

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

<b>1 Úvod (R. Jirák)</b> . . . . .	<b>11</b>
<b>2 Paměť a další psychické funkce (R. Jirák)</b> . . . . .	<b>13</b>
2.1 Další psychické funkce . . . . .	14
<b>3 Přehled demencí (R. Jirák)</b> . . . . .	<b>19</b>
3.1 Atroficko-degenerativní procesy . . . . .	19
3.2 Vaskulární demence . . . . .	20
3.3 Ostatní symptomatické demence . . . . .	20
<b>4 Epidemiologie demencí (C. Borzová)</b> . . . . .	<b>21</b>
<b>5 Základní klinické příznaky demencí (R. Jirák)</b> . . . . .	<b>22</b>
5.1 Postižení kognitivních funkcí . . . . .	22
5.2 Postižení aktivit denního života . . . . .	22
5.3 Behaviorální a psychologické příznaky demence . . . . .	23
<b>6 Vyšetřovací metody u demencí (C. Borzová)</b> . . . . .	<b>25</b>
6.1 Anamnéza . . . . .	26
6.2 Orientační vyšetření poznávacích funkcí . . . . .	26
6.3 Zobrazovací metody . . . . .	28
<b>7 Alzheimerova choroba (R. Jirák)</b> . . . . .	<b>29</b>
7.1 Genetické faktory Alzheimerovy choroby . . . . .	31
7.2 Klinický obraz Alzheimerovy choroby . . . . .	31
<b>8 Demence s Lewyho tělísky (DLB) (J. Konrád)</b> . . . . .	<b>34</b>
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

<b>9</b>	<b>Demence u Parkinsonovy choroby a onemocnění typu „Parkinson plus“ (J. Konrád)</b>	<b>40</b>
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
<b>10</b>	<b>Frontotemporální lobární demence (V. Franková)</b>	<b>43</b>
10.1	Frontální varianty FT demence	44
10.2	Sémantická demence	45
10.3	Primární progresivní afázie	45
10.4	Vyšetření	46
<b>11</b>	<b>Huntingtonova chorea (C. Borzová)</b>	<b>48</b>
11.1	Výskyt	48
11.2	Příznaky onemocnění	48
11.3	Terapie	51
11.4	Diagnóza onemocnění	52
<b>12</b>	<b>Další atroficko-degenerativní demence (R. Jiráček)</b>	<b>53</b>
<b>13</b>	<b>Vaskulární demence (C. Borzová, R. Jiráček)</b>	<b>54</b>
13.1	Typy vaskulárních demencí	56
<b>14</b>	<b>Demence infekčního původu (R. Jiráček)</b>	<b>57</b>
<b>15</b>	<b>Lidské prionové nemoci (V. Franková)</b>	<b>58</b>
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
<b>16</b>	<b>Metabolické demence (R. Jiráček)</b>	<b>63</b>
<b>17</b>	<b>Demence intoxikačního původu (R. Jiráček)</b>	<b>64</b>
<b>18</b>	<b>Farmakogenní demence (R. Jiráček)</b>	<b>65</b>
<b>19</b>	<b>Demence při avitaminózách a endokrinních onemocněních (R. Jiráček)</b>	<b>66</b>
<b>20</b>	<b>Posttraumatické (poúrazové) demence (C. Borzová)</b>	<b>67</b>

<b>21 Demence při hydrocefalu s normálním tlakem (normotenzním hydrocefalu) (C. Borzová)</b>	<b>69</b>
<b>22 Ostatní demence (R. Jirák)</b>	<b>71</b>
<b>23 Lehká porucha poznávacích funkcí (R. Jirák)</b>	<b>72</b>
<b>24 Amnestický syndrom (R. Jirák)</b>	<b>73</b>
<b>25 Problémové chování u demence (V. Franková)</b>	<b>74</b>
25.1 Jak postupovat při vzniku problémového chování?	78
25.2 Prevence vzniku problémového chování u demence	86
<b>26 Léčba a léčitelnost demencí – biologické přístupy (R. Jirák)</b>	<b>88</b>
<b>27 Nefarmakologický management demence (I. Holmerová)</b>	<b>91</b>
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
<b>28 Česká alzheimerovská společnost a její služby (I. Holmerová)</b>	<b>101</b>
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
<b>29 Význam a společenské dopady Alzheimerovy choroby (I. Holmerová)</b>	<b>105</b>
<b>30 Jak komunikovat s člověkem trpícím demencí (I. Holmerová, E. Jarolímová)</b>	<b>108</b>
30.1 Reflektování jednotlivých typů demence v přístupu k pacientům	109
30.2 Obecné zásady v přístupu k pacientům s demencí	110

<b>31</b>	<b>Přístupy k pacientům v jednotlivých stadiích demence (I. Holmerová) . . . . .</b>	<b>116</b>
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
<b>32</b>	<b>Bolest u lidí s pokročilou demencí (H. Vaňková) . . . . .</b>	<b>136</b>
<b>33</b>	<b>Další závažné stavy v gerontopsychiatrii (J. Konrád) . . . . .</b>	<b>137</b>
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
<b>34 Stárnutí populace (Z. Kalvach) . . . . .</b>	<b>150</b>
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
<b>35 Kam směřuje výzkum Alzheimerovy choroby, co lze očekávat v nedaleké budoucnosti (R. Jiráek) . . . . .</b>	<b>157</b>
<b>Literatura . . . . .</b>	<b>158</b>
<b>Rejstřík . . . . .</b>	<b>163</b>



# 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 roztržití 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 vidají 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 **nevýpravné myšlení**, kde sice nemocný neopakuje stále stejná slova, ale neustále se vrací k jednomu tématu, k jedné myšlence. **Zabíhavé myšlení** (myšlení ndržíci 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.