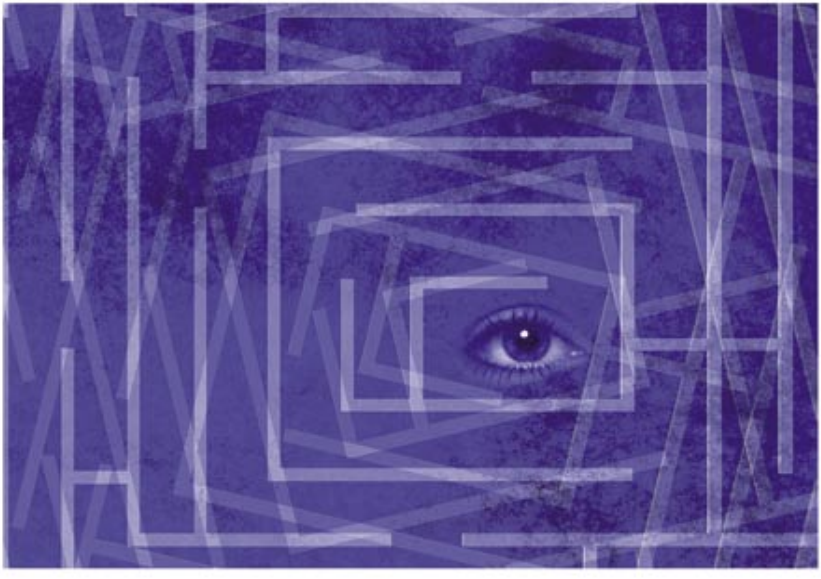
GRADA

Helena Kučerová

DEMENCE V KAZUISTIKÁCH



PSYCHE

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, umisťování 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.

GRADA®

Copyright © Grada Publishing, a.s.

Věnováno památce mých rodičů, paní Marty Kučerové, roz. Švejnarové,
a pana prof. MUDr. Jana Kučery, DrSc.

Kniha vyšla díky podpoře společnosti Astra Zeneca.



MUDr. Helena Kučerová, HonDG

DEMENCE V KAZUISTIKÁCH

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: +420 220 386 401, fax: +420 220 386 400
www.grada.cz
jako svou 2666. publikaci

Odpovědná redaktorka PhDr. Viola Lyčková
Sazba a zlom Marina Hukalová
Počet stran 112
Vydání 1., 2006
Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a. s.
Husova ulice 1881, Havlíčkův Brod

Recenzoval:
doc. MUDr. František Faltus, DrSc.

© Grada Publishing, a.s., 2006
Cover Photo © profimedia.cz/CORBIS

ISBN 80-247-1491-4 (tištěná verze)
ISBN 978-80-247-6518-1 (elektronická verze ve formátu PDF)
© Grada Publishing, a.s. 2011

OBSAH

Předmluva **7**

Demence je… **9**

Rozdělení demencí. **13**

Rozpoznání demence **17**

Demence vaskulární, nebo Alzheimerova? **23**

Domluva a další komunikace s dementním pacientem **27**

Kazuistiky pacientů **31**
Kazuistika 1 31
Kazuistika 2 35
Kazuistika 3 38
Kazuistika 4 39
Kazuistika 5 41
Kazuistika 6 43
Kazuistika 7 45
Kazuistika 8 49
Kazuistika 9 57
Kazuistika 10 60
Kazuistika 11 62
Kazuistika 12 64
Kazuistika 13 66
Kazuistika 14 69
Kazuistika 15 72
Kazuistika 16 75
Kazuistika 17 77
Kazuistika 18 80

Diskuse ke kazuistikám **85**

Rodinná přítěž, komorbidita a léčba u pacientů s demencí v psychiatrické ambulanci 87
Metodika 87
Výsledky 88
Diskuse 93
Závěr 96

Léčení demencí 97
Nejlepší je prevence 97
Několik slov o lécích 99
Ještě něco o lécích 100
Rehabilitace pacientů s demencí 101

Eutanazie 103

Literatura 105

PŘEDMLUVA

Vážení čtenáři,

kdykoli mě počítač nechce poslouchat a já s ním zápasím, vzpomínám na doby, kdy žádné počítače nebyly, nebo nebyly alespoň v té formě, jako jsou dnes, kdy je máme na svých stolech, ve svých autech nebo ve svých taškách. Jsou to doby nepříliš vzdálené, kdy – podobně jako v současnosti – mezi námi byli nemocní trpící různými neduhy, kteří potřebovali pomoci. A i tehdy existovali lékaři, skvělí odborníci, kteří nejen bez počítačů, ale často i bez rentgenů či ultrazvuků a dalších přístrojů uměli stanovit správnou diagnózu a dokázali o svých zkušenostech poutavě přednášet a psát. Měli obětavý vztah ke svým pacientům, starali se o ně a léčili je podle svého nejlepšího vědomí a svědomí, i když jinak, než to umíme nyní.

Obdivuji například učebnici psychiatrie profesora Myslivečka, který zde bez použití jakýchkoli statistických výpočtů vylíčil hlavní diagnózy tak barvitě a názorně, že si je dovede snadno představit a zapamatovat i začátečník.

Pokrok vědy a techniky má svá pozitiva a přivedl nás mimo jiné k tomu, že dnes známe antibiotika, psychofarmaka, různé druhy operací atd. Ale jsou situace, kdy nemáme možnost využít všech známých léčebných postupů a prostředků, a přesto musíme léčit.

Podobně jako řada mých kolegů psychiatrů i nepsychiatrů i já pracuji v soukromé ambulanci v terénu, kde jsem sama se sestrou a aktuálně při práci nemám k dispozici ani počítačový tomograf, ani magnetickou rezonanci, ba ani vyšetření kolegou psychologem. Diagnosticky musím rozhodnout rychle a musím také ihned podniknout opatření: posoudit, zda má být pacient odvezen k hospitalizaci, čím má být odvezen, kdo bude dělat doprovod, nebo zda pacient půjde domů, s jakými léky, popř. půjde-li na nějaká somatická vyšetření. V takových situacích, tedy v běžné praxi, lékař nemá čas uvažovat, kterého mediátoru v mozku má asi pacient nedostatek, co mu právě probíhá na synapsích nebo který receptor je třeba ovlivnit. Lékař má před sebou živého člověka, který mu něco povídá, nějak se chová, něco chce, a do toho ještě nejednou mluví i jeho rodina… A ze všech těchto projevů lékař musí na-

jít východisko. Zde pak přichází ke slovu pozorování, úsudek, intuice, zkušenost, empatie, navázání kontaktu a další, těžko definovatelné schopnosti a nástroje jednání s psychiatrickým pacientem.

Cílem mojí knihy není učebnice psychiatrie, ale snaha podělit se s kolegy o své zážitky a zkušenosti z praxe v naději, že v nich naleznou něco zajímavého, co je nám všem známé a blízké.

DEMENCE JE…

Slovo demence pochází z latinského slova „mens“, což znamená „mysl“, a předpony „de-“, která značí „od-“. Slovo „demens“ tedy znamená „šílený“, tedy něco, co mysli pozbylo, odchylku od rozumového jednání (Loucká, 2002). Jako první v medicíně tento termín použil Aurelius Cornelius Celsus ve své knize „De medicina“ v prvním století našeho letopočtu. Do moderní psychiatrické klasifikace jej zavedl Dominique Esquirol v roce 1814 (Raboch, 2003).

Definice demence podle 10. decenální revize mezinárodní klasifikace nemocí zní: „Demence (F 00–F 03) je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy nemoci, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek.“

Jinými slovy, jde o celkové zhoršení duševních schopností s různě vyjádřeným postižením v jednotlivých složkách psychiky a ve svém důsledku zasahující celou osobnost, včetně její tělesné součásti. V těžších stadiích jde tedy o zchátralost nejen paměti, myšlení, emotivity, vůle… ale i o tělesnou slabost, nevýkonnost, pomočování, neudržení stolice, zhoršení obranyschopnosti organismu vůči infekcím, o poruchy pohybového aparátu a ostatních systémů. Zhoršování může mít trvalou progresi, jejíž rychlost je buď soustavná, nebo se mění, je rychlejší či pomalejší, nebo dokonce mívá přestávky se stagnací, výjimečně i období zlepšení. Průběh, např. po úrazu hlavy, může být i takový, že náhle dojde ke značnému poklesu mentálních schopností, který pak chronicky trvá na stejné úrovni, popř. se časem může i mírně zlepšovat. Průběh je mnohdy ovlivněn vnějšími vlivy, jako jsou různé zátěže tělesného i duševního charakteru. Někdy stačí i běžná infekce horních cest dýchacích na podzim nebo v zimě nebo průjmovité onemocnění v létě, a stav pacienta se může zhoršit. Také nepříjemné situace v rodině, starosti s dětmi a vnuky, kteří jsou např. nemocní, jdou na operaci nebo se

rozvádějí, ztratili práci… to vše může přispět k prohloubení demence. Lékaři chirurgických oborů ve snaze pacientovi zlepšit jeho tělesné obtíže nejednou zapomínají, že operační zákrok je značným stresovým momentem, který sice nemocnému např. zlepší pohyblivost nebo odstraní bolesti, ale na druhé straně může značně negativně ovlivnit jeho paměť a sociabilitu v rámci jeho třeba dosud nepoznané počínající demence. A to se týká jak operací v celkové narkóze (u těch více), ale i operací v lokálním znecitlivění, protože i v těchto případech je operační výkon zátěží.

Jak uvádějí K. Ritchie a S. Lovestone (2002), demence postihuje asi 5 % populace starší 65 let. Zatím z neznámých důvodů převažují ženy (viz též náš nález v kapitole „Rodinná přítěž, komorbidita a léčba u pacientů s demencí v psychiatrické ambulanci“). V některých kulturách se však demence vyskytuje zřídka. Jako příčiny demence uvádějí zmínění autoři na základě neurochemických a neurobiologických výzkumů poruchy funkce neurotransmiterů a zvýšenou produkci a ukládání amyloidu v mozku. Rizikovými faktory jsou pak hypertenze, deprese a hypolipidemie. Častější výskyt demence u žen zjistili též němečtí autoři (H. Schröppel et al., 1996). Dalším rizikovým faktorem je kouření, jak dokládá Rotterdamská studie se 6870 osobami staršími 55 let (Ott et al., 1998).

J. Hort a M. Bojar (2004) uvádějí, že v České republice je celkový počet pacientů s demencí odhadován celkem na 100 000 osob, prevalence činí tedy přibližně 1 % populace. V populaci osob nad 65 let věku však již demencí trpí 5 % všech jedinců, v populaci nad 80 let věku je to 30–50 % osob. Z tohoto počtu demencí je demencí u Alzheimerovy nemoci 50–65 %, vaskulárních demencí je 10–30 %.

Pokud jde o konkrétní příznaky demence, mohou se vyskytovat poruchy velmi různé. Nejde však jen o výčet těchto poruch, ale důležitá je i jejich vzájemná propojenost, kontext a vývoj v čase. Také nuance v charakteru jednotlivých příznaků a jejich, troufám si říci, přímo zabarvení, jsou nesmírně důležité. Není totiž porucha paměti jako porucha paměti, deprese jako deprese, nespavost jako nespavost. Tentýž příznak, resp. příznak se stejným názvem, mívá vždy trochu jiný odstín u různých chorob.

U demencí tedy dominují poruchy paměti (zejména u demence při Alzheimerově nemoci), poruchy úsudku, logického myšlení, porucha učení se novým věcem, poruchy soustředivosti. Vyskytují se též poruchy emotivity (úzkosti, deprese, emoční labilita, apatie až emoční tupost), poruchy obsahu myšlení (zvýšená vztahovačnost až paranoidní bludy, zejména bludy okrádání a bludy žárlivosti), poruchy vůle, poruchy sociálního cítění, zvýšený egocentrismus, anozognozie. Mohou se vyskytnout i halucinace, a to ze-

jména v propuknuvších stavech zmatenosti, ale i za neporušeného vědomí. Halucinace bývají zrakové, sluchové, ale i mnohočetné, které dosahují až parafrenního charakteru. Poruchy paměti, nesoustředivost a tělesná slabost a pomalost vedou často k tomu, že postižený na sebe přestává dbát, nemyje se, špatně jí, zapomíná na pestrý jídelníček a živí se několik dní třeba jen kávou a rohlíky nebo si vaří vajíčka a párky, ohřívá konzervy. Zhoršuje se osobní i bytová hygiena, postižený málo pere, neuklízí, všude je špína, prach, odpadky. Často stále něco hledá, takže přehazuje věci z místa na místo, přičemž nejednou obviňuje své blízké nebo sousedy, že mu věci berou, schovávají, kradou, nosí jeho oblečení, vyměňují jej. Někteří lidé si píší na papírky, co mají koupit, co mají kdy udělat, kde co mají uschováno. Jenže papírky opět někam založí nebo je ztratí a jejich paměti to nepomůže. Vzpomínám si na jednu známou paní, která se bohužel nikde neléčila a která měla v kuchyni rozvěšené různé utěrky, ručníky a jiné textilie a na nich přišpendlené obrovské množství malých papírků s různými poznámkami. Ty ji však nakonec stejně neochránily před domovem důchodců, kam velmi dlouho nechtěla jít, ale pak tam spokojeně žila ještě řadu měsíců.

Někdy je postižený člověk negativistický a odmítá se mýt, když ho dcera, syn či pečovatelka k tomu vyzývají, odmítá si vzít čisté prádlo, tvrdí, že jedl, a přitom nejedl, zapomíná si brát léky. Často bývají zachovány ty dovednosti, které postižený celý život dělal, např. ženy dovedou uvařit, ale nepamatují si telefonní čísla, zato dosti dlouho vědí, kdy se narodily jejich děti. Muži si obvykle pamatují různé technické věci, lépe pracují s čísly, ale naopak si nepamatují data narození své manželky a svých dětí, vnuků, někdy ani jejich jména. V pozdějších stadiích si lidé také pletou blízké osoby, snachu považují třeba za sestru, bratra za syna, pletou si jména, netrefí po bytě, chtějí jít domů, a přitom doma jsou. Odcestují někam vlakem či autobusem, někde vystoupí a tam je pak obvykle příbuzní najdou až za pomoci policie.

Tragikomicky působí některé výjevy z domovů důchodců a podobných zařízení pro staré a dementní pacienty, kdy např. u jednoho stolu sedí pět lidí, všichni povídají, ale každý vede jen svou vlastní samomluvu, neposlouchá ostatní a oni nenaslouchají jemu… Nemocný je sice v kolektivu, ale je v něm zcela izolován a je ponořen do svých často velmi nesouvislých vzpomínek.

J. Wancata et al. (2003) z psychiatrického oddělení univerzity ve Vídni se pokusili spočítat, kolik bude v Evropě demencí trpících osob do roku 2050. Vycházeli z populačních projektů Organizace spojených národů a použili výsledky několika metaanalýz epidemiologických studií. V roce

2000 bylo demencí postižených osob v celé Evropě 7,1 milionu, do roku 2050 by to mělo být 16,2 milionu. Počet nových případů demence za rok byl v roce 2000 asi 1,9 milionu a v roce 2050 by to mělo být 4,1 milionu za rok. Naopak populace pracujících lidí by se měla významně snížit. V roce 2000 připadaly na 7,1 milionu dementních pacientů 493 miliony osob v produktivním věku, což odpovídá ratiu 69,4 osob v produktivním věku na 1 dementního nemocného. V roce 2050 by podle těchto propočtů mělo toto ratio klesnout na 21,1 osob v produktivním věku na 1 dementního nemocného. To opravdu není pro Evropu radostná perspektiva.

Demence je vážná nemoc, nepříjemná pro postiženého i pro jeho okolí; těžko říci, pro koho více. Záleží hodně na kritičnosti pacienta, jak své potíže prožívá, jestli spíše depresivně, nebo je naopak suverénní a obviňuje ze svých neschopností své příbuzné. Svoji roli hraje i tzv. premorbidní osobnost, předchozí vzdělanost a informovanost nemocného a též přístup rodiny a dalších pečovatelů.

ROZDĚLENÍ DEMENCÍ

V průběhu času se rozdělení demencí měnilo jednak podle autorů a psychiatrických směrů, jednak podle současných poznatků vědy. Také názvosloví není jednotné, některé termíny se překrývají, jiné jsou uváděny na různých úrovních. Pro zajímavost si dovoluji uvést několik autorů, starších i moderních.

Americký klinický profesor a ředitel oddělení neuropsychiatrie v městské nemocnici v Clevelandu, Louis J. Karnosh, společně se svým kolegou Edwardem M. Zuckerem v roce 1945 řadí demence mezi organické reakční typy. Kromě jiných rozlišují:

1. Psychózy s mozkovou arteriosklerózou, kam patří:
   - mentální symptomy při maligní hypertenzi
   - mentální symptomy při prosté arterioskleróze
   - presenilní (Alzheimerova) demence
   - Pickova nemoc

2. Senilní psychózy:
   - prostá deteriorace
   - delirózní typy a typy zmatenosti
   - depresivní a agitované typy
   - paranoidní typy
   - presbyofrenický typ

Jiný americký psychiatr, Wiliam S. Sadler z Chicaga, v témže roce (1945) rovněž řadí demence mezi organické reakční typy, a to do kapitoly senilních psychóz:

1. Presenilní demence
   - prostá presenilní demence
   - presbyofrenie
   - Alzheimerova nemoc
   - arteriosklerotická demence

2. Psychózy spojené s mozkovými nemocemi a nervovými poruchami:
   - encefalitida
   - mozkový tumor
   - Pickova nemoc
   - chronická progresivní subkortikální encefalopatie
   - Schilderova nemoc (encephalitis periaxialis diffusa)
   - perniciózní anémie
   - mnoho poruch endokrinního systému
   - chorea Sydenhami
   - chorea Huntingtoni
   - paralysis agitans
   - roztroušená skleróza
   - pelagra
   - traumatické psychózy

Náš profesor Zdeněk Mysliveček ve své Speciální psychiatrii z roku 1959 rozlišuje zvlášť:

1. Psychické změny při encefalopatiích (kam řadí mj. dementia encephalopatica, různé encefalitidy, choreu Sydenhami, choreu Huntingtoni, roztroušenou sklerózu a mozkový nádor)
2. Psychické změny při zranění mozku
3. Epilepsii
4. Psychické změny při lues cerebri
5. Věkové involuční změny duševní, což jsou:
   - presenilní duševní změny
   - senilní psychózy
     - Dementia senilis, stařecká otupělost
     - Alzheimerova nemoc
     - Pickova choroba
     - Jakobova choroba

Roman Jirák v knize Demence (1999) rozděluje demence takto:

1. Atroficko-degenerativní demence:
   - Alzheimerova nemoc
   - Parkinsonova choroba
   - korová nemoc s Lewyho tělísky
   - demence u Pickovy choroby a jiných ložiskových mozkových atrofií

- progresivní supranukleární obrna
- Huntingtonova choroba
- olivopontocerebelární atrofie
- presenilní gliální dystrofie

2. Ischemicko-vaskulární demence
3. Symptomatické demence
   - metabolické demence
   - demence při vitaminových deficitech
   - demence v průběhu elektrolytového rozvratu
   - demence při endokrinopatiích
   - hereditárně podmíněné metabolické demence
   - toxicky podmíněné metabolické demence
   - demence při zánětlivých onemocněních centrální nervové soustavy

Obdobné rozdělení uvádí R. Jirák také jako spoluautor moderních psychiatrických učebnic (J. Raboch a P. Zvolský z roku 2001 a C. Höschl, J. Libiger, J. Švestka z roku 2002).

Všechna uvedená, ale i další dělení demencí a organických poruch (F. Henn, N. Sartorius, H. Helmchen, H. Lauter – 2001, A. Janík, K. Dušek – 1974, F. Koukolík, R. Jirák – 1999, K. Ritchie a S. Lovestone – 2002, E. Rahn, A. Mahnkopfová – 2000, E. Růžička et al. – 2003) jsou zajímavá a mají svou logiku. Nicméně pro každodenní praxi je závazné dělení uvedené v Mezinárodní klasifikaci nemocí – 10. revize z roku 1992, kterou nyní stručně připomínám:

- Demence u Alzheimerovy nemoci (F 00, G 30)
  - Demence u Alzheimerovy nemoci s časným začátkem (F 00.0, G 30.0)
  - Demence u Alzheimerovy nemoci s pozdním začátkem (F 00.1, G 30.1)
  - Demence u Alzheimerovy nemoci, atypického nebo smíšeného typu (F 00.2, G 30.8)
  - Demence u Alzheimerovy nemoci, NS (F 00.9, G 30.9)
- Vaskulární demence (F 01)
  - Vaskulární demence s akutním začátkem (F 01.0)
  - Multiinfarktová demence (F 01.1)
  - Subkortikální vaskulární demence (F 01.2)
  - Smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence (F 01.3)
  - Jiné vaskulární demence (F 01.8)

- Vaskulární demence, NS (F 01.9)

- Demence u jiných nemocí zařazených jinde (F 02)
  - Demence u Pickovy choroby (F 02.0, G 31.0)
  - Demence u Creutzfeldtovy-Jakobovy nemoci (F 02.1, A 81.0)
  - Demence u Huntingtonovy nemoci (F 02.2, G 10+)
  - Demence u Parkinsonovy nemoci (F 02.3, G 20+)
  - Demence u onemocnění virem lidské imunodeficience - HIV (F 02.4, B 22.0)
  - Demence u jiných určených nemocí, zařazených jinde (F 02.8), kam patří např. demence u mozkové lipidózy, epilepsie, hepatolentikulární degenerace, hyperkalcemie, hypotyreózy, intoxikace, sclerosis multiplex, neurosyfilidy, deficitu niacinu (pelagra), polyarteritis nodosa, systémového lupus erytematodes, trypanosomóze, karenci vitaminu B_{12}.
- Neurčená demence (F 03).

ROZPOZNÁNÍ DEMENCE

Diagnostika dementních syndromů je podrobně popsána ve výše uvedených učebnicích i v dalších knihách a časopiseckých článcích. Pro každodenní praxi je důležité demenci rozpoznat, a to nejen pro psychiatra, ale i pro lékaře jiných oborů, pro sestry a další osoby, které pracují s lidmi, zejména starými. V terénu se setkáváme nejčastěji s demencemi vaskulárními a Alzheimerovými a jejich kombinacemi, i když o méně častých a vzácných druzích je třeba také vědět. V pokročilých fázích jsou však všechny demence natolik podobné, že jejich etiologie se stává vedlejší. V podstatě lze říci, že všechny noxy, které poškozují mozek, vedou k demenci, dříve či později, rychleji nebo pomaleji, izolovaněji nebo komplexněji. Rozpoznání etiologie je důležité zejména v počátečních fázích, kdy je možná ještě kauzální léčba: nádor – operace, infekce – léčba infekce, počínající arterioskleróza – léčba arteriosklerózy, alkohol – abstinence, průmyslové jedy – změna zaměstnání atd.

Vyšetření pacienta má stejnou strukturu jako každé jiné psychiatrické vyšetření, pouze věnujeme větší pozornost paměti, úsudku a dalším příznakům, které s demencí bývají spojeny (smutek, úzkosti, únavnost, nesoustředivost, nespavost, hučení v uších, točení hlavy). Nejlepší je, když je pacient vyšetřován tak, že si ani neuvědomuje, že je vyšetřován. Lidé totiž nebývají rádi vyšetřováni, ale rádi si příjemně popovídají s lékařem. A je dobře, když lékař při tom příjemném povídání nenápadně vede rozhovor tak, aby zjistil všechny potřebné informace vedoucí k diagnóze.

Již při navázání kontaktu a odebírání anamnézy si všímáme, jak pacient mluví. Jak formuluje věty, zda snadno, nebo obtížně, rychle, nebo pomalu, zda hledá slova, zda je opakuje, zda opakuje celé věty a není schopen se posunout v tématu, zda je možno otázkami jeho řeč odklonit, zda odpovídá přiléhavě, k věci, zda vybavuje z paměti rychle a snadno, nebo dlouho vzpomíná, neví běžné údaje o sobě a své rodině. Zda je řeč rozvláčná a zabíhavá, zda musíme některé otázky opakovat, zda pacient chápe, na co se ptáme, nebo zda je třeba otázky klást zkříženě a vysvětlovat některé pojmy. Někdy pacient sám řekne, že si špatně pamatuje, jindy to sdělí jeho příbuzní. Pokud má pacient halucinace, většinou zrakové nebo sluchové, často to

sám neřekne, buď proto, že to nepokládá za chorobné, nebo proto, že má na to amnézii (při stavech zmatenosti). Na vidiny a hlasy je proto třeba se cíleně zeptat. A také bychom nikdy neměli opomenout taktním způsobem položit otázku po eventuálních myšlenkách na sebevraždu.

Pokud při obvyklém vyšetřování zjistíme, že poruchy paměti a intelektu přítomny jsou, zavedeme cílené otázky na tuto oblast: vyjmenovat ovoce, zeleninu, města v republice, sousední státy, naše prezidenty, data světových válek a jiných všeobecně známých historických událostí i dění ze současného veřejného života. Při závažnějších poruchách je vhodné vyjmenovat měsíce v roce, dny v týdnu, roční období, prsty na rukou, ukázat na oko, ucho, nos, bradu, levou, pravou ruku, nohu atd. Nechat napsat písmena, slova, větu, nakreslit trojúhelník, čtverec, kroužek, domeček, hodiny, rybu… Vyjmenovat rodinné příslušníky, kde bydlí, čím jsou, kolik je jim let, kdy jsou Vánoce, co bylo k obědu, co včera k večeři atd.

Ke zjištění číselně vyjádřeného stupně demence se často používá dotazník MMSE (Mini Mental State Examination – M. F. Folstein. et al., 1975) Osobně mám vůči němu jisté výhrady, jak už jsem se zmínila jinde (Kučerová Helena, Vinař, 2005). Stalo se mi totiž opakovaně, že nemocný, který měl prokazatelně vážné potíže v důsledku poruch paměti, ať už doma, nebo na pracovišti, zvládl v ordinaci test MMSE na tolik bodů, že to ukazovalo buď jen hraniční demenci, nebo dokonce normu. Momentální výsledek testu může být naopak také ovlivněn aktuální kondicí nemocného, který se třeba zrovna špatně vyspal, nebo je unaven po absolvování delší cesty autobusem do ordinace, nebo již byl v ordinaci jiného lékaře, kde třeba delší dobu čekal, měl z vyšetření strach apod. Nemocní totiž často spojují návštěvy více lékařů najednou, nebo návštěvu lékaře a úřadů či obchodů, protože jízdné autobusy či vlaky je drahé, a tak se snaží vyřídit více věcí při jedné cestě.

MMSE má podle mého názoru také tu nevýhodu, že spojuje otázky těžké s otázkami lehkými, které jsou hodnoceny nepřiměřeně vysokým počtem bodů vzhledem k otázkám těžkým, čímž pak vzniká nepřesný výsledek. Např. sedmičkový test (odečítat od 100 sedm a dále – úkol č. 3) je pro řadu nemocných dosti obtížný, kdežto např. pojmenovat hodinky a tužku (úkol č. 5) je tak jednoduché, že i značně dementní nemocný to ví a dostane relativně snadno dva body. Obdobně vzít do ruky papír, přeložit ho napůl a položit na zem (úkol č. 7) zvládne i těžce nemocný pacient a dostane hned tři body, zatímco u méně postižených nemocných to vyvolává smích nebo opovržení. Naproti tomu napsat nadiktovanou větu a nakreslit geometrický útvar z dvou protínajících se pětiúhelníků jsou úkoly dosti těžké (č. 9 a 10) a pacient za ně dostane jen po jednom bodu. Dementní stavy, jako ostatně

všechny poruchy, je nutno diagnostikovat na základě komplexního posouzení celkového stavu nemocného a test MMSE, jakož i jiné testy (např. tzv. test hodin – B. K. P. Woo et al., 2004; Adamis D. et al., 2005) je třeba chápat jen jako doplněk a orientační pomůcku.

Osobně se domnívám, že pro pacienta postiženého některým druhem demence, tedy také pro jeho diagnostiku, je nejdůležitější zachování jeho schopnosti žít doma. K tomu je třeba, aby byl natolik samostatný, že se postará o své základní životní potřeby a nebude přitom ohrožovat ani sebe, ani okolí. To znamená, že si především všímáme takových ukazatelů, zda je nemocný sám schopen si obstarat stravu, uvařit si nebo aspoň ohřát jídlo, brát léky a neplést je, umýt se, vyprat si alespoň osobní věci, nenechat otevřený plyn nebo zapnutý elektrický vařič, puštěnou vodu apod; aby i v noci nemocný trefil na WC a zas do své postele a aby spal; aby byl schopen dovolat se pomoci, kdyby mu bylo zle. A pokud sám toto nezvládne, tak aby s ním neustále byl někdo, kdo ho hlídá a kdo ho obslouží. A když to není možné, pak nezbývá, než nemocného umístit někam, kde jsou uvedené potřeby zajištěny, tj. obvykle do domova důchodců. Přitom ovšem riskujeme, že změna pacientova prostředí jeho stavu neprospěje, že si v novém prostředí bude těžko zvykat a že jeho demence se může i zhoršit. Zde je třeba velmi pečlivě zvažovat, co dělat a kdy a jak jednat, a volit menší zlo.

Problematickým příznakem u dementních pacientů bývá paranoidita. Ta se podle mého pozorování vyskytuje relativně často, zejména u lidí s převahou vaskulární etiologie demence. Nejednou jde o pacienty jinak „na úrovni“, spořádané, pracovité, požívající vážnosti a v rodině respektované, kteří najednou začnou být vůči svým blízkým vztahovační. Pro okolí to bývá nemilé rozčarování a manželka či děti postiženého se cítí hluboce dotčeny a raněny. Pacient začne být vůči nim nedůvěřivý a posléze je obviňuje, že mu něco ukradli, nejčastěji peníze. Nebo že se ho chtějí zbavit a dát ho do ústavu nebo do domova důchodců. Ironií bývá, že takovýto pacient nejednou v ústavu či domově důchodců skutečně skončí, ne proto, že by se ho rodina chtěla zbavit, ale protože psychotické příznaky, které u něho propuknou, nelze již zvládat ambulantně nebo protože rodina nemá možnost se o něho starat. Myslím, že paranoidita je jedním ze sociálně nejobtížnějších příznaků, protože narušuje dříve harmonické vztahy v rodině, způsobuje bolest nevinným lidem a obrací se proti pacientovi samému, který v důsledku své vztahovačnosti nechce spolupracovat s rodinou a často ani s lékařem, případně sestrami v domově důchodců.

Ne vždy je však situace zcela zřetelná. Jsou i rodiny, kde vztahy nejsou ideální a kde se lékař v situaci příliš nevyzná, zejména pokud případné pa-