

Roman Jirák, Iva Holmerová, Claudia Borzová a kolektiv

Demence

a jiné poruchy paměti

Komunikace a každodenní péče



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**.

Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umístování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.





Copyright © Grada Publishing, a.s.

DEMENCE A JINÉ PORUCHY PAMĚTI

Komunikace a každodenní péče

Hlavní autor a vedoucí autorského kolektivu:

Doc. MUDr. Roman Jirák, CSc., Psychiatrická klinika 1. LF UK Praha

Autorský kolektiv:

MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.,

Gerontocentrum Praha 8, Fakulta humanitních studií UK Praha

MUDr. Claudia Borzová, Psychiatrická ambulance Kladno

MUDr. Vanda Franková, Psychiatrická léčebna Dobruška

MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc.

MUDr. Jiří Konrád, Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod

MUDr. Hana Vaňková, Gerontocentrum Praha 8

PhDr. Eva Jarolímová, Česká alzheimerská společnost

© Grada Publishing, a.s., 2009

Cover Photo © Miloslava Krédlová, 2009

Vydala Grada Publishing, a.s., U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 3721. publikaci

Odpovědná redaktorka Mgr. Ivana Podmolíková

Sazba a zlom Karel Mikula

Počet stran 176, 1. vydání, Praha 2009

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a. s.

Husova ulice 1881, Havlíčkův Brod

Knihu doporučuje časopis Sestra.

Tato kniha vznikla za podpory výzkumných záměrů:

- 1. LF UK MSM 0021620849

„Neuropsychiatrické aspekty neurodegenerativních demencí“

- FHS UK MSM 0021620843

„Antropologie komunikace a lidské adaptace“

a grantů:

- IGA MZ ČR NR 8487-3

- č. 309/05/0693 – Grantová agentura ČR.

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění ale nevyplývají pro autory ani pro nakladatelství žádné právní důsledky.

Všechna práva vyhrazena. Tato kniha ani její část nesmějí být žádným způsobem reprodukovány, ukládány či rozšiřovány bez písemného souhlasu nakladatelství.

ISBN 978-80-247-2454-6 (tištěná verze)

ISBN 978-80-247-6629-4 (elektronická verze ve formátu PDF)

© Grada Publishing, a.s. 2011



Obsah

1 Úvod (R. Jirák)	11
2 Paměť a další psychické funkce (R. Jirák)	13
2.1 Další psychické funkce	14
3 Přehled demencí (R. Jirák)	19
3.1 Atroficko-degenerativní procesy	19
3.2 Vaskulární demence	20
3.3 Ostatní symptomatické demence	20
4 Epidemiologie demencí (C. Borzová)	21
5 Základní klinické příznaky demencí (R. Jirák)	22
5.1 Postižení kognitivních funkcí	22
5.2 Postižení aktivit denního života	22
5.3 Behaviorální a psychologické příznaky demence	23
6 Vyšetřovací metody u demencí (C. Borzová)	25
6.1 Anamnéza	26
6.2 Orientační vyšetření poznávacích funkcí	26
6.3 Zobrazovací metody	28
7 Alzheimerova choroba (R. Jirák)	29
7.1 Genetické faktory Alzheimerovy choroby	31
7.2 Klinický obraz Alzheimerovy choroby	31
8 Demence s Lewyho tělísky (DLB) (J. Konrád)	34
8.1 Objev nemoci a její výskyt	34
8.2 Neuropatologické změny a souvislost s Parkinsonovou a Alzheimerovou nemocí	34
8.3 Klinické příznaky a diagnostika	36
8.3.1 Progredující demence	37
8.3.2 Kolísající kognitivní schopnosti	37
8.3.3 Parkinsonizmus	37
8.3.4 Neuropsychiatrické příznaky	37
8.4 Možnosti léčebného ovlivnění demence s Lewyho tělísky	39

9 Demence u Parkinsonovy choroby a onemocnění typu „Parkinson plus“ (J. Konrád)	40
9.1 Základní charakteristiky Parkinsonovy nemoci	40
9.2 Typické klinické příznaky demence u Parkinsonovy nemoci	40
9.3 Možnosti léčby příznaků demence u Parkinsonovy nemoci	41
9.4 Onemocnění typu „Parkinson plus“	41
10 Frontotemporální lobární demence (V. Franková)	43
10.1 Frontální varianty FT demence	44
10.2 Sémantická demence	45
10.3 Primární progresivní afázie	45
10.4 Vyšetření	46
11 Huntingtonova chorea (C. Borzová)	48
11.1 Výskyt	48
11.2 Příznaky onemocnění	48
11.3 Terapie	51
11.4 Diagnóza onemocnění	52
12 Další atroficko-degenerativní demence (R. Jirák)	53
13 Vaskulární demence (C. Borzová, R. Jirák)	54
13.1 Typy vaskulárních demencí	56
14 Demence infekčního původu (R. Jirák)	57
15 Lidské prionové nemoci (V. Franková)	58
15.1 Creutzfeldtova-Jakobova nemoc (CJN)	58
15.1.1 Genetická CJN (dědičná, familiární)	60
15.1.2 Iatrogenní CJN	60
15.1.3 Nová varianta CJN (vCJN)	61
15.2 Kuru	61
15.3 Zvláštní opatření	62
16 Metabolické demence (R. Jirák)	63
17 Demence intoxikačního původu (R. Jirák)	64
18 Farmakogenní demence (R. Jirák)	65
19 Demence při avitaminózách a endokrinních onemocněních (R. Jirák)	66
20 Posttraumatické (poúrazové) demence (C. Borzová)	67

21 Demence při hydrocefalu s normálním tlakem (normotenzním hydrocefalu) (C. Borzová)	69
22 Ostatní demence (R. Jiráček)	71
23 Lehká porucha poznávacích funkcí (R. Jiráček)	72
24 Amnestický syndrom (R. Jiráček)	73
25 Problémové chování u demence (V. Franková)	74
25.1 Jak postupovat při vzniku problémového chování?	78
25.2 Prevence vzniku problémového chování u demence	86
26 Léčba a léčitelnost demencí – biologické přístupy (R. Jiráček)	88
27 Nefarmakologický management demence (I. Holmerová)	91
27.1 Programované aktivity	91
27.2 Individualizované aktivity	93
27.3 Reflektivní podpora	93
27.4 Orientace realitou	95
27.5 Validace	96
27.6 Kognitivní trénink	96
27.7 Reminiscence	97
27.8 Naučený postup	98
27.9 Prostředí pro lidi s demencí	99
27.10 Kinezioterapie a taneční terapie	100
28 Česká alzheimerovská společnost a její služby (I. Holmerová)	101
28.1 Kontaktní a informační centrum ČALS	101
28.2 Poradenství	103
28.3 Včasná diagnostika kognitivní poruchy	103
28.4 „Čaje o páté“ – svépomocné skupiny rodinných pečujících	103
28.5 „Relaxace“ – podpora po ztrátě blízkého	104
28.6 Respitní péče	104
29 Význam a společenské dopady Alzheimerovy choroby (I. Holmerová)	105
30 Jak komunikovat s člověkem trpícím demencí (I. Holmerová, E. Jarolímová)	108
30.1 Reflektování jednotlivých typů demence v přístupu k pacientům	109
30.2 Obecné zásady v přístupu k pacientům s demencí	110

31	Přístupy k pacientům v jednotlivých stadiích demence (I. Holmerová) . . .	116
31.1	Charakteristika jednotlivých stadií demence	116
31.2	Mírná kognitivní porucha	116
31.2.1	Co potřebují lidé s počínající a mírnou demencí . . .	117
31.3	Fáze rozvinuté demence, specifické přístupy a služby . . .	120
31.3.1	Denní stacionář	121
31.3.2	Ústavní péče pro pacienty s demencí	121
31.3.3	Charakter oddělení pro pacienty s demencí.	122
31.3.4	Režim oddělení pro pacienty s demencí	123
31.3.5	Programování aktivit	123
31.3.6	Komorbidity lidí s demencí, akutní zhoršení stavu	123
31.3.7	Ochrana pacientů s demencí	124
31.3.8	Omezovací prostředky	126
31.3.9	Souhlas s pobytem v zařízení	128
31.4	Pokročilá demence a terminální fáze demence, paliativní péče.	130
31.4.1	Charakteristika pokročilé demence	130
31.4.2	K diagnostickým a terapeutickým rozvahám ve fázi pokročilé a terminální demence	131
31.4.3	Charakteristika terminální fáze demence.	131
31.4.4	Paliativní péče o pacienty s demencí	133
31.4.5	Ustoupení od marné léčby.	134
31.4.6	Vztah léčby a paliativní péče	134
31.4.7	Výživa a hydratace pacientů v terminálním stadiu demence	134
31.4.8	Otázka aplikace antibiotik	135
32	Bolest u lidí s pokročilou demencí (H. Vaňková)	136
33	Další závažné stavy v gerontopsychiatrii (J. Konrád)	137
33.1	Depresivní stavy a poruchy nálady ve stáří	137
33.1.1	Příčiny rozvoje deprese ve stáří.	138
33.1.2	Typické klinické příznaky	139
33.1.3	Možnosti léčby deprese ve stáří, prognóza nemoci	139
33.2	Deliria (stavy zmatenosti) ve stáří	141
33.2.1	Co je to delirium?	142
33.2.2	Klinický obraz a diagnostika deliria, diferenciální diagnostika demence a deliria	143

33.2.3 Léčba deliria	145
33.3 Zneužívání a závislost na lécích a návykových látkách ve stáří	146
33.4 Jiné organické duševní poruchy	148
34 Stárnutí populace (Z. Kalvach)	150
34.1 Příčiny stárnutí živých organismů	152
34.1.1 Stárnutí jako genetická zákonitost	152
34.1.2 Stárnutí jako projev opotřebování a náhodných chyb	153
34.2 Tělesné projevy a zdravotní důsledky stárnutí	153
35 Kam směřuje výzkum Alzheimerovy choroby, co lze očekávat v neďaleké budoucnosti (R. Jiráek)	157
Literatura	158
Rejstřík	163

1 Úvod

Řekne-li se Alzheimerova choroba, vybaví se obvykle představa někoho, kdo ztrácí své věci, nepoznává své známé, nemůže najít cestu domů, pomočuje se. Skutečně i takto může vypadat pacient trpící Alzheimerovou chorobou. Tato neurodegenerativní nemoc se klinicky manifestuje jako demence.

Co jsou demence?

Demence jsou poruchy, u kterých dochází k podstatnému snížení úrovně paměti i dalších kognitivních (poznávacích) funkcí (funkcí, které zajišťují adaptaci na zevní prostředí, komunikaci se zevním prostředím, cílené chování). Mezi tyto funkce náleží kromě paměti pozornost, vnímání, řečové funkce (schopnost tvorby řeči i schopnost porozumění řeči), tzv. exekutivní (výkonné) funkce – schopnost být motivován k určité činnosti, tuto účelnou činnost naplánovat, provést a zpětně zhodnotit – funkce zajišťující účelné jednání a další. Celková úroveň kognitivních funkcí se obvykle označuje jako inteligence. K postižení kognitivních i dalších funkcí dochází onemocněním mozku, nejčastěji chronickým, postupujícím. Vědomí není u demencí zastřené (myslí se kvalitativní úroveň vědomí, uvědomění si sama sebe i správné uvědomění si situace, nikoli kvantitativní úroveň, kde porucha znamená ospalost, bezvědomí).

Kromě postižení kognitivních funkcí dochází k postižení dalších funkcí. U demencí jsou popisovány okruhy tří základních skupin funkcí, přičemž ohraničení je neostré, poněkud schematické, uvedené okruhy se navzájem prolínají:

- kognitivní funkce,
- aktivity denního života,
- poruchy emocí (afektů a nálad), chování, spánku a cyklu spánků – bdění. Poruchy těchto funkcí se souhrnně nazývají behaviorální a psychologické příznaky demencí.

Porušení těchto funkcí musí být tak velké, aby interferovalo s běžnými životními aktivitami.

To pak vede k tomu, že se postižený stává nesoběstačným, závislým na rodině, nemocnici, ústavu sociální péče.

Ke vzniku demence nevede pouze Alzheimerova choroba, ale i více než 60 dalších chorob.

Demence sama o sobě představuje syndrom – určitý charakteristický soubor příznaků, který může mít různé příčiny. Některé choroby jsou vždy spojeny s rozvojem demence (například Alzheimerova choroba), u jiných se demence rozvíjí pouze někdy (například AIDS). Proto řekne-li se demence, vybavíme si člověka postiženého poruchami paměti, jednání, poznávání apod., ale nejsme ještě schopni říci, která choroba jeho demenci vyvolala.

2 Paměť a další psychické funkce

Paměť je schopnost přijímat, uchovávat a znovuvybavovat informace. Na rozdíl od počítačové paměti je lidská paměť propojena s dalšími psychickými funkcemi. Paměť je funkce, která nám umožňuje uvědomění si sama sebe, obsahuje všechny naše prožitky, vědomosti, dovednosti. Existují různé složky paměti a různé typy paměti.

Paměť lze proto dělit podle řady hledisek.

Jedno ze základních typů rozdělení paměti je na paměť **deklarativní a procedurální** (nedeklarativní). Obsahy paměti deklarativní lze popsat, vypovědět slovy, deklarovat. Tuto paměť lze ještě schematicky rozdělit na paměť **epizodickou**, která obsahuje vzpomínky na různé události a situace, a na paměť **sémantickou**, která se podobá slovníku. Obsahuje pojmy, vědomosti, skutečnosti. Právě deklarativní paměť je výrazně postižena u Alzheimerovy choroby.

Procedurální (nedeklarativní) paměť zahrnuje paměťové obsahy, které nelze popsat slovy, nelze je vypovědět. Jsou to motorické dovednosti (chůze, účelné pohyby), řečové dovednosti, podmíněné reflexy a další složky. Procedurální paměť bývá postižena například u tzv. podkorových demencí – u demence při Parkinsonově chorobě, Huntingtonově chorey a dalších.

Další dělení paměti je dle časového schématu. Klasifikace této paměti není jednotná a ustálená.

- Jako ultrakrátká paměť (také senzorický registr, bezprostřední paměť, okamžitá paměť) se označují všechny vjemy, které si uvědomujeme. Ultrakrátká paměť trvá řádově vteřiny až desítky vteřin.
- Krátkodobá paměť je přechodného charakteru. Některé informace z ultrakrátké paměti okamžitě vymizí, jiné se přenášejí dále do krátkodobé paměti. Je nutné jejich opakování. Přesto však většina těchto obsahů zanikne. Tomuto druhu paměti se také říká provozní paměť. Většina informací zaniká proto, že nejsou již dále používány, ani posilovány opakováním.
- Střednědobá paměť (konsolidace) je ukládání některých informací do dlouhodobé paměti. Tyto informace musí být posilovány opakováním. K ukládání do dlouhodobé paměti výrazně přispívá také emoční náboj informace. Například člověk si snadněji zapamatuje paměťové obsahy, které jsou pro něj radostné. Také však si obvykle lépe zapamatovává nepříjemné informace. (Mohou tak být zacho-

vány živé vzpomínky například na nepříjemné zkoušení ve škole, na konflikty a podobně.) Ultrakrátká, krátkodobá i střednědobá paměť bývají často označovány pouze pojmem krátkodobá paměť. Podkladem těchto složek paměti je přechodné zapojení výběžků nervových buněk, které tak tvoří okruhy, po kterých probíhá vzruch. (Tyto okruhy se podobají například počítačovým sítím.) U Alzheimerovy nemoci je krátkodobá paměť postižena již od počátečních stadií.

- Dlouhodobá paměť je schopnost udržet informaci dlouhodobě až celoživotně. Podkladem dlouhodobé paměti jsou tzv. engramy – paměťové stopy. Ty mají ráz nikoli přechodných zapojení výběžků nervových buněk, ale trvalých změn bílkovin nervových buněk a jejich výběžků.

Procedurální paměť bývá porušena typicky u tzv. subkortikálních demencí, jako je například demence při Parkinsonově chorobě. Projevu se poruchou výkonných funkcí (dysexekutivní syndrom) a navenek se projevuje spíše jako neobratnost, nešikovnost. U těžkých demencí typu Alzheimerovy choroby však bývá postižena také.

Pozornost náleží mezi poznávací funkce. Je to schopnost zaměřit vnímání k určitému objektu i schopnost vnímat správně více objektů najednou. U demencí dochází k výrazným poruchám pozornosti. Objevuje se roztržitost u lidí, kteří dříve roztržiti nebyli. Koncentrují se na objekty, které v tuto chvíli nejsou pro ně důležité, a naopak se nekonzentrují na důležité objekty. Jindy nejsou schopni soustředit se na více objektů, pozornost kolísá, vyskytují se těžké poruchy pozornosti (například při přecházení ulice nezpozorují přijíždějící tramvaj).

2.1 Další psychické funkce

Vědomí je schopnost uvědomovat si sama sebe, své prožitky, v kontinuu času. Vědomí má 2 okruhy poruch: **Kvantitativní porucha vědomí** představuje kontinuum od normálního stavu vědomí přes ospalost, spavost (somnolenci), sopor (stav, kdy člověk reaguje jen na silné a bolestivé podněty) až po kóma – bezvědomí. U demencí se může vyskytovat spavost (častěji je však obrácen celý cyklus spánek – bdění). Kóma (ale již i sopor) je život ohrožující stav (například kóma při nedostatku nebo nadbytku krevního cukru u diabetes mellitus, kóma při poraněních

mozku). Kvalitativní poruchy vědomí představují poruchu kontinua prožívání. Vyskytují se jako tzv. deliria a projevují se různým stupněm dezorientace. Deliria bývají většinou krátkodobá, ale opakující se. Nejlépe je asi vystihuje výraz **zmatenost**. Deliria nejsou součástí syndromu demence, ale u demencí se často vyskytují jako přidružené příznaky (viz kapitola o depresích a deliriích).

Emoce lze definovat jako postoje ke skutečnosti, k vnějším i vnitřním podnětům, prožitkům. Emoce lze zhruba rozdělit do tří kategorií:

- afekty,
- nálady,
- vyšší city.

Afekty jsou krátkodobé emoční stavy trvající průměrně desítky vteřin až minuty. Mohou být různého typu. Všichni známe afekt vzteku, při kterém se nositel afektu může dopustit agresivního jednání (ale nemusí). Toto agresivní jednání může být pouze na slovní úrovni – nadávání, vyhrožování, namířené proti věcem, například rozbití skleničky, kopnutí do dveří, nebo může být namířené proti jinému člověku – strkání, inzultace apod. Afekty smutku se mohou projevit například náhlým pláčem. U lidí trpících demencí bývá častá nekontrolovaná afektivita – nejsou schopni své afekty zvládat, rozčílí se pro nepodstatné maličkosti, často se rozplácí apod.

Nálady jsou dlouhodobější stavy, které je možno definovat jako vyladění k afektu jednoho typu. Kromě normální, situaci přiměřené nálady se vyskytují chorobné (patické) nálady.

- Depresivní nálada, jejíž podstatou je smutek, je nejčastější chorobná nálada. Při depresi mají postižení obvykle zpomalené tempo řeči i motorických projevů, podceňují se, mají nedostatek aktivity, zhoršuje se spánek a chuť k jídlu. Depresivní lidé jsou ohroženi sebevražedným jednáním. Depresivní nálada sama o sobě někdy může napodobovat demenci, lidé s depresí nejsou schopni dostatečně využít svých intelektových a paměťových schopností, trpí nedostatkem motivace. Depresivní nálada se také může projevit výskytem tělesných potíží, nevysvětlitelným tělesným onemocněním, například stěhovavými bolestmi.
- Časté chorobné nálady jsou úzkost a strach. Strach má určitý objekt – jsou to obavy z něčeho konkrétního, doprovázené nepříjemnými pocity. Úzkost se zcela podobá strachu, avšak nemá konkrétní

vyvolávající objekt. Při úzkosti a strachu jsou časté tělesné doprovodné příznaky, například zrychlení pulzu srdce. Úzkost se může projevit i v jakési záchvatovité podobě (hovoří se o panických atakách), i ve formě obav z více či méně reálných objektů a situací – pak se nazývá fobie (například fobie z určitých nemocí, ze špíny, z těsných prostor, z pavouků apod.).

- Dysforická nálada (nepoužívá se český termín – odpovídaly by například částečně slangové výrazy dopálenost, našťvanost) je spojena s nepříznivým hodnocením momentální situace, s reptáním, nespokojeností. Někdy se u této nálady vyskytuje vyšší sklon k agresivitě.
- Euforická nálada je spokojená nálada – tedy nic chorobného. Avšak u demenčních pacientů se i euforická nálada může vyskytnout nepřiměřeně – především nepřiměřeně momentální situaci (člověk netrpící demencí by reagoval například depresí). Častá je u demenčních pacientů neproduktivní euforie – jsou spokojeni a šťastni, aniž by prováděli jakoukoli činnost.
- Manická nálada je opakem depresivní nálady. Maničtí lidé mají rychlejší tempo, rychle až překotně hovoří, neudržují dostatečný společenský odstup, málo spí, aniž by byli unaveni.

Všechny uvedené chorobné nálady se vyskytují u demencí jako součást behaviorálních a psychologických příznaků demence.

Vyšší city jsou trvalé znaky osobnosti člověka, týkají se především etické a estetické oblasti, obecného postoje k lidem a okolnímu světu. Mají svou polaritu, na jedné straně kladnou a na druhé zápornou. Náleží mezi ně například altruismus – sobectví, mírumilovnost – agresivita aj. U demencí dochází k otupění vyšších citů, je to však značně individuální u různých jedinců i u různých typů demencí.

Vnímání je schopnost přijímat pomoci čidel (zraku, sluchu, hmatu aj.) vnější i vnitřní podněty, v mozku je analyzovat a integrovat s dosavadními zkušenostmi. Nejtěžší poruchy vnímání jsou **halucinace** a **iluze**. Tyto poruchy náleží k tzv. psychotickým příznakům. Psychotické příznaky jsou takové poruchy, které vedou ke ztrátě kontaktu s realitou. Patří mezi ně především některé příznaky z okruhu poruch vnímání, myšlení a jednání.

Halucinace jsou smyslové vjemy bez patřičného podnětu. I když nejsou skutečné, je pacient o jejich realitě bezvýhradně přesvědčen. U demenčních pacientů se nejčastěji vyskytují halucinace zrakové

a sluchové, někdy komplexní (všech smyslů, halucinující je vtažen do děje). Často vídají například osoby, které jim chodí do bytu, povídají si o nich apod.

Iluze je jakési chorobné přetvoření reálného vjemu tak, že jej vnímají jinak (nesprávně), ale jsou bezvýhradně přesvědčeni o jeho správnosti. Například poslouchají rádio, kde vysílají předpověď počasí, a oni slyší, jak je pomlouvají. Pokud jde o stejné projevy, ale jedinec si ve chvíli vjemu uvědomuje, že jde o přelud a nikoli o realitu, hovoříme o pseudohalucinacích nebo pseudoiluzích. U některých demencí se mohou objevit halucinace i iluze, většinou epizodicky. Časté je to například u demencí s Lewyho tělísky.

Myšlení je schopnost zpracovávat informace, umožňuje odpověď na zevní i vnitřní podněty, adaptaci na vnější prostředí. Myšlení je zprostředkováno pojmy, řečí. Existuje vnější řeč a méně strukturovaná vnitřní řeč. U demencí se často setkáváme se zpomalením myšlení (bradypsychizmem). Hlavní psychotickou poruchou myšlení jsou **bludy**. Jsou to myšlenky neodpovídající pravdě, ale nemocný je o jejich pravdivosti nevyvratně přesvědčen. Bludy pacient nezkoriguje ani logickým výkladem, ani konfrontací se zkušeností. U demencí jsou časté například bludy okrádanosti a nepřátelství (tzv. paranoidně-perzekuční bludy). Pacient například tvrdí, že mu kradou peníze, šaty, peří z peřin, že v bytě souseda mají odposlouchávací přístroje. I když jej zavedeme do bytu souseda, a tak ho zkonfrontujeme s realitou, stále věří, že odposlouchávací přístroje tam jsou. Bludy u demencí bývají velmi nelogické.

Jiná závažná porucha myšlení, která se u demencí může vyskytnout, je **inkoherece** (nesouvislost) myšlení, která se rovněž projeví v řeči; řeč nedává žádný význam, slova jsou různě zpřeházena, nelze vypátrat žádný obsah myšlenek. U demenčních pacientů se také vyskytuje tzv. **ulpívané myšlení (perseverace)**, což je neustálé opakování jedné myšlenky, slovní vazby, sentence. Podobné je **nevypravné myšlení**, kde sice nemocný neopakuje stále stejná slova, ale neustále se vrací k jednomu tématu, k jedné myšlence. **Zabíhavé myšlení** (myšlení nadržící se základního tématu, ale neustále zabíhající k nepodstatnostem, spějící k cíli oklikou) se často vyskytuje u zdravých lidí řečově neukázněných. Může se však vyskytnout také jako součást některých demencí – tam se objevuje nově, u lidí, u kterých dříve nebylo.

Chování a jednání představují motorickou odpověď na vnější i vnitřní podněty. (Chování je neuvědomělé, nezaměřené, neplánované,

jednání naopak zaměřené, plánované, ale často se oba pojmy směřují, používají se jako synonyma.) Častá porucha chování u demencí je tzv. **agitovanost**. Je to neklid různého stupně, přetrvávající delší dobu, někdy jen drobný, jindy výrazný. U demenčních pacientů bývá porušena účelnost jednání.

Intelekt a inteligence jsou pojmy, které se směřují, zaměřují a v podstatě oba vyjadřují totéž – schopnost správně myslet a správně se přizpůsobovat změnám vnějšího prostředí. Intelekt spíše představuje schopnost originálních řešení, abstrakce, generalizace apod., inteligence je více vnímána jako praktická schopnost správného myšlení a adaptability. Inteligence má různé složky, které nemusí být vyvinuty stejně. U demencí dochází k poklesu (deterioraci) intelektu; tento pokles je úměrný tíži demence. Obecně lze říci, že čím vyšší intelekt před propuknutím demence, tím pomalejší je pak sestup do těžších stadií demence.

Osobnost je soubor všech psychických vlastností individua. Je charakterizována například temperamentem (převládajícím osobním tempem a emocionalitou jedince), charakterem (souborem eticko-estetických vlastností a citění), ale také intelektem a dalšími vlastnostmi. U demencí se osobnost postižených různou měrou mění k horšímu, většinou úměrně tíži demence.

Pojmem **kognitivní funkce** (poznávací funkce) označujeme ty funkce, které nám slouží k reagování na podněty z vnějšího světa, k adaptaci na vnější prostředí. Mezi kognitivní funkce náleží například paměť, pozornost, vnímání, inteligence. Porucha kognitivních funkcí je základní porucha u Alzheimerovy choroby i dalších demencí. Mezi kognitivní funkce náleží i tzv. **exekutivní (výkonné) funkce**. Tyto funkce slouží k provádění složitějších motorických úkonů, k realizaci jednání. Mezi tyto funkce patří motivace, schopnost naplánovat si úkon a správně seřadit jednotlivé podúkony, provést jej a zpětně zhodnotit. Poruchy exekutivních funkcí jsou pro demence příznačné. Tzv. podkorové demence – například demence u Parkinsonovy choroby – začínají právě poruchami exekutivních funkcí.

3 Přehled demencí

Demence lze podle příčiny dělit (ne zcela přesně a ostře) do dvou skupin:

1. Demence, které mají za podklad atroficko-degenerativní proces mozku.
2. Demence symptomatické (sekundární), které mají za podklad celková onemocnění, infekce, intoxikace, úrazy, nádory, cévní poruchy, metabolické změny a jiné poruchy postihující mozek. Symptomatické demence lze ještě dělit do dvou podskupin:
 - demence vaskulární (na podkladě poruch mozkových cév, mozkového krevního zásobení),
 - ostatní symptomatické demence.

3.1 Atroficko-degenerativní procesy

Jde o procesy, které vedou ke snížení počtu nervových buněk, snížení počtu spojů (synapsí) nervových buněk, k poruše funkce nervových buněk (neuronů) i pomocných nervových buněk (neuroglie), k tvorbě a ukládání patologických bílkovin, u nichž probíhá řada dalších degenerativních dějů. Důležitý děj je tzv. apoptóza. Je to geneticky naprogramovaná buněčná smrt (zakódovaná v genetickém materiálu každé buňky) – u neurodegenerativních chorob dochází k častější expresi (odkrytí, aktivaci) těchto genů a k častějším apoptotickým příhodám – buněčným sebevraždám. Na druhou stranu někdy nedochází dostatečně k apoptóze tam, kde je to žádoucí. Jiný neurodegenerativní děj je uvolnění nadměrného množství volných kyslíkových radikálů. Jsou to chemické skupiny obsahující kyslík schopný rychle se vázat na tkáň a enzymy. Volné kyslíkové radikály (například skupiny OH^- , peroxidy a další) přirozeně vznikají v rámci látkové přeměny, slouží jako stavební jednotky nových tkání těla, mají svůj informativní význam. Lidský mozek je vybaven několika enzymy, které volné kyslíkové radikály likvidují. Jsou-li však tyto látky tvořeny v nadbytku a nejsou dostatečně likvidovány, vážou se na různé tělesné tkáně, například na stěny nervových buněk, a napadené tkáně ničí. Rovněž tak se vážou na enzymy a další důležité látky.

U atroficko-degenerativních demencí dochází k degradaci některých bílkovin a k tvorbě a ukládání patologických bílkovin. U Alzheimerovy choroby a většiny demencí s Lewyho tělísky dochází k tvorbě a ukládání beta-amyloidu. U Alzheimerovy choroby je rovněž degenerován tau-protein nervových buněk. U frontotemporálních demencí a jim příbuzných chorob je degenerován tau-protein, ale jiným způsobem než u Alzheimerovy choroby. U Parkinsonovy choroby a demencí s Lewyho tělísky dochází k degeneraci bílkoviny alfa-synukleinu.

V rámci neurodegenerace je porušen přenos buněčné informace na různých úrovních. Dochází k snížené tvorbě a uvolnění některých neurotransmiterů – látek uvolňovaných z nervových zakončení a vážících se na další nervová vlákna v místech, kterým se říká receptory. Touto vazbou dochází k přenosu vzruchu mezi jednotlivými nervovými buňkami. Například u Alzheimerovy choroby je již v časných fázích porušena tvorba, výdej a receptorová vazba neurotransmiteru acetylcholinu. Neurodegenerativních mechanismů je ale podstatně více.

V důsledku neurodegenerace dochází k porušení funkce mozku, což pak vede ke vzniku syndromu demence.

3.2 Vaskulární demence

Vznikají na podkladě poškození mozkové tkáně cévními poruchami. Jsou to především mozkové infarkty – odumření určitého okrsku mozkové tkáně proto, že tento okrsek nebyl prokrven v důsledku uzávěru vyživující tepny. Demence vznikají častěji na podkladě mnohočetných drobných mozkových infarktů (někdy jen mikroinfarktů), ale mohou vzniknout i na podkladě jednoho rozsáhlejšího mozkového infarktu v oblastech důležitých pro paměť.

3.3 Ostatní symptomatické demence

Vznikají na podkladě celkových onemocnění organismu postihujících také mozek, na podkladě intoxikací (otrav), infekcí a zánětů, úrazů mozku, nádorů mozku a dalších příčinných faktorů ovlivňujících činnost centrálního nervového systému. Mezi tyto demence náleží například demence infekční, prionové, metabolické, traumatické etiologie a další.

4 Epidemiologie demencí

Lidstvo stárne – je to celosvětový trend, který přebírá vládu i v naší republice. Stárnutí s sebou přináší i zdravotní, sociální a ekonomické problémy. Jedním z kompletních zdravotních problémů s významnými zdravotními i společenskými důsledky je **demence**.

Demence se stává jedním z nejčastějších onemocnění – převyšuje výskyt diabetes mellitus (cukrovky) a cévních mozkových příhod.

Celkový počet pacientů v naší republice trpících demencí se odhaduje na 100 000 osob, četnost výskytu (prevalence) je tedy přibližně 1 % všech občanů. S věkem se výskyt demencí zvyšuje. V populaci starší než 65 let je četnost výskytu asi 5 %, objevuje se asi 10 nových případů na 1000 občanů za rok. Ve věkové kategorii nad 85 let trpí demencí 30–50 % jedinců. Objevuje se asi 90 případů na 1000 jedinců za rok.

Většina pacientů trpících demencí prochází na začátku stadiem tzv. mírné kognitivní poruchy, která se vyskytuje u 1–5 % celkové populace, v 11 % u populace nad 90 let. Z uvedeného vyplývá, že věk je hlavní rizikový faktor demencí.