

PSIHIATRIČNA URGENTNA STANJA PRI STAROSTNIKI

Aleš Kogoj

UVOD

Med urgentnimi stanji v starosti in tistimi v mlajših življenjskih obdobjih ni trdne meje. Vendar so nekatere duševne motnje in z njimi povezana urgentna stanja precej pogostejša v starosti in prizadenejo mlajše bolnike le izjemoma. Tudi duševne motnje, ki se pričnejo v mlajših življenjskih obdobjih, imajo v starosti zaradi pogostih sprememb v osrednjem živčevju ali zaradi spremenjenih življenjskih okoliščin nemalokrat drugačno klinično sliko ali potek. Duševne motnje, ki trajajo že leta ali celo desetletja, so redkeje razlog za nujno psihiatrično pomoč, pogosteje pa so razlog za take ukrepe duševne motnje, ki se začnejo v starosti.

Urgentna stanja v starosti so posledica več različnih dejavnikov, ki se prepletajo, kot so duševne motnje, telesne bolezni, osebne stiske in socialne spremembe. Pri tem duševna motnja ali telesna bolezen sama zase morda še ne predstavlja stanja, pri katerem bi bilo potrebno nujno ukrepanje, dokler je starejši deležen pomoči partnerja ali drugih bližnjih. Če pa bolnik z začetno obliko demence po smrti partnerja ostane sam, je pogosto pred ukrepi socialne službe potrebna tudi nujna medicinska obravnava.

Psihiatrična urgentna stanja so ne le posledica endogene duševne motnje, ampak tudi posledica akutne ali kronične telesne bolezni. Pri starejših so telesne bolezni pogosteje prisotne, neredko več kot ena, od katerih jih lahko vsaj nekaj povzroči duševne spremembe ali motnje. Številne telesne bolezni običajno spremljajo še številnejša zdravila, katerih različne interakcije so večkrat povsem nepredvidljive.

Večina urgentnih stanj pri duševnih motnjah v starosti ni posledica ireverzibilne možganske okvare (1). Zato so potrebne pri vseh starejših bolnikih temeljite preiskave. Najprej moramo pomisliti na akutno telesno bolezen in šele nato na akutno duševno motnjo. Posledice prezrtih akutnih in reverzibilnih vzrokov duševnih motenj so poleg večje direktne življenjske ogroženosti

med drugim tudi predčasna namestitvev bolnikov v zavode, čemur sledi dodatna izguba sposobnosti in večja odvisnost s pogostejšimi urgentnimi stanji. Začarani krog se tako nadaljuje, končni izid pa je večja obolevnost in smrtnost (2). Vzrok, da starejši niso deležni ustrezne obravnave, je tudi v napačnem prepričanju, da so spremembe pričakovani del staranja.

Urgentna stanja praviloma zahtevajo uporabo različnih psihotropnih sredstev. Zavedati se moramo, da so v starosti pogosteje prisotne motnje spoznavnih (kognitivnih) sposobnosti. Zato bomo izmed učinkovitih zdravil izbrali tista, ki čim manj motijo spoznavne sposobnosti.

Sindrom demence je značilen pretežno za obdobje starosti, čeprav se kot posledica poškodbe glave, AIDSa in drugih bolezni lahko razvije tudi v mlajših življenjskih obdobjih. Pri demenci so pogosti različni zapleti, kot so depresija, delirij, psihotična stanja in kronični nemir. Vsak izmed teh zapletov poveča možnost za urgentno psihiatrično obravnavo. Demenco spremljajo vedenjske spremembe, kot so tavanje, akutna vznemirjenost, večerna zmedenost ali izbruh agresivnosti. Vedenjske spremembe so najpogostejši razlog, da svojci bolnikov nujno iščejo pomoč, še zlasti kadar slednje spremljajo tudi izrazitejše spremembe osebnosti.

Pri **depresivnem bolniku**, katerega neprepoznavno depresivno razpoloženje lahko traja že nekaj mesecev, so razlogi za nujno ukrepanje samomorilski poskus, huda vznemirjenost, lahko pa tudi telesna oslabeledost zaradi odklanjanja hrane ali stranski učinki antidepressivov. Ker depresivno razpoloženje lahko spremlja mnoge telesne bolezni, sprožijo pa ga lahko tudi številna zdravila, sodi v obravnavo depresivnega bolnika tudi temeljit telesni pregled.

Psihoze, ki so se začele v mlajših življenjskih obdobjih, so redkeje razlog urgentnim stanjem, saj tekom desetletij psihotični simptomi neredko izgubijo svojo ostrino, ob tem pa se tudi bolniki in njihovi bližnji dobro seznanijo z boleznijo. Pogostejši razlogi za nujno medicinsko obravnavo so psihotična stanja, ki se prvič pojavijo v starosti. Psihotična stanja so lahko zaplet pri demenci, posledica telesne bolezni ali stranski učinek psihotropnega zdravila.

Delirij zahteva vedno urgentno obravnavo. Vprašanje pa je, če so delirantna stanja pri starejših vedno pravilno in pravočasno diagnosticirana. Delirantni bolniki opozorijo nase zlasti z zaposlitvenim nemirrom, akutno zmedenostjo ali vznemirjenostjo, ki je posledica psihotičnih doživetij.

Razlog za urgentne intervencije so pogosto posamezni simptomi, ki spremljajo duševne motnje. Izmed številnih razlogov bi se omejil le na tista stanja, ki so pomembna zaradi mogočih usodnih posledic, in na tista stanja, ki so pogostejši vzroki za nujno obravnavo bolnika:

- suicidalna ogroženost,
- motnje zavesti,
- motnje hranjenja in druge telesne težave,

- vznemirjenost,
- tavanje, motorični nemir,
- agresivnost.

SUICIDALNA OGROŽENOST

Glede na število samomorilskih poskusov je pri starejših število uspešnih samomorov veliko. Količnik samomora s starostjo narašča. Upadati začne šele po 80. letu starosti, kar je bolj verjetno posledica večje odvisnosti starejših zaradi telesne oslabelosti že pri običajnih dnevnih aktivnostih kot pa dejansko zmanjšanje samomorilskih teženj. Dva izmed treh starejših, ki napravijo samomor, sta depresivna. Opozoriti pa je treba, da so depresivna stanja pri starejših pogosto teže opazna, vendar trajajo dalj časa. Spmembe čustvovanja so manj izrazite. Kljub globoki depresiji lahko starejši delujejo čustveno neprizadeti. Redkeje in teže poročajo o svojem čustvenem doživljanju in neradi omenjajo samomorilska razmišljanja. Včasih se simptomi depresije prepletajo s simptomi paranoidne motnje. Vzrok samomorilskim poskusom so lahko tudi psihotična doživetja, ki ne sodijo v sklop depresije.

Vendar pa razmišljanja o smrti ali redkeje o samomoru v starosti niso samo posledica duševnih motenj. Včasih se zdi, da starejši, ki so telesno opešali do te mere, da so odvisni od pomoči drugih, povsem umirjeno pričakujejo smrt ali si jo celi želijo. Kljub vsemu pa so v takih primerih resni samomorilski poskusi redki.

Primer:

77-letni bolnik se je doma osemkrat zabodel v trebuh. Po tem samomorilskem poskusu so ga napotili na Psihiatrično kliniko, kjer ga je dežurni zdravnik preusmeril na Travmatološko kliniko. Opravljena je bila takojšnja laparotomija. Zašili so dvakrat zarezan jejunum in radiks mezenterija. Ob sprejemu na Psihiatrično kliniko je bil bistre zavesti, nekoliko slabše orientiran, dokaj odklonilen, čustveno slabše razgiban. Povedal je, da si želi domov, kjer bi si hitro opomogel. Tožil je, da cele noči ni mogel spati zaradi bolečin. Tudi apetita ni imel. Prav tako ni imel nobene prave volje, še časopisa ni mogel prebrati. Včasih je lahko bral in gledal televizijo in vsak dan kolesaril do šest kilometrov. Tako se je razmigel, da ga ponoči ni nič bolelo. Obupal je, ker ni več mogel hoditi zaradi bolečin v nogah. Ob drugi priložnosti je povedal, da se je zabodel, ker mu sosedge niso dali miru, o njem so govorili same laži in grde besede, obtoževali so ga za stvari, o katerih ni imel pojma. Niso dali miru niti podnevi niti ponoči. Stalno so tolkli po steni. Nekaj so hoteli zvedeti od njega, pa ničesar ni vedel. Doma je pred tem večkrat grozil, da se bo obesil.

Po zdravljenju z antidepresivi je depresivno razpoloženje postopoma izvenelo. Da bi si vzel življenje, ni več razmišljal. Bolnik je bil ob odpustu primerno orientiran, čustveno ustrezen, nasmejan, zgovoren, brez psihopatološko produktivne simptomatike.

MOTNJE ZAVESTI

Motnje zavesti lahko delimo na kvalitativne (zmedenost, zamračenost, delirij) in kvantitativne (somniačenca, sopor, koma). Deseta revizija Mednarodne klasifikacije bolezni opredeljuje delirij širše od doslej uveljavljenega sindroma in tako praktično zajema vse omenjene motnje zavesti. Ne glede na svojo obliko motnje zavesti vedno zahtevajo hitro in temeljito obravnavo bolnika, saj so pogosto znak bolezni, ki življenjsko ogroža bolnika, in lahko pustijo trajne posledice. Zlasti manj izrazite hipoaktivne oblike delirija se verjetno pogosto spregledajo (3).

Za nastanek delirija so pogosto pomembni različni vzročni dejavniki, ki sami zase še ne bi povzročili delirija. Starostnik ima morda senilne lehe z zmanjšanim številom nevronov, vaskularno okvarjeno belo možganovino in začetno popuščanje srca z intermitentnimi aritmijami. Če ob tem zaužije še nekoliko preveč uspaval ali pa blaži osamljenost in kronični osteoarthritis z alkoholom, se pokažejo znaki delirija (4).

Tipični znaki bolezenskih procesov so pri starejših bolnikih pogosto drugačni. Ti bolniki se velikokrat odzovejo z manjšo spremembo telesne temperature ali imajo manj izrazite bolečine kot ostali odrasli bolniki. Akutna zmedenost pogosto predstavlja nespecifični znak bolezni, ki bi ga lahko primerjali z vročino pri mlajših bolnikih (5). Deliriji so pri starejših pogostejši (6) in trajajo dalj časa (7).

Razvoj delirija pospešijo različni dejavniki:

- S staranjem se število nevronov in sinteza nevrotransmiterjev v različnih predelih neenakomerno zmanjšuje (8). Zlasti pomembno je slabljenje funkcije acetilholinergičnega sistema. Preostali nevroni nadomeščajo izgubo z večjim številom povezav med posameznimi nevroni. Ker že manjše okvare lahko povzročijo dovolj veliko motnjo funkcije preostalih nevronov, se razvijejo klinično pomembni simptomi (5). Starost in kronični upad spoznavnih sposobnosti sta pomembna dejavnika tveganja za razvoj delirija (5,9).
- Deliriji so pogostejši tudi pri boleznih osrednjega živčevja (na primer Parkinsonova bolezen) ali možganskih poškodbah. Demenca poveča verjetnost razvoja delirija za dva- do trikrat (10).

- Na razvoj delirija vplivajo s staranjem povezane spremembe farmakokinetike in farmakodinamike zdravil.
- Večja prevalenca kroničnih bolezni v starosti kot tudi večja občutljivost za akutne bolezni in s tem pogosto povezana polipragmazija poveča verjetnost za nastanek delirija. Nevarnost delirija ne raste le z večanjem števila zdravil z antiholinergičnimi učinki, temveč tudi z večanjem števila zdravil brez poznanih antiholinergičnih učinkov (8).
- Motnje vida in sluha s posledično senzorno deprivacijo so v starosti pogoste. Nastanek delirija lahko pospeši tako senzorna deprivacija kot tudi senzorna preobremenitev.
- Staranje spremlja zmanjšana sposobnost homeostaze, s tem pa se zveča možnost za nastanek delirija.
- Potrebe po spanju se s starostjo lahko zmanjšajo. Kljub temu pa starejši pogosto tožijo zaradi nespečnosti, ki je lahko tudi posledica številnih telesnih bolezni in je neugoden dejavnik pri razvoju delirija.
- Tudi imobilizacija naj bi lahko pospešila nastanek delirija.
- Psihosocialni dejavniki, kot so izgube, ki so v starosti pogoste in spremembe okolja (bolnišnica, domovi starejših občanov) povečajo verjetnost za nastanek delirija ob ostalih neugodnih dejavnikih.

Posebna oblika delirija je večerna zmedenost (sundowning syndrome), ki jo spremljajo vznemirjenost, motnje orientiranosti, prehodne blodnje ali halucinacije in ataksija v večernih in nočnih urah, v izrazitejših primerih pa že v popoldanskem času. Je posledica številnih vzrokov, kot so utrujenost, senzorna deprivacija in spremembe cirkadianega ritma pri bolnikih z motnjami spoznavnih sposobnosti (11).

Zdravljenje delirija je podobno kot pri mlajših bolnikih usmerjeno v odpravljanje osnovnega vzročnega dejavnika. Kot dodatno simptomatsko terapijo uporabljamo zlasti visokopotentne antipsihotike in benzodiazepine. Zdravljenje večerne zmedenosti je prav tako prvenstveno usmerjeno v odpravljanje osnovnih vzrokov, kadar je to mogoče. Ker pa to običajno ne zadošča, uporabljamo tudi različne antipsihotike. Priporočajo pa tudi uporabo trazodona (12).

Primer:

62- letni pacient je ob sprejemu povedal, da je že ponoči slabo spal, v postelji je videl mrtvega brata, kače, mačke in pse, od jutra se je hudo tresel in znožil. Časovno je bil dezorientiran, krajevno in situacijsko pa ustrezno orientiran. Tri leta je abstiniral, zadnjih šest mesecev pa je ponovno pil vino.

Preiskave: Hemogram: MCV 110 fl, ostale vrednosti ustrezne, sedimentacija

36, levkociti 4.9. Glukoza 7.0 mmol/l, celotni bilirubin 47, direktni bilirubin 21, CPK 1.99, AST 2.6, ALT 1.1, gama GT 19.6, LDH 6.9. Primerne vrednosti elektrolitov, dušičnih retentov, TSH in urina. Rentgenski posnetek pljuč: brez posebnosti. EKG: sinusni ritem 119/min, desnokračni blok.

Prejemal je klozetiazol ob sprejemu 400 mg/2 uri, kasneje trikrat dnevno, po dveh tednih pa samo v večernem odmerku ter kompleks B vitaminov. Deset dni po sprejemu je bil še rahlo tremorozen, časovno še vedno dezorientiran. Tri tedne po sprejemu je bil v jutranjih urah še vedno zmeden, težje se je znašel na oddelku, tremorja nismo več opazali. Tekom dneva težav ni imel in se je vključeval v aktivnosti na oddelku.

Po ukinitvi večernega odmerka klozetiazola je minila jutranja zmedenost.

MOTNJE HRANJENJA

Oslabel apetit in hujšanje sta pogosta znaka depresije. Depresivni bolnik, ki ima po možganski kapi težave s požiranjem, pa bo še hitreje shujšal. Redkeje se zgodi, da starejši odklanja hrano, ker je zaradi telesne oslabelosti popolnoma odvisen od pomoči drugih in bi rad umrl. Odklanjanje hrane je lahko posledica blodenj z depresivno ali s paranoidno obliko.

Ne smemo pa pozabiti na možnost, da je lahko izrazita izguba telesne teže posledica nesposobnosti dementnega bolnika, ki živi sam, da bi si pripravljali ustrezne obroke hrane. Bolniki z demenco včasih odklanjajo hrano iz nam neznanega vzroka. Težave s prehranjevanjem se lahko stopnjujejo do te mere, da bolniki zaužijejo le še eno točno določeno vrsto hrane, vso ostalo hrano pa odklanjajo. Kadar pa se zgodi, da začnejo povsem odklanjati vsakršno hrano, je običajno potrebno razmisliti o uvedbi parenteralnih preparatov (za premostitev krajšega obdobja ali pri bolnikih, ki so zgolj dehidrirani) oziroma o uvedbi nazogastrične sonde (kadar pričakujemo dalj časa trajajoče odklanjanje hrane ali kadar so prisotne tudi motnje požiranja, ki bi lahko imele za posledico aspiracijo). Kadar gre za aktivno odklanjanje hrane, je včasih uspešna uporaba antipsihotikov, antidepresivov ali benzodiazepinov.

Tudi pri starejših, ki lahko samostojno pijejo, je pogosto potrebno še dodatno spodbujanje pri uživanju tekočin, sicer se lahko sčasoma zaradi oslabelega občutka za žejo opazno izsušijo. Hitrejša izguba telesnih tekočin in s tem dehidracija sta lahko posledici posameznih bolezni (npr. pljučnice),

ki so v starosti pogostejše, kot tudi posledici zdravil (npr. diuretiki). Dehidracija pa je ob ostalih neugodnih dejavnikih lahko že dodaten razlog za akutno zmedenost, v skrajnem primeru pa celo ogroža življenje.

Primer:

Bolnik s potravmatsko demenco, ki je bil v vseh osnovnih življenjskih aktivnostih odvisen od žene, je že dalj časa občasno odklanjal določene vrste hrane. Upiral se je tudi osebni negi, češ da se je pred kratkim umil. Redkobeseden in čustveno zbledel, je dneve preživel v domačem okolju brez kakršnihkoli interesov. Kasneje je pričel popolnoma odklanjati vsakršno hrano. Občasno je pojedel le še posamezne palačinke. Ob tem ni bil nikoli vidno vznemirjen. Odklanjanje hrane pa je razložil s tem, da pač ni lačen.

Ker je sprva odklanjal tudi zdravila, je bil predpisan antipsihotik v parenteralni obliki, po katerem ni bilo več težav s prehranjevanjem in aktivnim odklanjanjem nege, čeprav je upad umskih sposobnosti ostal nespremenjen.

Primer:

83-letni bolnik je bil sprejet na Psihiatrično kliniko tri mesece po možganski kapi, zaradi katere je postal motorično afazičen. Ob obiskih in negi je sledil dogajanjem v okolici. Zaradi težav s hranjenjem je imel sprva vstavljeno nazogastrično sondo. Kasneje si je sondo večkrat izpulil, pri ponovnih poskusih vstavitve sonde pa se je aktivno upiral. Tudi že ustavljeno sondo je kljub fiksiranima rokama nekako uspel izbruhati. Nekaj časa je ob spodbujanju jedel zadovoljive količine hrane, kasneje pa je začel hrano popolnoma odklanjati. Po uvedbi antidepresivov in anksiolitikov se je začel ponovno zadovoljivo hraniti.

VZNEMIRJENOST

Nenadna vznemirjenost, ki se lahko kaže tudi kot nemir, tavanje ali agresivnost, je posledica delirija, demence, depresije, psihoze, bolečine in različnih telesnih bolezni, stranskega učinka zdravil, spremembe življenjskega okolja, hrupa in socialne izolacije. Za akutno vznemirjenost starejšega (zlasti dementnega) bolnika zadošča že dehidracija, retenca urina ali vnetje sečil.

Za lajšanje akutne vznemirjenosti uporabljamo antipsihotike in benzodiazepine, za lajšanje kronične vznemirjenosti običajno uporabljamo antipsihotike, priporočajo pa tudi buspiron, trazodon in SSRI (12).

Primer:

67-letni pacient s 14-letno anamnezo Parkinsonove bolezni je bil drugič hospitaliziran na Psihiatrični kliniki. Pred 7 leti so se začeli on-off fenomeni. Zadnji dve leti je občasno slišal glasove. Govorili so mu, da ga bodo na koščke sesekljali. Zaradi tega je bil seveda zelo vznemirjen, na trenutke celo grozav. Kadar je slišal glasove, je imel manj težav s Parkinsonovo boleznijo. Imel je občutek, da ga snaha zastruplja. Zato je odklanjal hrano. Ob slušnih halucinacijah z neprijetno, grozečo vsebino je bil opazno prestrašen.

Po zmanjšanem odmerku antiparkinsonske terapije je bil sicer tremor rok nekoliko izrazitejši, nekoliko je bila zmanjšana tudi mimika obraza, gibljivost pa je bila v celoti dobro ohranjena in ga ni bistveno ovirala pri osnovnih življenjskih funkcijah. Slušne halucinacije so ob tem povsem izzvenele, postal je bolj sproščen, ni se več počutil ogroženega, bil je primerno orientiran.

TAVANJE IN MOTORIČNI NEMIR

Tavanje in kronični nemir dementnega bolnika običajno nista življenjsko ogrožujoča. Neredko pa sta vzrok za nenadne intervencije svojcev, ki ne zmorejo več neprekinjenega nadzora bolnika.

Bolniki, ki so imeli navado, da so odhajali od doma v bližnje lokale, klube ali k številnim prijateljem, pogosto ohranijo to navado tudi, ko so dementni. Odpravijo se na obisk k otrokom ali k morda že pokojnemu prijatelju, pri tem pa jih z običajne poti zvabijo številni dražljaji. Odidejo od doma, ker ga ne prepoznajo, da bi poiskali pravi dom, in se pri tem zgubijo. Kadar tavajoče prestrežejo policisti, jih praviloma pripeljejo v dežurno zdravstveno ustanovo. Vzrok urgentni obravnavi je lahko povsem neodvisen od poteka same bolezni. Ko npr. zboli oseba, ki je skrbela za bolnika, svojci ali sosedje pogosto poiščejo zdravniško pomoč.

Tudi motorični nemir je lahko razlog za nenadno ukrepanje svojcev, zlasti, če obstaja nevarnost poškodb. Bolniki lahko v svojem nemiru spijejo čistila ali druge strupene snovi, ki niso primerno shranjene. Ker lahko pustijo prižgan plin ali prižigajo papir na preprogi, obstaja nevarnost požara.

Primer:

71-letni bolnik je zadnji mesec stalno uhajal z doma, peš je prišel celo v sosednje mesto. Večkrat so ga sosedje pripeljali domov. Ponoči je slabo

spal, ušel jim je tudi skozi okno. Že nekaj let pred tem so opažali, da je postal bolj pozabljiv, večkrat je spraševal eno in isto, tudi govoril je iste stvari. Govoril je, da bo šel domov, čeprav je bil doma. Tudi v bolnišnici je bil nemiren, iskal je svojo obleko, odpiral vrata, plezal na okenske police. Bil je povsem dezorientiran, v inkoherentnem duktusu je odgovarjal mimo. Prisoten je bil izrazit upad intelektualnih sposobnosti. V zgodnjih jutranjih urah je splezal skozi spodnji del okna v prvem nadstropju, padel v globino in si poškodoval ledveno vretenca. Zlom III. ledvenega vretenca so oskrbeli konzervativno. Dober mesec po prvem sprejemu je zopet brez obstanke taval po oddelku, prestavljal stole, prižigal cigareto. Kljub uspehom je bil zlasti ponoči nemiren in občasno telesno izčrpan. Zaradi izrazitega nemira je prejemal različna zdravila: klometiazol, promazin, haloperidol, cuklopentiksol. Kljub temu je bil zaradi nevarnosti padca večkrat fiksiran. Ugotovljeno začetno hipotirozo (TSH 4.73 (n=4,46-4,68 mE/l, T₃ 4.08 (n=4.26-8.10 pmol/l), T4 in protitelesa so bila v mejah normale), ki je nastala najverjetneje po kroničnem vnetju, smo pričeli zdraviti z levotiroksinom 50 mg (1/2 tbl) dnevno. Ob tem se je bolnik umiril, tako da antipsihotična zdravila niso bila več potrebna. Ob sicer napredovali demenci so preostale spoznavne sposobnosti ostale praktično nespremenjene.

AGRESIVNOST

Izbruhi agresivnosti pri demenci niso redki, ko se bolniki znajdejo v stiski in so vznemirjeni, ker ne zmorejo preveč zahtevne naloge ali zato, ker ne prepoznajo svojcev, za katere domnevajo, da so tujci, ki bi jih lahko ogrozili. Bližnji se jih pogosto zelo ustrašijo. Zaradi nerazumevanja narave bolezni pa z nepravilnimi reakcijami pogosto še stopnjujejo stiske bolnika in s tem tudi agresivne izbruhe. Agresivnost je pogosto omejena na kričanje, zmerjanje ali druge verbalne oblike, redkejši pa so fizični izbruhi agresivnosti. Agresivnost običajno tako hitro mine, kot se je tudi pojavila. Ker bolniki z napredovalo obliko demence, pri kateri so izbruhi agresivnosti pogostejši, ne zmorejo več načrtovanja, nevarnosti s hujšimi posledicami večinoma ni.

Vendar to ne pomeni, da agresivnost ni razlog za urgentno ukrepanje pri starejših, še zlasti, kadar postane agresiven starejši, za katerega to prej ni bilo značilno. Svoji se nenadne spremembe pogosto zelo ustrašijo. Realna nevarnost lahko obstaja za partnerje tistih bolnikov, ki so še v dobri telesni kondiciji in pri katerih ni izrazitih motenj spoznavnih sposobnosti (paranoidna

psihoza, ljubosumnostne blodnje, organske motnje). Nenadni izbruhi agresivnosti so lahko tudi posledica motenj zavesti. Pri starejšem bolniku, ki že prejema psihotropna zdravila, moramo najprej pomisliti na možnost, da je prav motnja zavesti vzrok agresivnosti, zlasti, če se izbruhi agresivnosti z večanjem odmerka ne ublažijo. Kadar agresivnosti ne uspemo ublažiti s primernim pristopom in okoljem, uporabljamo antipsihotike, pa tudi benzodiazepine, propranolol in antiepileptike, vendar običajno v manjših odmerkih kot pri mlajših bolnikih.

Primer:

Po možganski kapi v povirju desne arterije cerebri medije je postal starejši bolnik zlasti ponoči nemiren, pogosto se je jezil, kričal je in razbijal. Imel je tudi privide (videl je govejo kost v postelji in sina, ko je prišel skozi okno). Ob manjših odmerkih haloperidola je postal vedenjsko ustrežnejši, brez zaznavnih motenj. Intelktualni upad je ostal nespremenjen. Kasneje je bil zaradi agresivnosti, ki se je postopoma stopnjevala, še dvakrat hospitaliziran. Prejemal je različna zdravila (klometiazol, promazin, haloperidol, cuklopteksol, sulpirid, propranolol) tudi v višjih odmerkih, vendar so bili še vedno prisotni izbruhi agresivnosti, čeprav je bil večino dneva očitno sediran. Opazneje se je umiril šele po uvedbi antiepileptika.

LITERATURA

1. Rund DA, Hutzler JF. Emergency psychiatry. St. Louis: The C.V. Mosby Company, 1983: 254-65.
2. Grauer H, Frank D. Psychiatric aspects of geriatric crisis intervention. Canadian Psychiatric Association Journal 1978; 23: 201-7.
3. Levkoff S, Cleary P, Liptzin B, Evans DA. Epidemiology of delirium: An overview of research issues and findings. International Psychogeriatrics 1991; 3: 149-167.
4. Blass JP, Nolan KA, Black RS, Kurita A. Delirium: Phenomenology and diagnosis-a neurobiological view. International Psychogeriatrics 1991; 3: 121-134.
5. Blass JP, Nolan KA, Black RS, Kurita A. Delirium: Phenomenology and diagnosis-a neurobiological view. International Psychogeriatrics 1991; 3: 121-134.
6. Lipowski ZJ. Delirium (Acute confusional states). JAMA 1987; 258: 1789-1792.

7. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry. Baltimore: Williams and Wilkins, 1991: 241-245.
8. Tune LE, Bylsma W. Benzodiazepine-induced and anticholinergic-induced delirium in the elderly. *International Psychogeriatrics* 1991; 3: 397-408.
9. Schor JD, Levkoff SE, Lipsitz LA, Reilly CH, Cleary PD, Rowe JW, Evans DA. Risk factors for delirium in hospitalized elderly. *JAMA* 1992; 267, 827-831.
10. Francis J. Delirium in older patients. *Progress in geriatrics* 1992; 40: 829-838.
11. Kaplan HI, Sadock BJ. Pocket handbook of emergency psychiatric medicine. Baltimore: Williams and Wilkins, 1993: 350-51.
12. Aleksopoulos GS, Silver JM, Kahn DA, Frances A, Carpenter D. The expert consensus guideline series: Treatment of agitation in older persons with dementia. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 12-87.