

# Psychologie a psychopatie senia. Nemocný se syndromem demence.

Učební text

MUDr. Simona Majorová  
katedra ZTV a TVL UK FTVS

## Psychické změny fyziologického stáří

- podmíněny biologicky, psychicky a sociálně
- Nastupuje změna kognitivních funkcí
- Zhoršení percepce zrakové, sluchové
- Obranný proces – posílení sebekontroly
  - není podstatná rychlost, spíše preciznost provedení
- **Nejsou typické vlastnosti** – obecně menší přizpůsobivost, přecitlivělost, malá empatie, zvýraznění některých vlastností
  - více se projevují některé složky osobnosti, dříve vědomě potlačované
- Mění se intenzita vztahů a jejich prožívání k osobám v okolí; důležitější blízcí
- Zhoršené vnímání, orientace a možnost řešení aktuálních situací
  - ⇒ objevují se úzkosti, obavy, deprese; špatná snášenlivost změn

## **Kognitivní změny ve stáří**

- Nerovnoměrná proměna dílčích schopností a celkové struktury poznávacích procesů
- Schopnost využívat svůj potenciál po 60. roku věku není příliš velká a dále klesá
- Ovlivněny funkce zaznamenávání, uchovávání a využívání informací
- Ovlivněna kvalita života a schopnost žít samostatně bez pomoci
- Objevují se poruchy pozornosti, paměti, myšlení, chápání, počítání
- Může vést a ž k bludným představám
- V pozdním stáří především úbytek komplexity uvažování

## ■ Smyslové vnímání

- Příjem podnětů nutných pro orientaci v prostoru vážně v důsledku poklesu funkce smyslových orgánů:  
zrak, sluch, hmat, čich, chuť  
bolest – zvýšení prahu bolesti /?/ (práh bolesti je nejnižší hodnota, při které jedinec cítí podnět bolestivě), nižší tolerance bolestivých podnětů
- Nervový systém: zpomalení nervové vedení, prodloužení reakční doby
- Vše snižuje výkonnost pracovní i v rámci mimopracovních a zájmových aktivit

## ■ Pozornost

## ■ Paměť (*schopnost uchovat a opět vybavit informaci*)

explicitní (deklarativní) a implicitní paměť;  
především zhoršení paměti na nové události

## ■ Rozumové schopnosti

## ■ Řeč

## Emoční změny ve stáří

- Individuální; změny nemusí být velmi evidentní
- Obecný rys – špatné zvládnání změn
- Postupně klesá počet pozitivních a narůstá počet negativních prožitků
- Strategie zjednodušení a vyhýbání se (*např. nepřikládá se některých podnětům přiměřený význam, který opravdu mají*)
- Udržení přijatelného emočního ladění

## ■ **Psychická onemocnění ve stáří**

Nárůst počtu případů duševních poruch (*neurózy, deprese, demence*)

## ■ **Duševní poruchu charakterizuje**

soubor klinicky rozpoznatelných příznaků nebo porucha chování;  
etiologie nemusí být rozpoznatelná

(často na **podkladě organického. on. mozku** – cévní poruchy, traumata, záněty, ...)

## ■ **Projevy difúzního onemocnění mozku:** poruchy soustředění, spánku, bolesti hlavy, špatné soustředění, napětí, úzkost, labilita, podrážděnost, vyčerpanost, nevykonnost. Postupně se objevují poruchy paměti a úbytek intelektových schopností, degradace osobnosti.

## ■ **Konečné stadium – demence.**

úbytek intelektových schopností, které byly rozvinuty;

získaný defekt intelektu a paměti;

poruchy orientace, myšlení, kontroly emocí, sociálního chování, ...

## Mírná porucha poznávacích funkcí

- *Původně – benigní stařecká zapomnětlivost*
- Porucha paměti větší než odpovídá věku, ale nedosahující úrovně demence (schopnost sebeobsluhy, běžných denních aktivit)
- Prevalence: věk 60 - 64 → 6 – 7 %; 80 - 84 cca 25 %;
- Věk nad 65: 15 - 16 % tato porucha v různé úrovni
- Nejsou oficiální diagnostická kritéria
- Větší riziko rozvinutí demence (cca 12 -18 % /rok)
- Některé příčiny reverzibilní
- Monitorování stavu - kognitivní trénink, dřívější zahájené léčby při zhoršení



## **Demence** - syndrom demence

- Je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické či progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek (Kučerová 2006).
- **de** – odstranit; **mens** - latinsky **mysl** demence - **bez mysli**
- Postupný úpadek, v konečné fázi jedinec zapomene vše, co se kdy naučil, je zcela závislý na péči okolí; v konečné fázi uspokojuje základní biolog. potřeby



## Demence - syndrom demence

- Dg.: **diagnostická kritéria**
  - získaná globální kognitivní porucha postihující **paměť a nejméně jednu další oblast** (řeč, myšlení, orientaci, poznávání, úsudek, abstrakci, učení, abstrakci, praxi a exekutivní funkce)
  - kognitivní poruchy **zhoršující pracovní a společenské zapojení** pacienta (nejprve komplexní, složité činnosti (řízení, mobil), později sebeobsluha)
  - **postupující progrese** postižení( **> 6 měsíců**)
- *Úbytek rozumových schopností, které byly vyvinuty*

## Rozvinutá demence

- **poruchy orientace** (osoby, místo, čas, situace), **myšlení** (výrazné zpomalení), **kontroly emocí** (emocionální labilita a oploštění, patické nálady), **sociálního chování** → končí **naprostou neschopností jedince se o sebe starat.**
- **Dělení demencí:**
  - Primárně degenerativní (atroficko-degenerativní) x Sekundární, symptomatické
  - Korové x podkorové x smíšené
  - Primárně degenerativní x sekundární x smíšené
- **Výskyt** – stoupá s věkem  
nad 65 let 3 – 7 % populace; v 75 letech 15 %; po 80. roce 20 – 40 %  
riziko: u 65 letých: 5%, u 75 letých: 10%; u 80 letých: 20%, u 90 letých: 50% (Pidrman, 2007)
- **Klinický obraz** – odlišnosti dle typu mozkového postižení
- **Některé demence lze léčit či alespoň zpomalit jejich průběh**

## ■ Atroficko-degenerativní

- Alzheimerova demence
- Demence s Lewyho tělísky
- Demence při Parkinsonově chorobě
- Frontotemporální demence
  - Kortikobazální
- Demence typu Parkinson+
- Demence při Huntingtonově chorobě
- Nemoc s argyrofilními zrny

## ■ Sekundární, symptomatické

- Vaskulární
- Demence infekční etiologie
- Demence prionové etiologie
- Metabolicky podmíněné demence
- Demence intoxikační
- Demence traumatické etiologie
- Demence při tumorech
- .....

## Diagnostika – screeningové testy

- V ČR standardizován Mini-Mental State Examination (MMSE)

– krátká škála mentálního stavu

*dotaz na datum, místo, zopakování 3 slov, počítání pozpátku, znovu zopakování tří slov, pojmenování známých předmětů, zopakování krátké věty, provedení úkonu dle instrukcí, nakreslení obrázku dle vzoru - bodové hodnocení dle dosaženého počtu*

- BEHAVE-AD – škála patologického chování při Alzheimerově demenci
- Test kresby hodin – umožňuje komplexně zhodnotit kognitivní funkce
- **Pseudodemence** – *jiný podklad, reverzibilita příznaků*

## **Alzheimerova demence** (Morbus Alzheimer)

- 50 – 60 % všech demencí
- Postižení především: paměť, řeč, orientace, zrakově-prostorová funkce, praxe, často poruchy chování
- MKN-10, F00.0 s časným začátkem ; před 65 rokem
- MKN-10, F00.1 s pozdním začátkem; po 65 rokem
- Nenápadná, pomalá progrese onemocnění

## **Demence ischemicko-vaskulárního typu**

- 10 – 30 % všech ; několik podtypů
- Ložiskové neurologické projevy; zhoršování úsudku, schopnosti řešit problémy, obvykle deprese, ...
- MKN-10, F01.0-3
- Náhlý, poměrně rychlý nástup

## Léčba demencí

- Programy behaviorální a kognitivní formy
- Pro oddálení progrese choroby a prodloužení doby soběstačnosti nemocného
- **Cíl:** je ovlivnění kognitivním funkcí, jednání a chování, emoční reaktivity prostřednictvím spoluúčasti na smysluplné činnosti a prožívání sebe sama jako platného a potřebného pro ostatní  
smyslem je kvalitu života stabilizovat a udržovat
- Vstupní vyšetření
- Komplexnost – významné je dobré rodinné zázemí
- Úspěch – pokud na škále MMSE poklesu < 3 body/rok

## Farmacological

- Cognitive
- Non-cognitive
- Causal

## Non-pharmacological – behavioral (non-biological)

- Motivational
- Activation of the sick, cognitive and physical training (creative techniques, pet-therapy, art therapy, reminiscence, music therapy, dance, ...)
- Somatic rehabilitation and reactivity
- Active nutrition of the sick

## Psychomotor therapy



## ■ Syndrom demence

- **Mírná demence** – nezvládne pouze složitější aktivity, v běžném životě není závislost na druhých
- **Středně těžká demence** – jen jednoduché domácí činnosti, jinak nutná pomoc druhých
- **Těžká demence** – rozpad osobnosti, zcela odkázán na péči

## ■ Alzheimerova choroba/demence F00

- Chronické progresivní onemocnění; atrofie mozkové tkáně
- představuje 50-70% všech demencí, prevalence se zvyšuje s věkem
- Incidence: věk 65 – 74 let → 3%; 75 – 84 → 19%; 85 a více → 47%
- Etiologie neznámá, nejspíš multifaktoriální
- Plíživý vývoj
- Diagnóza – kritéria demence a vyloučení jiného typu demence
- Výkonové škály MMSE
- Zobrazovací metody

# ■ Alzheimerova choroba/demence

## ■ Forma

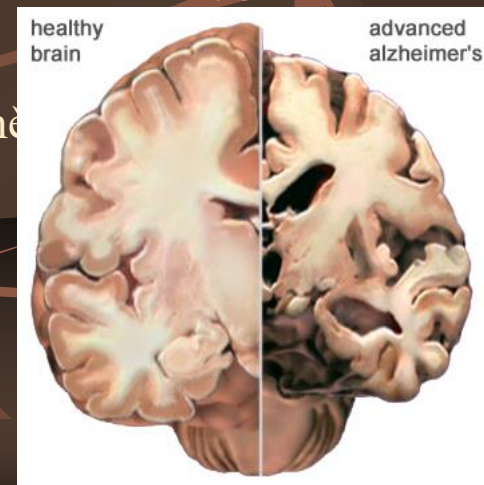
### ■ s časným začátkem – střední věk, vždy do 65 let věku

porucha řeči a praxe, pacient si nejdříve uvědomuje pokles výkonosti, má depresivní náladu; prohlubování řečové poruchy, ztráta náhledu, apraxie zanedbávání hygieny, parkinsonský syndrom, pacient nekomunikuje, nastupuje svalová ztuhlost, mohou být i epileptické záchvaty, pacient jen leží, vážne polykání, odkázán na péči druhých osob; od prvních příznaků do letálního konce trvá onemocnění 7 – 10 let

### ■ s pozdním začátkem – po 65. roce

pomalá progrese, především porucha paměti, postihuje všechny složky intelektu, později dezintegrace osobnosti, Náhlada spíše euforická; nemocný si stav neuvědomuje, zanedbává hygienu, toulá se, neschopen sebeobsluhy

## ■ Nedá se vyléčit, léčba pouze zpomaluje postup onemocnění (kognitiva, antipsychotika, antidepresiva, psychoterapie)



## ■ Vaskulární demence

- na podkladě ischemických změn v CNS
- OA: většinou hypertenze, kouření, ischemické příhody či mrtvice, alkohol, stres, DM, poruchy lipidového metabolismu
- Průběh – střídají se období stabilizace a zhoršení
- Projevy: dle lokalizace ischemických změn

Zpočátku pseudoneurastenický syndrom – bolesti hlavy, závratě, poruchy spánku, emoční labilita, nesoustředěnost, únava ...

Poruchy paměti na nové události, porucha učení

Často noční stavy zmatenosti

Neurologické příznaky

různé klinické formy

- Léčba: vyvolávající příčiny, psychofarmaka, psychoterapie

## ■ **Demence u chorob klasifikovaných jinde**

- Poruchy většinou vedoucí k demenci

Vyvolány vlivy infekčními, toxickými, metabolickými, genetickými a ne zcela identifikovanými vlivy

## ■ **Demence u Creutzfeldt-Jakobovy choroby**

- Virový původ; Projevy: demence + neurologické příznaky
- Rychlá progresse ,končí smrtí do 2 let od prvních příznaků; Léčba: není

## ■ **Demence u Pickovy choroby**

- Rychlý pokles paměťových a intelektových schopností, degradace osobnosti
- Začátek obvykle v 6.deceniu, příčina a léčba: neznámá

## ■ **Demence u Parkinsonovy choroby, u Huntingtonovy choroby**

## ■ **Progresivní paralýza – u neurosyfilis**

- Chronická panencefalitis, manifestace 10 – 15 let po infekci
- Změny povahové, intelektové a nálady, bludy, neurologické příznaky
- Příslušnou terapií - ATB

## Delirium

- Akutní mozkový syndrom, stav zmatenosti; kvalitativní porucha vědomí
- U 15 – 30 % seniorů přijímaných k hospitalizaci, postoperačně při větších operačních zákrocích u 30 – 50 %, na JIP a ARO v 40 – 60 %  
*skutečný výskyt nejspíše vyšší – klidná deliria unikají pozornosti*
- V terminálním stádiu somatických chorob až u 85 % umírajících

### Definice dle Mezinárodní klasifikace nemocí

- Přechodný organický psychosyndrom s akutním začátkem vznikající v důsledku somatické nebo psychické choroby nebo poruchy přesahující adaptační schopnosti mozku.



## Delirium

- **Diagnostická kritéria**
- **Etiologie** – mechanismy zatím nejsou úplně prozkoumány; globální reakce na nespecifické podněty deliria nasedající x nenedající na demenci
- **Příčiny:** léky, metabolické poruchy, akutní infekce, onemocnění CNS, jiná akutní somatická onemocnění, somatický dyskomfort, psychogenní a environmentální faktory
- **Klinický obraz:** rychlý nástup a kolísání intenzity příznaků, různorodost, vymizení při odeznění vyvolávající příčiny; náhlý vznik globální kognitivní poruchy u jedince premorbidně kognitivně v normě či náhlé zhoršení pacienta s demencí
  - Poruchy paměti, myšlení, dezorientace, inkoherní řeč, bez logiky a stavby, odpovědi neodpovídají; úzkost, i agrese; mohou být halucinace i bludy (až u 40% jedinců); s věkem přibývá spíše somatických příznaků ( poruchy řeči, chůze, pády, ..) neodhadne rizika a důsledky svého jednání – riziko poranění; amnézie částečná; poruchy spánku; hlavní – snížení bdělosti, kvalitativní porucha vědomí
  - Mohou být neurologické a vegetativní poruchy
  - Deliria - typ hyperaktivní (15%), hypoaktivní (19-20%; i více –často nerozpoznána), smíšený (55%)
- **Léčba:** léčba vyvolávající příčiny, podpůrná a preventivní opatření; farmakologická

## Deprese

- 7 – 15 % jedinců nad 65 let
- 60 – 90% sebevražedných pokusů ve stáří je v důsledku deprese
- **Definice:**  
stav patologického afektu s převahou smutné nálady, působící na vnímání, poznávání a emoční zkušenost. Jsou přítomny příznaky psychické, somatické a behaviorální
- Etiologie: heterogenní
- **Diagnostická kritéria:** min.5 z následujících /Geriatrická škála deprese podle Yeasavage/  
Depresivní nálada; ztráta radosti a potěšení; změny hmotnosti a chuti k jídlu; poruchy spánku; změny psychomotorického tempa; únava, ztráta energie; pocity viny, bezcennosti; porucha myšlení, koncentrace, neschopnost se rozhodnout; myšlenky na smrt, sebevraždu
- **Klinický obraz:** u starších nekompletní obraz; u cca 2/3 nemocných „subsyndromální deprese“
- **Léčba:** režimová opatření, psychoterapie, fototerapie, farmakoterapie antidepresivy



## Parkinsonova choroba

- Chronické progredující onemocnění na podkladě neuronální degenerace substantia nigra a nedostatku dopaminu v bazálních gangliích
- Projevy, vývoj – délka fází – individuální;  
nejprve 3 – 5 let bez příznaků; pak bolesti kloubů, svalů, deprese; pak typické příznaky
- Příčina – jednoznačně není dosud známo, možné vícené vlivy?
- 65 let 1-2 %, více muži
- Příznaky: hypokineze až akineze (pohybová omezení), klidový třes akrálně (zpočátku většinou jednostranně) – třes mizí při volném pohybu a ve spánku, zpomalení chůze, drobné krůčky, malé písmo, snížená mimika, řečové poruchy, ztuhlost svalů, flekční držení, postupně problémy psychické, kognitivní, v pokročilém stadiu samostatně pacient nevstane, nemůže chodit, zcela odkázán na okolí
- Léčba – ovlivňuje příznaky, zlepšuje kvalitu života
- Diagnóza - klinická: bradykineze, třes, ztuhlost, instabilita, ..; kritéria

## Použité zdroje

- [svl.cz/files/files/Doporucene-postupy-2003-2007/Demence.pdf](http://svl.cz/files/files/Doporucene-postupy-2003-2007/Demence.pdf)
- <http://www.pf.ujep.cz/pf/osobni-dokumenty/kps/studium-4/opory-1/570-psychologie-seniorskeho-veku/file>
- TOPINKOVÁ, E. Geriatrie pro praxi. Praha: Galén, 2005. ISBN: 978-80-7262-365-5
- <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2005/05/04.pdf>
- [www.prolekare.cz/pdf?id=gr\\_04\\_01\\_02.pdf](http://www.prolekare.cz/pdf?id=gr_04_01_02.pdf)
- KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. a kol. *Geriatrie a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 978-80-247-7038-3
- KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., HOLMEROVÁ, I., WEBER, P. a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008, 2011 ISBN 978-80-247-7021-5
- Raboch, J., Pavlovský, P., Janotová, D. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. Praha: TRITON, 2012. ISBN 978-80-7387-582-4
- Malá, E., Pavlovský, P. *Psychiatrie: Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál 2002 ISBN 978-80-7367-723-7