



Tyto techniky slouží jako reflexe vlastní identity a pro osoby se zhoršující se pamětí jsou nápomocné pro zachování kontinuity a integrity osobnosti. Cílem reminiscenční terapie je znovuvybavení a upevnění vzpomínek z autobiografické paměti, které pacientům pomáhají také k ukotvení v realitě (Testad et al., 2014).

Kognitivní trénink a rehabilitace

Kognitivní rehabilitace a kognitivní trénink jsou metody, jejímž cílem je zlepšování a stabilizace kognitivních funkcí. Kognitivní trénink je zaměřen na řízenou praxi sadou úkolů, které odrážejí konkrétní kognitivní funkce, jako je paměť, pozornost, zrakově prostorové funkce nebo schopnost řešení problémů. Trénink je vhodný zejména pro pacienty s mírnou kognitivní poruchou. V současnosti je však účinek kognitivního tréninku sporný, dosavadní studie poukazují na malý nebo středně pozitivní účinek s potřebou dalšího zkoumání v této oblasti (Fuchs et al., 2019).

V kognitivní rehabilitaci se zaměřujeme na identifikaci a řešení individuálních potřeb a cílů každého pacienta pomocí různých kompenzačních pomůcek.

Kromě výše zmíněných se v psychosociální intervenci u pacientů s demencí využívá také „pet terapie“ (terapie pomocí zvířat), validační terapie (důraz se klade na naslouchání, empatii, pracuje se s původním tématem pacienta), stimulační a aktivizační metody (Scales et al., 2018). Dále využíváme behaviorální terapii (zaměřena na učení dovedností pečovatелů k identifikaci příjemných činností a smysluplných aktivit pro pacienty s demencí), intervence k zachování fyzické síly a mobility (akcentace pohybu) (Logsdon et al., 2007).

Druhý pilíř: Farmakoterapie demencí – ovlivnění kognitivních manifestací a průběhu nemoci

K přímému ovlivnění projevů demence a zpomalení průběhu onemocnění se používají u AN a některých dalších neurodegenerací (např. Parkinsonova nemoc s demencí nebo nemoc s Lewyho tělísky) symptomatické léky ze skupiny kognitiv. Slibnou vyhlídkou je imunizační léčba, která zatím ale ještě není dostupná v klinické praxi. Samostatnou kapitolou jsou léky používané k ovlivnění neuropsychiatrických příznaků u demence (viz třetí pilíř).

Kognitiva

Do této skupiny léků řadíme **inhibitory acetylcholinesterázy** – IChE (donepezil, rivastigmin a galantamin) a **memantin** (nekompetitivní antagonist glutamátového N-methyl-D-aspartátového (NMDA) receptoru). Metaanalýzy potvrdily pozitivní dopad dlouhodobého podávání těchto léků u AN ve srovnání s placebem. Účinnost stoupá s dávkou, proto by měla vždy být podávána nejvyšší ještě dobře snášená dávka (Hort, 2011).

IChE jsou účinná nejen v časných fázích (působí na paměť a kognitivní výkon), ale i v rozvinutém stadiu AN (ovlivňují míru soběstačnosti a tlumí přidružené neuropsychiatrické projevy). Memantin je indikován pro střední až pokročilou fázi AN; není přesvědčivě prokázáno, zda pomáhá i v počínajícím stadiu onemocnění (Hort, 2011).

V ČR jsou kognitiva hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění u AN (rivastigmin i u demence při Parkinsonově nemoci), podle hodnoty Mini-Mental State Examination (MMSE): IChE v rozmezí 25 až 13 bodů včetně a memantin 19 až 6 bodů (u MMSE 19–18 bodů jen při intoleranci IChE), při stabilním vývoji na léčbě (pokles MMSE nejvýše o 2