

## Smernice za obravnavo bolnikov z demenco

Guidelines for the treatment of patients with dementia

Jože Darovec, Aleš Kogoj<sup>†</sup>, Blanka Kores Plesničar, Mojca Muršec, Marko Pišljarij, Peter Pregelj, Gorazd B. Stokin

*Slovensko zdravniško društvo, Združenje psihiatrov, Razširjeni strokovni kolegij za psihiatrijo*

### Korespondenca/ Correspondence:

prim. Jože Darovec, dr. med., spec nevropsihiater  
Psihiatrična klinika  
Ljubljana, Studenec 48,  
1260 Ljubljana  
f: 01/ 5284 618  
e: joze.darovec@psih-  
klinika.si

### Ključne besede:

diagnoza; kognitivni simptomi; nevrološko-vedenjski simptomi in znaki; delirij; zdravljenje

### Key words:

diagnosis; cognitive symptoms; neurobehavioral signs and symptoms; delirium; therapy

### Citirajte kot/Cite as:

Zdrav Vestn 2014;  
83: 497–504

Prispelo: 30. jan. 2014,  
Sprejeto: 13. maj 2014

### Izvleček

V smernicah podajamo v svetu najpogosteje priporočene diagnostične postopke in svetujemo ustrezne preiskave v skladu z dobro zdravniško prakso obravnave bolnika z demenco. Del smernic je namenjen farmakoterapevtski obravnavi, od uveljavljenega zdravljenja kognitivnega upada do vedenjskih in psihičnih sprememb. Slednje pomembno vplivajo na kakovost življenja bolnikov in njihovih svojcev, zato je pomemben del smernic namenjen temu področju, še zlasti zaradi mnogokrat nasprotujočih si podatkov o učinkovitosti zdravil. Pri pripravi novih smernic smo se omejili na področje dela zdravnikov, čeprav se zavedamo, da je obravnavo bolnika z demenco izrazito multidisciplinarna.

### Uvod

Po 65. letu starosti je najpogostejši vzrok kognitivnega upada v sklopu demence Alzheimerjeva bolezen, ki povzroči več kot 50 % vseh demenc. Sledijo demence zaradi možganskožilnih bolezni, demenca z Lewyjevim telesci in številne druge redkejšje oblike. Dobra klinična praksa nas uči, da je kakovost obravnave in skrbi za bolnike optimalna, kadar se diagnoza postavi v obdobju blagega kognitivnega upada. Medtem ko najpogostejše bolezni, ki povzročijo demenco, nastopijo počasi (npr. Alzheimerjeva

### Abstract

In this article we suggest guidelines for the diagnostic process with appropriate investigations to be carried out. Part of the guidelines is intended for pharmacotherapeutic treatment and ranges from already established treatment of cognitive decline to treating behavioral and psychological changes. These have a significant impact on the quality of life of patients and their families, in particular, because of often controversial reports on the effectiveness of pharmacological therapy. Current guidelines focus on the role of physicians, although we are aware of the fact that dementia care requires a highly multidisciplinary approach.

bolezen), druge napredujejo hitro (npr. paraneoplastični limbični encefalitis, Creutzfeldt-Jakobova bolezen) in terjajo urgentno diagnostično obravnavo.

### Diagnostični pristop

Priporočljivo je, da začetno oceno bolnika s sumom na kognitivni upad vedno opravi zdravnik družinske medicine. Prvi pregled ob sumu na kognitivni upad sestavlja temeljita anamneza in vedno tudi he-

Smernice je sprejel Razširjeni strokovni kolegij za psihiatrijo in so bile v celoti objavljene v: Darovec J, Kogoj A, Kores-Plesničar B, Muršec M, Pišljarič M, Pregelj P, Stokin GB. Smernice za obravnavo pacientov z demenco. Viceversa, pos. izd. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Združenje psihiatrov, 2013. 33 str.

teroanamneza, sledi splošni pregled, ki naj izključi pomembnejše internistične bolezni in okužbe, ter nevropsihiatrični pregled, ki naj izključi pomembnejše nevropsihiatrične bolezni (npr. depresijo, afazijo). Dodatno je v sklopu nevropsihiatričnega pregleda potrebno oceniti kognitivni upad in orientacijsko opredeliti vzrok kognitivnega upada ali demence. Za izmero kognitivnega upada so pogosto v uporabi Kratek preizkus spoznavnih sposobnosti (KPSS) in Test risanja ure (TRU), Kognitivni preizkus Adenbrook (KPA-R), Preizkusi svoj spomin (PSS), Montrealski kognitivni test (MoCA) in drugi.<sup>1-3</sup> Za oceno vedenjskih in psihičnih simptomov demence kot za oceno samostojnosti pri vsakodnevnih dejavnostih – slednje ocene so ključnega pomena pri obravnavi bolnika s kognitivnim upadom oziroma demenco – se lahko uporabljajo različne lestvice.<sup>4</sup> Sledi napotitev bolnika s potrjenim sumom na kognitivni upad k specialistu psihiatrije ali nevrologije.

V sklopu začetne obravnave bolnika s sumom na kognitivni upad je priporočljivo opraviti osnovne preiskave krvi in urina, na podlagi anamneze oziroma heteroanamneze dodatne preiskave krvi ter pri starejših od 50 let tudi EKG.

Dobra klinična praksa narekuje naslednje osnovne preiskave krvi v primeru potrjenega kognitivnega upada:

- glukoza;
- kalij, natrij, klor;
- kalcij;
- sečnina, kreatinin;
- sedimentacija;
- TSH;
- hepatogram;
- hemogram.

Dodatne preiskave krvi so utemeljene na podlagi (hetero)anamneze:

- folna kislina;
- vitamin B12;
- homocistein;
- serologija za borelijo;
- serologija za HIV, sifilis.

Če pregled potrdi sum na kognitivni upad, se priporoči slikovna diagnostika:

- CT glave brez kontrasta uporabimo predvsem za izključitev strukturnih sprememb (npr. subduralnega hematoma, tumorjev) in možganskožilnih sprememb.
- T1, T2 in FLAIR (Fluid attenuated inversion recovery) obtežene sekvence MRI glave uporabimo predvsem za potrditev specifičnega anatomskega vzorca atrofije možganovine, ki ga pričakujemo na podlagi klinično postavljene delovne diagnoze neurodegenerativne bolezni ali možganskožilnih sprememb (predvsem levkoaraiozo).
- Druge slikovne metode so domena specialistov nevrologov in psihiatrov. FDG PET-CT (Fluorodeoxy-D-glucose Positron emission tomography CT) ali SPECT (Single-photon emission computed tomography) možganov uporabljamo za opredelitev specifičnih neurodegenerativnih bolezni v zelo zgodnjih stadijih, ko še ni zadostne atrofije, DAT Scan za prikaz neiatrogeno povzročene ekstrapiramidne okvare itd.
- Če imata anamneza oziroma heteroanamneza in vzorec kognitivnega upada vse značilnosti ene od pogostejših oblik demence z jasno klinično sliko, zadošča CT glave. Ob blagem kognitivnem upadu, začetnem stadiju demence ali neznačilni klinični sliki je smiselno opraviti MRI glave. Nova (še raziskovalna) diagnostična merila zagovarjajo uporabo MRI glave, saj ta ne samo da izključi strukturne lezije in možganskožilne spremembe, ampak tudi prikaže morfološke značilnosti različnih neurodegenerativnih bolezni in s tem potrdi delovno klinično diagnozo.

Pri diagnosticiranju demence se ciljano uporablja tudi EEG, analiza likvorja in genetsko testiranje.

Bolniki s hitro napredujočimi demencami so domena tistih specialistov psihiatrov in nevrologov, ki so posebej usmerjeni v delo z bolniki z demenco.

Glavni cilj osebnega zdravnika družinske medicine pri začetni oceni bolnika s sumom na kognitivni upad je ločiti blag kognitivni upad od demence, oba pa od delirija, ki

ga lahko povzroči vrsta sistemskih bolezni, okužb in možganskožilnih dogajanj.

Dobra praksa narekuje, da se diagnoza sporoči na primeren način na željo bolnika oziroma svojcev. Temu sledi pogovor, ki bolnika in svojce izobrazijo glede bolezni, klinične slike in napredovanja. Ta pogovor vsebuje tudi praktične nasvete glede prihodnjega življenja. Bolnika z novo postavljeno diagnozo blage kognitivne motnje ali demence je potrebno poučiti glede zmožnosti upravljanja vozil, potrebno je svetovati pogostejše ocene zmožnosti upravljanja vozil oziroma ponovitev vozniškega izpita v primeru suma na nezmožnost upravljanja vozil.

## Zdravljenje

Zdravljenje blagega kognitivnega upada ali demence je simptomatsko in preventivno. Za simptomatsko zdravljenje kognitivnega upada sta na voljo dve skupini zdravil, ki jih skupno lahko poimenujemo kognitivni modulatorji: zaviralci encima acetilholinesteraze (zaviralci AChE) in antagonisti glutamatnih N-metil D-aspartat (NMDA) receptorjev. Dodatno pri vseh pogostejših demencah uporabljamo različne psihofarmake (antidepresivi, anksiolitiki, antipsihotiki) za zdravljenje pridruženih vedenjskih in psihičnih simptomov. Pri Parkinsonovi bolezni z demenco ter pri demenci z Lewyjevim telesci in izraženo parkinsonsko simptomatiko uporabljamo tudi antiparkinsonike. Pri demencah zaradi možganskožilnih bolezni je ključnega pomena preventivno zdravljenje.

Ravno tako pomembna kot farmakološko zdravljenje je nefarmakološka obravnava, ki sestoji iz vrste ukrepov: vzdrževanje preostalih bolnikovih sposobnosti z umsko, telesno in socialno dejavnostjo, lajšanje bolnikovih stisk in podpora pri dnevni dejavnosti, prilagajanje okolja bolnikovim

potrebam tudi ob upoštevanju varnostnih ukrepov, pomoč družini in skrbnikom.

## Zdravljenje kognitivnega upada

Zdravljenje z zaviralci AChE pričnemo takoj, ko potrdimo diagnozo demence. Vsi zaviralci AChE so se izkazali za pogosto učinkovite v različnih obdobjih Alzheimerjeve bolezni. Dodatne raziskave potrjujejo učinkovitost tudi pri demenci z Lewyjevim telesci (rivastigmin), demencah zaradi možganskožilnih bolezni (donepezil) in demenci pri Parkinsonovi bolezni (rivastigmin).<sup>5-7</sup> Pri frontotemporalnih demencah so študije ovrgle učinkovitost sedanjih kognitivnih modulatorjev. Med kognitivnimi modulatorji se zaviralci AChE uporabljajo predvsem za zaviranje napredovanja spominskega upada, čeprav več študij podpira njihovo uporabo pri simptomatskem zdravljenju pridruženih vedenjskih motenj. Antagonisti NMDA receptorjev naj bi zavirali citotoksičnost glutamata v živčnem sistemu in se zato uporabljajo pri Alzheimerjevi bolezni. Antagonist NMDA se uvede v srednjem ali poznem obdobju bolezni, lahko kot dodatek inhibitorju AChE (Tabela 1). Podobno kot zaviralci AChE so učinkoviti tudi pri simptomatskem zdravljenju pridruženih vedenjskih motenj.

Dobra klinična praksa zagovarja realno predstavitev njihovih zdravilnih učinkov, neželenih učinkov in pričakovani pred uvedbo samega zdravila. Učinkovitost in neželene učinke kognitivnih modulatorjev je potrebno redno spremljati. Ob neučinkovitosti ali v končnem stadiju demence postopno prekinemo zdravljenje in spremljamo morebitna poslabšanja kognitivnega upada.

**Tabela 1:** Simptomatsko zdravljenje upada spoznavnih sposobnosti.

Prva izbira zdravil	Drugi ukrepi
zaviralci AChE	urjenje umskih sposobnosti, telesna dejavnost
antagonist NMDA	zdravljenje telesnih bolezni

## Obravnavna vedenjskih in psihičnih simptomov pri demenci

Vedenjski in psihični simptomi pri demenci se pojavljajo pri večini bolnikov z demenco (90 %).<sup>8</sup> Vedenjski simptomi (običajno se določijo z opazovanjem) so: nasilno vedenje, kričanje, preklinjanje, jokanje, nemir, vznemirjenost, tavanje, socialno neustrezno vedenje, spolno dezinhibirano vedenje, zbiranje zalog, ponavljajoča se vprašanja, spremljanje svojcev. Tem lahko dodamo še motnje hranjenja, vsiljivost in odklonilno vedenje. Psihični simptomi (obi-

čajno opredeljeni po pogovoru z bolnikom ali svojci) so: tesnoba, depresija, apatija, nespečnost, blodnje, napačno prepoznavanje in halucinacije. Nujno je prepoznati tako vedenje in ugotoviti vzrok zanj (npr. bolečine, telesne bolezni!). Smiselno je odpravljati vzroka vedenjskih in psihičnih simptomov pri demenci, kadar je to mogoče, sicer se uporabijo nefarmakološki in farmakološki ukrepi.

## Obravnavna psihoze

Psihotično doživljanje (blodnje, halucinacije) se pojavlja v sklopu demence, de-

**Tabela 2:** Farmakološko zdravljenje vedenjskih in psihičnih simptomov demence. (SSRI–zaviralci ponovnega privzema serotonina, SNRI–zaviralci ponovnega privzema serotonina in noradrenalina).

Prva izbira zdravil	Druga izbira	Drugi ukrepi
<b>Psihoza</b>		
atipični antipsihotiki	klasični antipsihotiki, zaviralci AChE <sup>1</sup> , antagonist NMDA;	
<b>Depresija</b>		
SSRI SNRI	ostali antidepresivi + dodatek kognitivnega modulatorja, + dodatek stabilizatorja razpoloženja ali antipsihotika;	
<b>Tesnoba</b>		
SSRI SNRI	benzodiazepini;	
<b>Nespečnost</b>		
antidepresivi (mirtazapin, trazodon), hipnotiki, kratkodelujoči benzodiazepini;	melatonin s podaljšanim sproščanjem;	ukrepi za higieno spanja, fototerapija;
<b>Vznemirjenost in kronični nemir</b>		
SSRI kognitivni modulatorji	antipsihotiki;	prilagoditev okolja, preverjanje razumevanja, razumljiva, enostavna, umirjena komunikacija, premišljeni, počasni gibi pri negi, usmerjene dejavnosti, glasba;
<b>Nasilno vedenje</b>		
atipični antipsihotiki	klasični antipsihotiki, SSRI, stabilizatorji razpoloženja;	
<b>Apatija</b>		
zaviralci AChE		izbor primernih dnevnih dejavnosti.

<sup>1</sup>Prva izbira pri demenci z Lewyjevimimi telesci.

presije s psihotičnimi simptomi, delirantnih epizod ali pa je iatrogeno povzročeno. Zaznavne motnje se pojavljajo pri 12–49 % bolnikov z demenco.<sup>9</sup> Najpogostejši so prividi pri demenci z Lewyjevim telesci, in to že v zgodnjem stadiju. V praksi občasno težko razlikujemo med halucinacijami, iluzijami ali agnozijo ter blodnjami ali konfabulacijami. Agnozija in konfabulacije ne sodijo v sklop psihotičnega doživljanja. Poleg uporabe zdravil so pomembni tudi nemedikamentni ukrepi (prilaganje okolja, izobraževanje svojcev in drugi ukrepi) (Tabela 2).

## Obravnavanje depresije

Klinična slika depresije v starosti je lahko prikrita (zanikanje depresivnih in poudarjanje somatskih simptomov, simptomi depresije nihajo ter redko dosežejo merila za hudo depresivno epizodo). Simptomi depresije se lahko pri bolniku z Alzheimerjevo demenco prekrivajo z apatijo. Potrtost, občutki krivde, nemoč, obup, pretirana samokritičnost razlikujejo klinično sliko depresije od apatije. Abulija pri bolnikih z demenco z ekstrapiramidnimi simptomi lahko daje vtis depresivnega razpoloženja.

Čeprav zdravljenje depresije pri bolniku z demenco neposredno ne izboljšuje spoznavnih sposobnosti, bistveno izboljšuje kakovost življenja bolnikov in negovalcev. Zato je smiselno zdraviti depresijo pri bolniku z demenco (Tabela 2).<sup>10,11</sup> Blage oblike depresij in distimij naj bi sprva poskušali odpraviti z nefarmakološkimi ukrepi (vedenjska terapija, tehnike reševanja problemov, pomoč svojcem).<sup>12</sup>

## Obravnavanje tesnobe (anksioznosti)

Anksiozne motnje se pojavljajo pri demenci v 5–21 %. Pogostejše so pri vaskularni demenci kot pri Alzheimerjevi. Tesnobo je včasih težko razlikovati od agitiranosti, depresije in demence (Tabela 2).<sup>13</sup>

## Obravnavanje nespečnosti

Motnje spanja se kažejo kot plitev spanec, krajši čas spanja na račun dnevnega spanja, fragmentacija in skrajšanje faz REM.<sup>14</sup> Pogosto je posledica polipragmazije, telesnega neugodja, dehidracije, bolezn ali bolečin. Prednost imajo ukrepi za higieno spanja (Tabela 2).

## Obravnavanje vznemirjenosti in kroničnega nemira

Lahko sta posledica bolnikovih potreb ali neugodja (lakota, žeja, odvajanje, bolečine, mraz, vročina, hrup ...), a tudi različnih telesnih bolezn (okužba sečil, zastajanje urina ...) in mnogih zdravil. Značilno je stopnjevanje nemira proti večeru in v nočnem času (t. i. večerni nemir – *angl.* Sundowning syndrome). Pogosto sta povezana s tavanjem, mencanjem, klicanjem, kričanjem, odklonilnostjo, lahko tudi z upiranjem osebni negi. Zdravila uporabljamo v najmanjših učinkovitih odmerkih (Tabela 2).

## Obravnavanje nasilnega vedenja

Nasilno vedenje je pogosto odziv na dogajanje v bolnikovi okolici. Lahko je tudi posledica psihotičnega doživljanja, napačnega

**Tabela 3:** Parenteralno zdravljenje v nujnih stanjih.

Prva izbira zdravil	Prporočeni največji dnevni odmerek (mg) <sup>1</sup>
haloperidol	1–6
diazepam <sup>2</sup>	2–4
lorazepam	1–2
midazolam <sup>3</sup>	7,5

<sup>1</sup>V nekaterih primerih pridejo v poštev večji odmerki. <sup>2</sup>Upoštevati je treba kopičenje zaradi dolge odstranitve iz telesa. <sup>3</sup>Bolnišnična uporaba.

prepoznavanja, a tudi telesnih težav, kot so bolečine ali vnetja. Če je mogoče, je najprej potrebno odstraniti vzrok nasilnega vedenja. Zelo pomemben je primeren pristop (Tabela 2).

## Obravnavna apatije

Apatijo opredeljujemo večinoma kot motnjo motivacije. Pogosto se simptomi depresije in apatije pri bolniku z Alzheimerjevo boleznijo prekrivajo.<sup>15</sup> Klinično razmejujejo depresijo od apatije disforični simptomi (potrtost, občutki krivde, samokritičnost, obup in nemoč). Pomemben je tudi primeren izbor dnevnih dejavnosti (Tabela 2).

## Obravnavna nujnih stanj

Takojšnje ukrepanje je nujno pri agresivnosti ali hudi agitaciji (Tabela 3). Nujna je klinična ocena stanja (zavest, vitalni znaki, motorična dejavnost ...). Potrebna je ocena okoliščin in vzroka (opitost, bolečine, motnje sluha in vida, presnovni razlogi, vnetja, možganskožilni dogodki, zaprtje, neprijetno okolje ...). Nujen je nadzor bolnika zaradi možnosti, da se agresivnost ali huda agitacija ponovita.<sup>16,17</sup>

## Obravnavna delirija

Delirij je vedno urgentno stanje. Vzrok delirija je vedno 'somatski', se pravi, da je posledica telesnih bolezni, odtegnitve psihoaktivnih snovi, bolezni osrednjega živčevja,

zdravil ali kombinacija teh vzrokov. Pogosto ga spremljata agitacija in/ali agresija. Hipotaktivno obliko delirija je težje prepoznati. Pri obravnavi bolnika z delirijem so pomembni štirje koraki: prepoznavna delirija in zdravljenje vzroka, zagotovitev ustreznega okolja in podpora, simptomatsko zdravljenje delirija, ustrezno klinično spremljanje. Učinek atipičnih in klasičnih antipsihotikov je primerljiv, le da imajo atipični manj ekstrapiramidnih neželenih učinkov. Benzodiazepini so učinkoviti predvsem pri zdravljenju delirija zaradi odtegnitve od alkohola ali benzodiazepinov (Tabela 4).<sup>18</sup>

## Zdravila po skupinah

### Kognitivni modulatorji

Upočasnijo napredovanje kognitivnega upada s simptomatskim delovanjem na acetilholinski in glutamatni sistem, ne delujejo pa vzročno. Zdravljenje je potrebno začeti z minimalnimi odmerki zdravila in ga odmerjati do maksimalnega še prenosljivega odmerka. Ob neučinkovitosti je mogoča zamenjava inhibitorja AChE z memantinom ali zamenjava znotraj skupine inhibitorjev AChE. Za dodaten učinek je mogoče kombinirati inhibitor AChE in memantin. Kognitivni status preverjamo s KPSS ali drugimi testi spoznavnih sposobnosti na 6–12 mesecev.

**Tabela 4:** Zdravila, ki jih uporabljamo pri zdravljenju delirija pri starejših bolnikih – nobeno od teh zdravil nima specifične indikacije za zdravljenje delirija pri starejših bolnikih.

Zdravilo	Priporočeni začetni odmerek (mg)	Priporočeni največji dnevni odmerek (mg) <sup>1</sup>
klasični antipsihotiki haloperidol <sup>2</sup>	0,5–2,5	6
atipični antipsihotiki risperidon	0,25–0,5	4
benzodiazepini lorazepam	0,5–1	2
ostali sedativi in hipnotiki klometiazol	200	800

<sup>1</sup>V nekaterih primerih lahko dajemo večje odmerke. <sup>2</sup>Haloperidol ni na mestu pri Parkinsonovi bolezni in demenci z Lewyjevim telesci.



## Antipsihotiki

Antipsihotike uporabljamo pri jasno opredeljenih psihotičnih stanjih (halucinacije, blodnje). Antipsihotike lahko uporabljamo tudi pri izrazitem agresivnem vedenju in kot druga izbira pri vznemirjenosti in anksioznosti, vendar le potem, ko smo izkoristili tudi vse nemedikamentne možnosti. Zlasti pri demenci z Lewyjevimimi telesci lahko psihotična doživetja ublažimo že z uvedbo inhibitorjev AChE. Po uvedbi antipsihotika večkrat preverjamo, kdaj je mogoče antipsihotik opustiti ali odmerek zmanjšati. Antipsihotiki so povezani z večjo smrtnostjo pri bolnikih z demenco.<sup>19</sup> Pri bolnikih z ekstrapiramidnimi simptomi uporabljamo kvetiapin in klozapin. Zaradi nevarnosti agranulocitoze je pri jemanju klozapina treba redno spremljati hemogram.

## Antidepresivi

SSRI so zdravila prve izbire pri zdravljenju depresije pri bolniku z demenco. V prvo izbiro antidepresivov bi v skladu z indikacijo sodili drugi netriciklični antidepresivi, ki učinkujejo tudi na noradrenalinški in dopaminski sistem, ter reverzibilni zaviralci monoamino-oksidade (MAO). Za doseganje ustreznega odgovora na antidepresivno zdravljenje je potrebno praviloma daljše obdobje 4–8 tednov. Za zdravljenje depresije s psihotičnimi simptomi uporabljamo kombinacijo antidepresivov in atipičnih antipsihotikov.

## Anksiolitiki in hipnotiki

Pri zdravljenju anksioznih motenj (akutno in dolgotrajno zdravljenje) se uporabljajo antidepresivi iz skupin SSRI in SNRI. Priporočena je uporaba benzodiazepinov s kratko razpolovno dobo in brez aktivnih metabolitov.<sup>20</sup> Daljše prejemanje benzodia-

zepinov povzroča spominske motnje, slabšo motorično koordinacijo, paradokсно vznemirjenost, razvoj zasvojenosti.<sup>21</sup> Uporaba benzodiazepinov naj se omejuje na kratko obdobje, na primer za nujna stanja zaradi vedenjskih motenj ali za sediranje ob posegih.

## Nefarmakološki, psihosocialni ukrepi pri demenci

Glede na stopnjo demence oziroma bolnikove zmogljivosti je potrebno stalno prilagajanje ukrepov, vživljanje v svet bolnika in prilagajanje zmožnostim, potrebam in željam. Nekatere možne oblike psihosocialnih ukrepov vključujejo:

- prilagoditev okolja (svetloba, hrup, označevanje, varnost, pripomočki, barve itd.);
- primerna komunikacija;
- skupinske prostočasne dejavnosti (delovna terapija, ples, druženje);
- telesna dejavnost (hoja, oblačenje/slačenje, ples, enostavne telesne vaje itd.);
- bazalna stimulacija, multisenzorna stimulacija, masaža, aromaterapija, fototerapija, muzikoterapija itd;
- kognitivna stimulacija, terapija spominjanja in orientacija v realnosti;
- psihoedukacija za bolnike, družinske članke ali negovalce.

## Zaključek

Smernice smo oblikovali kot pomoč pri obravnavi bolnikov z demenco. Stališča, ki so zapisana, niso in ne morejo biti vselej obvezujoča. Pri kliničnem delu se moramo zavedati individualnih razlik, ki so pri starejših bolnikih še posebej izrazite. Pri oblikovanju smernic smo sledili zgledu nekaterih držav, upoštevali razpoložljivo literaturo kot tudi klinično prakso ter skušali vse kar najboljše uskladiti.

## Literatura

1. Rakuša M; Granda G, Kogoj A, Mlakar J, Vodusek DB. Mini-mental state examination: standardization and validation for the elderly Slovenian population. *Eur J Neurol* 2006; 13 :141–5.
2. Maruta C, Guerreiro M, de Mendonça A, Hort J, Scheltens P. The use of neuropsychological tests across Europe: the need for a consensus in the use of assessment tools for dementia. *Eur J Neurol* 2011; 18: 279–285.
3. Hort J, O'Brien JT, Gainotti G, Pirtila T, Popescu BO, Rektorova I, et.al. EFNS guidelines for the di-

- agnosis and management of Alzheimer's disease. *Eur J Neurol* 2010; 17: 1236–1248.
4. McKeith I, Cummings J. Behavioural changes and psychological symptoms in dementia disorders. *Lancet Neurol* 2005; 4: 735–742.
  5. Ritchie CM. Meta-analysis of randomised trials of the efficacy and safety of donepezil, galantamine and rivastigmine for the treatment of Alzheimer's disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 2004; 12: 358–69.
  6. Passmore AP, Bayer AJ, Steinhagen-Thiessen. Cognitive, global and functional benefits of donepezil in Alzheimer's disease and vascular dementia: result from large-scale clinical trials. *J Neurol Sci* 2005; 229–230: 141–146.
  7. Kavirajan H, Schneider LS. Efficacy and adverse effects of cholinesterase inhibitors and memantine in vascular dementia: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet Neurol* 2007; 9: 782–92.
  8. Youn JC, Lee DY, Jhoo JH, Kim KW, Choo IH, Woo JI. Prevalence of Neuropsychiatric symptoms and syndromes in Alzheimer's disease. *Arch Gerontol Geriatr* 2010; 5: 2011; 52: 258–63.
  9. Swearer J. Behavioral disturbances in dementia. In: *Handbook of dementing illnesses*. Morris JC (ed). New York: Marcel Dekker Inc.;1994.
  10. Munro CA, Brandt J, Sheppard JM, Steele CD, Samus QM, Steinberg M, et al. Cognitive response to pharmacological treatment for depression in Alzheimer disease: secondary outcomes from the depression in Alzheimer's disease study (DI-ADS). *Am J Geriatr Psychiatry* 2004, 12: 491–8.
  11. Hogan DB, Bailey P, Carswell A, Clarke B, Cohen C, Forbes D, et al. Management of mild to moderate Alzheimer's disease and dementia. *Alzheimer's & Dementia* 2007; 3: 355–84.
  12. Teri L, Logsdon RG, Uomoto J, McCurry SM. Behavioral treatment of depression in dementia patients: a controlled clinical trial. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1997; 52: 159–66.
  13. Seignourel PJ, Kunik ME, Snow L, Wilson N, Stanley M. Anxiety in dementia: A critical review. *Clin Psychol Rev* 2008; 28: 1071–82.
  14. Bliwise DL. Sleep disorders in Alzheimer's disease and other Dementias. *Clinical cornerstone* 2004; 6(suppl 1A): 16–28.
  15. Lyketsos CG, Sheppard JM, Steinberg M, Tashchansz JA, Norton MC, Steffens DC, et al. Neuropsychiatric disturbance in Alzheimer's disease clusters into three groups: The Cache County study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001; 16: 1043–53.
  16. Samaras N, Chevalley T, Samaras D, Gold G. Older Patients in the Emergency Department: A Review. *Ann Emerg Med* 2010; 65 Suppl 56: 361–269.
  17. De Deyn PP, Katz IR, Brodaty H, Lyons B, Greenspan A, Burns A. Management of agitation, aggression and psychosis associated with dementia: A pooled analysis including three randomized placebo-controlled double-blind trials in nursing home residents treated with risperidone. *Clin Neurol Neurosurg* 2005; 107: 497–508.
  18. Korošec Jagodič H, Jagodič K, Pregelj P. Objava bolnika z delirijem. *Zdrav Vestn* 2009; 78: 473–80.
  19. Schneider LS, Dagerman KS, Insel P. Risk of Death With Atypical Antipsychotic Drug Treatment for Dementia. Meta-analysis of Randomized Placebo-Controlled Trials. *JAMA* 2005; 294: 1934–194.
  20. Mehhan KM, Wang H, David SR, Nisivocchia JR, Jones B, Beasley SM Jr, et al. Comparison of rapidly acting intramuscular olanzapine, lorazepam and placebo: a double-blind, randomized study in acutely agitated patients with dementia. *Neuropsychopharmacology* 2002; 26: 494–504.
  21. Jacoby R, Oppenheimer C. *Psychiatry in the elderly*. Oxford: Oxford University Press; 2002.