



Názov:

**Štandardný diagnostický, preventívny a liečebný
postup pre psychologický manažment pacienta
so syndrómom demencie**

Autori:

**PhDr. Ján Grossmann
doc. PhDr. Miloš Šlepecký, Csc.
Mgr. Andrea Šišilová**

Špecializačný odbor:

Klinická psychológia

Odborná pracovná skupina:

Klinická psychológia pre dospelých

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup:

Štandardný diagnostický, preventívny a liečebný postup pre psychologický manažment pacienta so syndrómom demencie

Číslo ŠP	Dátum predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
0204	22. september 2021	<i>schválený</i>	1.október 2021

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív:

PhDr. Ján Grossmann, doc. PhDr. Miloš Šlepecký, Csc., Mgr. Andrea Šišilová

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR; hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Inštitút zdravotníckej politiky; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: MUDr. Helena Glasová, PhD.; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; PharmDr. Tatiana Foltánová, PhD.; prof. MUDr. Jozef Glasa, CSc, PhD.; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubisko, PhD., mim.prof.; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; PhDr. Mária Lévyová; MUDr. Pavol Macho, PhD., MHA; MUDr. Boris Mavrodiev; Mgr. Katarína Mažárová; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Mária Murgašová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP; Mgr. Renáta Popundová; MUDr. Jozef Pribula, PhD., MBA; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; MUDr. Martin Vochyan; MUDr. Andrej Zlatoš

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Ing. Peter Čvapek; Mgr. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; Ing. Petra Hullová; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr. PhDr. Pavol Tománek, PhD., MHA; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD., MHA; Ing. Martin Malina; Ing. Barbora Kováčová; Ing. Katarína Krkošková; Mgr. Miroslav Hečko; Mgr. Anton Moises; PhDr. Dominik Procházka; Ing. Andrej Bóka

Podporené grantom z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom: “Tvorba nových a inovovaných postupov štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe” (kód NFP312041J193)

Kľúčové slová

syndróm demencie, diagnostika, prevencia, manažment, liečba

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

ADAS-cog	Alzheimer's Disease Assessment Scale – Cognitive
ACE-R	Addenbrooke's Cognitive Examination, Revised
APA	American Psychiatric Association American Psychological Association
BPSD	Behavioral and psychological Symptoms of Dementia – behaviorálne a psychologické symptómy demencie
CDT	Clock Drawing Task
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FAB	Frontal assessment battery
FTD	Frontotemporálna demencia
GDS	Geriatric Depression Scale
KBT	Kognitívno-behaviorálna terapia
LBD	Demencia s Lewyho telieskami
MCI	Mild Cognitive Impairment – Ľahká kognitívna porucha
MKCH-10	Medzinárodná klasifikácia chorôb, 10. revízia
MMSE	Mini-Mental State Examination
MoCA	Montreal Cognitive Assessment
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NPI	Neuropsychiatric Inventory
PLTC	Psychologists in Long-Term Care – psychológovia v dlhodobej starostlivosti
ŠDTP	Štandardný diagnostický a terapeutický postup
ŠPI	Špecifické psychoterapeutické intervencie

Kompetencie

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatria (psychiater, neuropsychiater) – psychiatrické vyšetrenie pacienta, diferenciálne diagnostika, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia. Po získaní certifikátu v CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI. Po absolvovaní vzdelávania v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM – špecifická psychoterapia, supervízia.

Lekár so špecializáciou v odbore neurológia (neurológ) – neurologické vyšetrenie pacienta, diferenciálna diagnostika, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia. Po získaní certifikátu v CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI. Podporná psychoterapia. Po absolvovaní vzdelávania v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM – špecifická psychoterapia, supervízia.

Lekár bez špecializácie – klinické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra/neurológa, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť. Podporná psychoterapia. Po získaní certifikátu v CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Lekár so špecializáciou všeobecný lekár pre dospelých, lekár so špecializáciou v odbore geriatria – všeobecný lekársky manažment pacienta, diagnostika syndrómu demencie, diagnostika a manažment najčastejších sekundárnych demencií. Podporná psychoterapia. Po získaní certifikátu v CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI. Po absolvovaní vzdelávania v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM – špecifická psychoterapia, supervízia.

Psychológ v zdravotníctve špecialista (klinický psychológ) – psychodiagnostické vyšetrenie, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, prevencia, podporná psychoterapia. Po získaní certifikátu v CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI. Po absolvovaní vzdelávania v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM – špecifická psychoterapia, supervízia.

Psychológ – psychodiagnostické vyšetrenie, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, prevencia, podporná psychoterapia pod supervíziou psychológa v zdravotníctve špecialistu. Po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Sestra so špecializáciou – podávanie farmakoterapie, ošetrovateľské postupy, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť. Po získaní certifikátu v CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI. Po absolvovaní vzdelávania v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM – špecifická psychoterapia, supervízia.

Poradenský psychológ – prvotné posúdenie, prevencia. Po získaní certifikátu v CPČ ŠPI poskytovanie ŠPI.

Liečebný pedagóg – prvotné posúdenie, prevencia.

Liečebný pedagóg špecialista – prvotné posúdenie, psychoedukáciu, prevenciu, liečebno-pedagogickú diagnostiku a liečbu, psychorehabilitačnú a komunitnú starostlivosť v rámci svojich kompetencií. Po absolvovaní vzdelávania v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM vhodnou pre manažment pacienta s demenciou – špecifická psychoterapia, supervízia. Po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytuje ŠPI.

Klinický logopéd – logopedická diagnostika, terapia komunikačných porúch. Po získaní certifikátu v CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Sociálny pracovník – prvotné posúdenie, prevencia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, sociálno-právna podpora, psychoedukácia, Po získaní certifikátu v CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Úvod

Tento ŠDTP je určený pre diagnostiku, prevenciu a liečbu dospelých osôb, ktoré trpia syndrómom demencie podľa EBM. Jeho cieľom je pozitívne ovplyvniť prejavy poruchy, pracovné a sociálne fungovanie postihnutých osôb a kvalitu ich života. Tento štandard nadväzuje na ŠTDP Demencia pri Alzheimerovej chorobe, ŠTDP vaskulárne demencie, Demencie u chorôb, ktoré sú klasifikované inde.

Predmetný štandard má zvýšiť povedomie o tomto syndróme, má jasne definovať postupy nielen pre zdravotníckych pracovníkov, ale aj ostatných pracovníkov pracujúcich v oblasti duševného zdravia, a tým dosiahnuť zlepšenie kvality života nielen ľudí s demenciou, ale aj ich opatrovateľov.

Syndróm demencie je charakterizovaný ako pokles v jednej alebo viacerých poznávacích (kognitívnych) domén (učenie a pamäť, jazyk, exekutívne funkcie, komplexná pozornosť, vizuálno-priestorové funkcie, sociálna kognícia), bez prítomnosti delíria. Deficity musia predstavovať pokles z predchádzajúcej funkčnej úrovne, a musia byť natoľko závažné, že zasahujú do bežného fungovania (do tzv. activities of daily living). Syndrómu demencie často predchádza tzv. štádium miernej kognitívnej poruchy (MCI – mild cognitive impairment), pričom je možné MCI chápať ako prodromálne štádium syndrómu demencie (Petersen, 2004). Rozdiel medzi miernym kognitívnym deficitom a syndrómom demencie je teda oslabenie kognitívnych funkcií, no v miere, ktorá už nie je veku primeraná ale nie je prítomné funkčné oslabenie bežných aktivít (Petersen et al., 1999).

Diagnostika syndrómu demencie je hlavne klinicky orientovaná, z toho dôvodu je pomerne nepresná pokiaľ ide o určenie etiológie ochorenia (napr. Alzheimerovu chorobu je možné definitívne stanoviť až post-mortem) (Perl, 2010). Existuje viacero biomarkerov, ktoré sa v diagnostike demencie používajú štandardne. V súčasnosti sú dostupné zobrazovacie metodiky (PET CT) za použitia rádionuklidu viažúceho sa na amoloid beta a tau-proteín (Morbelli et al., 2015; Welsh et al., 1994). Ostatné laboratórne vyšetrenia sú bližšie popísané v príslušných štandardných a diagnostických postupoch.

Klinicko-psychologická, resp. klinicko-neuropsychologická diagnostika je jednou z dôležitých podporných modalít (Knopman & Selnes, 2012). Jednak dokáže kvantitatívne, ako aj kvalitatívne vyhodnocovať dynamiku demencie a posúdiť mieru oslabenia jednotlivých kognitívnych domén. Z tohto dôvodu je potrebná úzka spolupráca neurológa, (geronto) psychiatra, rádiológa a klinického psychológa špecializujúceho sa na klinickú neuropsychológiu.

V súčasnosti nie je k dispozícii liečba, ktorá by vyliečila neurodegeneratívnu etiológiu demencie, alebo ktorá by významne zmenila jej progresívny priebeh (Arvanitakis et al., 2019). Syndróm demencie interferuje s aktivitami bežného života, a jeho prevalencia narastá

s predlžujúcim sa vekom ľudskej populácie. Podľa svetovej zdravotníckej organizácie (WHO, 2017) hlavnými cieľmi starostlivosti o pacienta s demenciou je včasná diagnostika s cieľom podporiť včasný optimálny manažment, optimalizáciu fyzického zdravia, spomaliť kognitívnu deterioráciu, zabezpečiť primeranú aktivitu a subjektívnu pohodu, identifikáciu a liečbu sprievodných fyzických chorôb, detekciu a liečbu náročných behaviorálnych a psychologických symptómov. Súčasťou starostlivosti o pacienta so syndrómom demencie je aj starostlivosť o jeho opatrovateľa, a to v podobe poskytovania informácií a dlhodobej podpory v zdravotných, sociálnych, finančných a právnych systémoch.

Miera psychickej záťaže rodinných opatrovateľov je významným fenoménom, na ktorý by sa mal sústrediť väčší záujem aj pozornosť odborníkov (Knapp et al., 2013; Verbeek et al., 2009).

Demencia je celosvetovo jednou z hlavných príčin invalidity a závislosti starších ľudí, a má fyzický, psychologický, sociálny a ekonomický dopad nielen na osoby s demenciou, ale aj na ich opatrovateľov, rodiny a spoločnosť ako celok (WHO, 2017). Preto by sa mal klásť dôraz na poskytovanie kvalifikovanej komplexnej starostlivosti, čo najbližšie k vlastnému sociálnemu prostrediu, a to tak u osoby s demenciou, ako aj rodinného opatrovateľa. Aktívnymi preventívnymi opatreniami vyplývajúcimi z monitorovania podmienok oboch strán je možné včas predísť komplikáciám nadmernej psychickej záťaže. Optimálnym riešením je vybudovanie siete poradenských a podporných skupín a dostatku služieb, ktoré poskytujú kombináciu zdravotnej a sociálnej starostlivosti vyplývajúcej z aktuálnych a meniacich sa potrieb tak človeka s demenciou, ako aj jeho opatrovateľa.

Súčasťou terminálnej starostlivosti o človeka s demenciou je paliatívna starostlivosť, a vzhľadom na rastúci počet ľudí zomierajúcich na demenciu by sa do národnej stratégie mala zaradiť aj príprava na poslednú fázu života (Amador et al., 2019). Stanovisko definujúce optimálnu paliatívnu starostlivosť o starších ľudí s demenciou – Delphi Study – a odporúčania EAPC (The European Association for Palliative Care) bolo publikované v roku 2014.

Tento štandard bol vytvorený na základe hierarchie váhy dôkazov, a to – štúdií, svetových a európskych odporúčaní (NICE, APA) a odborných poznatkov v problematike rešpektovaných a uznávaných autorít. Pri tvorbe štandardov sa zohľadnila potrebná úroveň dôkazov v elektronických databázach systematických prehľadov za posledných 10 rokov (Cochrane, Pubmed), či elektronických časopisov.

Prevenia

WHO uznáva demenciu ako prioritu verejného zdravia. V máji 2017 Svetové zdravotnícke zhromaždenie schválilo Globálny akčný plán verejného zdravia v oblasti demencie na roky 2017 – 2025. Plán poskytuje ucelený návrh opatrení pre politických činiteľov, medzinárodných, regionálnych a národných partnerov a WHO v nasledujúcich oblastiach: riešenie demencie ako priority verejného zdravia, zvyšovanie povedomia o demencii, zníženie rizika demencie, diagnostika, liečba, starostlivosť, informačné systémy pre demenciu, podpora opatrovateľov, výskum a inovácia.

Odborníci a vedci sa spolu so snahou o nájdenie účinnej liečby demencie snažia zistiť aj to, ako je možné demencii úplne predísť (Clarke, 2006; Galasko et al., 2006; Khachaturian et al., 2009; Valenzuela, 2008).

Rôzne silné dôkazy z odlišných multidisciplinárnych prieskumov upozornili a podporili hypotézu, že vaskulárne rizikové faktory (fajčenie, nadmerná konzumácia alkoholu, obezita, vysoká hladina celkového cholesterolu) a vaskulárna morbidita (vysoký krvný tlak, diabetes mellitus, drobné mozgové krvácania, infarkty) sú asociované so zvýšeným rizikom vzniku demencie (Králová, 2017).

Komisia (The Lancet Commission) pre prevenciu, intervenciu a starostlivosť o demenciu identifikovala v roku 2017 analýzou kvalitných systematických prehľadov, metaanalýz alebo individuálnych štúdií 9 modifikovateľných rizikových faktorov demencie: nižšie vzdelanie, hypertenziu, zhoršenie sluchu, fajčenie, obezitu, depresiu, fyzickú nečinnosť, diabetes, nedostatočný sociálny kontakt. K tomu v roku 2020 na základe rastúceho počtu dôkazov identifikovala ďalšie 3 faktory – nadmernú konzumáciu alkoholu, traumatické poškodenie mozgu a znečistenie vzduchu (Livingston a kol. 2020).

Na základe nich sa pomenovali určité protektívne faktory, ktoré môžu byť užitočné pri znižovaní rizika vzniku demencie. Dodržiavanie týchto zásad môže už aj existujúce ochorenie spomaliť alebo aspoň zmierniť jeho symptómy. Smernica WHO o znižovaní rizika poklesu kognitívnych funkcií a demencií poskytuje odporúčania vychádzajúce z EBM, týkajúcich sa intervencií na redukcii modifikovateľných rizikových faktorov demencie, ako je zdravý životný štýl spojený so zdravou výživou, primeranou fyzickou a mentálnou aktivitou, nefajčením, vyhýbaním sa škodlivému užívaniu alkoholu, udržiavaním zdravého krvného tlaku, cholesterolu a hladiny cukru v krvi.

V oblasti výživy sa k protektívnym faktorom zaraďuje stredomorská strava, polynenasýtené mastné kyseliny a ryby. Ako protektívny faktor vzniku AD longitudinálne štúdie opakovane poukázali na priaznivý vplyv antihypertenzívnej terapie. Medzi protektívne faktory môžeme zahrnúť dosiahnutie vyššieho vzdelania, vysokú mieru uspokojenia v pracovnom živote, bohatú sociálnu sieť, dostatočné množstvo rôznych sociálnych interakcií a častejšiu účasť v aktivitách stimulujúcich mentálne a fyzické schopnosti (Králová, 2017).

V posledných rokoch bola depresia medzinárodne uznaná ako prodromálny znak a nezávislý rizikový faktor pre pokles kognitívnych funkcií (Panza a kol., 2010; Steffens a kol., 2007). Dve veľké štúdie v poslednom čase poskytli dôkazy, že zvýšená miera depresívnych symptómov sa spája so zvýšeným rizikom demencie (Saczynski a kol., 2010), najmä u pacientov s rekurentnou sa depresiou (Dotson a kol., 2010). Význam prepojenia depresie a demencie sa prejavil aj v nedávnej metaanalýze skúmajúcej modifikovateľné rizikové faktory Alzheimerovej choroby, kde bolo zhodnotené, že približne jeden z desiatich prípadov demencie možno celosvetovo pripísať na vrub depresii (Norton a kol., 2014). Nedávny systematický prehľad (Barnes a Yaffe, 2011) navyše odhadoval, že zníženie prevalencie depresie o 10 % by mohlo potenciálne viesť k celosvetovému zníženiu výskytu demencie približne o 326 000 prípadov. Je dôležité, že kombinovaný efekt depresie s inými

modifikovateľnými rizikovými faktormi (najmä stavov spojených s kardiovaskulárnym ochorením, ako je diabetes, hypertenzia a obezita, fyzická nečinnosť a fajčenie) sa odhaduje u jednej tretiny všetkých prípadov demencie (t.j. cca 9,6 mil.) po celom svete (Norton a kol., 2014). Tento ohromujúci počet zdôrazňuje významné prepojenie medzi depresiou a kardiovaskulárnym ochorením ako rizikovým faktorom kognitívneho poklesu. Je dôležité, že tieto čísla tiež zdôrazňujú potrebu včasnej intervencie v komplexnom ponímaní depresie, kognície a modifikácie životného štýlu (Naismith a Mowszowski, 2016).

Potenciál prevencie demencie je vysoký a vyžaduje si podporu programov verejného zdravia, ale aj individuálne prispôsobených intervencií, zameranosť na rizikové skupiny s cieľom zvýšiť sociálnu, kognitívnu a fyzickú aktivitu.

Epidemiológia

Prevalencia demencie vo svete je rôzna (Rizzi et al., 2014). Avšak prevalencia demencie rastie vo svete so stúpajúcim vekom populácie. Zdá sa však, že v niektorých vysokopříjmových rozvinutých krajinách sa darí spomaľovať tento rast, a teda niektoré rizikové faktory vzniku demencie je možné ovplyvniť (Prince et al., 2016). Prevalencia demencie vo veku 70 – 75 rokov vzrastá z 2 – 3 % na 20 – 25 % vo veku 85 a viac rokov. Pravdepodobnosť rozvoja Alzheimerovej demencie je v porovnaní s mužmi mierne vyššia u žien vo veľmi vysokom veku. Na druhej strane, vaskulárna demencia a ďalšie cievne ochorenia sa častejšie vyskytujú u mužov (Nowrangi et al., 2011; van der Flier & Scheltens, 2005).

Alzheimerova choroba vo svete

Podľa štatistík je v súčasnosti na svete 46,8 miliónov ľudí postihnutých demenciou Alzheimerovho typu, pričom každoročný prírastok je 4,5 milióna nových prípadov. Podľa predpokladov sa počet ľudí trpiacich Alzheimerovou chorobou každých 20 rokov zdvojnásobí, vo vyspelých krajinách vzrastie počet chorých do roku 2040 o 100 %, v rozvojových krajinách dokonca až o 300 % (v týchto krajinách sa ešte len zvyšuje priemerná dĺžka života). Výskyt ochorení narastá s vekom, výskumy však potvrdzujú, že toto ochorenie sa v niektorých prípadoch začína okolo 30. roku života (Kukull, 2006).

Situácia v Európe

Odhaduje sa, že v Európe 7,3 miliónov ľudí trpí Alzheimerovou chorobou a príbuznými demenciami. V roku 2040 bude trpieť Alzheimerovou chorobou a ďalšími formami demencie viac ako 11 miliónov Európanov. Celkové náklady na toto ochorenie dosiahli v roku 2005 v krajinách EU 141 miliárd Eur.

Starostlivosť v podmienkach SR

Odhaduje sa, že počet pacientov na Slovensku s Alzheimerovou chorobou a príbuznými ochoreniami je okolo 50 000. Presné číslo nie je známe, nakoľko sa zatiaľ neuskutočnila adekvátna epidemiologická štúdia. Predpokladá sa, že v roku 2040 sa počet postihnutých zvýši na 180 000. Ochorenie sa dotýka ďalších 100 tisíc rodinných opatrovateľov, ktorí sa o postihnutých starajú.

Pri sekundárnych demenciách sa odhaduje, že tvoria 5 % všetkých prípadov demencie. Jednoznačne najčastejšia z nich je alkoholová demencia.

Patofyziológia

Patofyziológiu demencií je možné popísať ako poškodenie neurovegetatívnych sietí veľkého rozsahu, funkčných systémov mozgu, prípadne kortikálnych modulov. Podľa typu demencie dochádza rôznymi patofyziologickými procesmi k poškodeniu plynulého toku informácií, pričom poškodených systémov je pravidelne súčasne viac (Barker et al., 2014; Elahi & Miller, 2017; Ferencz & Gerritsen, 2015).

Klinický obraz demencie a neurohistopatologický nález nemusí v podstatnej miere spolu korelovať. To znamená, že napr. prejavy alzheimerovej demencie sa nemusia úplne kryť s Alzheimerovou chorobou. Človek, ktorý má Alzheimerovu demenciu má pomerne často pridruženú non-alzheimerovskú patológiu (Elahi & Miller, 2017). Sú dôkazy, že Alzheimerova choroba koexistuje s inými neurodegeneratívnymi ochoreniami, ako je napr. Parkinsonova choroba alebo demencia s Lewyho telieskami (Perl, 2010).

Patogenéza behaviorálnych a psychologických symptómov demencie sa pravdepodobne viaže na spoluúčasť psychických, sociálnych, biologických a genetických faktorov. Významné informácie z hľadiska biologických korelátov BPSD prinášajú v poslednom období výskumy z oblasti neurokognitívnych vied a neuropsychiatrie (Ondriášová, 2015).

Klasifikácia

V rozsiahlej problematike diagnostiky sa možno oprieť o celý rad manuálov. V súčasnosti sú dvoma základnými dokumentmi MKCH-10 a americký diagnostický a štatistický manuál duševných porúch DSM-V.

Podľa klasifikácie MKCH-10 patria demencie medzi Organické duševné poruchy vrátane symptomatických (F00 - F09), a majú nasledovné kódové označenia a diagnostické kritériá.

Zahrňajú celú škálu duševných porúch zoskupených na základe spoločnej dokázateľnej príčiny, ktorá je v chorobe, úraze alebo v inom poškodení mozgu, ktoré vedie k mozgovej dysfunkcii. Porucha funkcie môže byť primárna, ako je to pri chorobách, poraneniach a poškodeniach postihujúcich priamo a výlučne mozog, alebo je sekundárna, ako pri systémových chorobách a poruchách, pri ktorých je mozog len jeden z viacerých postihnutých orgánov alebo systémov.

Demencia (F00 - F03) je syndróm zapríčinený ochorením mozgu, zvyčajne chronickým alebo progresívnym, pri ktorom sa zhoršujú viaceré kognitívne funkcie, vrátane pamäte, myslenia, orientácie, chápania, matematických operácií, kapacity učenia, jazyka a úsudku. Vedomie nie je zastreté. Poznávacie poruchy zvyčajne sprevádzajú, niekedy aj predchádzajú zhoršeniu ovládania emócií, spoločenského správania a motivácie.

Tento syndróm sa objavuje pri Alzheimerovej chorobe, pri cerebrovaskulárnej chorobe a pri iných ochoreniach, ktoré primárne alebo sekundárne postihujú mozog.

F00* Demencia pri alzheimerovej chorobe (G30.-)

Alzheimerova choroba je primárna degeneratívna choroba mozgu neznámej etiológie s charakteristickými neuropatologickými a neurochemickými črtami. Choroba sa začína nenápadne a pomaly, ale progresívne sa vyvíja počas viac rokov.

F00.0* Demencia pri Alzheimerovej chorobe so skorým začiatkom (G30.0)

- Demencia pri Alzheimerovej chorobe so vznikom pred 65. rokom s relatívne rýchlo sa zhoršujúcim priebehom a výraznými poruchami kognitívnych funkcií.
- Alzheimerova choroba, 2. typ.
- Presenilná demencia Alzheimerovho typu.
- Primárna degeneratívna demencia Alzheimerovho typu s presenilným nástupom.

F00.1* Demencia pri Alzheimerovej chorobe s neskorým začiatkom (G30.1)

- Demencia pri Alzheimerovej chorobe so začiatkom po 65. roku, zvyčajne koncom 70. roku alebo neskôr, s pomalým postupom a s poruchou pamäti ako hlavnou črtou. Alzheimerova choroba, 1. typ.
- Primárna degeneratívna demencia Alzheimerovho typu so začiatkom v senu.
- Senilná demencia Alzheimerovho typu.

F00.2* Demencia pri Alzheimerovej chorobe, atypický alebo zmiešaný typ (G30.8)

- Atypická demencia Alzheimerovho typu.

F00.9* Nešpecifikovaná demencia pri Alzheimerovej chorobe (G30.9)

F01 Vaskulárna demencia

Cievna demencia je dôsledkom infarktovania mozgu zavineného vaskulárnou chorobou, vrátane hypertenznej cerebrovaskulárnej choroby. Infarkty sú zvyčajne malé, ale majú kumulatívny účinok. Začiatok je zvyčajne vo vyššom veku.

Zahŕňa: artériosklerotickú demenciu.

F01.0 Vaskulárna demencia s akútnym začiatkom

Zvyčajne sa vyvíja pomerne rýchlo po sérii porážok, či už na podklade mozgovej trombózy, embólie alebo krvácania. V zriedkavých prípadoch ju môže zapríčiniť jediné masívne krvácanie.

F01.1 Multi-infarktová demencia

Má postupnejší začiatok, po viacerých prechodných ischemických epizódach a následnom nahromadení lakún v mozgovom parenchýme. Prevažne kôrová demencia.

F01.2 Subkortikálna vaskulárna demencia

Zahŕňa prípady s anamnézou hypertenzie a ohniskami ischemického rozrušenia v hĺbkovej bielej hmote mozgových hemisfér. Mozgová kôra je zvyčajne zachovaná, čo kontrastuje s klinickým obrazom, ktorý sa môže veľmi podobat' obrazu demencie pri Alzheimerovej chorobe.

F01.3 Zmiešaná kortikálna a subkortikálna cievna demencia

F01.8 Iná cievna demencia

F01.9 Nešpecifikovaná cievna demencia

F02* Demencia pri iných chorobách zatriedených inde

Prípady demencie spôsobené alebo pravdepodobne spôsobené inými príčinami ako Alzheimerova choroba alebo cerebrovaskulárna choroba. Môže sa začať kedykoľvek počas života, ale iba zriedka v starobe.

F02.0* Demencia pri Pickovej chorobe (G31.0)

Progresívna demencia so začiatkom v strednom veku, charakterizovaná skorými, pomaly postupujúcimi zmenami povahy a sociálnym zlyhávaním s následným zhoršením intelektu, pamäťových a jazykových funkcií, s apatiou, eufóriou a niekedy s extrapyramídovými príznakmi.

F02.1* Demencia pri Creutzfeldovej-Jakobovej chorobe (A81.0)

Progresívna demencia s rozsiahlymi neurologickými príznakmi v dôsledku špecifických neuropatologických zmien, ktorých predpokladanou príčinou je prenosný pôvodca. Vzniká prevažne v strednom alebo vyššom veku, ale môže sa vyskytnúť kedykoľvek v dospelosti. Priebeh je subakútny, smrteľný počas jedného až dvoch rokov.

F02.2* Demencia pri Huntingtonovej chorobe (G10)

Demencia vzniká ako súčasť rozsiahlej degenerácie mozgu. Choroba sa prenáša jediným autozomálne dominantným génom. Príznaky sa typicky objavujú v tretej a štvrtej dekáde. Progresia je pomalá, smrť nastáva zvyčajne počas 10 – 15 rokov.

F02.3* Demencia pri Parkinsonovej chorobe (G20)

Demencia vznikajúca v priebehu rozvinutej Parkinsonovej choroby. Dosiaľ sa neukázali nijaké odlišujúce klinické znaky.

Demencia pri:

- paralysis agitans,
- parkinsonizme.

F02.4* Demencia pri chorobe vyvolanej vírusom ľudskej imunitnej nedostatočnosti [HIV] (B22.0)

Demencia, ktorá vznikla v priebehu choroby HIV bez inej súbežnej choroby, okrem infekcie HIV, ktorá by mohla vysvetliť klinické príznaky.

F02.8* Demencia pri iných špecifikovaných chorobách zatriedených inde

Demencia pri:

- mozgovej lipidóze (E75.-),
- epilepsii (G40.-),
- hepatolentikulárnej degenerácii (E83.0),

- hyperkalciémii (E83.5),
- získanej hypotyreóze (E01, E03.),
- intoxikáciách (T36 – T65),
- roztrúsenej skleróze (G35),
- neurosyfilise (A52.1),
- nedostatku niacínu (pellagra) (E52),
- polyarteritis nodosa (M30.0),
- systémovom lupus erythematosus (M32.-),
- trypanosomóze (B56.-, B57.-),
- nedostatku vitamínu B12 (B53.8).

F03 Nešpecifikovaná demencia

Presenilná • demencia NS

- psychóza NS

Primárne degeneratívna demencia NS

Senilná

- demencia
- NS
- depresívny alebo paranoidný typ
- psychóza NS

Nezahŕňa:

- senilnú demenciu s delíriom alebo akútnym stavom zmätenosti (F05.1),
- senilitu NS (R54).

V DSM-V patria demencie do novej skupiny Závažnej neurokognitívnej poruchy. Kategória neurokognitívnej poruchy zahŕňa skupinu získaných, nie vývinovo podmienených porúch, u ktorých je primárny klinický deficit v kognitívnych funkciách. V porovnaní s MKCH má DSM-V informatívnejší text, s jednoznačným diagramom, ktorý je doplnený špecifikáciou prítomnosti behaviorálnych symptómov.

DSM-V diagnosticky zahŕňa aj miernu neurokognitívnu poruchu, ktorá je charakterizovaná prítomnosťou mierneho kognitívneho zhoršenia z predchádzajúcej úrovne výkonnosti v jednej či viacerých kognitívnych funkciách (celková pozornosť, exekutívna funkcia, učenie, pamäť, reč, psychomotorické funkcie, sociálne kognície) založené na týchto zisteniach :

1. sťažnosti pacienta, informovanej blízkej osoby alebo lekára, že nastal mierny pokles v danej kognitívnej funkcii a,
2. mierne narušenie kognitívnej výkonnosti, dokumentované predovšetkým štandardizovaným neuropsychologickým testovaním, prípadne kvantifikované iným klinickým vyšetrením, pokiaľ štandardné testovanie chýba.

Ďalším diagnostickým kritériom je, že kognitívne deficity nenarúšajú sebestačnosť v bežných činnostiach, nevyskytujú sa výhradne v súvislosti s delíriom a nie je možné ich lepšie vysvetliť inou duševnou poruchou.

Klinický obraz

V klinickej praxi sa dnes označuje pojmom demencia skupina diagnóz s podobnými prejavmi, ktoré však môžu mať rôznu etiológiu. Nejde o jednotnú poruchu so známou príčinou a konštantnými symptómami (hovorí sa o syndróme demencie), čo značne sťažuje presnú definíciu a kategorizáciu demencie.

V učebnici psychiatrie (Höschl, Libiger, & Švestka, 2004) popisuje Jiráček demencie ako „závažné duševné poruchy, ktorých základnými prejavmi sú príznaky úbytku kognitívnych (poznávacích) funkcií“. Zdôrazňuje pritom, že musí ísť o úbytok funkcií, čo predpokladá, že daná funkcia musela byť predtým prítomná, a v istej miere rozvinutá. Ako hranica slúži orientačný vek 2 – 4 roky. Poruchy kognitívnych funkcií, ktoré majú pôvod v období pred týmto vekom, sa označujú ako mentálne retardácie – k rozvoju danej funkcie pravdepodobne nikdy nedošlo. Oproti tomu stoja demencie. Deficit kognitívnej funkcie nájdený po približne treťom roku života predpokladá, že sa v CNS, resp. psychike pacienta, daná funkcia rozvinula, a až potom sa o ňu následkom patologického procesu prišlo. Prítomnosť demencie v tak mladom veku je však našťastie skôr výnimkou a demencie sú vo všeobecnosti syndrómom, ktorý sa týka staroby.

Höschl uvádza rozdiel medzi demenciou ako symptómom a demenciou ako syndrómom:

- **Demencia ako symptóm** – označuje úbytok intelektu, ktorý nastal z najrôznejších príčin vo veku vyššom ako 3 – 4 roky.
- **Demencia ako syndróm** – zahŕňa okrem postihnutia intelektu ďalšie symptómy, ako poruchy pamäti, myslenia, orientácie, emócií, správania a iné. K podstatným príznakom syndrómu demencie náležia príznaky základné a vedľajšie. Medzi základné príznaky zahŕňame poruchu intelektu a poruchu pamäti, orientácie, myslenia, narušenú schopnosť učenia a poruchy úsudku. K vedľajším symptómom patrí citová plochosť alebo nestálosť, patické nálady, zníženie etických a morálnych noriem (defekt vyšších citov), zmenšená schopnosť samostatného rozhodovania a zvýraznenie premorbidných rysov osobnosti.

Dušek a Večeřová (2010) charakterizujú klinický obraz demencie:

- Poruchy pamäti,
- Poruchy úsudku a myslenia (poruchy kognitívnych funkcií),
- Poruchy orientácie až výskyt delírií,
- Poruchy emotivity (labilita, podráždenosť, apatia),
- Poruchy spoločenských konvencií.

Podľa Pidrmána (2007) demenciu možno chápať ako získanú poruchu kognitívnych funkcií, ktorá je natoľko závažná, že má zásadný vplyv na ďalšie funkcie, a tým aj život pacienta. Symptómy demencie možno z hľadiska praktického i didaktického rozdeliť do troch základných skupín, ktoré nazývame A-B-C:

- narušenie kognitívnych funkcií (C-cognition),
- narušenie aktivít denného života (A-activities of daily life),
- poruchy správania (B-behavior).

Všeobecné kritériá demencie:

- zjavné zhoršenie krátkodobej a dlhodobej pamäti,
- ďalej aspoň jeden z faktorov:
 - narušenie abstraktného myslenia,
 - narušenie súdnosti,
 - narušenie ostatných kognitívnych funkcií,
 - zmeny osobnosti,
- tieto poruchy sa manifestujú v obvyklých pracovných či sociálnych procesoch vo vzťahu k okoliu,
- nejde súčasne o poruchu vedomia.

Tabuľka č. 1

 Porovnanie demencií z hľadiska klinickej prezentácie a priebehu (Králová, 2017; Noggle et al., 2015)					
	Demencia pri Alzheimerovej chorobe	Demencia s Lewyho telieskami	Demencia pri Parkinsonovej chorobe,	Vaskulárna demencia	Frontotemporálna demencia
Nástup príznakov, vek vzniku	Pomalý, nenápadný, staroba	Pomalý, nenápadný Kognitívne poruchy do 1r. od motorických príznakov Prevaha vo vysokej starobe	Pomalý, nenápadný po najmenej rok trvajúcich ESP príznakov	Náhly, rýchly začiatok. Vyšší vek skôr netypický	Nenápadný z hľadiska kognície, viac presenilný vek
Priebeh	Neustále progredujúci úpadok, výrazne nekolíše Kognitívne poruchy predchádzajú zmenám v osobnosti a motorických funkcií	Kognitívne deficity sa vyskytujú pred alebo s motorickými príznakmi (žiadny alebo mierny tremor) Plynulo progredujúci, ale výrazné fluktuácie v krátkom časovom horizonte	Plynulo progredujúci, výrazne nekolíše	Typická „schodovitá“ progresia. Nápadné dobré zachované oblasti	Plynulo progredientný, obvykle výrazne rýchlejší, zachovanie epizodickej pamäti

Kognitívny deficit	Pozornosť - jednoduchá pozornosť môže byť zachovaná v raných fázach; deficity v komplexnej pozornosti a pracovnej pamäti Pamäť: Rýchla zabudlivosť epizodických spomienok Exekutívne funkcie: mierne deficity v ranej fáze ochorenia Jazyk a reč: skoré deficity v sémantickej fluencii sprogredujú do anómie a agnózie Vizuopriestorové deficity: Postihnutie sa objavuje v pokročilej fáze ochorenia	Pamäť: mierne deficity vo výbavnosti Vizuospaciálne funkcie: Výrazné skoré deficity neprimerané pamäťovým poruchám Exekutívne funkcie: Výrazné skoré deficity neprimerané pamäťovým poruchám	Pamäť: v raných fázach mierne deficity vo výbavnosti Pozornosť: kolísavé zhoršenie jednoduchšej pozornosti, komplexná pozornosť a pracovná pamäť výraznejšie oslabené. Exekutívne funkcie: Výraznejšie oslabenie v oblasti plánovania, abstraktného usudzovania. Zníženie rýchlosti myslenia Vizuopriestorové funkcie: mierne oslabenie Reč a jazyk: znížené v neskorších fázach ochorenia	Pamäť: Mierne porucha výbavnosti Exekutívne funkcie: narušenie je podobné alebo výraznejšie než pamäťové poruchy Výraznejšia variabilita naprieč kognitívnymi doménami	Behaviorálny variant (BV): Výraznejšie zmeny osobnosti pred deterioráciou kognitívnych funkcií. Oslabenie verbálnej flexibility a oslabenie exekutívnych funkcií Progresívna nonfluentná afázia (PNFA): Výrazná nonfluentná afázia v raných fázach ochorenia, bez narušenia porozumenia Sémantická demencia (SD): Výrazné oslabenie sémantickej pamäte so zachovanou plynulosťou reči
Nekognitívne symptómy	Častý výskyt, včasná depresia, psychotické a behaviorálne príznaky v neskorších štádiách	Častý výskyt, včasné rekurentné vizuálne halucinácie, detailné bludy s paranoidným obsahom	Najmä afektívne: včasná a neskorá depresia, anxieta a prechodné krátke psychotické prejavy	Častý výskyt, hlavne: afektívne poruchy, kvalitatívne poruchy vedomia	Dominujú poruchy osobnosti, správania, emočná labilita, obsedantno-c kompulzívne symptómy
Neurologické príznaky	Včasné nie sú, neskôr zriedka, skôr u zmiešanej AD	Extrapiramídové symptómy,	Extrapiramídové symptómy	Ložiskové príznaky, sekundárny parkinsonský synd	Extrapiramídové symptómy nie sú vždy prítomné

Neur zobrazovacie metodiky	Hippokamálna atrofia na MR zobrazení Pozitívny amyloid na PET CT s Pittsburskou zlúčeninou B	Znížený posteriórny metabolizmus na PET Kortikálna atrofia	Abnormality v konektivite mozgových sietí Narušenie v hipokampoch, zníženie ich objemu	Ťažká subkortikálna a porucha bielej hmoty Viaceré veľké infarzácie Strategický infarkt pri zobrazení MRI	BV: atrofia frontálnych regiónov PNFA: atrofia v perisilvanovej oblasti SD: Atrofia anteriórnych temporálnych oblastí
Neuropatológia	Amyloidné plaky Neurofibrilárne kľbká Kôrová a hipokampálna atrofia Cerebrálna amyloidová angiopatia	Kortikálne a subkortikálne Lewyho telieska	Prítomnosť lewyho teliesok v hipokampoch Častá komorbidita s A. chorobou	Infarzácia Hemorágie Rarefakcie bielej a šedej hmoty mozgovej Ateroskleróza Arterioskleróza	Atrofia frontotemporálnych oblastí FTD Tau telieska FDT TDP-43 telieska FUS telieska

Skupina nekognitívnych symptómov pri demencii

Zatiaľ čo prítomnosť kognitívnych porúch je potrebná a dostatočná pre diagnózu demencie, pridružené behaviorálne a psychologické symptómy demencie (BPSD) definované ako heterogénny súbor psychických reakcií, psychiatrických symptómov a správania, ktoré sa objavujú u ľudí s demenciami rôznej etiológie (International Psychogeriatric Association – IPA, 1996) môžu mať výrazný vplyv na liečbu a prognózu demencie. Z toho dôvodu DSM-5 vyžaduje, aby sa pri diagnostike špecifikovala nielen ich prítomnosť, ale aj stupeň závažnosti.

Často sú prvým symptómom, ktorý spôsobí, že pacient navštívi lekára. Všeobecne sa odhaduje, že BPSD postihuje 90 % všetkých pacientov trpiacich demenciou. Symptómy sú nestabilné v čase a v klinickom obraze je bežný výskyt niekoľkých symptómov u jedného pacienta naraz.

Podľa IPA ich možno rozdeliť na :

1. **Behaviorálne symptómy**, ktoré možno u pacienta pozorovať, alebo sú opísané jeho príbuzným:
 - agresivita,
 - nepokoj,
 - agitovanosť,
 - túlanie sa,
 - správanie, ktoré je v danej kultúre neadekvátne,
 - sexuálna dezinhibícia,
 - hromadenie (zásob),
 - vulgárna reč,
 - koprolália,

- kráčanie za niekým ako tieň.
- 2. **Psychologické symptómy**, ktoré možno zistiť pri vyšetrení pacienta alebo pri rozhovore s jeho príbuzným:
 - anxieta,
 - depresívna nálada,
 - halucinácie,
 - bludy.

Navrhli sa viaceré spôsoby triedenia BPSD s ohľadom na predpokladané neurobiologické, osobnostné a psychosociálne podkladové faktory.

Z teoretického hľadiska sa identifikovali nasledovné determinanty BPSD (Kales a kol., 2015):

- faktory súvisiace s osobou, ktorá má demenciu (akútne ochorenie, základné psychické ochorenie, senzorické deficity a nenaplnené potreby),
- faktory súvisiace s osobou, ktorá poskytuje starostlivosť (stres, depresia, nedostatok vedomostí o demencii, komunikačné problémy, nesúlad očakávania opatrovateľa so závažnosťou stupňa demencie),
- faktory prostredia (nadmerné alebo nedostatočne stimulované prostredie, málo bezpečné prostredie, nedostatok zavedených stereotypných postupov, nedostatok bezpečných prvkov).

Prierezová štúdia Európskeho konzorcia pre Alzheimerovu chorobu (European Alzheimer's Disease Consortium (Petrovic a kol. 2007) skúmala vzťahy medzi behaviorálnymi a psychologickými symptómami demencie (BPSD). 96 % pacientov malo najmenej jeden symptóm. Medzi nimi bola najčastejšia apatia (59,6 %) a depresia (58,5 %), nasledovala podráždenosť (44,6 %), úzkosť (44 %) a nepokoj (41,5 %).

Boli identifikované štyri odlišné behaviorálne syndrómy:

- *faktor psychózy* (podráždenosť, nepokoj, halucinácie a úzkosť),
- *psychomotorický faktor* (aberrantné motorické správanie a bludy),
- *faktor nálady* (impulzivita, nadšenie a depresia),
- *inštinktový faktor* (porucha chuti do jedla, poruchy spánku a apatia).

Depresívne zoskupenie s impulzivitou a eláciou (nadšenie, vzrušenie) v rámci faktora nálady zdôrazňuje povahu nálady osoby s demenciou a jeho osciláciu nálady, čo má vplyv na liečbu, berúc do úvahy póly stupnice nálady a akúkoľvek osciláciu medzi nimi.

Behaviorálne a psychologické symptómy demencie sú klinicky rovnako relevantné ako kognitívne príznaky, pretože silne korelujú so stupňom funkčného a kognitívneho poškodenia.

Rôzne štýly opatrovania ovplyvňujú variabilitu BPSD u ľudí s demenciou, a sú dôležité v predvídaní nielen správania sa osôb s demenciou, ale aj zaťaženia opatrovateľov. Preto je dôležité, aby sa intervenčné programy zameriavali na edukáciu opatrovateľov

(De Vugt a kol., 2004). Intervencie opatrovateľa môžu symptómy BPSD u ľudí s demenciou významne zredukovať (Brodaty & Arasaratnam, 2012). Psychoedukácia neformálnych opatrovateľov vedie k redukcii agitovanosti a úzkosti osôb s demenciou (Haupt et. al., 2000).

Diagnostický postup

V diagnostickom procese sú centrom záujmu špecifické potreby osoby s potenciálne súbežnými zdravotnými, funkčnými, psychologickými a sociálnymi potrebami.

A. Diagnostika (záchyt) syndrómu demencie

1. Úvodné klinické vyšetrenie – podrobná anamnéza

- zachytenie rozvoja syndrómu demencie u svojho pacienta, ktorého poznajú roky, a všimnú si na ňom zmeny, t.j. nástup kognitívnej poruchy. majú lekári prvého kontaktu (všeobecný lekár, ambulantný neurológ, lekári v rámci konziliárneho vyšetrenia v nemocnici, psychiater). V prípade, ak je prvým profesionálnym osobným odborným kontaktom psychológ, snaží sa získať všetky existujúce lekárske záznamy, ktoré môžu dopĺňať jeho vyšetrenie. Pri podozrení na akýkoľvek zdravotný problém, akýkoľvek potenciálne reverzibilný zdravotný stav, ktorý je spojený s demenciou alebo kognitívnym poklesom jednotlivca, odkáže na dôkladné lekárske vyšetrenie,
- popis charakteru nástupu symptómov, vek pacienta pri nástupe symptómov, ich priebeh (pomalý, nenápadný, náhly, a pod.), prípadné vyvolávajúce či zhoršujúce faktory,
- zameranie sa na kognitívne symptómy, na skupinu nekognitívnych symptómov – behaviorálne a psychologické symptómy a ich dopad na každodenný život pacienta.

Informácie sa získavajú od samotného pacienta, a ak je to len trochu možné, aj od jemu blízkej osoby, ktorá ho dobre pozná (napr. od člena rodiny).

2. Skriningové testy

Existuje veľké množstvo škál a testov, ktorými sa môže hodnotiť úroveň kognitívnych funkcií. Niektoré z nich slúžia najmä ako skriningové nástroje na záchyt demencie, niektoré sa môžu využiť po stanovení diagnózy na sledovanie zmien stavu (progresie, prípadne zlepšenia pri liečbe).

Najväčšie využitie v bežnej klinickej praxi majú Kognitívne skriningové testy (príloha):

- **ŠtMMSE – štandardizovaný Mini-mental status examination.** Bol vyvinutý na zlepšenie objektivity pôvodného MMSE. Umožňuje zhodnotiť orientáciu, okamžitú pamäť a schopnosť vybavenia si, pozornosť, fatické, gnostické a praktické funkcie, vrátane písania, počítania a čítania. Používa sa na globálne hodnotenie kognitívnych funkcií, ako aj na zhodnotenie efektu liečby.
- **MoCA** (Montreal Cognitive Assessment, „Nasreddinov test“) (Nasreddine et al., 2005), (validizovaná slovenská verzia testu: Cséfalvay a Marková, 2011).
- **ACE, ACE-R** (Addenbrookes' Cognitive Examination, Revised) (Mathuranath et al., 2000; Mioshi et al., 2006).

- **ADAS-cog** (Alzheimers' Disease Assessment Scale – Cognitive) (Rosen, Mohs a Davis, 1984; Mohs et al., 1997) slovenská verzia (Kolibáš a spol., 2000).
- **CDT** (Clock Drawing Task, Test kresby hodín, CLOX) (Royall et al., 1998). Je to ľahko vykonateľný test a vhodne dopĺňa MMSE.
- **CFT, LFT** (Verbálna fluencia sémantická, fonemická).
- **7-minútový test** (Solomon et al., 1998).
- **Rozšírený test s nápoďou (Test 16 slov)** (Grober, 1988).
- **Frontal assessment battery** (Dubois et al., 2000) (česká úprava Bezďíček, 2017).

Ostatné štruktúrované testy patria do kompetencie psychológov, pretože je veľmi dôležitá ich interpretácia.

Taktiež je dôležité zhodnotiť závažnosť postihnutia pomocou funkčných štandardizovaných testov, ako sú

- **ADCS – ADL** (Alzheimer's Disease Co-operative Study Activities of Daily Living Scale) – (Galasko et al., 1998).
- **IADL** (Instrumental Activities of Daily Living Scale) (Lawton a Brody, 1969)

Škály pre hodnotenie BPSD

- **NPI** (Neuropsychiatric Inventory) (Cummings et al., 1994).
- **GDS** (Geriatric Depression Scale) (skrátaná verzia Sheikh a Yesavage, 1986).
- **Dementia rating scale -2** (Jurica, 2001).
- **Repeated battery for assessment of neuropsychological status RBANS** (Randolf, 2012).
- **Krátka neuropsychologická baterie** (Straková a kol., 2020) – NÚDZ zdarma stiahnuteľná.

Neuropsychologické vyšetrenie

V súčasnosti na Slovensku (2021) nie je ešte štandardne dostupná a používaná neuropsychologická diagnostika tak, ako je to napr. v Česku. Je dôležité, aby si klinickí psychológovia osvojili použitie základných metódik, kým nebude adekvátne dostupná komplexná neuro-psychologická batéria vyhovujúca požiadavkám súčasnej doby. Na vyšetrenie kognitívnych funkcií sa zásadne neodporúča používať Rorschachovu metódu aj bez podozrenia prítomnosti kognitívnej poruchy (vyšetrenie tzv. organicity pomocou ROR u pacientov so schizofréniou sa v súčasnej dobe neodporúča).

K neuropsychologickému vyšetreniu býva spravidla pacient odoslaný neurológom, prípadne psychiatrom, a to zväčša vo fáze mierneho kognitívneho deficitu, či začínajúcej demencie. Niekedy si vyžadujú vyšetrenie samotní pacienti alebo ich rodinní príslušníci. Je dôležité si uvedomiť, že rola psychológa nie je len stanoviť diagnózu, pretože psychológ je súčasťou celého diagnostického procesu. V kompetencii psychológa je popísať rozsah a hĺbku kognitívneho deficitu, ak sa u pacienta nejaký zistí. Okrem popisu výkonu kognitívnych funkcií môže naznačiť zdroje ďalších psychických ťažkostí.

V rámci neuropsychologického vyšetrenia demencie majú vždy zásadný význam klinické metódy – pozorovanie a rozhovor. Zisťujeme nielen konkrétne údaje o pacientovi,

ale sledujeme jeho interakciu s okolím, pohotovosť, obsahovú aj formálnu stránku verbálneho vyjadrovania, ako aj neverbálny prejav.

V rámci vyšetrenia hodnotíme tzv. ABC demencie:

- A- aktivity bežného denného života, tzn. schopnosť sebestačne vykonávať každodenné činnosti,
- B- správanie (vrátane neuropsychiatrických symptómov),
- C- kogníciu - kognitívne funkcie.

Pred vyšetrením sa uistíme, že má pacient okuliare, ak ich nosí. Pýtame sa tiež na jeho sluch (či nás dobre rozumie).

Inštrukcie by sa mali čítať, prípadne zreteľne vyjadrovať, nahlas, skôr pomalšie a s riadnou artikuláciou. Snažíme sa sledovať neverbálne signály, ktorými pacient môže dávať najavo, že nám nerozumie. V prípade nejasností sa pýtame, či je všetko zrozumiteľné, resp. sa pýtame ako zadaniu porozumel. Ak pacient inštrukciám nerozumie, najskôr skúsime inštrukciu alebo jej časť povedať nahlas a pomaly.

Pri získavaní anamnézy sa vždy snažíme získať informácie nielen od pacienta a dostupných lekárskejších správ, ale predovšetkým od blízkych osôb pacienta, resp. od ľudí, ktorí s pacientom bývajú, žijú a môžu spoľahlivo informovať o jeho každodennom fungovaní. Zvlášť pacienti s demenciou alzheimerovho typu majú tendenciu bagatelizovať alebo popierať svoje ťažkosti, či už kvôli zahanbeniu, zlyhávaniu kognícií (anosognózia), prisudzovaniu vlastných ťažkostí okoliu, až po paranoidné závery (napr. „chcú sa ma zbaviť...“, „...umiestniť do starobinca“).

Vyššie vzdelanie a mentálna aktivita koreluje s nižším výskytom Alzheimerovej choroby. Napriek tomu sa Alzheimerova choroba vyskytuje u mnohých vysoko vzdelaných osôb a väčšinu svojho života mentálne aktívnych ľudí. U takýchto ľudí je pomerne často náročné stanoviť kognitívny deficit iba na základe jedného vyšetrenia, vzhľadom na ich vysokú premorbídnu kognitívnu výkonnosť, a získané zručnosti im poskytujú pomerne silnú kognitívnu rezervu. Pre tieto dôvody je vhodné vyšetrenie zopakovať približne po 6 mesiacoch. Je možné sledovať vývoj ťažkostí – ich zhoršenie, pretrvávanie stavu alebo zlepšenie.

Vyšetrenie kognície

Na úvod vyšetrenia je vhodné vybrať skríningový nástroj, napr. test MoCA alebo MMSE. Nástroj MMSE je vhodnejší až pri podozrení prítomnosti demencie. Pri výsledku hrubého skóre < 26 v teste MoCA, a súčasne prítomnosti narušenia výbavnosti z oddialenej pamäte (taktiež MoCA) je vhodné administrovať test 16 slov (Rozšírený test s nápoďou). Testy MoCA aj MMSE sú však len skríningové nástroje a nemôžu nahradiť komplexné neuropsychologické vyšetrenie, ktoré je nutné pri podozrení na miernu kognitívnu poruchu alebo ľahkú až stredne ťažkú demenciu.

Batériu testov volíme podľa závažnosti odhadovaného kognitívneho deficitu. Čím je kognitívny deficit menší (t.j. skóre MoCA je blízko hraničného skóre 26 zhora aj zdola), tým by mala byť batéria komplexnejšia. Pri osobách, pacientoch s jasnými známkami hlbšieho kognitívneho

deficitu (anamnéza, rozhovor, skrining) volíme skôr len jednoduchšie testy (test hodín, zoznam slov, test frontálnych funkcií). V prípade podozrenia na ľahkú demenciu vyberáme kratšiu testovú batériu, pretože pacient nebýva schopný absolvovať dlhšie a náročnejšie vyšetrenie, ktoré potom stráca svoju validitu ako aj význam, a skôr trápia pacienta. Cieľom vyšetrenia pacienta teda nie je len identifikovať pamäťový deficit (z týchto dôvodov nevyberáme Wechsler memory scale (WMS), ale vyberáme testy, pomocou ktorých dokážeme hodnotiť kognitívne funkcie:

- pamäť – deklaratívnu – ukladanie do pamäti a retenciu, voľné vybavenie a vybavenie s nápoľou,
- vizuálno-priestorové funkcie,
- fatické funkcie, reč,
- pozornosť a pracovnú pamäť,
- exekutívne funkcie.

V prípade nedostatku času alebo nemožnosti zaľžiť pacienta dlhšou batériou môžeme zvoliť poloskriniové metodiky všeobecného zhodnotenia kognície, napr. Krátka neuropsychologická batéria, Mattisova škála demencie II. (Dementia Rating Scale – DRS 2), Opakovateľná batéria na posudzovanie neuropsychologického stavu (RBANS – Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status).

Deklaratívna pamäť

Vyberáme test, ktorý nám poskytne informácie o schopnosti učenia, schopnosti ukladania do pamäte a retenciu, s bezprostredným aj oddialeným voľným vybavením testového materiálu a pokiaľ možno aj informáciou o efekte kódovaného ukladania a funkciu nápoľe (Test 16 slov). Užitočná je aj rekognícia verbálneho aj neverbálneho materiálu. Ťažkosti v deklaratívnej pamäti sa premietajú aj do testov orientácie.

Použitelné testy:

pamäťový test učenia (AVLT, California verbal learning test II, PhVLT, WMS-III zoznam slov; Poviedka (Logická pamäť batéria Neuropsy, WMS-III; Grober-Buschke 16 obrázkový test (Test 16tich slov); Brief visuospatial memory test - revised (BVMT-R);

Vizuopriestorové funkcie

Testy vizuopriestorových schopností často vyžadujú aj zapojenie vizuokonštrukčných schopností, a v zložitejších variantách sú významne ovplyvnené exekutívnymi funkciami.

Použitelné testy:

Rey-Osterriethova komplexná figúra ROCFT; Test hodín (Clock drawing test); Subtest kocky WAIS-III;

Fatické funkcie, reč

Do testov fatických funkcií zaraďujeme test pomenovania predmetov alebo obrázkov a testy slovnej produkcie. Môžeme sem zaradiť aj test písania, a to pri podozrení na inú etiológiu kognitívnych ťažkostí.

Použiteľné testy:

Bostonský test pomenovania (BNT);

subtest Pomenovanie obrázkov z batérie Neuropsychy;

sémantická/kategoriálna fluencia - kategória zvieratá, zelenina, veci používané v kuchyni;

Podobnosti (subtest WAIS-R, WAIS-III);

Pozornosť a pracovná pamäť

Môžeme zaradiť aj testy mentálnej kontroly.

Použiteľné testy:

Test cesty A – testuje pozornosť, psychomotorické tempo;

TMT B – testuje pracovnú pamäť, exekutívne funkcie;

kódovanie symbolov (WAIS-III, batéria Neuropsychy) testuje psychomotorické tempo, pozornosť;

Subtest opakovanie čísiel dopredu (WAIS-III, batéria Neuropsychy) – testuje krátkodobú pamäť, pozornosť;

Subtest opakovanie čísiel odzadu (WAIS-III, batéria Neuropsychy) – testuje pracovnú pamäť, pozornosť;

Exekutívne funkcie

Metódy vyšetrenia exekutívnych funkcií sa prekrývajú s metódami na vyšetrenie pozornosti, pracovnej pamäte, vizuokonštrukčných schopností.

Použiteľné testy:

Rey-Osterriethova komplexná figúra ROCFT;

Test hodín;

Subtest kocky WAIS-III;

TMT-B;

Stroopov test;

Fonemická verbálna fluencia (COWAT);

Záver vyšetrenia:

- Pri neuropsychologickej diagnostike mierneho kognitívneho deficitu ako etiologického predstupňa demencie sa opierame o pôvodné kritéria Petersena (Petersen et al., 1999). Sebestačnosť nie je narušená, sú prítomné subjektívne sťažnosti pacienta. Doporučený cut-off skóre v podobe poklesu o -1 až -1,5 štandardnej odchýlky (SD) aspoň v jednej kognitívnej doméne je skôr vodítkom, a rozhodnutie o významnom zhoršení kognitívnych funkcií sa ponecháva na klinický úsudok. Je vhodné použitie dvoch testov na jednu kognitívnu doménu. Prítomnosť kognitívneho oslabenia v doméne, je výkon v oboch testoch medzi -1,0SD – -2,0SD.

- Pri Alzheimerovej chorobe (ACh) alebo demencii pri ACh býva vo väčšine prípadov vážne narušená doména pamäti (typická amnestická forma ACh) a niektoré z ďalších kognitívnych domén. Na základe kognitívneho deficitu býva narušená sebestačnosť a každodenné fungovanie pacienta. Môžu sa objavovať neuropsychiatrické symptómy. Subjektívne sťažnosti sa nemusia vyskytovať pre anosognóziu.
- Pokiaľ sú v popredí behaviorálne symptómy svedčiace pre prefrontálny syndróm (odbrzdené správanie, familiárnosť, strata empatie a iné) a dysexekutívny syndróm (deficit iniciácie, plánovanie aktivít, rozhodovanie atď.), uvažujeme o frontotemporálnej demencii alebo behaviorálnej forme frontotemporálnej lobárnej degenerácii. Ak sú zasiahnuté predovšetkým rečové funkcie, uvažujeme o sémantickej demencii či primárnej progresívnej afázii. Ak zistíme fluktuujúce kognitívne schopnosti s výraznými zmenami pozornosti, rekurentné detailné a dobre formované zrakové halucinácie a tras – spontánne motorické prejavy parkinsonizmu, uvažujeme o demencii s Léwyho telieskami. Pre vaskulárnu etiológiu svedčí náhly začiatok, neurologické symptómy, pamäť nemusí byť oslabená, skôr je možné zistiť deficit vo vizuálno-konštrukčných/exekutívnych úlohách.

B. Vylúčenie sekundárnych (potenciálne reverzibilných) demencií (v kompetencii všeobecného lekára, geriatra):

- 1. Základná batéria laboratórnych vyšetrení** (zachytí najčastejšie sekundárne demencie, najmä metabolické):
 - krvný obraz, vrátane diferenciálneho KO,
 - biochemické vyšetrenie: hladiny minerálov (Na, K, Cl, Ca), glykémia, kreatinín, urea, kyselina močová, AST, ALT, GMT, bilirubín, albumín, zápalové markery (CRP),
 - moč chemicky a sediment,
 - vyšetrenie hormónov štítnej žľazy – TSH, fT4,
 - vyšetrenie sérových hladín B12 a kyseliny listovej,
 - sérologické testy na syfilis.
- 2. Zhodnotenie kardiálneho a pulmonálneho systému** klinicky a eventuálne pomocnými vyšetrovacími metódami (EKG, RTG).
- 3. Rozšírená batéria laboratórnych vyšetrení** – cielene podľa anamnézy a klinického obrazu:
 - napr. hladiny vitamínov B1, B3, B6, D, stanovenie hladín liekov, toxikologický skrining,
 - napr. sérologické testy napr. na HIV a borélie,
 - napr. stanovenie hladín ťažkých kovov a ďalšie.

B. Štandardný postup diagnostiky demencie v špecializovanom prostredí: (psychiater, klinický psychológ, neurológ, neuropsychológ).

Po počiatočnom odbornom posúdení, po vylúčení všetkých potenciálne reverzibilných príčin dementného syndrómu, po identifikáciu prípadov sekundárnych demencií (v užšom slova zmysle, teda s výnimkou demencií vaskulárneho pôvodu) nastupuje nozologická diagnostika a diferenciálna diagnostika v rámci skupiny primárnych degeneratívnych demencií a vaskulárnych demencií.

Najdôležitejšie podklady na nozologickú diagnostiku primárnych neurodegeneratívnych demencií sa získajú:

- zo starostlivo odobratej kompletnej anamnézy (vrátane heteroanamnestických údajov) nielen od samotného pacienta, ale aj od inej osoby, ktorá ho dobre pozná,
- z klinického vyšetrenia, pri ktorom sa zisťuje:
 - štruktúra a hĺbka porúch jednotlivých kognitívnych funkcií,
 - podrobný rozbor nekognitívnej symptomatiky.

1. Diagnostikovanie subtypu demencie

Pri diagnostike subtypov demencie sa používajú validované medzinárodné kritériá na usmernenie klinického úsudku:

- diagnostické kritériá MKCH-10,
- pri Alzheimerovej demencii diagnostické kritériá NINCDS – ADRDA (national Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (McKhann et al., 1984),
- v prípade LBD alebo FTD príslušné diagnostické kritériá panelu expertov (pre FTD Lund-Manchester kritériá, pre FTD-PPA Gorno-Tempini et al., 2011; pre LBD International Consensus Criteria for LBD (McKeith et al., 2017),
- pri vaskulárnych demenciách diagnostické kritériá NINDS – AIREN (National Institute of Neurological Disorders and Stroke – Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences) (Roman et al., 1993).

2. Zobrazovacie metódy sa použijú s cieľom vylúčiť reverzibilné príčiny kognitívneho poklesu a pomôcť pri diagnostike subtypu, pokiaľ nie je demencia dobre preukázaná a subtyp nie je jasný.

(Neurozobrazovacie vyšetrenia a iné špecifické vyšetrenia podrobne opisujú ŠDTP Demencie u chorôb klasifikovaných inde, Demencia pri Alzheimerovej chorobe, Vaskulárne demencie).

3. Neuropsychologické testovanie sa zvažuje, ak nie je jasné, či:

- má daná osoba kognitívne poškodenie alebo,
- je kognitívne poškodenie spôsobené demenciou alebo aká je diagnóza subtypu,
- odporúča sa vykonať skríningové neuropsychologické vyšetrenie u osôb so subjektívnymi sťažnosťami na zhoršenú pamäť.

S cieľom poskytnúť nákladovo efektívne a vysokokvalitné liečenie psychológovia posudzujú kognitívne, emocionálne a behaviorálne fungovanie svojich pacientov.

Hodnotiace postupy (spracované podľa odporúčaní PLTC, APA) zahŕňajú nasledujúce zložky:

1. Posudzovanie psychického stavu prostredníctvom klinických rozhovorov, dotazníkov o psychickom stave a informácií získaných od rodinných príslušníkov, opatrovateľov alebo iných zdrojov.

Hoci objektívne neuropsychologické testovanie poskytuje cenné údaje na diagnostické účely, klinický pohovor zostáva základným prvkom hĺbkového hodnotenia demencie.

Kľúčové informácie získavané počas klinického pohovoru:

- nástup a priebeh zmien kognitívnych funkcií,
- existujúce zdravotné postihnutie,
- edukačné a kultúrne pozadie, ktoré by mohlo ovplyvniť testovaciu variabilitu,
- všeobecná lekárska a psychiatrická anamnéza,
- predchádzajúca neurologická anamnéza, vrátane predchádzajúcich poranení hlavy alebo iných poranení centrálného nervového systému (cievna mozgová príhoda, nádory, infekcie, atď.),
- aktuálne psychiatrické symptómy a významné životné stresory,
- aktuálne lieky na predpis a voľne predajné lieky,
- súčasné a minulé užívanie a zneužívanie alkoholu a drog,
- rodinná anamnéza demencie.

Priame rozhovory s jednotlivcom, umožňujú klinickému odborníkovi vyhodnotiť úroveň kognitívnych funkcií, uvedomiť si kognitívne a behaviorálne zmeny každého jednotlivca, rozoznávať psychosociálne alebo iné psychické problémy, ktoré môžu byť súčasťou kognitívnych zmien. Získané údaje z priamych rozhovorov sú neoceniteľné pre diagnostiku aj plánovanie liečby.

Pri hodnotení kognitívnych funkcií a zmien správania u jednotlivcov, sa psychológovia pokúšajú odhadnúť premorbídne schopnosti. Diagnóza demencie si vyžaduje dôkaz o poklese z predtým vyššej úrovne kognitívnej funkcie. V ideálnom prípade psychológovia posudzujúci kognitívny pokles u starších osôb by mali mať základné údaje z testu z predchádzajúcich rokov, na základe ktorých sú súčasné výsledky porovnateľné. Žiaľ, tieto informácie zriedka existujú, takže psychológovia sa musia pokúsiť odhadnúť premorbídne schopnosti. Medzi faktory, ktoré sa bežne berú do úvahy, patrí sociálno-ekonomický status, vzdelanostná úroveň, pracovná anamnéza a osobná a rodinná anamnéza (APA, 2012).

Posúdenie BPSD si vyžaduje podrobné informácie, pretože počas klinického rozhovoru nie je možné vyvolať veľa abnormálnych symptómov, a informácie o klinickej anamnéze, subjektívnych skúsenostiach pacienta a o objektívnom správaní je nevyhnutné získať aj od inej spoľahlivej osoby, napr. opatrovateľa.

Rozhovor s opatrovateľom je aj príležitosťou na zistenie, z ktorých BPSD majú opatrovatelia najväčšie obavy, pretože tie sa nemusia zhodovať so sťažnosťami pacienta. Pochopenie týchto nezrovnalostí je dôležitým faktorom pri určovaní užitočnosti poskytnutých informácií, pretože aj emocionálny stav opatrovateľa môže ovplyvniť jeho hodnotenie (Karlavish a kol., 2008).

2. Psychologické testovanie vrátane hodnotenia osobnosti, emočného fungovania a psychopatológie s použitím opatrení alebo nástrojov v súlade so súčasnou štandardnou odbornou praxou.

3. Neuropsychologické testovanie, ktoré slúži na určenie kognitívnych silných a slabých stránok, pamäťovej kapacity a špecifických neuropsychologických porúch.

Takéto testovanie môže zahŕňať hodnotenie:

- celkovej pozornosti (zameraná pozornosť, distribúcia pozornosti, selektívna pozornosť, rýchlosť spracovania),
- exekutívnych funkcií (plánovanie, rozhodovanie, pracovná pamäť, reakcie na spätnú väzbu a korekcia chýb, potlačenie návykov, inhibícia, kognitívna flexibilita),
- učenia a pamäte (rozsah bezprostrednej pamäte, krátkodobá pamäť, dlhodobá pamäť - sémantická, autobiografická, implicitné učenie),
- reči,
- psychomotorických funkcií (vrátane vizuálnej percepcie, zrakovo-priestorovej, psychomotorickej, praktickej a poznávacej funkcie),
- sociálnych kognícií (rozpoznávanie emócií, porozumenie sociálnym situáciám).

Neuropsychologické testovania môžu zahŕňať:

- a. vyriešenie diagnostických nejednoznačností (napr. prítomnosť demencie alebo depresie alebo obidvoch),
- b. posúdenie náhleho kognitívneho poklesu alebo zmeny (napr. prítomnosť delíria),
- c. profilovanie kognitívneho stavu a postihnutia (napr. pre plánovanie liečby),
- d. stanovenie potrebnej úrovne starostlivosti pre pacienta,
- e. plánovanie programu rehabilitácie,
- f. určenie spôsobilosti k výkonu svojich práv.

Využitie psychometrických nástrojov pri hodnotení demencie a kognitívnych funkcií poskytuje psychológovi objektívne informácie o úrovni kognitívnych funkcií a poruchách, ktoré je potrebné diagnostikovať.

4. Funkčné hodnotenie, ktoré sa zaoberá celým spektrom správania, ktoré súvisí s celkovým každodenným fungovaním, vrátane zručností pri individuálnej starostlivosti a každodenných životných zručností.
5. Behaviorálne pozorovanie a analýza, ktoré zahŕňa systematické pozorovanie a zaznamenávanie správania a reakcie, s cieľom navrhnúť behaviorálne intervencie, ktoré zvýšia frekvenciu pozitívneho správania a znížia frekvenciu negatívneho správania.

Diferenciálna diagnostika

Odlíšenie demencie od:

- MCI (Mild Cognitive Impairment, Mierna kognitívna porucha),
- Delírium,
- Depresia.

Liečba

Liečba demencie je komplexná a zahŕňa:

- farmakologickú liečbu poklesu kognitívnych funkcií,
- nefarmakologickú liečbu na zachovanie alebo zlepšenie kognitívnych funkcií,
- kombináciu farmakoterapeutických a nefarmakologických postupov pri poruchách správania,
- plán na posledné štádiá ochorenia – koniec života,
- poskytovanie informácií a dlhodobú podporu opatrovateľov.

Všeobecne sa farmakoterapia demencií dá rozdeliť na farmakoterapiu kognitívnych funkcií, ktoré sú u demencií porušené primárne, a na farmakoterapiu nekognitívnych funkcií – správania, emotivity, spánku a pod. Farmakoterapia demencií je v správe lekára a riadi sa manažmentom farmakoterapie u demencií (štandardy Demencie u chorôb klasifikovaných inde, Demencia pri Alzheimerovej chorobe, Vaskulárne demencie).

Pri farmakoterapii nekognitívnych príznakov všeobecne platí, že pred jej začatím sa vykoná štruktúrované hodnotenie s cieľom (NICE, 2017):

- preskúmať možné príčiny symptómov,
- vylúčiť somatickú príčinu, v prípade potvrdenia somatickej príčiny ju liečiť,
- ako počiatočný a prebiehajúci management ponúkať psychosociálne intervencie, nefarmakologické postupy.

Nastavenie na príslušnú farmakoterapiu je v kompetencii príslušných ošetrojúcich lekárov. Klinický psychológ pri psychodiagnostickom vyšetrení a pri psychologickom manažmente pacienta berie príslušnú medikáciu do úvahy.

Antipsychotiká pre pacientov s demenciou:

- sa ordinujú tým, ktorí buď ohrozujú samých seba alebo iné osoby, alebo pociťujú nepokoj, halucinácie alebo bludy, ktoré im spôsobujú vážne utrpenie,
- pred začatím liečby antipsychotikami sa prediskutujú pozitívne a negatívne účinky medikácie s pacientom s demenciou a jeho rodinnými príslušníkmi alebo opatrovateľmi (ak je to vhodné),
- či je stále dôvod na ich použitie by sa malo prehodnotiť najmenej raz za 6 týždňov.

Dlhodobá liečba antipsychotikami je u starších pacientov, zvlášť u pacientov s demenciou, vždy spojená s oveľa vyšším rizikom všetkých nežiadúcich účinkov, vrátane tardívnych dyskinéz. V liečbe psychotických nekognitívnych príznakov pri demencii je použitie antipsychotík, až na malé výnimky (napr. tiapridal), off-label. V júni 2006 sa rozšírilo varovanie ohľadom antipsychotík druhej aj prvej generácie, ktoré vo svojich SPC konštatujú, že môžu zvyšovať mortalitu (Agronina Maletta, 2011; in Králová, 2017).

Nefarmakologická liečba spočíva v:

- intervenciách na podporu nezávislosti a pohody, kedy sa pacientovi s demenciou ponúka rad činností na podporu pohody, zachovanie sebestačnosti v aktivitách denného života, ktoré sú prispôsobené jeho preferenciám,
- zachovávaní, či zlepšovaní kognitívnych funkcií,
- zmierňovaní, či odstraňovaní behaviorálnych a psychologických symptómov demencie.

V januári 2018 skupina autorov pod vedením Orija McDermotta zverejnila výsledky preskúmania systematických prehľadov psychosociálnych intervencií pri demencii uverejnených v období od januára 2010 do februára 2016. Závety preukázali existenciu dobrých dôkazov o tom, že viaczožkové cvičenie s dostatočnou intenzitou zlepšuje globálne fyzické a kognitívne funkcie a zručnosti každodenných životných činností. Existujú tiež dobré dôkazy o tom, že skupinová kognitívna stimulácia zlepšuje kognitívne funkcie, sociálnu interakciu a kvalitu života. Táto syntéza tiež zdôrazňuje potenciálny význam skupinových aktivít na zlepšenie sociálnej integrácie ľudí s demenciou (Orii McDermott a kol., 2019).

Ukázalo sa, že kognitívny tréning je účinná intervenčná technika aj u ľudí s miernym kognitívnym poškodením. Predbežné dôkazy podporujú použitie kognitívneho tréningu ako terapeutickkej intervencie pri kognitívnom poškodení pri depresii, a to má dôležité dôsledky pre stratégie včasnej intervencie zameranej na populáciu starších dospelých s depesiou, hoci je nevyhnutne potrebný ďalší dôsledný výskum (najmä na vymedzenie optimálneho návrhu programu a dlhodobých účinkov, ako aj na objasnenie základných neurobiologických zmien) (Naismith a Mowszowski, 2016).

Na zachovanie, či zlepšenie kognitívnych funkcií sa využívajú programy kognitívnej aktivizácie:

- kognitívna stimulácia,
- kognitívny tréning,
- kognitívna rehabilitácia.

A. Kognitívna stimulácia

Cieľom je zapojenie klientov do skupinových aktivít, zameraných na podporu poznávacích funkcií i sociálnych kontaktov, napr. orientácia v realite, reminiscenčná terapia, senzorická stimulácia, ap. Tieto formy tiež umožňujú individuálne zapojenie klientov v rôznych štádiách degeneratívnych ochorení mozgu, vrátane terminálneho štádia.

Orientácia v realite

Patrí medzi prístupy zamerané na kognitívne schopnosti pacienta s demenciou. Pre pacientov s ľahkou demenciou vo veku do 80 rokov môže mať individuálnu alebo skupinovú formu. Sedenia majú podobu štruktúrovaných skupinových sedení.

Jednotlivé prvky orientácie v realite sú súčasťou komplexného prístupu k pacientom s demenciou a podporujú orientáciu pacienta v okolí. Používajú sa rôzne nadpisy, kalendáre, hodiny a informačné tabule. Terapia sa snaží o to, aby pacient registroval aj zmeny v okolí. Zmeny sa preto pomenúvajú a zasadzujú sa do priestoru a času.

Terapia zameraná na orientáciu pacienta v realite je jeden z mála prístupov, o ktorom je dostatok vedeckých dôkazov v súvislosti so zlepšením kognitívneho stavu pacienta s demenciou. Zhoda v záveroch výskumov je v tom, že terapia má pozitívny vplyv na verbálnu orientáciu.

Je potrebné pamätať na prítomnosť rizika zhoršovania behaviorálnych a psychických symptómov, ktoré môže provokovať agresivitu, agitovanosť, úzkosť, najmä ak je terapia aplikovaná intenzívnejšie, alebo ak nie je aplikovaná citlivo (Tavel, 2009).

Reminiscenčná terapia

Je aktivizačná a validačná terapia, ktorá využíva zachovanú dlhodobú pamäť. Táto terapia je vhodná pre osoby s rôznymi druhmi demencie, a jej cieľom je zlepšenie mentálneho stavu, zlepšenie komunikácie a zmiernenie ťažkostí. Existuje aj reminiscenčná technika komunikácie, pri ktorej sa využívajú spomienky a ich vybavovanie prostredníctvom rôznych podnetov.

B. Kognitívny tréning

Cieľom tejto individuálnej alebo skupinovej aktivity je stabilizácia alebo zlepšenie kognitívnych funkcií. Zahŕňa kolekciu cvičení zameraných na pamäť, pozornosť, verbálnu fluenciu, orientáciu v priestore a čase, na usudzovanie, rýchlosť a efektívne spracovanie informácií. Tieto cyklické programy sú spravidla obohatené o motivačnú zložku, teoretické poznatky a návody na zdravý životný štýl.

C. Kognitívna rehabilitácia

Cieľom je reštitúcia (náprava) poškodených kognitívnych funkcií, funkčná adaptácia človeka s mozgovým poškodením na bežné denné činnosti, systematické úsilie o zlepšenie mozgových deficitov, ktoré na niektorých úrovniach narušujú spracovanie informácie, prichádzajúce do mozgu zvnútra aj zvonka organizmu.

V rámci aplikácie konkrétnych techník sú v programoch kognitívnej aktivizácie za techniky trénovania pamäti považované rôzne cvičenia, ktoré sú zamerané na jednotlivé oblasti rozvoja a udržiavania kognitívnych schopností, ako napr. cvičenia na koncentráciu, krátkodobú pamäť, cvičenie zamerané na stimuláciu mozgových hemisfér, cvičenia na tvorivosť, fantáziu, spomienky, alebo cvičenia zamerané na dlhodobú pamäť (epizodickú, sémantickú, číselnú, obrázkovú, slovnú).

V kognitívnej rehabilitácii, ktorej cieľom je nielen kompenzácia porúch naučením sa nových stratégií, ale taktiež podpora duševného vyrovnanie sa s funkčnými deficitmi ako základ pre realistické plánovanie ďalšieho života, sa kladie dôraz na podporu a precvičovanie tých kognitívnych funkcií, ktoré sú ešte zachované, ale tiež na podporu sebavedomia klientov, na správnu motiváciu k tomuto cvičeniu ap. Pri týchto cvičeniach je úlohou terapeuta pomáhať, napovedať, oceňovať, a to namiesto toho, aby korigoval a opravoval.

Orgeta a kol. (2014) vydali prehľad efektivity psychologických intervencií pri zmierňovaní úzkosti a depresie u ľudí s demenciou alebo s miernym kognitívnym poškodením (MCI). V databáze Cochran boli zahrnuté randomizované kontrolované štúdie (RCT) porovnávajúce

psychologickú intervenciu s obvyklou starostlivosťou alebo zásah placebo (kontrola sociálneho kontaktu) u ľudí s demenciou alebo MCI. Použité psychologické intervencie boli založené na zavedených psychologických modeloch, ako je kognitívno-behaviorálna terapia (KBT), poradenstvo a interpersonálna psychodynamická terapia. Dve štúdie sa týkali multimodálnych intervencií, vrátane špecifickej psychologickej liečby. Vylúčené boli prístupy identifikované ako lieky, cvičenie, reminiscencia, muzikoterapia, umelecká a dramatická terapia, alebo biblioterapia. Zahrnuté boli individuálne aj skupinové psychoterapie. Psychoterapia mohla mať akúkoľvek intenzitu, trvanie alebo frekvenciu. Autori zistili, že psychologické intervencie pridané k bežnej starostlivosti môžu významne zmierniť symptómy depresie. Z dvoch štúdií tiež vyplynulo, že KBT môže u ľudí s miernou demenciou zmierniť symptómy úzkosti. Dospeli k záveru, že psychologické intervencie majú potenciál zlepšiť pohodu pacientov. (Orgeta a kol., 2014)

Iný systematický prehľad psychoterapeutických prístupov (bez zamerania na úzkosť a depresiu) pri demenciách spracoval Livingston a kol. (2005). Dospeli k záveru, že trvalejší efekt v tejto oblasti majú behaviorálne terapeutické prístupy a špecifické typy edukácie neformálnych opatrovateľov a pracovníkov v opatrovateľských zariadeniach. Efekt behaviorálnych prístupov zameraných na správanie redukuje symptomatiku, pričom efekt trvá niekoľko mesiacov. Tu je dôležité poznamenať, že kognitívno-behaviorálne intervencie sú účinné pri riešení dysfórie, agitovanosti, úzkosti a apatie u osôb s demenciou (Teri, a kol., 2005).

Vo všetkých fázach demencie, je apatia najčastejšou behaviorálnou výzvou, ktorej čelia opatrovatelia. Zabezpečenie optimálnej stimulácie a pozitívnej angažovanosti sú dôležité charakteristiky intervencií na zlepšenie kvality života aj osôb s demenciou aj ich opatrovateľov (APA, 2012).

Na zmiernenie alebo odstránenie problémového správania a psychologických symptómov demencie sa využívajú psychoterapeutické techniky kognitívno-behaviorálnej terapie, behaviorálnej psychoterapie s cieľom odstrániť nevhodné a neprimerané správanie u pacienta s demenciou a podporiť u neho správanie vhodné a žiaduce a redukovať nežiaducu úzkosť a strach.

Na princípe poskytovania **liečby formou špecifických psychoterapeutických intervencií** (ŠPI; 2. stupeň psychologickej liečby):

- poskytnutie individuálneho svojpomocného programu vychádzajúci najmä z princípov KBT, ktorý predpokladá písomný materiál,
- vedie sa pod dohľadom odborníka, ktorý dohliada na priebeh svojpomocného programu,
- pozostáva z kontrolných sedení a z priebežného monitorovania.

Vyšetrenie v KBT spočíva v:

A. Behaviorálnej analýze problémového správania

1. popísať konkrétne problémové správanie – typ, okolnosti, ktoré predchádzajú problémovému správaniu, vznik, jeho trvanie, v prítomnosti koho sa objavuje,

kvantifikácia jeho frekvencie, (opatrovatelia popisujú, to, čo vidia, nie všeobecné výrazy ako napr. agitácia, depresia...),

2. určiť, čím je toto správanie vyvolávané – identifikácia spúšťačov, kontextu, modulujúcich faktorov:
 - situačné spúšťače,
 - behaviorálne faktory,
 - kognitívne faktory,
 - emočné stavy,
 - interpersonálne faktory (správanie blízkych ľudí, zmena opatrovateľa, nesprávne postupy pri opatrovaní a ošetrovaní pacienta...),
 - fyziologické faktory (napr. neuspokojenie základných fyzických potrieb, hlad, smäd, chlad, nedostatočná starostlivosť o vyprázdnňovanie a hygienu, bolesť, alebo akútne somatické ochorenia, vedľajšie, nežiaduce účinky liekov),
3. určiť, aké dôsledky problémové správanie udržiavajú, najmä bezprostredné následky problémového správania.

B. Kognitívnej analýze problémového správania

C. Funkčnej analýze problémového správania

Stanovenie terapeutických cieľov

Terapeutické ciele sú diskutované priamo s pacientom s demenciou. To nie je len poskytnutie pocitu úcty a dôstojnosti, ktorá by mala byť daná každému jednotlivcovi, ale tiež poskytuje vysoko relevantné informácie týkajúce sa porozumenia jednotlivca a jeho postoja k cieľu, jeho motivácie pri dosahovaní cieľa, a jeho ochotu vynaložiť čas a energiu pri práci smerom k cieľu (APA, 2012). Znížená kognitívna schopnosť prijímať rozhodnutia v oblasti zdravotnej starostlivosti, ktorá je ovplyvnená demenciou, môže znamenať aj stratu práva na rozhodovanie, potenciálny nedostatok dôvery a možnú potrebu ustanoviť opatrovníka v súlade s platnými právnymi predpismi.

Najčastejšie metódy v KBT:

- Edukácia.
- Používanie vnútornej reči, sebainštrukcií.
- Organizácia a plánovanie času, behaviorálna aktivizácia (súčasťou je predvídateľnosť, pravidelnosť a štruktúrovanosť denného režimu, modifikácia prostredia s dôrazom na bezpečnosť).
- Relaxácia.
- Emočná regulácia.
- Návik sociálnych zručností, komunikácia.
- Riešenie problémov.

Stimulačné a aktivizačné techniky

Ponúka sa rada činností, ktoré sú prispôsobené preferenciám pacienta s demenciou. Pracuje sa s tancom, hudbou, umením, cvičením, využíva sa multisenzorická stimulácia, Validačná terapia podľa N.FEIL.

Depresia a úzkosť

U ľudí s miernou až stredne ťažkou demenciou, ktorí majú miernu až stredne ťažkú depresiu a/alebo úzkosť, treba zvážiť psychoterapeutickú liečbu. (NICE, 2017). Na zvládnutie miernej až stredne ťažkej depresie u ľudí s miernou až stredne ťažkou demenciou sa neponúkajú antidepresíva, pokiaľ nie sú indikované na už existujúci závažný psychický problém.

Ak sa spolu s depresiou prejavujú u pacienta aj symptómy úzkosti, zvyčajne je potrebné prioritne riešiť depresívnu symptomatiku. V odôvodnených prípadoch je možné zvážiť uprednostnenie riešenie úzkostnej symptomatiky (keďže efektívna liečba úzkostnej poruchy môže zmierniť depresiu alebo depresívne symptómy). V psychoterapeutickej starostlivosti postupujeme podľa ŠDTP pre depresívne epizódy a generalizované úzkostné poruchy.

Problémy so spánkom

Pre ľudí s demenciou, ktorí majú problémy so spánkom, je potrebné zamerať sa na edukáciu v oblasti hygieny spánku (pravidelný spánkový režim, primerané podmienky pre spánok ap.) vystavovanie sa dennému svetlu, fyzickú aktivizáciu.

Plán na posledné štádiá ochorenia – koniec života

Pri vstupe do fázy umierania sa mení povaha potrieb ľudí s demenciou aj ich rodín.

- V liečebných postupoch sa rešpektujú predstavy a želania osoby s demenciou vyslovené vopred (ak nie sú v rozpore so zákonom), alebo plán starostlivosti pre posledné štádium ochorenia vytvorený spolu s osobou s demenciou po diagnostike ochorenia.
- Edukácia rodiny o aktívnom symptomatickom manažmente. Je potrebné zabezpečiť otvorenú a nepretržitú komunikáciu medzi pacientom, osobami s rozhodovacími právomocami, rodinou a tímom starostlivosti, aby všetky strany mali spoločné porozumenie tomu, čo predstavuje optimálna starostlivosť o osobu v paliatívnej starostlivosti.
- Symptomatická liečba Low - tech a high-touch prístup (Arcard, 2015) zahŕňa kontrolu symptómov, starostlivosť o ústnu dutinu, pravidelné hodnotenie bolesti, asistované kŕmenie, rešpektovanie dôstojnosti, časté prehodnocovanie stavu, upokojujúce intervencie (dotyk, hudba...) osobou, ktorá osobu s demenciou dobre pozná.

Poskytovanie informácií a dlhodobá podpora opatrovateľov

Neoddeliteľnou súčasťou starostlivosti o osobu s demenciou je aj starostlivosť o jeho opatrovateľa.

Starostlivosť o ľudí s demenciou sa spája so psychologickými problémami, zvyčajne z hľadiska záťaže opatrovateľov, všeobecného psychického vyčerpania, depresívnej symptomatiky (Cuijpers, 2005). Klinicky významná úzkosť postihuje asi štvrtinu opatrovateľov ľudí s demenciou (Cooper, 2007).

Poradenstvo, svojpomocné skupiny, edukačné programy oddiaľujú inštitucionalizáciu osoby s demenciou, zlepšujú kvalitu starostlivosti, s čím sa spája aj zníženie užívania neuroleptík.

U opatrovateľov zlepšujú kvalitu ich života a spokojnosť (Holmerová, 2007). Presvedčivo sa preukázalo, že podporná psychoedukatívna intervencia, poskytnutie tréningových intervencií u opatrovateľov má pozitívny vplyv na motiváciu starostlivosti a spokojnosť opatrovateľov. Preto je potrebné poskytnutie pomoci v počiatočných štádiách ochorenia obom stranám, kedy je možné formou spoločných konzultácií a diskusií skupín získať cenné rady a skúsenosti.

Prognóza

Asi 10 % sekundárnych demencií má reverzibilný priebeh pri včasnej diagnostike vyvolávajúcej príčiny a pri správnej liečbe.

Primárne degeneratívne demencie sú ochorenia nezvratné, plynulo progredujúce a napokon smrteľné. Tento proces môže trvať roky. V závislosti od individuálneho priebehu sa pacient môže dožiť posledného štádia demencie s ťažkým fyzickým a kognitívnym deficitom, alebo môže zomrieť skôr na problémy spojené s demenciou, ako je zápal pľúc alebo problémy súvisiace s výživou, alebo na inú komorbiditu.

Stanovisko expertov

Pre účely invalidity posudzujú posudkoví lekári sociálneho poistenia Sociálnej poisťovne občanov v produktívnom veku trpiacich ochorením, súčasťou ktorého je aj syndróm demencie. Podľa závažnosti fyzického a kognitívneho deficitu sa určí percentuálna miera poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť aká je uvedená v Prílohe č. 4 k zákonu č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Podľa Medzinárodnej alzheimerovskej asociácie (ADI), organizácie, ktorá zastrešuje mnohé alzheimerovské spoločnosti na celom svete, je pre ľudí s demenciou potrebné zabezpečiť:

- zachovanie rovnakej ľudskej dôstojnosti a rovnakého rešpektu ako ku ktorémukoľvek inému človeku,
- zaistenie kvality a bezpečnosti prostredia v ktorom žijú,
- ochranu pred akýmkoľvek spôsobom zlého zaobchádzania, zneužívania, a to tak osôb, ako aj ich majetku.

Preto je nutné (podľa NICE, 2017):

- povzbudzovať ľudí s demenciou a umožniť im, aby vyjadrili svoj vlastný názor a názor na svoju starostlivosť,
- v prípade potreby použiť upravený spôsob komunikácie (napr. vizuálne pomôcky alebo zjednodušený text),
- uvedomiť si povinnosť poskytovať prístupné informácie.

Po diagnostike ponúknuť osobe s demenciou ústne a písomné informácie, ktoré vysvetľujú:

- aký je ich podtyp demencie a aké zmeny je potrebné očakávať v priebehu ochorenia,
- ktorí zdravotnícki pracovníci a pracovníci sociálnych služieb sa budú podieľať na ich starostlivosti a ako ich kontaktovať,
- ich zákonné práva a povinnosti,

- ako môžu pomôcť nasledujúce skupiny a ako ich kontaktovať (miestne podporné skupiny, online fóra, finančné a právne poradenstvo, advokátske služby ap.),
- ako a od koho získať viac informácií, ak sa ich potreby zmenia.

Požiadajte zdiagnostikovanú osobu o udelenie svojho súhlasu so zdieľaním informácií, požiadajte o pomenovanie ľudí, s ktorými by tieto informácie chcela zdieľať (napr. člena rodiny, alebo opatrovateľa), zaznamenať aj rozsah informácií, ktoré by chcela zdieľať.

Poskytnúť ľuďom s demenciou a osobám zapojeným do starostlivosti o nich, aby prediskutovali predbežné plánovanie starostlivosti a výhody plánovania vopred, ktoré zahŕňajú:

- predbežné vyhlásenia o ich želaniach, preferenciách týkajúcich sa ich budúcej starostlivosti,
- preferencie miesta starostlivosti a miesta úmrtia.

Dôležité je vysvetliť, že budú mať šancu meniť všetky predbežné vyhlásenia a rozhodnutia, ktoré urobili. Pri úvahách o prijatí do nemocnice u osôb s ťažkou demenciou je potrebné vyhodnotiť riziká berúc do úvahy súčasné zdravotné potreby a ďalšie riziká, ktorým môžu v nemocnici čeliť, napr.:

- dezorientácia,
- dlhšia dĺžka pobytu,
- zvýšená mortalita,
- zvýšená morbidita pri prepúšťaní,
- delírium,
- dôsledky prebývania v neosobnom alebo inštitucionálnom prostredí.

Podľa odporúčania psychológov pri dlhodobej starostlivosti (PLTC) si psychológ/psychoterapeut po posúdení u pacienta nastaví:

A. Plán liečby

- 1) Každý pacient má individualizovaný plán liečby, ktorý je založený na konkrétnom zistení psychologického posúdenia a zaoberá sa konkrétnou otázkou.
- 2) Plán liečby zahŕňa diagnózu a špecifické liečebné postupy s cieľom dosiahnuť krátkodobé a dlhodobé ciele.
- 3) Ak sa frekvencia liečby odchyľuje od štandardnej praxe, je potrebné mať na to opodstatnenie, ktoré je zaznamenané v liečebnom pláne.
- 4) Zmena v klinickom stave súbežne súvisí so zmenami v pláne liečby.

B. Terapeutický proces

- 1) Terapeutické postupy sa vyberajú tak, aby najlepšie riešili diagnózu a symptómy každého pacienta.
- 2) Liečba môže zahŕňať samostatne alebo v spojení individuálnu psychoterapiu, behaviorálnu terapiu a modifikáciu správania, skupinovú psychoterapiu a rodinnú psychoterapiu.
- 3) Liečba odráža súčasné štandardy geronto-psychologickej praxe.

- 4) Psychológovia sa každému pacientovi venujú osobne adekvátny čas a konzultujú a koordinujú zistenia s interdisciplinárnym tímom. Nepokúšajú sa liečiť nadmerný počet pacientov v jednom dni.
- 5) Liečba pokračuje vtedy, keď je možné preukázať emocionálny, kognitívny alebo behaviorálny pokrok smerom k cieľu. Ak takýto pokrok nie je možné preukázať, ale zdá sa, že pacient má benefit skôr zo sociálnych kontaktov, urobia sa vhodné odporúčania a opatrenia, aktivity atď.
- 6) Po ukončení liečby riadnym spôsobom je pacient pripravený a vhodne upozornený na problémy súvisiace s ukončením liečby.

C. Výsledky

- 1) Pokrok pacienta smerom k stanoveným cieľom je pravidelne monitorovaný a zdokumentovaný s cieľom určiť, či je liečba účinná, a či by sa malo v liečbe pokračovať, upravovať ju alebo ju ukončiť. Takéto monitorovanie sa vykoná aspoň každé 3 mesiace. Je potrebné použiť opakované merania pomocou validizovaných nástrojov
- 2) Výsledok liečby sa môže merať vo viacerých oblastiach, vrátane afektívnych, kognitívnych alebo behaviorálnych domén.
- 3) Pozitívny výsledok liečby môže zahŕňať stabilizáciu duševných a behaviorálnych porúch, kde by sa očakával pokles pri neprítomnosti liečby. Avšak, keď je liečba takého pacienta dlhodobá, znižujú sa frekvencie sedení. Ak pacient odpovedá zhoršením symptómov, liečba sa môže začať znova.

D. Dokumentáciu

Psychológovia poskytujú včasné a jasné dokumentovanie diagnostiky každého pacienta, plán liečby, pokrok a výsledky, všetko v súlade so súčasnými etickými a právnymi predpismi.

Miesto poskytovania zdravotnej starostlivosti

Ambulantná zdravotná starostlivosť:

- ambulancia všeobecného lekára pre dospelých,
- špecializovaná ambulancia – ambulancia psychiatrická, neurologická, geriatrická, ambulancia klinickej psychológie, ambulancia paliatívnej medicíny, ambulancia poradenskej psychológie,
- psychiatrický stacionár.

Ústavná zdravotná starostlivosť:

- všeobecná nemocnica,
- špecializovaná nemocnica – vysokošpecializované odborné kliniky, psychiatrické nemocnice,
- liečebňa – pre dlhodobo chorých, v geriatrickom centre, v psychiatrickej liečebni,
- hospic,
- zariadenia sociálnych služieb – špecializované zariadenie.

Ďalšie odporúčania

V starostlivosti o osobu s demenciou je potrebné poskytnutie koordinovaných služieb, tak zdravotníckych, ako aj sociálnych, zároveň je potrebné poskytnúť všetkým, ktorí sa podieľajú na starostlivosti o osoby postihnutých demenciou, dostatočné informácie a dostatočné možnosti výcviku a vzdelávania. Rodinám je potrebné zabezpečiť takú podporu, aby sa na starostlivosti podieľali čo najdlhšie.

Podpora opatrovateľov (podľa NICE, 2017)

Opatrovateľom ľudí s demenciou poskytovať intervenciu zameranú na psychoedukáciu, ktorá zahŕňa:

- vzdelávanie o demencii, jej symptómoch a zmenách, ktoré možno očakávať s postupujúcim stavom,
- školenia, ktoré im majú pomôcť pri poskytovaní starostlivosti, vrátane toho, ako porozumieť zmenám v správaní a ako na správanie reagovať,
- školenia, ktoré im pomôžu prispôbiť ich komunikačné štýly s cieľom zlepšiť interakciu s osobou s demenciou,
- edukáciu o tom, ako sa postarať o svoje vlastné fyzické a duševné zdravie,
- edukáciu týkajúcu sa plánovania príjemných a zmysluplných aktivít, týkajúcich sa osoby, o ktorú sa starajú,
- poskytnutie informácií o príslušných službách (vrátane podporných služieb a psychoterapií pre opatrovateľov), a o tom, ako k nim získať prístup,
- poradenstvo pri plánovaní budúcnosti.

V prípade vzniku problémovej situácie – poskytnutie pomoci pri riešení konkrétnych problémov prostredníctvom poskytnutia návodov na riešenie situácie. Pri vzniku porúch správania použiť behaviorálne a kognitívno-behaviorálne prístupy.

Zabezpečiť, aby podpora poskytovaná opatrovateľom bola:

- prispôbená ich potrebám,
- dostupná na mieste, ku ktorému sa ľahko a v čase potreby dostanú,
- poskytovaná vo formáte, ktorý je pre nich vhodný (napr. individuálne alebo skupinové stretnutia alebo online školenie a podpora).

Je potrebné si uvedomiť, že intervencie pre opatrovateľa budú pravdepodobne najúčinnnejšie, ak sa poskytujú ako skupinové stretnutia.

Vzdelávanie zamestnancov

Poskytovatelia služieb o osoby s demenciou by mali všetkým zamestnancom poskytovať výcvik v oblasti starostlivosti o osoby s demenciou, čo by malo zahŕňať:

- porozumenie symptómom demencie a zmenám, ktoré možno očakávať v priebehu ochorenia,
- chápanie človeka ako jednotlivca s jeho životným príbehom, ako autonómnou osobnosť so sociálnym a zdravotným stavom,
- porozumenie potrebám osoby a jej rodinných príslušníkov alebo opatrovateľov.

Poskytovatelia služieb by mali poskytovať dodatočný osobný výcvik a inštruktáž pracovníkom, ktorí poskytujú starostlivosť a podporu ľuďom s demenciou. Proces by mal zahŕňať:

- porozumenie modelu starostlivosti o demenciu v organizácii a spôsobu jej poskytovania,
- ako monitorovať a reagovať na potreby ľudí s demenciou, vrátane prispôsobenia komunikačných štýlov,
- školenie zamerané na porozumenie reakciám ľudí s demenciou, na porozumenie behaviorálnych a psychologických symptómov,
- následné stretnutia, na ktorých môžu zamestnanci získať spätnú väzbu a diskutovať o konkrétnych situáciách,
- rady týkajúce sa behaviorálnych intervencií, ktoré znižujú potrebu antipsychotík a umožňujú bezpečné zníženie dávok,
- podporu slobody pohybu a minimalizáciu použitia obmedzení,
- ak je to relevantné pre zamestnancov, osobitné potreby mladších ľudí s demenciou a ľudí, ktorí pracujú alebo hľadajú prácu.

Je vhodné zvážiť možnosť pre rodinných príslušníkov zúčastňovať sa na školeniach týkajúcich sa problematiky demencií.

Poskytovať ľuďom žijúcim s demenciou jediného odborníka v oblasti zdravotníctva alebo sociálnej starostlivosti, ktorý je zodpovedný za koordináciu ich starostlivosti.

Menovaní odborníci by mali:

- zabezpečiť počiatočné posúdenie potrieb osoby, ktoré by malo byť, pokiaľ je to možné, tvárou v tvár,
- poskytovať informácie o dostupných službách a o tom, ako k nim získať prístup,
- zapojiť rodinných príslušníkov alebo opatrovateľov osoby (podľa potreby) do podpory a rozhodovania,
- venovať osobitnú pozornosť názorom ľudí, ktorí nie sú schopní rozhodovať o svojej starostlivosti v súlade s platnými zákonmi,
- zabezpečiť, aby si ľudia boli vedomí svojich práv na miestne advokátske služby a ich dostupnosť, a ak je to vhodné vzhľadom na bezprostrednú situáciu, nezávislého obhajcu duševných schopností.

Využívať dištančné poradenstvo (telefonické, e-mailové, využitie chatov, sociálnych sietí, internetových poradní). Takéto poradenstvo má výhody v tom, že sprostredkovaná pomoc je rýchla, dostupná, bezpečná, anonymná. Kontakt je založený na princípe anonymity a relatívne krátkeho časového trvania. Na poradcu sa tak kladie požiadavka dokázať sa rýchlo a efektívne zorientovať v účele poradenstva a pokúsiť sa identifikovať potreby klienta, ako aj efektívny spôsob ich naplnenia.

Samostatným typom kontaktu je **krízová intervencia** ako špecializovaná pomoc osobám, ktoré sa ocitli v kríze.

Zabezpečiť prenos informácií medzi službami a nastaveniami starostlivosti

1. Vypracovať plán starostlivosti a podpory a odsúhlasiť a prehodnotiť ho so zapojením pacienta, jeho rodinných príslušníkov alebo opatrovateľov (podľa potreby) a príslušných odborníkov.
2. Pri vývoji plánov starostlivosti a podpory je vhodné požiadať o súhlas s ich premiestnením do rôznych zariadení starostlivosti podľa potreby.
3. Poskytovatelia služieb by mali zabezpečiť, aby sa informácie (ako napr. plány starostlivosti a podpory) mohli ľahko prenášať medzi rôznymi nastaveniami starostlivosti (napr. domácimi, nemocničnými, komunitnými a pobytovými službami).
4. Zamestnanci poskytujúci starostlivosť a podporu by mali maximalizovať kontinuitu a konzistentnosť starostlivosti.

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

V podmienkach Slovenska absentuje legislatívna opora pre fungovanie systému integrovanej zdravotno-sociálnej starostlivosti (v zahraničných systémoch známej ako dlhodobá starostlivosť). Bol vypracovaný návrh Stratégie dlhodobej sociálno-zdravotníckej starostlivosti v Slovenskej republike, ktorú vypracoval Inštitút zdravotnej politiky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky ako podporný krok k národnej priorite na roky 2014 – 2020, a to prepojenia systému sociálnych služieb a zdravotnej starostlivosti do systému dlhodobej zdravotno-sociálnej starostlivosti. Tento krok sa nepodarilo naplniť, starostlivosť o človeka s demenciou však stále predpokladá potrebu zriadenia takýchto integrovaných zariadení. Zároveň je potrebné vybudovať celý komplex kvalitných služieb (terénnych, ambulantných, pobytových) vykonávaných vo verejnom záujme a v prirodzenom sociálnom prostredí komunity.

Literatúra

1. Amador, S., Sampson, E. L., Goodman, C., Robinson, L., & Team, S. R. (2019). A systematic review and critical appraisal of quality indicators to assess optimal palliative care for older people with dementia. *Palliat Med*, 33(4), 415-429. <https://doi.org/10.1177/0269216319834227>
2. American Psychological Association, APA: Guidelines for Psychological Practice With Older Adults, *American Psychologist*, January 2014, Vol. 69, No.1,34-65
3. American Psychological Association, APA: Guidelines for the Evaluation of Dementia and Age-Related Cognitive Change, *American Psychologist*, January 2012, Vol. 67, No. 1, 1-9
4. Arcand M. End-of-life issues in advanced dementia: Part 1: goals of care, decision-making process, and family education. *Can Fam Physician*. 2015 Apr;61(4):330-4.
5. Arvanitakis, Z., Shah, R. C., & Bennett, D. A. (2019). Diagnosis and Management of Dementia: Review. *JAMA*, 322(16), 1589-1599. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.4782>
6. Barker, R., Ashby, E. L., Wellington, D., Barrow, V. M., Palmer, J. C., Kehoe, P. G., Esiri, M. M., & Love, S. (2014). Pathophysiology of white matter perfusion in Alzheimer's disease and vascular dementia. *Brain*, 137(Pt 5), 1524-1532. (Not in File)
7. Barnes DE, Yaffe K. : The projected effect of risk factor reduction on Alzheimer's disease prevalence. *Lancet Neurol*. 2011;10(9):819-828
8. Brodaty H, Arasaratnam C.: Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia. *American Journal of Psychiatry* 2012; 169(9): 946-953.: [22952073](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.169.9.946)
9. Clarke, R. (2006). Vitamin B12, folic acid, and the prevention of dementia. *N.Engl.J.Med.*, 354(26), 2817-2819. (Not in File)
10. Cooper C, Balamurali TB, Livingston G. A systematic review of the prevalence and covariates of anxiety in caregivers of people with dementia. *Int Psychogeriatr*. 2007;19(2):175-195.
11. Cuijpers P. Depressive disorders in caregivers of dementia patients: a systematic review. *Aging Ment Health*. 2005;9(4):325-330.
12. De Vugt ME, Stevens F, Aalten P, et al. Do caregiver management strategies influence patient behaviour in dementia?. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2004;19(1):85-92.
13. Dotson VM, Beydoun MA, Zonderman AB. Recurrent depressive symptoms and the incidence of dementia and mild cognitive impairment. *Neurology*. 2010;75(1):27-34.
14. DSM-5. Diagnostický a štatistický manuál duševných poruch, Raboch,J., Hrdlička, M., Mohr,P., Pavlovský, P., Ptáček, R., Hogrefe-Testcentrum, 2015

15. Dušek, K., Večeřová-Procházková, A.: Diagnostika a terapie duševních poruch. Grada Publishing a.s., 2010
16. Elahi, F. M., & Miller, B. L. (2017). A clinicopathological approach to the diagnosis of dementia. *Nat Rev Neurol*, 13(8), 457-476. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2017.96>
17. Ferencz, B., & Gerritsen, L. (2015). Genetics and underlying pathology of dementia. *Neuropsychol.Rev.*, 25(1), 113-124. (Not in File)
18. Galasko, D., Bennett, D. A., Sano, M., Marson, D., Kaye, J., & Edland, S. D. (2006). ADCS Prevention Instrument Project: assessment of instrumental activities of daily living for community-dwelling elderly individuals in dementia prevention clinical trials. *Alzheimer Dis.Assoc.Disord.*, 20(4 Suppl 3), S152-S169. (Not in File)
19. Galasko, D., Bennett, D., Sano, M., Ernesto, C., Thomas, R., Grundman, M., Ferris, S., & Alzheimer's Disease Cooperative Study. (1997). An inventory to assess activities of daily living for clinical trials in Alzheimer's disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 11(Suppl2), S33-S39.
20. Haupt M, Karger A, Jänner M. Improvement of agitation and anxiety in demented patients after psychoeducative group intervention with their caregivers. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000;15(12):1125-1129.
21. Herman E.,Praško J.,Seifertová D.,: Konziliární psychiatrie,Praha: MEDICAL TRIBUNE CZ, 2007, str. 52 – 64
22. Holmerová, I.,Jarolimová, E.,Suchá, J.,a kol. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. Praha: Gerontologické centrum, 2007,s.120 ISBN 978-80-254-0177-4
23. Höschl, C., Libiger, J., a Švestka J.,: Psychiatrie, Praha: Tigis, 2004
24. International Psychogeriatric association, WASHINGTON CONSENSUS CONFERENCE: Defining Behavioral and Psychological Symptoms of Demencia, 1996
25. Jiráček, R., Franková, V.: Organicky podmíněné psychické poruchy. In: Seifertová, D., Praško, J., Höschl, C., (eds.): Postupy v léčbě psychických poruch, Praha, Academia Medica Pragensis, 2004, str. 2-18:
26. Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG.: Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ*. 2015 Mar 02;350:h369.
27. Karlawish JH, Zbrozek A, Kinosian B, et al.: Caregivers' assessments of preference-based quality of life in Alzheimer's disease. *Alzheimer's Dement*. 2008;4(3):203-211.
28. Khachaturian, Z. S., Snyder, P. J., Doody, R., Aisen, P., Comer, M., Dwyer, J., Frank, R. A., Holzapfel, A., Khachaturian, A. S., Korczyn, A. D., Roses, A., Simpkins, J. W., Schneider, L. S., Albert, M. S., Egge, R., Deves, A., Ferris, S., Greenberg, B. D., Johnson, C., Kukull, W. A., Poirier, J., Schenk, D., Thies, W., Gauthier, S., Gilman, S., Bernick, C., Cummings, J. L., Fillit, H., Grundman, M., Kaye, J., Mucke, L., Reisberg, B., Sano, M., Pickeral, O., Petersen, R. C., Mohs, R. C., Carrillo, M., Corey-Bloom, J. P., Foster, N. L., Jacobsen, S., Lee, V., Potter, W. Z., Sabbagh, M. N., Salmon, D., Trojanowski, J. Q., Wexler, N., & Bain, L. J. (2009). A roadmap for the prevention of dementia II: Leon Thal Symposium 2008. *Alzheimer's Dement.*, 5(2), 85-92. (Not in File)
29. Knapp, M., Iemmi, V., & Romeo, R. (2013). Dementia care costs and outcomes: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*, 28(6), 551-561. <https://doi.org/10.1002/gps.3864>
30. Knopman, D., & Selnes, O. (2012). Neuropsychology of dementia. In K. M. Heilman & E. Valenstein (Eds.), *Clinical Neuropsychology* (5 ed., pp. 582-636). Oxford University Press. (Reprinted from Not in File)
31. Králová, M.: Demencie, Univerzita Komenského Bratislava, Lekárska fakulta, 2017
32. Kukull, W. A. (2006). Epidemiology, dementia, and Alzheimer's disease: Methods influence conclusions. In J. C. Morris, J. E. Galvin, & D. M. Holtzman (Eds.), *Handbook of dementing illnesses* (2 ed., pp. 17-40). Taylor & Francis. (Reprinted from Not in File)
33. Lawton MP, Brody EM. : Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-186.
34. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet*. 2020;396(10248):413-446.
35. Livingston G, Johnston K, Katona C, Paton J, Lyketsos CG: Old Age Task Force of the World Federation of Biological Psychiatry. Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry*. 2005;162(11):1996-2021.
36. M. Petrovic, C. Hurt, D. Collins, A. Burns, V. Camus, R. Liperoti, A. Marriott, F. Nobili, P. Robert, M. Tsolaki, B. Vellas, F. Verhey & E.J. Byrne (2007) CLUSTERING OF BEHAVIOURAL AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS IN DEMENTIA (BPSD): A EUROPEAN ALZHEIMER'S DISEASE CONSORTIUM (EADC) STUDY, *Acta Clinica Belgica*, 62:6, 426-432,
37. Mackinnon A, Mulligan R. :Combining cognitive testing and informant report to increase accuracy in screening for dementia. *Am J Psychiatry*. 1998;155(11):1529-1535.
38. Mathuranath PS, Nestor PJ, Berrios GE, Rakowicz W, Hodges JR. :A brief cognitive test battery to differentiate Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. *Neurology*. 2000;55(11):1613-1620.
39. McKeith IG, Boeve BF, Dickson DW, et al. :Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium. *Neurology*. 2017;89(1):88-100.
40. McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM.: Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology*. 1984;34(7):939-944.
41. Mioshi E, Dawson K, Mitchell J, Arnold R, Hodges JR. :The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006;21(11):1078-1085.
42. Mohs, R. C., Knopman, D., Petersen, R. C., Ferris, S. H., Ernesto, C., Grundman, M., Sano, M., Bieliauskas, L., Geldmacher, D., Clark, C., Thal, L. J., & Alzheimer's Disease Cooperative Study. (1997). Development of cognitive instruments for use in clinical trials of anti-dementia drugs: Additions to the Alzheimer's Disease Assessment Scale that broaden its scope. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 11(Suppl2), S13-S21.
43. Molloy DW, Alemayehu E, Roberts R.: Reliability of a Standardized Mini-Mental State Examination compared with the traditional Mini-Mental State Examination. *Am J Psychiatry*. 1991;148(1):102-105.
44. Morbelli, S., Garibotto, V., Van De Giessen, E., Arbizu, J., Chetelat, G., Drezgza, A., Hesse, S., Lammertsma, A. A., Law, I., Pappata, S., Payoux, P., Pagani, M., & European Association of Nuclear, M. (2015). A Cochrane review on brain [(1)(8) F]FDG PET in dementia: limitations and future perspectives. *Eur J Nucl Med Mol Imaging*, 42(10), 1487-1491. <https://doi.org/10.1007/s00259-015-3098-2>

45. Naismith S.L., Mowszowski L.: Moving Beyond Mood: Is it Time to Recommend Cognitive Training for Depression in Older Adults? B.T. Baune, P.J. Tully, Cardiovascular Diseases and Depression, Springer International Publishing Switzerland 2016, str. 365 – 393
46. Nogle, C. A., Dean, R. S., Bush, S. S., & Anderson, S. W. (2015). *The neuropsychology of cortical dementias*. Springer Publishing Company.
47. Norton S, Matthews FE, Barnes DE, Yaffe K, Brayne C. Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data [published correction appears in Lancet Neurol. 2014 Nov;13(11):1070]. *Lancet Neurol*. 2014;13(8):788-794.
48. Nowrangi, M. A., Rao, V., & Lyketsos, C. G. (2011). Epidemiology, assessment, and treatment of dementia. *Psychiatr. Clin. North Am.*, 34(2), 275-294, vii. (Not in File)
49. Ondrášková, M.: Nekognitivná symptomatika pri demenciách vo vyššom veku, Herba 2015
50. Orgeta V, Qazi A, Spector AE, Orrell M. Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 1. Art. No.: CD009125.
51. O'rii McDermott, Georgina Charlesworth, Eef Hogervorst, Charlotte Stoner, Esme Moniz-Cook, Aimee Spector, Emese Csipke & Martin Orrell (2019) Psychosocial interventions for people with dementia: a synthesis of systematic reviews, *Aging & Mental Health*, 23:4, 393-403,
52. Panza F, Frisardi V, Capurso C, et al. Late-life depression, mild cognitive impairment, and dementia: possible continuum?. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2010;18(2):98-116.
53. Perl, D. P. (2010). Neuropathology of Alzheimer's disease. *Mt Sinai J Med*, 77(1), 32-42. <https://doi.org/10.1002/msj.20157>
54. Petersen, R. C. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *J. Intern. Med.*, 256(3), 183-194. (Not in File)
55. Petersen, R. C., Smith, G. E., Waring, S. C., Ivnik, R. J., Tangalos, E. G., & Kokmen, E. (1999). Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Arch. Neurol.*, 56, 303-308. (In File)
56. Pidrman, V.: Demence, Grada, 2007
57. Praško, J., Možný P., Šlepecký, M., et al.: Kognitivne behaviorálna terapie psychických poruch, Praha: TRITON, 2007 ISBN 978-80-7254-865-1
58. Prince, M., Ali, G. C., Guerchet, M., Prina, A. M., Albanese, E., & Wu, Y. T. (2016). Recent global trends in the prevalence and incidence of dementia, and survival with dementia. *Alzheimers Res Ther*, 8(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s13195-016-0188-8>
59. Rosen, W. G., Mohs, R. C., & Davis, K. L. (1984). A new rating scale for Alzheimer's disease. *The American Journal of Psychiatry*, 141(11), 1356-1364.
60. Rizzi, L., Rosset, I., & Roriz-Cruz, M. (2014). Global epidemiology of dementia: Alzheimer's and vascular types. *Biomed Res Int*, 2014, 908915. <https://doi.org/10.1155/2014/908915>
61. Román GC, Tatamichi TK, Erkinjuntti T, et al. Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN International Workshop. *Neurology*. 1993;43(2):250-260.
62. Royall, D. R., Cordes, J. A., & Polk, M. (1998). CLOX: An executive clock drawing task. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 64(5), 588-594.
63. Saczynski JS, Beiser A, Seshadri S, Auerbach S, Wolf PA, Au R. Depressive symptoms and risk of dementia: the Framingham Heart Study. *Neurology*. 2010;75(1):35-41.
64. Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 5(1-2), 165-173.
65. Slovenská Alzheimerova spoločnosť: Manuál na poskytovanie bezplatného individuálneho poradenstva pre sieť spolupracovníkov Slovenskej Alzheimerovskej spoločnosti, 2018 http://www.alzheimer.sk/media/119168/zaostrene%20brozura_ver1.pdf
66. Solomon PR, Hirschhoff A, Kelly B, et al. A 7 Minute Neurocognitive Screening Battery Highly Sensitive to Alzheimer's Disease. *Arch Neurol*. 1998;55(3):349-355.
67. Steffens DC, Potter GG, McQuoid DR, et al. Longitudinal magnetic resonance imaging vascular changes, apolipoprotein E genotype, and development of dementia in the neurocognitive outcomes of depression in the elderly study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2007;15(10):839-849.
68. Tavel P. Čes. a slov. psychiat., 105, 2009, No. 1, pp. 32-35.
69. Teri L, Huda P, Gibbons L, Young H, van Leynseele J. STAR: a dementia-specific training program for staff in assisted living residences. *Gerontologist*. 2005;45(5):686-693.
70. Valenzuela, M. J. (2008). Brain reserve and the prevention of dementia. *Curr. Opin. Psychiatry*, 21(3), 296-302. (Not in File)
71. van der Flier, W. M., & Scheltens, P. (2005). Epidemiology and risk factors of dementia. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 76 Suppl 5, v2-v7. (Not in File)
72. van der Steen JT, Radbruch L, Hertogh CM, de Boer ME, Hughes JC, Larkin P, Francke AL, Jünger S, Gove D, Firth P, Koopmans RT, Volicer L; European Association for Palliative Care (EAPC). White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: a Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med*. 2014 Mar;28(3):197-209.
73. Vavrušová a kol.: Demencia, Osveta, 2012 in Vzdelávací program Zvyšovanie kognitívnej výkonnosti seniorov
74. Verbeek, H., van Rossum, E., Zwakhalen, S. M., Kempen, G. I., & Hamers, J. P. (2009). Small, homelike care environments for older people with dementia: a literature review. *Int Psychogeriatr*, 21(2), 252-264. <https://doi.org/10.1017/S104161020800820X>
75. Welsh, K. A., Hoffman, J. M., Earl, N. L., & Hanson, M. W. (1994). Neural correlates of dementia: Regional brain metabolism (FDG-PET) and the CERAD neuropsychological battery. *Arch. Clin. Neuropsychol.*, 9, 395-409. (In File)
76. World Health Organization, Global action plan on the public health response to dementia 2017 - 2025, Publication 2017, ISBN: 978-92-4-151348-7
77. Zvěřová M.: Alzheimerova demence, Praha: Grada Publishing, a.s., 2017

Internetové zdroje:

<http://www.alzheimer.sk/informacie/alzheimerova-choroba/statistiky.aspx>
<https://www.alzheimers.net/>
<https://www.alz.co.uk/>
<https://www.alzheimer-europe.org/>

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília.

Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 1. októbra 2021.

Vladimír Lengvarský
minister zdravotníctva

Príklady skríniových testov

Názov	Hodnotené funkcie	Dostupnosť
MMSE Mini mental state examination	Orientácia, rozsah pozornosti, pozornosť a počítanie, pamäť, reč	test nie je voľne dostupný, je možné ho zakúpiť na www.parinc.com
MoCA Monctrealský kognitívny test	priestorová orientácia a zručnosť, pomenovanie, pamäť pozornosti, reč, abstrakcia, oddialené vybavenie, orientácia	www.mocatest.org
ACER-7 Adenbrookský kognitívny test	orientácia, pozornosť, pamäť verbálna fluencia, rečové funkcie, vizuokonštrukčné funkcie	Neuropsychologická batéria Psychiatrické centra Praha, 2012
MINI-COG	pamäť pozornosti, exekutívne funkcie,	
7MST - 7 minútový test	orientácia, pamäť konštrukčné schopnosti, rečové funkcie	
Krátka neuropsychologická batéria	Rečové funkcie, pamäť, pozornosť, pracovná pamäť vizuopriestorové funkcie, dlhodobá pamäť, verbálna fluencia, konštrukčné schopnosti abstrakcia, neglect, logická pamäť	www.nudz.cz/vydali-jsme-kratkou-neuropsychologickou-baterii-knb/
Batéria NEUROPSY	Rečové funkcie, pamäť, pozornosť, pracovná pamäť vizuopriestorové funkcie, dlhodobá pamäť, verbálna fluencia, konštrukčné schopnosti abstrakcia, logická pamäť	

Niektoré testy špecifických schopností (funkcií)

Kognitívna doména	testy/oblasti	Zdroj	Dostupnosť
Pamäť	AVLT Auditory verbal learning test	batéria NEUROPSY (Hajdúk a kol. 2020); Pamäťový test učenia (Preiss, 1997)	www.neuropsychybatéria.sk
	PrVLT-12 Philadelphia verbal learning test		www.nudz.cz
	Logická pamäť WMS III; Logická pamäť batéria NEUROPSY	Wechsler, 1997; batéria NEUROPSY (Hajdúk a kol. 2020)	www.testcentrum.com
	Grober-Buschke 16 obrázkový test FCSRT-IR alebo ECR	(Grober, Buschke, Crysta, bang & Dresner, 1988; Grober & Buschke, 1987)	
Psychomotorické tempo	Symboly - kódovanie batéria NEUROPSY; WAIS-III	Wechsler, 1997; batéria NEUROPSY (Hajdúk a kol. 2020)	www.neuropsychybatéria.sk
Nonverbálne testy pamäti	BVMT-R Brief visual memory test revised	Benedict, Schretlen, Groninger, Dobraski & Shpritz, 1996	www.parinc.com
	ROCFT reprodukcia	Meyer & Meyers, 1995; batéria Neuropsychy	www.neuropsychybatéria.sk
verbálna fluencia	Fonemická verbálna fluencia K,P,S		www.neuropsychybatéria.sk
pozornosť a pracovná pamäť	opakovanie čísiel batéria		

	NEUROPSY; WAIS-III		
vizuokonštrukčné funkcie	ROCFT kópia figúry		
Exekutívne funkcie	Subdoména	test (zdroj)	dostupnosť
	Iniciácia	verbálna fluencia	www.neuropsychobateria.sk
	Plánovanie	ROCFT	www.neuropsychobateria.sk
	programovanie	Clocktest	Voľne dostupný
	realizácia	Trail making test (TMT); Londýnska veža (ToL) Schilliceova verzia	https://karolinum.cz/knihy/bezdicek-londynska-vez-tol-schalliceova-verze-tol-21520 ; www.neuropsychobateria.sk
	ukončenie	Stroopov test	www.neuropsychobateria.sk
Fatické funkcie	pomenovanie	Boston naming test (BNT) (Kaplan, Goodglass & Weintraub, 2001; Mack, Freed, Williams, & Handerson 1992)	www.testcentrum.com
	Porozumenie reči	Slovník WAIS-III	www.testcentrum.com