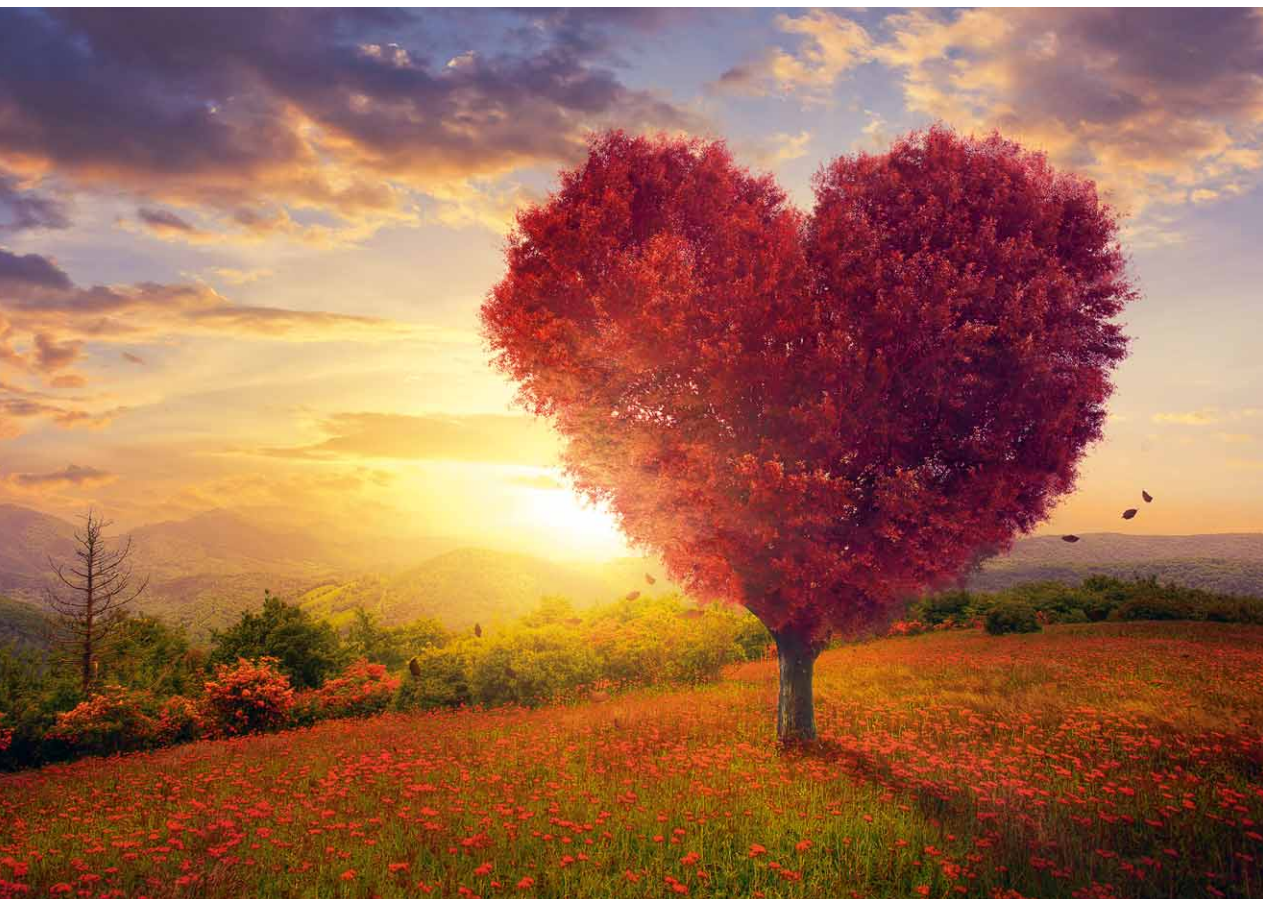


Martina Zvěřová a kol.

---

# Gerontopsychiatrie v klinické praxi





Martina Zvěřová a kol.

---

# Gerontopsychiatrie v klinické praxi



## Seznam autorů:

**MUDr. Luděk Daneš, CSc.**, Sexuologický ústav, PK VFN a 1. LF UK Praha  
**prim. MUDr. Vanda Franková**, Psychiatrická nemocnice v Dobřanech  
**doc. PharmDr. Jana Hroudová, Ph.D.**, PK VFN a 1. LF UK Praha, Farmakologický ústav, 1. LF UK a VFN v Praze, Oddělení klinické farmakologie, VFN v Praze  
**doc. MUDr. Roman Jirák, CSc.**, PK VFN a 1. LF UK Praha  
**prof. MUDr. Radoslav Matěj, Ph.D.**, Ústav patologie a molekulární medicíny 3. LF UK a FTN, Praha  
**doc. Mgr. et Mgr. Tomáš Nikolai, Ph.D.**, Neurologická klinika 1. LF UK a VFN  
**doc. MUDr. Pavel Pavlovský, CSc.**, emeritní docent PK VFN a 1. LF UK Praha  
**MUDr. Olga Pecinová**, Klinika adiktologie VFN a 1. LF UK Praha  
**Mgr. Jana Stajnerová**, Oddělení sociální péče, Fakultní nemocnice Plzeň  
**doc. MUDr. Martina Zvěřová, Ph.D.**, PK VFN a 1. LF UK Praha

## KATALOGIZACE V KNIZE - NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Zvěřová, Martina

Gerontopsychiatrie v klinické praxi / Martina Zvěřová a kol.. -- Vydání 1.. --

Praha : Grada Publishing, 2022. -- 267 stran. -- (Psyché)

Obsahuje bibliografie a rejstřík

ISBN 978-80-271-4983-4 (online ; pdf)

\* 616.89-053.9 \* (048.8:082)

– gerontopsychiatrie

– kolektivní monografie

616-053.9 - Geriatrie [14]

**Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy**

*Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.*

doc. MUDr. Martina Zvěřová, Ph.D., a kol.

## **Gerontopsychiatrie v klinické praxi**

Vydala Grada Publishing, a.s.  
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7  
tel.: +420 234 264 401  
www.grada.cz  
jako svou 8598. publikaci

**Recenzoval:**

prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.

Redakce a korektury PhDr. Jaroslava Hájková  
Grafická úprava Jan Šístek  
Návrh a zpracování obálky Zdeněk Dušek  
Počet stran 272  
Vydání 1., 2022

Vytiskla tiskárna TNM PRINT s.r.o., Nové Město

© Grada Publishing, a.s., 2022

Cover Photo © depositphotos/kevron2002

ISBN 978-80-271-4984-1 (ePub)

ISBN 978-80-271-4983-4 (pdf)

ISBN 978-80-271-3465-6 (print)

# Obsah

Předmluva . . . . .	9
<b>1</b> <b>Současnost a historie gerontopsychiatrie</b> ( <i>Martina Zvěřová</i> ) . . . . .	<b>11</b>
<b>2</b> <b>Demografické údaje a prognózy</b> ( <i>Martina Zvěřová</i> ) . . . . .	<b>12</b>
Literatura . . . . .	12
<b>3</b> <b>Problematika senia</b> ( <i>Martina Zvěřová</i> ) . . . . .	<b>14</b>
Literatura . . . . .	15
<b>4</b> <b>Obecná psychopatologie a vyšetření gerontopsychiatrického pacienta</b> ( <i>Pavel Pavlovský, Martina Zvěřová</i> ) . . . . .	<b>16</b>
Literatura . . . . .	18
<b>5</b> <b>Neuropsychologické vyšetření u pacientů staršího věku</b> ( <i>Tomáš Nikolai</i> ) . . . . .	<b>19</b>
Literatura . . . . .	25
<b>6</b> <b>Depresivní poruchy ve stáří</b> ( <i>Martina Zvěřová</i> ) . . . . .	<b>28</b>
Literatura . . . . .	33
<b>7</b> <b>Organické duševní poruchy – přehled</b> ( <i>Martina Zvěřová</i> ) . . . . .	<b>35</b>
Literatura . . . . .	35
<b>8</b> <b>Kognitivní funkce, význam a typy jejich poruch</b> ( <i>Martina Zvěřová</i> ) . . . . .	<b>36</b>
<b>9</b> <b>Paměť a její poruchy</b> ( <i>Martina Zvěřová</i> ) . . . . .	<b>38</b>
Literatura . . . . .	41
<b>10</b> <b>Metabolický syndrom a jeho vliv na kognitivní funkce</b> ( <i>Martina Zvěřová</i> ) . . . . .	<b>42</b>
Literatura . . . . .	43

<b>11</b>	<b>Poruchy kognitivních funkcí, lehčí než demence</b> ( <i>Martina Zvěřová</i> ) . . . . .	<b>44</b>
	Literatura . . . . .	47
<b>12</b>	<b>Syndrom demence, diagnostika</b> ( <i>Martina Zvěřová</i> ) . . . . .	<b>48</b>
	12.1 Rozdělení demencí . . . . .	51
	12.2 Stadia demence . . . . .	54
	Literatura . . . . .	55
<b>13</b>	<b>Behaviorální a psychologické příznaky demence</b> ( <i>Martina Zvěřová</i> ) . . . . .	<b>57</b>
	Literatura . . . . .	58
<b>14</b>	<b>Demence primární, neurodegenerativního původu</b> ( <b>atroficko-degenerativní</b> ) ( <i>Martina Zvěřová</i> ) . . . . .	<b>60</b>
	14.1 Alzheimerova nemoc . . . . .	60
	14.2 Demence u Huntingtonovy nemoci . . . . .	85
	14.3 Demence u Parkinsonovy nemoci . . . . .	86
	14.4 Demence s Lewyho tělísky ( <i>Vanda Franková,</i> <i>Radoslav Matěj</i> ) . . . . .	88
	14.5 Frontotemporální lobární degenerace ( <i>Vanda Franková,</i> <i>Radoslav Matěj</i> ) . . . . .	99
	Literatura . . . . .	121
<b>15</b>	<b>Creutzfeldtova-Jakobova nemoc a další prionová onemocnění</b> ( <i>Vanda Franková, Radoslav Matěj</i> ) . . . . .	<b>126</b>
	15.1 Etiopatogeneze . . . . .	126
	15.2 Creutzfeldtova-Jakobova nemoc, sporadická varianta . . . . .	127
	15.3 Creutzfeldtova-Jakobova nemoc, genetická (familiární) varianta . . . . .	132
	15.4 Náhodně přenesená (iatrogenní) CJN . . . . .	132
	15.5 Další lidská prionová onemocnění . . . . .	133
	Literatura . . . . .	140
<b>16</b>	<b>Psychosociální intervence a nefarmakologické přístupy v léčbě</b> <b>demence</b> ( <i>Vanda Franková, Jana Stajnerová</i> ) . . . . .	<b>141</b>
	16.1 Psychosociální intervence . . . . .	141

16.2	Nefarmakologické přístupy v léčbě demence . . . . .	145
	Literatura . . . . .	157
<b>17</b>	<b>Vaskulární demence (Roman Jirák) . . . . .</b>	<b>159</b>
17.1	Typy vaskulárních demencí . . . . .	160
17.2	Terapie vaskulárních demencí . . . . .	162
	Literatura . . . . .	163
<b>18</b>	<b>Sekundární demence (Martina Zvěřová) . . . . .</b>	<b>164</b>
18.1	Metabolicky podmíněné demence . . . . .	164
18.2	Demence při vitaminových deficitech . . . . .	166
18.3	Demence při endokrinopatiích . . . . .	167
18.4	Farmakogenně podmíněné demence a jiné poruchy paměti . . . . .	168
18.5	Alkoholové demence a jiné poruchy paměti . . . . .	168
18.6	Demence způsobené jinými intoxikacemi . . . . .	169
18.7	Epileptické demence . . . . .	170
18.8	Poruchy kognitivních funkcí vznikající na podkladě některých rizikových faktorů . . . . .	170
18.9	Demence traumatického původu . . . . .	171
18.10	Demence při tumorech CNS a paraneoplastické demence . . . . .	172
18.11	Demence na podkladě infekčních onemocnění . . . . .	173
18.12	Demence na podkladě normotenzního hydrocefalu . . . . .	181
	Literatura . . . . .	182
<b>19</b>	<b>Deliria (Roman Jirák) . . . . .</b>	<b>185</b>
	Literatura . . . . .	192
<b>20</b>	<b>Deliria na jednotkách intenzivní péče – ICU delirium (Martina Zvěřová) . . . . .</b>	<b>194</b>
	Literatura . . . . .	197
<b>21</b>	<b>Organické poruchy, u nichž nejsou primárně postiženy kognitivní funkce (Roman Jirák) . . . . .</b>	<b>198</b>
21.1	Organická porucha s bludy . . . . .	198
21.2	Organická halucinóza . . . . .	200
21.3	Organická katatonní porucha . . . . .	201



21.4	Organická afektivní porucha . . . . .	202
21.5	Organická úzkostná porucha . . . . .	204
21.6	Organická emoční labilita . . . . .	205
21.7	Organická disociativní porucha . . . . .	206
21.8	Organické poruchy osobnosti . . . . .	206
	Literatura . . . . .	208
<b>22</b>	<b>Forenzní problematika v gerontopsychiatrii</b> ( <i>Pavel Pavlovský</i> ) . . .	<b>210</b>
	Literatura . . . . .	217
<b>23</b>	<b>Farmakoterapie v gerontopsychiatrii</b> ( <i>Jana Hroudová</i> ) . . . . .	<b>218</b>
23.1	Změny ve farmakokinetice . . . . .	218
23.2	Změny ve farmakodynamice . . . . .	219
23.3	Riziková léčiva a nevhodné léky ve stáří . . . . .	220
23.4	START/STOP kritéria . . . . .	220
23.5	Medikace u vybraných skupin pacientů . . . . .	222
	Literatura . . . . .	245
<b>24</b>	<b>Závislosti u seniorů</b> ( <i>Olga Pecinová</i> ) . . . . .	<b>248</b>
	Literatura . . . . .	254
<b>25</b>	<b>Stáří a sexualita</b> ( <i>Luděk Daneš</i> ) . . . . .	<b>256</b>
25.1	Ageing female . . . . .	256
25.2	Ageing male . . . . .	257
	Literatura . . . . .	259
	<b>Slovo na závěr</b> . . . . .	<b>260</b>
	<b>O autorech</b> . . . . .	<b>261</b>
	<b>Rejstřík</b> . . . . .	<b>264</b>

# Předmluva

Vážení čtenáři,

v knize, kterou právě držíte v ruce, jsme se snažili navázat na úspěšnou publikaci Jiráka a kol., *Gerontopsychiatrie*, která vyšla v r. 2013. Naším cílem je popsat současný stav poznání i nové trendy v diagnostice, léčbě a ve výzkumu psychiatrických onemocnění, která s sebou přináší seniorský věk. Knihu jsme uspořádali tak, aby jednotlivé kapitoly vždy obsahovaly základní informace o etiologii, klinickém obraze a možnostech léčby jednotlivého onemocnění. Uvádíme i možnosti nefarmakologických metod a preventivních postupů. V textu také najdete kazuistiky, které přibližují popisovanou problematiku.

Doufáme, že naše kniha bude přínosem pro denní praxi nejen psychiatrů.

*Kolektiv autorů*



# 1 Současnost a historie gerontopsychiatrie

Martina Zvěřová

Stárnutí světové populace se stává jedním z určujících rysů 21. století. V souvislosti s ním nabývá obor gerontopsychiatrie na stále větším významu. Je nedílnou součástí psychiatrie, ale proti psychiatrii osob mladšího a středního věku má toto odvětví svá specifika související jednak se stárnutím organismu, jednak v důsledku doprovodných faktorů sociálních, které se mohou stát samotnými stresory či spouštěči psychických poruch. Ve všech lékařských oborech, tedy i v gerontopsychiatrii, probíhá i díky novým a dostupnějším technologiím intenzivní výzkum a rozvoj léčebných postupů a léčiv.

Již v roce 1843 přednášel na pražské lékařské fakultě o nemocech stáří, jako jeden z prvních, profesor Josef Hamerník. V roce 1926 byl při téže fakultě založen Ústav pro nemoci stáří, následně pak i díky profesorovi Rudolfovi Eiseltovi vzniká Klinika pro nemoci stáří. Roku 1953 se ustavila Mezinárodní gerontologická asociace (IAG), na jejímž založení se podílel český lékař profesor Bohumil Prusík. V roce 1962 vznikla Česká gerontologická společnost, ze které se pak jako samostatná jednotka vyčlenil obor gerontopsychiatrie. V rámci postgraduální výuky se následně gerontopsychiatrie profilovala jako nástavbový obor psychiatrie. Svou problematikou se překrývá s dalšími klinickými i preklinickými obory, zejména s geriatrií, neurologií, interní medicínou a dalšími.

Mezi hlavní okruhy jejího zájmu patří demence, deprese, deliriózní stavy, paranoidní syndromy, závislosti, poruchy spánku a poruchy chování ve stáří. Ve vyšším věku se samozřejmě mohou projevit všechny duševní poruchy typické pro střední věk, ale výrazně více jsou zastoupeny poruchy organicky podmíněné, jejichž výskyt právě s věkem narůstá.

O rozvoj tohoto odvětví se u nás zasloužila celá řada psychiatrů, především doc. Vojtěchovský, doc. Baštecký a primář Kümpel, hlavní autoři první české monografie *Gerontopsychiatrie*, která vyšla v roce 1994.

# 2 Demografické údaje a prognózy

Martina Zvěřová

Zpráva OSN z roku 2019 uvádí, že v roce 2030 počet starších osob ve světě pravděpodobně dosáhne téměř 12 %, v roce 2050 to bude zřejmě 16 %. V roce 2100 má být až skoro čtvrtina obyvatel světa, tedy 23 %, starší 65 let. Odhaduje se, že do roku 2050 by každý čtvrtý obyvatel Evropy a Severní Ameriky mohl být starší 65 let.

V Evropě se střední délka života obyvatel narozených za posledních pět desetiletí prodloužila u mužů i žen přibližně o 10 let. V roce 2070 pravděpodobně dosáhne u mužů 86,1 roku proti 78,2 v roce 2018. U žen by pak v roce 2070 mohla dosáhnout 90,3 roku – proti 83,7 z roku 2018.

Počet obyvatel v produktivním věku v 27 státech Evropské unie (EU-27) se již přes deset let snižuje a odhaduje se, že do roku 2070 poklesne o 18 %. Situace se však mezi jednotlivými členskými státy a regiony liší. Počet obyvatel EU-27 činil v roce 1960 přibližně 12 % světové populace. V současnosti je přibližně 6 % a do roku 2070 pravděpodobně poklesne pod 4 % světové populace. V souvislosti s globálním stárnutím obyvatelstva bude pravděpodobně v nadcházejících desetiletích řada zemí světa čelit ohromnému množství problémů a tlaků ve vztahu k veřejným systémům zdravotní péče, důchodu a sociální podpory osob ve stáří.

## Literatura

1. Dorling, D. (2021). World population prospects at the UN: our numbers are not our problem? *The Struggle for Social Sustainability: Moral Conflicts in Global Social Policy*. Briston, Policy Press.
2. Licher S., Yilmaz P., Leening M. J. G., Wolters F. J., Vernooij M. W., Stephan B. C. M., Ikram M. K., Ikram M. A. (2018). External validation of four dementia prediction models for use in the general community-dwelling population: a comparative analysis from the Rotterdam Study. *European Journal of Epidemiology* [online]. 33(7), 645-655 [cit. 2022-09-24]. Dostupné z: doi:10.1007/s10654-018-0403-y

3. Stephan, B. C. M., Pakpahan E., Siervo M. et al. (2020). Prediction of dementia risk in low-income and middle-income countries (the 10/66 Study): an independent external validation of existing models. *The Lancet Global Health* [online]. 8(4), e524-e535 [cit. 2022-11-10]. Dostupné z: doi:10.1016/S2214-109X(20)30062-0
4. *Struktura a stárnutí obyvatelstva – Statistics Explained* [online]. Eurostat [cit. 2021-07-12]. Dostupný z: <https://europa.eu/eurostat/statistics-explained>
5. Tang, E. Y. H., Harrison, S. L., Errington, L. et al. (2015). Current Developments in Dementia Risk Prediction Modelling: An Updated Systematic Review. *PLOS ONE* [online]. 10(9) [cit. 2022-09-23]. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0136181
6. *The EU's population projected up to 2100*. (2019) [online]. Eurostat [cit. 2021-12-14]. Dostupné z: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/population-projections-data>
7. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). *World Population Prospects 2019: Ten Key Findings* [online]. [cit. 2021-11-13]. Dostupné z: <https://population.un.org/wpp>

# 3 Problematika senia

Martina Zvěřová

Stárnutí probíhá u každého jedince jinak, svou roli hraje nejen nástup a rychlost involučních změn, ale i původní funkční stav, životní styl, socioekonomický status ap.

Stáří neznamena automaticky nemoc či postižení. Stárnoucí člověk má v rodině a ve společnosti své nezastupitelné postavení nejen pro své zkušenosti a rozvahu, ale i pro svou neocenitelnou roli při výchově dětí. Někteří senioři si do vysokého věku udržují výbornou výkonnost fyzickou i psychickou, realizují se pracovně nebo se věnují svým koníčkům. U jiných může dojít k přechodnému zhoršení jinak dobrého zdravotního stavu vlivem nějaké zátěže v podobě infektu, závažného onemocnění nebo operace, případně v důsledku nepříznivých životních situací.

Další skupinu tvoří podle Kalvacha (2004) senioři tzv. křehcí. Bývají to jedinci již chronicky oslabení, s celou řadou preexistujících somatických chorob, jedinci psychicky labilní, depresivní, se sníženou úrovní kognitivních funkcí, s chronickým rizikem pádů apod. Někteří z nich vyžadují spolu se zdravotnickými a sociálními službami prakticky nepřetržitou pomoc rodiny a pečovatelské organizace, případně zůstávají v respitní péči či v léčebnách dlouhodobě nemocných apod.

K hlavním etiologickým činitelům duševních poruch ve stáří patří organické faktory. Jedná se o různá vlastní onemocnění centrálního nervového systému (CNS), ale i o somatická onemocnění a poruchy (např. choroby metabolismu, diabetes mellitus, kardiovaskulární onemocnění, infekční a zánětlivá onemocnění, senzorické poruchy). Nezanedbatelný podíl může mít vliv farmakoterapie, ať už ve smyslu polypragmatie, nebo v důsledku použití některých konkrétních léků, např. antiparkinsonik, hormonální substituce, hypotenziv či glukokortikoidů. Důležitá je samozřejmě otázka compliance nemocného, eventuálně jeho rodiny k léčbě.

V důsledku fyziologického stárnutí dochází k celé řadě interindividuálních a nekonstantních psychických změn, které, pokud nepřekročí určitou mez, nevedou dotyčného k návštěvě psychiatra. Jedná se o zhoršenou schopnost adaptace na nové podněty, zpomalení psychické výkonnosti, zvýšenou unavitelnost, neobratnost. Někdy pozorujeme sklon k emočním změnám, labilitě emocí, zvýšené sugestibilitě. Často se můžeme setkat se zvýšenou pohotovostí k úzkostným a depresivním reakcím. Typické bývají povahové změny, může docházet ke zvýraznění některých,

zejména negativních rysů osobnosti. Až hypochondrického rázu mohou nabýt obavy o své vlastní zdraví.

Fyziologicky se zkracuje potřeba spánku, mění se spánková architektura. Myšlení bývá někdy rigidnější, zabíhavé, nicméně zachována je soudnost myšlení. U někoho se může rozvinout závislost na alkoholu, případně jiných návykových látkách, zejména benzodiazepinech, hypnotikách nebo analgetikách. Oslabena bývá i schopnost vstřípivosti, je zhoršena tzv. novopaměť.

Naopak se v pokročilém věku setkáváme, opět přísně individuálně, se zlepšením odhadu situace, trpělivosti, rozvážnosti i stálosti.

## Literatura

Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, J. a kol. (2004). *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada.



# 4 Obecná psychopatologie a vyšetření gerontopsychiatrického pacienta

Pavel Pavlovský, Martina Zvěřová

Obecná psychopatologie je nedílnou součástí psychiatrie, bez její znalosti nejsme schopni popsat objektivní psychiatrický nález a stanovit diagnózu. Zabývá se nejen popisem jednotlivých psychopatologických termínů, ale studuje i souvislosti s patofyziologickými jevy, genetikou, biochemií, psychologií a sociologií. Psychopatologické jevy se nedají redukovat na psychologické zákonitosti, neboť je nelze oddělit od patofyziologických procesů, i když jejich poznání nám dosud mnohdy uniká. Psychopatologický jev je modifikován vlivy patoplastickými a patogenetickými, k patoplastickým vlivům patří nejen osobnost a samotná choroba, silně působí též vlivy psychogenní a sociální. K patogenetickým vlivům patří pak faktory povahy genetické, metabolické, toxické nebo infekční. Psychopatologický jev je součástí nějakého systému, který je dynamický a je ve spojení s dalšími systémy. Hledání souvislostí mezi jednotlivými příznaky a vztah k různým systémům, ať už biologické, nebo psychogenní povahy, je podkladem našeho klinického uvažování.

Objektivní a subjektivní symptomy nelze posuzovat odděleně – jde vždy o projevy určité osobnosti a tyto projevy musíme komplexně zhodnotit. Již prvé okamžiky setkání s nemocným nám přinášejí poznatky o jeho vzhledu, způsobu oblečení, stavu osobní hygieny, mimice a psychomotorickém tempu, zpravidla již při prvním kontaktu jsme schopni odhadnout úroveň jeho spolupráce s námi. Cenné informace nám poskytuje i objektivní anamnéza, tedy údaje od druhých osob, ať už je to pouhé parere praktického lékaře či lékaře pohotovostní služby, nebo záznam od policie, kdy se dozvídáme okolnosti odeslání nemocného do zdravotnického zařízení – všechny tyto údaje velmi pomáhají k objasnění situace, která k nám nemocného přivede. I u méně akutních případů oceníme údaje od

blízkých osob – především členů rodiny, kteří nemocného dobře znají a pomohou nám v poznání pacientovy problematiky.

Při vyšetření starších pacientů je důležité, abychom se ptali jasně, stručně a přitom trpělivě. K vyloučení somatického onemocnění, které může mít mezi svými symptomy psychopatologické projevy, provedeme standardní orientační neurologické a interní vyšetření (základní laboratorní vyšetření: krevní obraz, biochemické parametry, funkce štítné žlázy, vyšetření moči, případně stanovení hladiny vitamínu B<sub>12</sub> a kyseliny listové, dále EKG a RTG plic). Při známkách kognitivního deficitu, případně farmakorezistenci, je vhodné provést zobrazovací vyšetření mozku (CT nebo MRI, SPECT), případně zvážit vyšetření mozkomíšního moku. Svou nezastupitelnou roli má psychologické vyšetření.

Pravidelně se při vyšetření zaměřujeme zejména na tři základní okruhy:

- posouzení paměťových a intelektových schopností,
- přítomnost symptomů svědčících pro poruchy nálady,
- přítomnost psychotické symptomatiky.

Při posuzování kognice se nespolehneme na pouhý rozhovor s pacientem. Pokud pacient sám své potíže (např. s pamětí) nezmíní, můžeme snadno počínající známky demence u dobře komunikativních pacientů přehlédnout. K jednoduchým a časově nenáročným testům k orientačnímu posouzení kognitivních funkcí patří test kreslení hodin a sedmičkový test. Rutinně používaný test MMSE (*Mini-Mental State Examination*) je schopen poměrně dobře odhalit pokročilé postižení ve smyslu demence, nicméně je zcela nespolehlivý u počínajících poruch kognitivních funkcí. Pokud máme podezření na onemocnění mírnou kognitivní poruchou, je vhodnější použití citlivějšího Montrealského kognitivního testu (MoCA). Dalším, podrobnějším a na administraci a vyhodnocení náročnějším je Addenbrookský kognitivní test. Soběstačnost pak hodnotíme pomocí dotazníků např. FAQ (*Functional Activities Questionnaire*), DAD (*Disability Assessment in Dementia*), BADLS (*Bristol Activities of Daily Living Scale*) a další. Podrobněji se této problematice věnuje příslušná kapitola, případně lze další informace o těchto testech najít ve zdrojových publikacích.

## Literatura

1. Jiráček, R. a kol. (2013). *Gerontopsychiatrie*. 1. vydání. Praha: Galén.
2. Raboch, J., Pavlovský, P. (2012). *Psychiatrie*. Praha: Karolinum.
3. Uhrová, T., Roth, J. a kol. (2020). *Neuropsychiatrie: klinický průvodce pro ambulantní i nemocniční praxi*. Praha: Maxdorf.

# 5 Neuropsychologické vyšetření u pacientů staršího věku

Tomáš Nikolai

Vyšetření psychických funkcí u starších pacientů se v několika aspektech odlišuje od rutinního vyšetření dospělé populace mladšího věku. Klinické faktory jako možnost zvýšené unavitelnosti člověka, často se vyskytující motorická omezení či smyslové hendikepy mohou snižovat validitu rutinně užívaných psychologických metod. Interpretovatelnost dosažených výsledků v testech pak komplikuje absence dostatečného množství nástrojů s kvalitní normativní studií na pacientech staršího věku, je tedy daleko obtížnější odlišit nízký výkon od populační normy. Rovněž přítomnost kognitivní poruchy může významně snížit validitu testového vyšetření, proto je vhodné použít jiné testy pro kognitivně zdravé pacienty, pro pacienty s mírnou kognitivní poruchou a pro pacienta ve stadiu demence. Klinik je nucen zvažovat použitelnost a využitelnost psychologických testů s ohledem na cíl a kontext vyšetření a individuální situaci pacienta. Ačkoliv neexistuje shoda na všeobecně použitelných testových metodách pro vyšetření starších osob, existují určité základní principy pro jejich výběr, které nám mohou pomoci při vhodné volbě testového nástroje.

## **Přizpůsobení podoby testového vyšetření kognitivnímu stavu pacienta**

Výběr testových metod je užitečné u starších osob přizpůsobit jejich kognitivnímu stavu. Pro orientační zařazení pacientů v rámci tzv. kognitivního kontinua (normální proces stárnutí – mírná kognitivní porucha – demence) je vhodné využít některý ze standardizovaných, validizovaných a mezinárodně ověřených screeningových testů kognice. Pacienty skórující ve screeningovém testu v rámci normy je v případě potřeby možné vyšetřit komplexní neuropsychologickou baterií. Takové vyšetření je indikováno zejména v případě přítomnosti subjektivních stížností

na kognici, nebo při zvýšené hodnotě biomarkerů signalizujících možnost preklinického stadia neurodegenerativního onemocnění, či v případě popisovaných vaskulárních změn v kognitivně strategických oblastech mozku. Pacienty skórující screeningově v pásmu mírné kognitivní poruchy (Mild Cognitive Impairment, MCI) je užitečné vyšetřit neuropsychologickou baterií vždy pro specifikaci podoby kognitivního deficitu. U pacientů se syndromem demence mnohdy stačí výsledek screeningového vyšetření; podoba neuropsychologické baterie musí být adekvátně upravena a měla by obsahovat pouze jednodušší testy. Rutinně používané testy inteligence jsou pro stanovení kognitivního profilu obtížně využitelné, ve stadiu demence jsou pak v podstatě kontraproduktivní, neboť jejich výsledky nejsou v rámci diferenciální diagnostiky interpretovatelné a pro pacienty jsou zbytečnou zátěží. Doporučení podoby neuropsychologického vyšetření zobrazuje tabulka 5.1. Podobná doporučení platí i pro použití dotazníkových metod. Schopnost dobré introspekce u člověka s kognitivním deficitem klesá, a naopak jako doprovodný syndrom se rozvíjí tzv. anosognózie, tedy neschopnost adekvátně vnímat svůj zdravotní stav. Zatímco u kognitivně zdravých pacientů je sebezpozření kognitivních stížností i neuropsychiatrických funkcí užitečné (zejména to platí pro depresivní příznaky, které na sobě pacienti poznají dříve než jejich bezprostřední okolí), ve stadiu MCI je již interpretovatelnost zjištěných výsledků u posuzovacích škál a dotazníků daleko obtížnější a je užitečné srovnat výpověď pacientů s pohledem pečovatele či rodinného příslušníka. Ve stadiu demence je pak mnohem výhodnější využívat testy a dotazníky vyplňované spíše pečovateli nebo rodinnými příslušníky pacienta, protože sebezpozření pacienta bývá většinou nevalidní.

Kromě hloubky kognitivního deficitu určuje podobu testového materiálu i tzv. „kognitivní profil“, tedy podíl zasažení jednotlivých základních kognitivních domén či přítomnost narušení některých specifických kognitivních funkcí. Za základní kognitivní domény jsou v současné neuropsychologii považovány paměť, pozornost a pracovní paměť, exekutivní funkce, zrakově prostorové schopnosti, jazyk a řeč a v některých konceptech sociální kognice. Ze specifických kognitivních funkcí můžeme vyjmenovat například různé formy apraxií či agnózií. Testový materiál a podoba screeningových zkoušek i neuropsychologické baterie by se měly přizpůsobit indikaci pacienta a například v případě pacientů stěžujících si na zhoršení paměti by screeningové zkoušky i komplexní neuropsychologické baterie měly obsahovat testy umožňující časný záchyt poruchy paměti i možnost specifikace typu paměťové poruchy. Podobně to platí i pro ostatní kognitivní domény. V případě podezření klinika či stížností pacienta na poruchy specifických kognitivních funkcí je pak užitečné zařadit testy na jejich vyšetření, jako testy apraxie, neglektu apod.

**Tab. 5.1** Neuropsychologické postupy u jednotlivých stadií kognitivního kontinua

Kognitivní kontinuum	Kognitivní deficit	Vhodné neuropsychologické nástroje hodnocení
Normální proces stárnutí	Absence kognitivních stížností ze strany pacienta či jeho okolí, bez kognitivního deficitu.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dotazníky subjektivních stížností na kognici (sebeposouzení);</li> <li>• screeningové vyšetření kognice;</li> <li>• komplexní neuropsychologická baterie (v odůvodněných případech).</li> </ul>
Preklinické stadium neurodegenerativních onemocnění	Postupný úbytek kognitivních funkcí v čase, nedosahující klinicky významné úrovně (<1 SD od demograficky vázaných norem).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dotazníky subjektivních stížností na kognici (sebeposouzení i posouzení pečovatelem);</li> <li>• screeningové vyšetření kognice;</li> <li>• komplexní neuropsychologická baterie plus;</li> <li>• longitudinální sledování za pomoci opakovatelných neuropsychologických baterií;</li> <li>• speciální tzv. „challenging“ testy k záchytu hipokampální dysfunkce;</li> <li>• komplexní počítačová interpretace výsledků neuropsychologické baterie.</li> </ul>
Stadium MCI	Kognitivní deficit (>1–1,5 SD) v jedné nebo více kognitivních doménách, subjektivně popisované či objektivně pozorované kognitivní zhoršení při zachovaných aktivitách denního života.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dotazníky subjektivních stížností na kognici a funkčního stavu pacienta (sebeposouzení i posouzení pečovatelem);</li> <li>• screeningové vyšetření kognice;</li> <li>• komplexní neuropsychologická baterie.</li> </ul>
Stadium demence	Měsíce trvající kognitivní deficit v jedné nebo více kognitivních doménách s narušenými aktivitami denního života.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dotazníky subjektivních stížností na kognici a funkčního stavu pacienta (posouzení pečovatelem);</li> <li>• screeningové kognitivní testy nebo škály demence;</li> <li>• plné (jednodušší) či zkrácené verze neuropsychologických baterií;</li> <li>• neuropsychologické klinické zkoušky.</li> </ul>