

The causes of BPSD can be varied, as well as their risk factors (including e.g. co-medication, comorbidities, the patient's personality traits, inappropriate communication by caregivers, and environmental influences). The pharmacotherapy of BPSD is complex and often involves the use of antipsychotics, antidepressants, benzodiazepines, or acetylcholinesterase inhibitors and memantine. Due to the diversity of manifestations and causes of BPSD, a unified pharmacotherapeutic approach cannot be applied. Non-pharmacological approaches should always be preferred, except in cases of severe depression, psychosis, or aggression that may endanger the patient or someone else. In practice, many medications indicated for BPSD therapy are used off-label. The pharmacotherapy of BPSD should only begin after ruling out other causes of BPSD. Furthermore, it should only be initiated after considering all risks and potential benefits, starting with low geriatric doses, monitoring side effects, regularly reassessing effectiveness, and administering medications for the shortest possible duration should be also applied.

Key words: behavioural and psychological symptoms of dementia, psychopharmacology, dementia.

Úvod

Kognitivní porucha je výsledkem narušení vyšších korových funkcí mozku (tj. paměti, intelektu, časové a prostorové orientace, gnostických funkcí, chápání, úsudku, schopnosti komunikovat a plánovat aj.) (1). Může vzniknout akutně, být krátkodobá a přechodná, například na podkladě stresu, onemocnění nebo i vyvolaná léčiv, často ve formě **deliria**. Mezi léčiva indukující delirium patří zejména anticholinergní a dopaminergní látky, opiáty (2).

Pokud je kognitivní porucha, zejména paměti, chroničtějšího rázu a podle vyšetření kognitivních funkcí však není překročena hranice demence, hovoříme o **mírné kognitivní poruše** (mild cognitive impairment, MCI) (3). Taková míra kognitivního poškození již nelze připsat normálnímu stárnutí a může být stacionární, progresivní nebo se může normalizovat v závislosti na základní příčině nebo léčbě. Kognitivní porucha může být také často způsobena onemocněním nervového systému, traumatem, infekcí, užíváním léčiv, nutričním deficitem nebo expozicí toxinům (4). MCI je také považována za preklinické stadium demence a v populaci se vyskytuje asi u 12–18 % pacientů nad 65 let. Představuje zvýšené riziko rozvoje syndromu demence, jelikož zhruba 10–12 % pacientů s MCI do stadia demence ročně zprogreduje (5) a z tohoto důvodu je nutné tuto populaci sledovat.

Demenci pak definujeme jako syndrom, u kterého dominuje právě úpadek kognice a sekundárně i dalších psychických funkcí natolik výrazně, že je u pacienta již narušena schopnost provádět každodenní aktivity a postupně se stává plně závislým na svém okolí. Delirium pak často na demenci nasedá, protože mozek, u kterého je funkce mozkové kůry již narušena, je na jeho rozvoj více náchylný (1, 3). Nejčastější formy demence jsou Alzheimerova nemoc (60 %), dále následují vaskulární demence a demence s Lewyho tělisky (LBD). Demence se také může vyskytovat u pacientů s Parkinsonovou nemocí, a to asi u 30 až 70 % z nich. Prozatím nemáme kauzální terapii demence, a proto kombinujeme přístupy nefarmakologické s farmakologickými, kterými se jednak snažíme zbrzdit progresi onemocnění (kognitiva), a jednak léčit přidružené behaviorální a psychologické symptomy demence (BPSD) (1).

BPSD vznikají jako důsledek neurodegenerace, která kromě oblastí zodpovědných za kognitivní funkce rovněž zasahuje i jiná centra např. regulace emocí. Pacient se stává daleko citlivější vůči stresorům a jeho schopnost interagovat s okolím se neustále zhoršuje. K příčinám vedoucím ke vzniku BPSD tedy patří jak faktory pacienta (např. komorbidita, premorbidní osobnostní rysy), tak i pečujících osob (např. nevhodná

komunikace – vztek a agrese) nebo prostředí (např. nadměrná stimulace, změna místa pobytu). Alespoň jedním symptomem BPSD trpí během průběhu onemocnění až 97 % pacientů s demencí (6). BPSD zahrnují širokou škálu různorodých symptomů s velkou variabilitou. Mezi behaviorální symptomy patří agitovanost, verbální a brachiální agresivita, bloudění, nepřiléhavé jednání, desinhibované chování, vykřikování, hromadění předmětů či poruchy příjmu potravy. Psychologické symptomy se mohou projevit poruchami nálady, úzkostí, poruchami vnímání a myšlení, případně paranoiditou a poruchami spánku. BPSD jsou pro syndrom demence typické, nikoliv univerzální a nevypovídají o jejím stadiu. Obecně lze ale konstatovat, že pacienti s mírnými stadii trpí spíše poruchou nálady, ve středních stadiích psychózami a v těžkých fázích agresí a agitovaností (7, 8). BPSD se vyskytují u všech typů demencí. Klastř konkrétních typů BPSD může být pro některé druhy demencí typičtější. Např. u LBD častěji pozorujeme psychózu a vizuální halucinace, pro frontotemporální demenci bývá typické desinhibované chování (6). Pro pacienty bývají BPSD daleko více stresující než vlastní kognitivní porucha, nicméně jsou mnohdy pozdě diagnostikovány a léčeny. Dále výrazně snižují kvalitu života nemocným i pečovateli a často vedou k hospitalizacím či institucionalizaci nemocného (6, 7, 8).

Behaviorální poruchy lze také dělit na neagresivní a agresivní formy a apatie. Mezi **neagresivní formy** mohou patřit zejména projevy agitace: popocházení, snaha opustit domov či pobytové zařízení, opakování pohybů, snaha se někoho opakovaně dotýkat, kladení stejných otázek či opakování slov nebo frází, v těžších fázích demence je to pak vykřikování a nařikání. Agitovanost může být i důsledkem tělesného dyskomfortu (např. zácpy a bolesti). Často se vyskytuje v nočních hodinách a je spojena s inverzí spánku. **Verbálně agresivní formy** poruch chování mohou vypadat např. jako nadávky, klení, ječení, vyhrožování a jsou pro okolí velmi vyčerpávající. **Brachiální agresivita** je často namířená vůči věcem (ničení nábytku, trhání prádla), ale může být namířena i vůči lidem, a to nejčastěji ve formě aktivního negativismu (tzv. nespokojenost při péči – koupání, krmení, podávání léků). Agresivita se vyskytuje asi u 20 % pacientů v domácím prostředí a až u 50 % institucionalizovaných osob. **Apatie** je pak přítomna zejména u závažných forem demencí. Dále se může vyskytovat desinhibice, pod kterou si lze představit např. sociálně a sexuálně nevhodné chování (6, 7, 8, 9).

Druhou skupinu BPSD představují **psychologické symptomy**. **Úzkosti** vznikají na podkladě chronického stresu nebo postupně progredujícího kognitivního deficitu a velmi často vedou i k agitaci. Dále