznych w praktyce geriatrycznej jest więcej niż wymieniono. Na ogół jednak w przeciwieństwie do drugiej grupy zaburzeń psychicznych znalezienie przyczyny zaburzeń świadomości nie jest trudne, zwłaszcza, że przeważnie wystąpienie objawów psychicznych jest poprzedzone istnieniem dolegliwości somatycznych albo uchwytnych patogennych okoliczności.

ŁAGODNE ZABURZENIA PSYCHICZNE

Drugi zespół zaburzeń psychicznych, którego obraz kliniczny jest bezbarwny, monotony i odpowiada powszechnie przyjętym wyobrażeniom o starości jest często etiologicznie nierozpoznawany. Osłabienie, zmęczenie, spowolnienie, apatia, obniżenie nastroju, drażliwość, niepokój, poczucie zagrożenia, upośledzenie pamięci (a zwłaszcza zapamiętywania, spostrzegania i koncentracji) oraz zaburzenia snu bywają mylnie interpretowane. Przypisuje się je przewlekłemu niedokrwieniu mózgu albo traktuje jako dodatkowe, psychiczne powikłanie rozpoznanych już wcześniej innych, przewlekłych chorób. Wymie-

nione dolegliwości uważa się nieraz również za usprawiedliwioną reakcję na trudne warunki życia: samotność (albo osamotnienie), pauperyzację, zły stan zdrowia, niesprawność i związane z nią problemy życia codziennego, świadomość zbliżającej się śmierci. Wspomniane objawy występując po kilka mogą naśladować nerwicę, depresję albo zaczynające się otępienie. Pomocne w ustaleniu rozpoznania mogą być towarzyszące somatyczne dolegliwości: bóle i zawroty głowy, zaburzenia równowagi, kurcze mięśni szkieletowych, bóle stawów i mięśni, zaburzenia rytmu serca, zaburzenia łaknienia, dyspepsje, wzdęcia, zaparcia stolca, parestezje, niedowłady, zmiany skóry i błon śluzowych, a także – zwłaszcza w przypadku zaniedbań – zaburzenia psychotyczne.

Somatyczne podłoże objawów mogą stanowić wszystkie wymienione w pierwszej części referatu zaburzenia i choroby, które przyczyniają się do wystąpienia psychozy. Częściej jednak powodem wspomnianych dolegliwości są zmiany mniej dramatyczne, odwracalne. Wśród nich zdarzają się niedopatrzania i błędy lekarza. Utajony albo niecharakterystyczny przebieg choroby somatycznej i przypisywany starości obraz psychicznego dyskomfortu powoduje, że zarówno przyczyny, jak i skutki pozostają nie rozpoznane jako stan wymagający diagnostyki i leczenia.

Podłoże łagodnych zaburzeń psychicznych u starych ludzi stanowią m.in.:

- przewlekłe, utajone zakażenia dróg moczowych, żółciowych, oddechowych,
 - zakrzepowe zapalenia żył,
 - głębokie nacieki (np. poślodka), ropowice,
 - niedokrwistości,
 - hipo- i hipertyreozę,
 - polimialgię reumatyczną,
 - zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej,
 - niedobory pokarmowe,
 - leki
-

Wymienione przyczyny należą do najczęściej występujących. Mogą być jednak również inne, nie wspominając o mózgowych i psychospołecznych, które wykraczają poza temat referatu. Chciałabym skomentować trzy ostatnie czynniki.

Nie wymieniając wszystkich możliwych zaburzeń wodno-elektrolitowych, z których każdy może wywołać wymienione objawy, powrócę na chwilę do przewodnienia, które występuje pod postacią hiponatremii hipomolalnej. Nierozpoznany dostatecznie zespół, a zwłaszcza kontynuowanie błędnego postępowania (stosowanie nadmiaru płynów niskoelektrolitowych) prowadzi do demielinizacji mostu, drgawek, śpiączki i śmierci pacjenta. Wcześniej chory, jeżeli jest przytomny, skarży się na senność, apatię, skrajne osłabienie i jadłowstręt. Tych objawów nie wolno lekceważyć, chociaż są niecharakterystyczne i występują w różnych stanach patologicznych.

Mówiąc o niedoborach pokarmowych mam na myśli tkankowe niedostatki mikro- i makropierwiastków, witamin oraz glukozy. Świadomie pomijam inne. Zmniejszone zasoby ważnych dla życia wymienionych niżej składników pożywienia są przyczyną nie tylko dolegliwości psychicznych, ale także wcześniej już wymienionych somatycznych. Wszystkie są jednak niecharakterystyczne.

Brak możliwości rozpoznania i ilościowej oceny niedoborów dotyczy większości ważnych składników. Jediną dostępną badaniu w codziennej praktyce ambulatoryjnej

tkanką jest krew. Oznacza się w niej tylko niektóre z wymienionych czynników, nie mówiąc o tym, że niski ich poziom występuje we krwi zwykle dopiero wtedy, gdy w tkankach niedobór jest już bardzo znaczny.

Niepożądane skutki farmakoterapii w geriatrici są zwykle omawiane w kontekście interakcji leków, zaburzeń farmakokinetyki, a także niesprawności pacjenta i warunków jego życia, utrudniających racjonalne leczenie. Nie przecząc ważności wspomnianych problemów, chciałabym zwrócić uwagę na inny mechanizm niekorzystnego działania leku. Postępujący z wiekiem zanik zdolności adaptacyjnych prowadzi do upośledzenia autoregulacji. Homeostaza ulega zmianom skokowym. Skuteczna i bezpieczna dawka leku nasennego, obniżającego ciśnienie tętnicze, hipoglikemizującego albo innego, może u tej samej osoby, ale w innych warunkach, wywołać skutek nadmierny w stosunku do aktualnych potrzeb. Każdy lekarz praktyk przeżył rozczarowanie, gdy skutecznie od dłuższego czasu leczona chora zgłasza się nagle z pogorszeniem. Nagły wzrost glikemii albo ciśnienia tętniczego bywa skutkiem przejściowej niedyspozycji psychicznej (napięcie, niepokój, wzruszenie), somatycznej (zmęczenie, uraz, infekcja) albo zmiany warunków życia (złamanie rygorów dietetycznych, znaczne ograniczenie aktywności ruchowej). Przedwczesne zwiększenie dawki lub asortymentu leków może spowodować, że oczekiwany skutek będzie nadmierny

Tablica 1. Psychiczne objawy niedoborów wybranych składników pożywienia

Objawy	Zmniejszenie zasobów ustrojowych
obniżenie albo zmienność nastroju, objawy rzekomonerwicowe	sodu, magnezu, wapnia, żelaza, glukozy, witamin: B1, B2, B6, B12, C
osłabienie, zmęczenie, apatia	potasu, sodu, magnezu, żelaza, glukozy, witamin: B1, B2, B12, C, H, PP
lęk, niepokój, pobudzenie psychomotoryczne	potasu, magnezu, wapnia, glukozy, witamin: B1, B12, C, PP
osłabienie pamięci, otępienie	magnezu, glukozy, witamin: B1, B12, C, PP

w stosunku do potrzeb, które zmniejszają się, gdy chora wraca do równowagi psychicznej albo do normalnego trybu życia. Nie ma problemu gdy zachowane są zdolności przystosowawcze organizmu chorej oraz gdy postępowanie lekarza jest bardzo ostrożne, inaczej mówiąc, gdy zachwianie równowagi wewnątrzustrojowej nie przekracza możliwości autoregulacji. Szczególnie niebezpieczne są zaburzenia homeostazy nocnej, występujące w czasie snu chorych. W warunkach leczenia ambulatoryjnego wymykają się kontroli. Glikemia, natremia, ciśnienie tętnicze i wyniki innych badań wykonywanych w godzinach porannych oscylują nieraz, ku zadowoleniu pacjenta i jego lekarza, w okolicy dolnej granicy normy. Nie wiadomo jednak jak zachowuje się homeostaza w godzinach nocnych. Nie wiadomo również, w jakim stopniu niewielkie, ale powtarzające się epizody upośledzenia odżywienia albo ukrwienia komórek mózgu pozostawiają trwałe ślady. Wiadomo natomiast jak czuje się przed południem osoba, która doznała neuroglikopenii polekowej pomiędzy godziną trzecią a czwartą nad ranem: jest senna, słaba i apatyczna. W godzinach popołudniowych jej samopoczucie poprawia się, co może utwierdzić lekarza w przekonaniu, że chora cierpi na depresję. Psychiatrzy i neurologowie są coraz częściej skłonni poszukiwać organicznego podłoża łagodnych zaburzeń psychicznych u osób w podeszłym wieku. Niewydolność krążenia mózgowego uważana jest za główną przyczynę neurastenii, bez względu na to czym jest, a czym nie jest wspomniany zespół i czy mamy prawo posługiwać się słowem „neurastenia” dla jego określenia. Hiperekstensja kręgosłupa szyjnego pociąga następstwa w postaci nie zawsze jednoznacznych symptomów patologii pnia mózgu. Przewlekłe zakażenia wirusowe (np. Epstein-Bara) bywają przyczyną niejasnego obrazu klinicznego z dominującym zmęczeniem, osłabieniem i apatią.

Somatyczny proces chorobowy może leżeć u podłoża „dyskomfortu psychicznego” nie-

zależnie od nerwicy, depresji albo otępienia, a także niekorzystnych warunków życia i sprzyjającej obniżeniu nastroju osobowości. Niemożliwe i na ogół niecelowe jest, co prawda, podejmowanie w każdym wątpliwym przypadku heroicznych wysiłków celem ustalenia wielokierunkowych rozpoznań w oparciu o wszechstronne, specjalistyczne badania. Nie należy jednak rezygnować ze znalezienia odpowiedzi na następujące pytania:

-
- Kiedy wystąpiło pogorszenie samopoczucia? (Początek raczej nagły i czas trwania dolegliwości nie przekraczający kilku tygodni jest wskazaniem do dalszych poszukiwań)
 - Czy towarzyszą mu objawy somatyczne? Jakie?
 - W jakich okolicznościach wystąpiły dolegliwości (uraz psychiczny, wypadek, wdronienie leczenia farmakologicznego, przebyta operacja, choroba, zmiana warunków życia, mieszkania, odżywiania itp.)?
 - Czy leczenie farmakologiczne nie jest nadmierne w stosunku do indywidualnych i aktualnych potrzeb pacjenta?
 - Czy wyniki badań dodatkowych odbiegają od normy, a zwłaszcza, czy różnią się od ostatnio ocenianych? (Porównanie wyników ma większe znaczenie, niż badanie jednorazowe)
-

W każdym przypadku należy zlecić badania: EKG, analizę moczu, OB, morfologię krwi, jonogram, glikemię, kreatyninemię, próby wątrobowe. W zależności od wskazań indywidualnych: TSH, USG (ew. badanie dopplerowskie), RTG, endoskopia, TK, MRJ.

PIŚMIENNICTWO

1. Beck W.S.: Neuropsychiatric consequences of cobalamin deficiency. *Adv. Intern. Med.* 1991, 36, 33.
2. Bilikiewicz A.: Diagnostyka zespołów otępiennych. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1995, 4, supl. 1(2).

3. Busse E.W.: 4th Int. Congress of Int. Psychogeriatric Ass. Tokyo, 5-7 Sept. 1989.
4. Kelly J.G., Malley K.: Principles of altered drug handling in the elderly. *Rev. Clin. Geront.* 1992, 2, 1, 11.
5. Krzywiński S., Krzywińska E.: Zaburzenia świadomości. W: Krzywiński S. (red.): Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego. PZWL, Warszawa 1993, 105.
6. Parnowski T.: Medyczne i psychologiczne problemy wieku podeszłego. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1995, supl. 1 (2).
7. Pużyński S., Beręsewicz M. (red.): Zasady rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych. IPIŃ, Warszawa 1993.
8. Staehelin H.B.: Neurasthenia in elderly patients. W: Gastpar M., Kielholz P. (red.): Problems of psychiatry in general practice. Hogrefe and Huber Publishers, Leviston NY 1991, 49.
9. WHO: Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania wg ICD-10. Wyd. „Vesalius”, IPIŃ, Kraków-Warszawa 1997.
10. Żakowska-Wachelko B.: Hiponatremia ADH-zależna u osób w starszym wieku. *Gerontologia Polska* 1996, 4, 1, 47.
11. Żakowska-Wachelko B.: Farmakoterapia a adaptacja. W: Pędich W., Szreniawski Z. (red.): Farmakoterapia geriatryczna. Wyd. III. PZWL, Warszawa (w druku).

Adres: Dr Bogna Żakowska-Wachelko (adres redakcji)