https://doi.org/10.36290/vnl.2026.090

Behaviorální a psychologické symptomy demence na somatickém oddělení: od hledání spouštěčů k racionální léčbě

Vanda Franková
Psychiatrická nemocnice v Dobřanech

Agitovanost, agresivita nebo bránění se péči u hospitalizovaného pacienta s demencí nejsou samy o sobě diagnózou ani automatickou indikací k podání psychofarmaka. Jejich náhlý vznik nebo zhoršení může souviset s bolestí, infekcí, retencí moči, nežádoucími účinky léků, odvykacím stavem nebo deliriem. Racionální postup začíná zajištěním bezpečnosti, přesným popisem cílového symptomu a rychlým hledáním a řešením ovlivnitelných spouštěčů. Součástí léčby jsou úprava prostředí, vhodná komunikace a řešení tělesného dyskomfortu. Psychofarmakoterapie má být vyhrazena pro situace, kdy symptom pacienta výrazně zatěžuje, znemožňuje nezbytnou péči nebo představuje reálné riziko. V ČR se často používá tiaprid nebo melperon; u alkoholového odvykacího stavu je třeba podat benzodiazepin. Článek nabízí praktický postup od prvního zhodnocení situace až po cílenou a časově omezenou psychofarmakoterapii.

Klíčová slova: agitovanost, agrese, behaviorální a psychologické symptomy demence, BPSD, delirium, demence, somatické oddělení.

Behavioral and psychological symptoms of dementia in general hospital wards: from identifying triggers to rational treatment

Agitation, aggression, or resistance to care in a hospitalized patient with dementia are not diagnoses in themselves and do not automatically warrant psychotropic medication. The sudden onset or worsening of these symptoms may be associated with pain, infection, urinary retention, adverse drug effects, substance withdrawal, or delirium. A rational approach begins with ensuring safety, precisely describing the target symptom, and promptly identifying and addressing modifiable triggers. Management is based on environmental modification, appropriate communication, and relief of physical discomfort. Psychotropic medication should be reserved for situations in which symptoms cause significant distress to the patient, prevent essential diagnostic evaluation or treatment, or pose a risk of harm to the patient or others. In the Czech Republic, commonly used options include tiapride and melperone; benzodiazepines are indicated in alcohol withdrawal. This article presents a practical approach from the initial assessment to targeted, time-limited psychopharmacotherapy.

Key words: aggression, agitation, behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD, delirium, dementia, general hospital ward.

Pacientka s demencí odmítá hygienu, při přiblížení personálu křičí, je vulgární, brání se. Personál hygienu neprovádí proti jejímu odporu, na pacientku mluví jen jedna osoba klidně a krátce, nabídne hrneček s čajem. Při následném vyšetření je zjištěna retence moči. Po vyprázdnění močového měchýře se pacientka výrazně zklidní a spolupracuje.

Úvod

Behaviorální a psychologické symptomy demence (BPSD) zahrnují zejména agitovanost, verbální nebo fyzickou agresivitu, bránění se péči, bloudění, halucinace, paranoiditu, poruchy spánku a úzkost. U hospitalizovaného pacienta s demencí je třeba tyto projevy hodnotit jako **klinický signál**, nikoliv jako přímou indikaci k farmakologickému zklidnění. Cílem je rozpoznat, co chování vyvolává nebo udržuje, a řešit ovlivnitelné příčiny (1–3).

MUDr. Vanda Franková
Gerontopsychiatrie, Psychiatrická nemocnice v Dobřanech
vanda.frankova@geronto.cz

Cit. zkr: Vnitř Lék. 2026;72(7):E7-E10
Článek přijat redakcí: 3. 8. 2026
Článek přijat po recenzích: 23. 9. 2026

Náhlá změna chování: myslet na delirium a hledat spouštěče

Při náhle vzniklé změně chování pacienta s demencí musíme vždy **zvažovat možné delirium a hledat jeho somatickou či jinou ovlivnitelnou příčinu**. Pro delirium svědčí akutní začátek, kolísavý průběh, porucha pozornosti a změna úrovně bdělosti; v některých projevech, například psychomotorickém neklidu, apatii nebo halucinacích, se může klinicky překrývat s BPSD (2, 4, 5). Počáteční zhodnocení je v obou situacích obdobné: cíleně pátráme především po infekci, hypoxii, dehydrataci, retenci moči, obstipaci, metabolickém rozvratu, bolesti, nežádoucích účincích léků, intoxikaci nebo odvykacím stavu a environmentální zátěži (1–3, 6–8; Tab. 1 a 2). V rámci hodnocení BPSD posuzujeme také depresivní nebo úzkostnou symptomatiku (3, 6).

Popis cílového symptomu

Formulace „pacient je neklidný" je nedostatečná. Je třeba popsat, co pacient konkrétně dělá, kdy k tomu dochází, co chování předcházelo, co ho zhoršuje nebo zmírňuje a jaké riziko z něj vyplývá. Jinak postupujeme při projevu bolesti při převazu, jinak při nočním dezorientovaném bloudění a jinak při fyzické agresi motivované paranoiditou (1–3).

Zápis by měl doložit i hledání spouštěčů a zdůvodnit podání psychofarmaka přítomným rizikem. Například: *„Pacientka s demencí je hospitalizovaná pro pneumonii, v noci vstává z lůžka, opakovaně sundává kyslíkové brýle, vytrhává si kanylu a při hygieně odstrkuje sestru. SpO_2 85 % bez O_2, TT 38,6 °C, glykemie v normě, retence moči nezjištěna, bolestivé reakce nepozorovány. Pro riziko hypoxie a znemožnění léčby podán tiaprid roztok 50 mg p. o.; kontrola sedace, TK, pulzu a SpO_2 za 30 min."*

Nefarmakologická opatření jako první linie

Při zvládání BPSD jsou základem postupu **nefarmakologická opatření**. Jejich cílem je zklidnit situaci, snížit zátěž, naplnit základní potřeby pacienta a upravit podmínky péče. Pomáhá ztišení prostředí, krátká a srozumitelná komunikace, vyjádření pochopení pro emoce pacienta, reorientace, zajištění brýlí a naslouchadla, nabídka tekutin a toalety, rozdělení péče do kratších úseků a přítomnost známé osoby. Například: *„Rozumím, že se teď cítíte nejistý. Jste v nemocnici, je pochopitelné, že jste to nevěděl. Přinesla jsem vám čaj. Napijte se."*

U pacienta, který odmítá hygienu, převaz nebo jiný úkon, může být účinnější změnit přístup, výkon krátce přerušit nebo jej rozdělit do menších kroků, než konflikt dále eskalovat (1–3, 9). Komunikace nemá být infantilizující, zdrobnělá ani redukovaná na příkazy (tzv. elderspeak), protože taková komunikace může zvyšovat odpor k péči i riziko BPSD (9). Vhodnější je oslovit pacienta jménem, představit se, formulovat vždy jen jeden jednoduchý pokyn, ponechat čas na odpověď a udržet postup péče předvídatelný.

Kdy zvažovat farmakoterapii

Farmakoterapii zvažujeme tehdy, pokud nefarmakologický přístup nestačí nebo jej nelze v dané situaci bezpečně použít a symptom pacienta výrazně zatěžuje, znemožňuje nezbytnou diagnostickou či

Tab. 1. *Základní kontrola před podáním psychofarmaka*

Oblast	Co rychle zkontrolovat	Na co myslet
Vitální funkce	SpO_2, dechová frekvence, teplota, krevní tlak, pulz	hypoxie, infekce, bolest, hypotenze, arytmie
Metabolismus a hydratace	glykemie, příjem tekutin, známky dehydratace, ionty a renální funkce dle situace	hypoglykemie, dehydratace, hyponatremie, kumulace léků
Bolest a dyskomfort	bolestivé reakce, grimasy, bránění se polohování nebo péči; hlad, žízeň, zima, horko	bolest, strach, dyskomfort
Moč a stolice	mikce / známky retence moči, obstipace, průjem	retence moči, dyskomfort, bolest, infekce
Smysly a orientace	brýle, naslouchadlo, osvětlení, denní/noční režim, orientační pomůcky	dezorientace, neporozumění
Komunikace a prostředí	hluk, rychlá nebo direktivní péče	strach, obranné chování, senzorické přetížení
Medikace a návykové látky	nově nasazené léky, sedativa, antipsychotika, anticholinergika, opioidy; alkohol nebo jiné návykové látky	delirium, sedace, pády, poléková agitovanost, respirační deprese, intoxikace, odvykací stav

Vysvětlivky: SpO_2 = saturace krve kyslíkem

Tab. 2. *Léky s rizikem vyvolání nebo zhoršení BPSD, deliria a pádů u starších pacientů (2, 3, 7, 8)*

Léková skupina / příklady	Hlavní rizika	Praktické poznámky
Anticholinergní léky: oxybutynin, solifenacin, propiverin, biperiden, hydroxyzin, bisulepin, promethazin	retence moči, obstipace, sedace, pády, delirium, zhoršení kognice	přehodnotit indikaci léků, redukovat zbytečnou medikaci a minimalizovat anticholinergní zátěž
Dopaminergní antiparkinsonika: amantadin, ropinirol, pramipexol	halucinace, psychóza, agitovanost, ortostatická hypotenze, synkopy	úpravu antiparkinsonik konzultovat s neurologem
Benzodiazepiny a jiná sedativa	sedace, pády, aspirace, respirační deprese, zhoršení deliria	zvlášť riziková je kombinace s opioidy, alkoholem a dalšími tlumivými léky
Tramadol	delirium, závratě, pády, hyponatremie, serotonergní interakce	přehodnotit indikaci tramadolu; volbu analgetika přizpůsobit charakteru bolesti, klinickému stavu a rizikům
Antiinfektiva: makrolidy, zejména klaritromycin, fluorochinolony, kotrimoxazol, azolová antimykotika	neuropsychiatrické nežádoucí účinky, lékové interakce; u některých prodloužení QTc	zkontrolovat renální funkce, ionty, QTc a lékové interakce; při rizikové kombinaci zvážit bezpečnější alternativu

Poznámka: Příklady obchodních názvů některých uvedených léků: oxybutynin (Uroxal), solifenacin (Vesicare), propiverin (Mictonorm); biperiden (Akineton); hydroxyzin (Atarax), bisulepin (Dithiaden); amantadin (Viregyt-K)
Vysvětlivky: QTc = QT interval korigovaný dle srdeční frekvence

léčebnou péči nebo představuje reálné riziko pro pacienta či okolí. Před podáním léku určíme cílový symptom, očekávaný efekt, přijatelnou míru sedace a způsob monitorace a revize léčby (1, 3, 7, 10).

Nežádoucí vstávání z lůžka, bloudění po oddělení, opakované volání bez zjevné potřeby, vyměšování mimo toaletu nebo manipulace s katétry, obvazy či infuzemi mohou být projevem nepochopení situace, bolesti, dyskomfortu nebo nenaplněné potřeby. Sedace v takové situaci obvykle neřeší spouštěč chování, ale zvyšuje riziko pádů, aspirace, imobility a dalších komplikací.

Nedostatek personálu sám o sobě není indikací k psychofarmakoterapii. Při bezprostředním ohrožení však může být krátkodobé podání psychofarmaka součástí krizového postupu; cílem není hluboká sedace, ale časově omezené zvládnutí konkrétního rizikového symptomu. Volba postupu má zohlednit tíži demence, předchozí úroveň fungování, somatickou křehkost a prognózu pacienta.

Farmakoterapie BPSD na somatických odděleních

Volíme pokud možno jedno psychofarmakum v nízké počáteční dávce, opatrně titrujeme a průběžně hodnotíme efekt i nežádoucí účinky. Včas rozhodujeme o ukončení nebo změně léčby (1, 3, 7, 10).

U agitovanosti a poruch spánku s psychomotorickým neklidem zvažujeme tiaprid nebo melperon; při paranoidním ladění či bludech mívá lepší efekt melperon. **Antipsychotika v léčbě BPSD zpravidla nekombinujeme a podáváme je co nejkratší dobu**. Haloperidol má vyšší riziko polékového parkinsonismu, akatizie a kardiovaskulárních komplikací. Zůstává rezervní možností při závažné agresivitě nebo závažném psychotickém stavu, pokud je jeho podání bezpečnostně přijatelné. U Parkinsonovy nemoci a demence s Lewyho tělísky je kontraindikovaný; při podezření na ně je vhodné se mu do vyjasnění stavu vyhnout. Při podávání antipsychotik pacientům s demencí je nutné zohlednit zvýšené riziko cerebrovaskulárních příhod a mortality; používáme proto nejnižší účinnou dávku po co nejkratší dobu (1, 7, 10). Orientační přehled vybraných antipsychotik u těžší agitovanosti nebo agrese u demence uvádí tabulka 3.

Benzodiazepiny nejsou rutinní léčbou BPSD. Standardní místo mají u **odvykacího stavu po alkoholu** nebo benzodiazepinech a u katatonie. Lze je též zvážit při závažné úzkosti nebo v krizové situaci, kdy je nezbytná bezodkladná farmakologická intervence a antipsychotikum je kontraindikované, nepřiměřeně rizikové nebo by jeho další navyšování při nedostatečném účinku nebylo bezpečné. Není-li nutný rychlý nástup účinku a pacient spolupracuje, upřednostňujeme oxazepam pro absenci aktivních metabolitů a menší riziko kumulace. Klonazepam je dostupný také jako perorální roztok a injekce, má však delší účinek a riziko kumulace; u křehkého seniora proto zůstává rezervní možností. U BPSD má jít vždy o nízkou dávku, jednorázové či krátkodobé podání (obvykle 1–3 dny) a monitoraci rizik, zejména nadměrné sedace a respirační deprese (11–14). U odvykacího stavu po alkoholu nebo benzodiazepinech se dávkování a délka léčby řídí specifickým protokolem a tíží příznaků.

Je-li agitovanost spojena s depresí nebo úzkostnou poruchou, lze zvážit nasazení SSRI, například sertralinu nebo escitalopramu. Při depresi se současnou poruchou spánku může být vhodný mirtazapin. Nejde o léčbu akutní agitovanosti. Je třeba zohlednit riziko hyponatremie, sedace, pádů, prodloužení QTc a lékových interakcí (3, 7, 8, 10).

Akutní agrese: praktický postup

Při akutní agresi nejprve zajistíme bezpečnost a pokusíme se situaci zklidnit: přivoláme pomoc, odstraníme ohrožující předměty, nezůstáváme s pacientem o samotě, neblokujeme únikovou cestu a vyhýbáme se fyzické konfrontaci, nejde-li o bezprostřední odvrácení ohrožení života nebo zdraví. S pacientem má komunikovat jedna osoba, klidně, krátce, srozumitelně. Současně je třeba rychle zhodnotit a řešit ovlivnitelné stavy uvedené výše 1 (2, 11–14).

Je-li farmakoterapie nezbytná, volíme lék podle příčiny agrese a rizik konkrétního pacienta, v souladu se zásadami uvedenými výše a tabulce 3. **Preferujeme perorální podání**; není-li možné, volíme intramuskulární cestu před intravenózní, pokud klinická situace nevyžaduje jiný postup (11–14). Po podání sedativní medikace monitorujeme míru sedace, vitální funkce, riziko respirační deprese, aspirace, pádu a paradoxní excitace. U křehkého seniora je vhodnější **velmi nízká dávka s opakovaným klinickým přehodnocením** než rychlá hluboká sedace.

Třetí den hospitalizace se u 74letého pacienta rozvinula agitovanost a zmatenost, křičel, že „nahoře slyší manželku, jak volá o pomoc", fyzicky napadal personál. Intramuskulárně podaný haloperidol neměl efekt. Po doplnění anamnézy se zjistilo, že pacient před rokem ovdověl a od té doby nadměrně užíval alkohol. Šlo o alkoholový odvykací stav s deliriem. Účinnou léčbou byly benzodiazepiny.

Časté chyby v praxi

Častou chybou je podání nebo navyšování psychofarmak bez jasného cílového symptomu, očekávaného efektu a plánu kontroly. Rizikové je také kombinování více tlumivých léků, ponechání antipsychotika po odeznění akutního stavu bez plánu redukce nebo léčba obranného chování pacienta jako „nespolupráce". Mohou být přehlédnuty bolest

Tab. 3. *Vybraná antipsychotika při těžší agitovanosti nebo agresi u demence*

Lék	Forma a orientační dávkování u seniora[1]	Hlavní nežádoucí účinky / rizika
Tiaprid	tbl., p.o. roztok, inj.; 50–100 mg, titrovat obvykle do max. 300 mg/den	sedace, hypotenze, pády, parkinsonismus, prodloužení QTc; při renální insuficienci dávku snížit
Melperon	tbl.; 25 mg, často na noc, podle potřeby opatrně opakovat; obvykle nepřekračovat 100 mg/den	sedace, ortostatická hypotenze, pády, parkinsonismus, prodloužení QTc
Haloperidol	tbl., p.o. roztok, inj.; 0,5 mg, podle potřeby opatrně opakovat, obvykle nepřekračovat 2 mg/den	parkinsonismus, akatizie, prodloužení QTc, TdP, neuroleptický maligní syndrom, pády, aspirace; kontraindikovaný u demence s Lewyho tělísky a Parkinsonovy nemoci

[1]*Dávky jsou orientační pro potřeby článku, nenahrazují SPC ani individuální posouzení renálních a hepatálních funkcí, komorbidit a současné medikace*
Vysvětlivky: QTc = QT interval korigovaný dle srdeční frekvence; TdP = torsades de pointes

Tab. 4. *Praktický postup při BPSD na somatickém oddělení*

Krok	Doporučený postup
1	Zajistit bezpečnost pacienta, personálu a ostatních pacientů
2	Popsat konkrétní chování, kontext, začátek obtíží a míru rizika
3	Při akutní změně chování myslet na delirium: zhodnotit pozornost, úroveň bdělosti, kolísání příznaků
4	Zkontrolovat základní spouštěče: hypoxii, hypoglykemii, bolest, retenci moči, obstipaci, infekci, hydrataci, aktuální medikaci a vliv návykových látek
5	Upravit prostředí a komunikaci; podle možností zajistit dohled, brýle/naslouchadlo, tekutiny, toaletu, analgezii, případně přítomnost blízké osoby
6	Farmakoterapii použít jen při výrazné zátěži pacienta, znemožnění nezbytné péče nebo reálném riziku pro pacienta či okolí
7	Preferovat perorální podání; parenterální cestu volit jen při nemožnosti bezpečného perorálního podání
8	Podle klinické situace zvažovat tiaprid nebo melperon; haloperidol ponechat jako rezervní možnost; při suspektní demenci s Lewyho tělísky či Parkinsonově nemoci se antipsychotikům vyhýbáme, haloperidol je kontraindikovaný
9	Benzodiazepiny zvažovat krátkodobě jen ve specifických situacích a s monitorací míry sedace a vitálních funkcí
10	Po odeznění akutního stavu revidovat spouštěče, efekt, nežádoucí účinky a potřebu dalšího podávání psychofarmaka

či dyskomfort, protože pacient bolest neguje nebo své obtíže nedokáže spolehlivě popsat. **Terapeutický pokus s analgetikem je často racionálnější než navyšování sedativní medikace** (15, 16).

Praktický postup u pacienta s demencí a akutní změnou chování na somatickém oddělení shrnuje tabulka 4.

Závěr

BPSD na somatickém oddělení nejsou jen psychiatrický problém. Často jde o projev bolesti, infekce, retence moči, obstipace, hypoxie, nežádoucího účinku léků, vlivu návykových látek nebo nevhodně zvolené komunikace.

Psychiatrické konzilium může pomoci s diferenciální diagnostikou, volbou psychofarmaka a plánem další péče, nemá však nahrazovat léčbu nekompenzovaného somatického stavu ani nastavení přiměřeného ošetřovatelského režimu. Samotná náročnost péče o pacienta s demencí není důvodem k rezignaci na hledání spouštěčů chování a jejich ovlivnění na oddělení, kde je pacient léčen pro somatické onemocnění.

Psychofarmakoterapie má být cílená, v nízkých dávkách, časově omezená a pravidelně revidovaná. Nejvhodnějším „zklidněním" je často dobře zvolená analgezie, oxygenoterapie, vyprázdněný močový měchýř, klidnější komunikace nebo přítomnost známé osoby.

PROHLÁŠENÍ AUTORŮ: **Prohlášení o původnosti:** Publikace byla zpracována s využitím uvedené literatury a nebyla publikována ani zaslána k recenznímu řízení do jiného média. **Poděkování:** Za konzultaci děkuji MUDr. J. Chvalovi, primáři interního oddělení Psychiatrické nemocnice v Dobřanech. **Střet zájmů:** Žádný. **Financování:** Ne. **Registrace v databázích:** N/A. **Projednání etickou komisí:** N/A.

LITERATURA

1. National Institute for Health and Care Excellence. Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers. NICE guideline NG97. London: NICE; 2018. Last reviewed 24 October 2025. [Internet]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97>. [cit. 29. 6. 2026].
2. National Institute for Health and Care Excellence. Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care. Clinical guideline CG103. London: NICE; 2010. Last updated 18 January 2023. [Internet]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103>. [cit. 29. 6. 2026].
3. Franková V, Knápková K, Vaňková H, et al. Behaviorální a psychologické symptomy demencí. In: Rusina R, Vaňková H (eds). Alzheimerova nemoc a jiné kognitivní poruchy: mezioborová doporučení pro klinickou praxi. Maxdorf Jessenius: Praha 2025: 259-276.
4. 4AT. Rapid clinical test for delirium detection. [Internet]. Available from: <https://www.the4at.com/>. [cit. 16. 6. 2026].
5. Mitášová A, Bednařík J, Košťálová M, et al. Standardizace české verze The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICUcz). Cesk Slov Neurol N. 2010;73./106(3):258-266.
6. Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. Canadian Clinical Practice Guidelines for Assessing and Managing Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD). Toronto: Canadian Coalition for Seniors' Mental Health; 2024. [Internet]. Available from: <https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2024/03/CCSMH-BPSD-Clinical-Guidelines_FINAL_March-2024.pdf>. [cit. 28. 7. 2026].
7. American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. J Am Geriatr Soc. 2023;71(7):2052-2081.
8. Státní ústav pro kontrolu léčiv. Databáze léčivých přípravků. [Internet]. Available from: <https://prehledy.sukl.cz/prehled_leciv.html#/>. [cit. 16. 6. 2026].
9. Shaw CA, Ward C, Gordon J, et al. Elderspeak communication and pain severity as modifiable factors to rejection of care in hospital dementia care. J Am Geriatr Soc. 2022;70(8):2258-2268.
10. Byeon G, Kang DW, Kim Y, et al. Clinical practice guidelines for dementia: recommendations for the pharmacological treatment of behavioral and psychological symptoms. Dement Neurocogn Disord. 2025;24(1):24-43.
11. Vevera J. Agitovaný a agresivní pacient v neuropsychiatrii: umíme pracovat i s nefarmakologickými postupy? Psychiatr praxi. 2023;24(1):27-31.
12. Peisah C, Chan DK, McKay R, et al. Practical guidelines for the acute emergency sedation of the severely agitated older patient. Intern Med J. 2011;41(9):651-657.
13. Casey MF, Elder NM, Fenn A, et al. Comparative safety of medications for severe agitation: a Geriatric Emergency Department Guidelines 2.0 systematic review. J Am Geriatr Soc. 2025;73(9):2893-2904.
14. NHS Kent & Medway. De-escalation and Rapid Tranquillisation Guideline for Adults (including over 65 years) in Acute Hospital Settings. Version 1. 5. 2025. [Internet]. Available from: <https://www.kentandmedwayformulary.nhs.uk/media/zqyb5ter/km-de-escalation-and-rapid-tranquillisation-guideline-for-adults.pdf>. [cit. 29. 6. 2026].
15. Husebo BS, Ballard C, Sandvik R, et al. Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. BMJ. 2011;343:d4065.
16. Shi T, Xu Y, Li Q, et al. Association between pain and behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in older adults with dementia: a systematic review and meta-analysis. BMC Geriatr. 2025;25(1):100.