

IAN STUART-HAMILTON

Psychologie stárnutí

Co je stárnutí? • Vliv stárnutí na psychické procesy •
Změny osobnosti a životního stylu • Demence

Stárnutí je procesem, s nímž se musí vyrovnávat každý z nás u sebe i u svých blízkých. V současné době však stárnutí značné části obyvatelstva představuje rostoucí problém i pro všechny rozvinuté společnosti.

Studentům sociální práce, psychologie, sociologie, medicíny, a také odborníkům v oblasti gerontologie předkládá zkušený britský psycholog ve své publikaci přehled poznatků o psychologických aspektech stárnutí.

Autorovi se podařilo spojit vysokou odbornost s překvapivou čtivostí a srozumitelností. Probírá všechny základní okruhy psychologické problematiky stárnutí a stáří. Poslední kapitola je věnována budoucnosti gerontologie. Čtenáři ocení i rozsáhlý slovník terminu z oblasti gerontologie a gerontopsychologie.

Ian Stuart-Hamilton, britský psycholog, přednáší na Worcester College of Higher Education, publikoval řadu odborných prací v oblasti výzkumu paměti a myšlení, mj. u starších lidí a pacientů trpících různými formami demence.

ISBN 80-7178-274-2



9 788071 782742 >

Cena 359,- Kč

portal

výpravy do jiných oblastí vědeckého zkoumání a zkoumají tam témata mající význam (byť někdy nepřímý) pro studium psychických změn probíhajících ve stáří. Třetím důvodem bylo rozšíření slovníčku. Recenze prvního vydání byly k mé radosti a k mému překvapení velkorysé, a jednou z příčin jejich příznivých komentářů bylo zařazení slovníčku pojmů. Podstatným způsobem jsem jej rozšířil, aby zahrnoval to, co pokládám za reprezentativní výběr běžných (někdy i méně obvyklých) termínů, které gerontopsychologie v současné době používá. Tato oblast se v posledních deseti letech výrazně rozrostla a objevila se v ní spousta neologismů, na něž musí být čtenář připraven.

Přes uvedené změny doufám, že jsem zůstal věrný svému původnímu záměru uvést čtenáře do tématu způsobem přístupným i laikům, a současně nabídnout jakýsi úvodní kurz pro studenty psychologie. Do tohoto nového vydání jsem zahrnul větší množství bibliografických odkazů „pro pokročilé“, a to především proto, abych vyhověl právě studentům psychologie. V žádném případě by to ale nemělo knize ubírat na přitažlivosti pro laiky. Záměrně jsem také zachoval relativně krátké kapitoly. Jsem přesvědčen, že úvod by takový měl být – měl by čtenáře či čtenářku uvést do tématu a zprostředkovat jim porozumění základním okruhům otázek, výsledkům bádání a teoriím. Proto jsem také text nezatěžoval detaily o každé nové studii či modifikaci teorie. Snaží-li se čtenář seznámit s novým tématem, bezvýznamný detail je tím posledním, co potřebuje. Z podobného důvodu v knize nenajdete obrázky „roztomilých“ důchodců, karikatury a podobně.

*Ian Stuart-Hamilton
Worcester College of Higher Education
Anglie*

1 Co je stárnutí?

Šednoucí populace

Stárnutí není záležitostí moderní doby, avšak až v posledních sto letech se stalo v západních zemích¹⁾ běžnou zkušeností. Existuje odhad, podle něž se v prehistorických dobách stáří nedožil nikdo, a až do sedmnáctého století překročilo pětadesátý rok života pravděpodobně jen jedno procento populace. Do devatenáctého století se toto číslo zvýšilo přibližně na čtyři procenta (Cowgill, 1970) a dnes starší lidé tvoří dvanáct procent západní populace. Očekává se, že tento poměr se bude dále zvyšovat asi na patnáct procent na začátku příštího století a na dvacet procent v roce 2030 (Bromley, 1988; Kermis, 1983; OECD, 1988). Podíváme-li se na věc z jiného hlediska, můžeme říci, že přibližně sedmdesát procent lidí žijících v západních zemích se může těšit na život delší než 65 let a třicet až čtyřicet procent na život delší než 80 let. Přitom v roce 1900 mohlo jen asi dvacet pět procent populace doufat, že se dočká svých pětadesátých narozenin (Brody, 1988). Dnešní západní populace je popisována jako **obdélníková společnost**. V důsledku toho, že v každé věkové dekádě žijí přibližně stejné počty lidí (tedy stejné počty lidí ve věku 0–9 let, ve věku 10–19 let atd.), podobá se histogram věkových dekád (s určitou dávkou představivosti) obdélníku. Graf pro rok 1900 by však ukázal **pyramidální společnost** s mohutnou základnou mladších věkových dekád, ale s mnohem nižšími podíly příslušníků starších věkových kategorií.

1) Autor užívá termínu „pozápadně země“, čímž zdůrazňuje, že nehovoří pouze o západních zemích, ale i o dalších zemích, které přijaly „západní kulturu a životní styl“. S tímto vědomím však raději zůstaneme u elegantnějšího termínu „západní země“ (pozn. překl.).

„Šednutí“ populace s sebou přináší řadu problémů; jedním z nejvýznamnějších je vyrovnání se západních společností s tímto jevem. Vyšší podíl starších lidí znamená nižší podíl mladších dospělých. To tedy znamená, že menší část populace pracuje a platí daň z příjmu, dávky zdravotního a sociálního pojištění a podobně, aby pomáhala zajistit důchody a sociální a lékařskou péči starším občanům. Tento fakt lze vyjádřit tzv. **koeficientem závislosti stáří**, což je poměr lidí starších šedesáti let a lidí ve věku 20-64 let. Tento koeficient se dnes ve většině západních zemí pohybuje zhruba kolem jedné pětiny, ale do poloviny příštího století se s největší pravděpodobností zvýší na jednu třetinu či více. Termín „demografická časovaná bomba“ vyjadřuje obavu, že šednoucí populace zatíží ekonomiku jednadvacátého století obrovskými (a potenciálně katastrofálními) finančními nároky. Tuto skutečnost je třeba vzít v úvahu. Uvedená fakta se však týkají pouze industrializovaných zemí – situaci v rozvojových zemích lépe vystihují hodnoty z roku 1900. Je realistické uvědomit si, že v globálním měřítku země většina lidí na této planetě do svých pátých narozenin (McHale a kol., 1979).

Je také nutné upozornit na skutečnost, že stáří je v první řadě zkušeností žen. V dobách míru tvoří muži a ženy přibližně do 45 let zhruba stejný podíl populace (ve válčících státech je v důsledku válečných ztrát větší počet žen). Po 45. roce věku umírají muži častěji než ženy, což vede k tomu, že ve skupině sedmdesátiletých je zhruba šest žen na pět mužů a ve skupině lidí starších osmdesáti let se tento poměr zvýší přibližně na 4:1. K vysvětlení této skutečnosti byla shromážděna řada důvodů. V západních společnostech je poměrně populární představa, že život mužů je tradičně mnohem tělesně náročnější. Toto zdůvodnění může však mít pouze okrajový význam, neboť ve společnostech, kde má většina žen fyzicky náročná zaměstnání, rozdíl ve střední délce života přetrvává. Tento rozdíl lze rovněž vysledovat u řady živočišných druhů (Shock, 1977), což naznačuje, že zmíněný fakt lze vysvětlit spíše rozdíly ve stavbě chromozomů a v tělesné konstituci než environmentálními faktory (tedy faktory životního prostředí).

Statistické přehledy stárnutí lze prezentovat i pozoruhodnějším způsobem, totiž tak, že v roce 1900 byla předpokládána střední délka života v okamžiku narození 47-55 let (v závislosti na konkrétní zemi). Odhaduje se, že muži narození v roce 1991 budou mít střední délku života 76 let a ženy 80,8 roku (OPCS, 1991). Avšak tyto hodnoty jsou bez patričního komentáře značně zavádějící. Nepozorný čtenář by si mohl konstatování o střední délce života v roce 1900 rovnající se zhruba padesáti letům vložít tak, že všichni lidé zemřeli do šedesáti let, což je však zřejmý nesmysl. **Střední délka života** udává věk, ve kterém zemřelo padesát procent příslušné věkové skupiny. Jinými slovy, polovina členů určité věkové skupiny, takzvaní přeživší (angl. *survivors* – pozn. překl.), žije déle, než je střední délka života. Nižší hodnoty pro rok 1900 lze z větší části přičíst mnohem vyšší míře kojenecké úmrtnosti (velká část z oněch padesáti procent tedy zemřela v dětství, nikoli v páté dekádě svého života). Porovnáme-li střední délku života mladých lidí v roce 1900 se střední délkou života dnešních mladých lidí, docházíme k mnohem menšímu rozdílu – zhruba sedmi letům. Srovnání hodnot příslušejících sedmdesátiletým a osmdesátiletým v roce 1900 a dnes ukazuje ještě menší rozdíl – přibližně tři až čtyři roky – a v případě stoletých je tento rozdíl otázkou měsíců (Bromley, 1988; Kermis, 1983). Jinými slovy, čím déle člověk žije, tím méně je moderní společnost schopna prodlužovat jeho zbývající život za hranice toho, co bylo běžné v dřívějších dobách. Velice působivý výklad najdeme ve studii Wilkinse a Adamse (1983). Kdyby ji četl osmdesátník v roce 1900, pociťoval by zcela jistě značnou škodolibost. S pomocí kanadských pojistných tabulek Wilkins a Adams spočítali, že v oněch třech či čtyřech letech, které mají dnes lidé navíc, se asi ze sedmdesáti pěti procent trápí bolestmi způsobenými jednou či několika chorobami a z nich plynoucími obtížemi. Tím podnítili používání pojmu **střední délka aktivního života** (průměrný počet zbývajících let, ve kterých mohou příslušníci určité věkové skupiny očekávat možnost aktivního života). Hodnoty střední délky života jsou do značné míry podobné chiméře – existenci takzvané „šednoucí“ populace lze přičítat spíše vítězství nad dětskými nemocemi, které již nejsou

takovou hrozbou jako kdysi, než zkvalitnění způsobu, jakým lidé stárnou.

Vzhledem k výše uvedeným poznámkám je jasné, že stárnutí je dnes spíše zkušeností většiny než menšiny, a předpokládá se, že podíl této většiny se bude v budoucnu dále zvyšovat. S očima upřenými ještě dále do budoucnosti někteří vědci předpovídají, že dnešní smrtelné choroby budou jednou přemoženy a lidé budou umírat tehdy, až dosáhnou **maximálního věku** (angl. **lifespan** – pozn. překl.), kterého se příslušník určitého druhu může dožít. Dále se snaží dokázat, že tento maximální věk je pro všechny jedince přibližně stejný. Vyneseme-li pak míru úmrtnosti pro takovou skupinu lidí do grafu (na svislou osu) proti jejich věku (na vodorovnou osu), dostaneme prakticky přímou horizontální čáru vedoucí zleva doprava, která se v okamžiku, kdy je dosaženo maximální délky života, prudce sklání směrem dolů. Pro svůj tvar je tento graf nazýván **obdélníkovou křivkou dožití** (právě proto byla taková společnost nazvána **obdélníkovou společností** – všimněte si, že téhož termínu se užívá k vyjádření odlišného, ale přesto souvisejícího pojmu zmíněného v předchozím textu). Proti této teorii se pochopitelně zvedla mohutná vlna kritiky (je například sporné, zda všichni lidé mají shodnou „přirozenou“ maximální délku života), ale dá se předpokládat, že s rozvojem lékařské péče budou **křivky dožití** (počty přeživších v určité věkové skupině vzhledem k jejich věku) postupně nabývat obdélníkového tvaru, který lze považovat za cíl, o nějž by měla usilovat lékařská péče.

Individuální rozdíly ve střední délce života

Skutečnost, že mezi lidmi jsou značné rozdíly v rychlosti stárnutí, stojí určitě za povšimnutí. Lze ji částečně vysvětlit environmentálními faktory (například chudou stravou a špatnou hygienou), které jsou mimořádně hlavní příčinou mnohem nižších hodnot střední délky života v zemích třetího světa ve srovnání se Západem. Badatelé se logicky zabývají hledáním optimálních

podmínek dlouhého života; některé z nich takový výzkum dovedl až k absurdním tvrzením o odlehklých vesnických populacích v různých částech světa. Snad nejznámější takovou populací byla skupina lidí v Gruzii (v bývalém SSSR), kde byl zaznamenán nepřiměřený počet stoletých. Vznikla celá řada vysvětlení (většinou se týkala zdravého jídla a abstinence), ale pravda byla prozaická: žádní století v této skupině nebyli. Staří lidé využívali rodných listů svých rodičů, aby se vyhnuli povolání ke službě v Sovětské armádě, čímž si ke svému skutečnému věku přidali dvacet či třicet let. Tento způsob, jak se vyhnout vojenské službě, však selhal, neboť sovětské úřady těchto „zachovalých“ starých lidí využívaly jako turistické atrakce a nástroje propagandy. Celou pravdu odhalila následně provedená komplexní lékařská vyšetření. Další případy „zachovalých“ lidí v Pákistánu a Ekvádoru jsou vysvětlovány jednoduše tak, že dotyčné společnosti byly negramotné anebo měly chatrné matriční záznamy, a proto jsou údaje o věku obyvatel nanejvýš pochybné (viz Schaie a Willis, 1991, 13. kapitola). Někteří badatelé sice trvají na tom, že zmínění starci jsou skutečně velmi staří, ale většina důkazů svědčí o tom, že žádný „tajuplný“ národ, který by se dožíval mnohem početnějšího věku než lidé v západních zemích, neexistuje.

Ten, kdo hledá elixír života, by odpověď na svoje otázky vpravdě našel ve starořeckém úsloví o „umírněnosti ve všech věcech“. Studie zabývající se velmi starými lidmi obvykle dokládají, že tito jedinci jsou velice adaptabilní a mají sklon k umírněnosti ve spotřebě i výkonu (viz Schaie a Willis, 1991). Nadměrné kouření, alkoholismus a přejídání mohou zkrátit střední délku života o celou dekádu či ještě více (ve srovnávacích studiích vedla redukce příjmu kalorií ke zvýšení maximální délky života celé řady živočišných druhů – Masoro, 1988). Je však třeba poukázat na to, že samy faktory prostředí, ve kterém člověk žije, a jeho životního stylu s největší pravděpodobností nejsou úplným vysvětlením. Délce žijící jedinci mají tendenci plodit déle žijící potomstvo (Murphy, 1978), což je pokládáno za důkaz genetické podmíněnosti rychlosti stárnutí.

Definice stárnutí

Existuje celá řada způsobů, jak definovat stárnutí. Je například možno zaměřit se na charakteristiky vypořizované u starého člověka. Ty můžeme dále dělit na znaky, které lze přičíst událostem relativně vzdáleným (například ztráta pohyblivosti způsobená obrnou v dětství) – to jsou takzvané **vzdálené (distální) efekty stárnutí** –, a znaky, jež jsou důsledkem mnohem aktuálnějších dějů (například ztráta pohyblivosti způsobená zlomenou nohou) – to jsou takzvané **časově blízké (proximální) efekty stárnutí**. Tyto charakteristiky lze také sledovat z hlediska pravděpodobnosti, že je sdílají ostatní staří lidé. **Univerzální znaky stárnutí** jsou takové znaky, které sdílají všichni staří lidé (například vrásčitá kůže), zatímco **probabilistické znaky stárnutí** jsou pravděpodobné, ale nikoliv univerzální (kupříkladu artróza). Tyto termíny je možno srovnat s podobnými pojmy **primární stárnutí** (tělesné změny stárnoucího organismu) a **sekundární stárnutí** (změny, které se ve stáří objevují častěji, nejsou však jeho nutným doprovodným jevem). Někteří badatelé přidávají třetí pojem – **terciární stárnutí** –, aby jím vyjádřili prudký a nápadný tělesný úpadek bezprostředně předcházející smrti.

Další metodou, jak měřit stárnutí, je sledovat, jak a kdy se znaky mladé dospělosti transformují ve znaky dospělosti pozdní. Stárnutí je závěrečnou fází lidského vývoje a je třeba ho posuzovat jako součást kontinuální proměny. Avšak právě proto, že se jedná o proměnu kontinuální, je nesnadné nalézt uspokojivou definici okamžiku, ve kterém končí střední věk a začíná stáří. Jde o projev známého vědeckého problému, jak rozdělit kontinuum v podskupiny. Zkouáme-li například barevné spektrum bílého světla, je zřejmé, že například duha obsahuje oranžový pruh a červený pruh. Avšak při podrobném pozorování vidíme, že červená plynule přechází v oranžovou. Ve kterém okamžiku se barva změní z oranžové v červenou? Podobně, a navzdory známému rčení, ani lidé nezestárnou přes noc. V průběhu řady let lze sledovat proměnu lidských fyzických a psychologických znaků charakterizujících obvykle střední věk ve znaky charakterizující

stáří, přičemž je velice nesnadné určit dobu, kdy se člověk definitivně „stane“ starým. Výzkumníci jsou si tohoto problému velice dobře vědomi a pokoušejí se vytvořit celou řadu metod konstrukce objektivního měřítka stáří. Nejběžnějším měřítkem stárnutí je **chronologický (kalendářní) věk** (jednoduše řečeno údaj, jak je člověk starý). Ten je sám o sobě bez informace, neboť jde v podstatě o náhodně zvolenou míru. Počet oběhů Země kolem Slunce počítaný od okamžiku narození neřekne o člověku nic, pokud tento časový údaj není korelovan s dalšími, funkčnějšími údaji. Jak ještě ukážeme, chronologický věk *koreluje* s jinými mírami, ale míra této korelace je někdy velice malá. Věk například koreluje relativně slabě s tělesnými změnami. Známe sedmdesátiníky, kteří odpovídají stereotypu starého člověka (šedé vlasy, vrásčitá kůže atd.). Existují však i „zachovalí“ jedinci, kteří tyto znaky postrádají (**agerázie**), či mladší lidé, kteří je vykazují velice časně a o nichž se říká, že jsou „předčasně zestárlí“. (Toto „předčasné stárnutí“ nelze zaměňovat s **progerií**, onemocněním, při kterém postižení zdánlivě stárnou abnormálně rychlým tempem a obvykle umírají ve starším školním věku). Chronologický věk proto nemůže být pokládán za spolehlivý prediktor životního stavu konkrétního jedince; přinejlepším může naznačovat stav průměrného člověka.

Další běžně používanou mírou je **sociální věk**. Vztahuje se ke společenskému očekávání chování přiměřeného určitému biologickému věku. Západní společnost očekává, že lidé, kteří překročili šedesátku, se budou chovat v zásadě klidně a usedle, a proto také není překvapivé, že za znak počátku stáří se považuje ukončení pracovního poměru na plný úvazek a odchod do důchodu. V některých „primitivních“ společnostech je stáří považováno za odměnu za zbožný život. Každá civilizace vytvořila teorie a mýty o stáří a očekáváních s ním spojených (Gruman, 1966). Dva z nejnámějších mýtů byly nazvány **mýtem o stárnutí v dobách před potopou** a **hyperborejským mýtem o stárnutí** – vyprávějí o tom, že ve starodávných dobách nebo ve velmi vzdálených zemích žila či žije rasa lidí s neuvěřitelně dlouhou maximální délkou života. Tato dlouhověkost je většinou připisována zbožnosti, případně stravě sestávající z ovčích jogur-

tu (nebo nějakého podobně lákavého pokrmu). Bez ohledu na mýty je většina společnosti přesvědčena o tom, že stáří znamená změnu sociálního statusu. Nicméně chronologický věk, ve kterém k této změně dochází, se v různých společnostech liší – mezní hodnoty jsou padesát a sedmdesát let (Decker, 1980). Ve většině západních zemí je za takovou hodnotu tradičně považován věk mezi šedesáti a šedesáti pěti lety (který v podstatě odpovídá věku povinného odchodu do důchodu). Většina **gerontologů** (badatelů studujících stárnutí) pro označení začátku stáří, neboli **mezního věku**, rovněž volí hodnoty mezi šedesáti a šedesáti pěti lety (například Bromley, 1988; Decker, 1980; Kermis, 1983; Rebok, 1987; Ward, 1984). Nedělají to jen kvůli vyhovění západním stereotypům, ale také z toho důvodu, že zhruba v období mezního věku dochází k evidentním fyzickým a psychologickým změnám (jak ukážeme dále). Mezní věk bude pro potřeby této knihy definován volně, jako hodnota v rozmezí šedesáti a šedesáti pěti let. Toto praktické pravidlo je záměrně pouze vágní, abychom znovu upozornili na fakta uvedená v předcházejícím textu:

- a) konkrétní okamžik, ve kterém člověk zestárne, nelze určit a
- b) chronologický věk je ve všech případech pouze arbitrární a nepřilíží přesnou mírou. Užití jediné hodnoty jako mezní mu tedy dodá objektivní status pouze zdánlivě.

Nicméně v jistém okamžiku tohoto „plovoucího prahu“ mezi šedesáti a šedesáti pěti lety začne většina lidí vykazovat příznaky stárnutí. Někteří badatelé dále dělí stáří na **mladší stáří**, vymezené roky 65–75, a **pokročilé stáří**, jež představuje kalendářní věk 75 a více let (ačkoli řada gerontologů se v konkrétních mezních letech poněkud liší – někteří jsou například přesvědčeni o tom, že pokročilé stáří začíná až osmdesátým rokem). Burnsidova varianta této kategorizace (Burnside a kol., 1979) navrhuje kategorie „mladé stáří“ (60–69), „zralé stáří“ (70–79), „pokročilé stáří“ (80–89) a „velmi pokročilé stáří“ (90–99). Zdá se však, že zavádí pouze nová a nepotřebná synonyma pro „šedesátníky“, „sedmdesátníky“, „osmdesátníky“ a „devadesátníky“. Další varianta rozděluje lidi starší 65 let na kategorie **třetího věku** a **čtvrtého věku**. „Třetí věk“ označuje ak-

tivní a nezávislý život ve stáří, zatímco „čtvrtý věk“ znamená období, kdy je člověk při zajišťování základních potřeb odkázán na druhé. Tyto pojmy si získaly jistou oblibu, neboť postrádají pejorativní nádechy, který někteří lidé cítí ve slovech „starý“ a „pokročilého věku“. Je to však diskutabilní, protože termíny „třetí věk“ a „čtvrtý věk“ ve svém důsledku klasifikují starší lidi podle toho, kolik pomoci potřebují od druhých. Při této příležitosti stojí za povšimnutí také fakt, že pojmy definované gerontology nemusí být nutně shodné s těmi, jichž užívají (a které preferují) starší lidé. Podle průzkumu provedeného Midwinterem (1991) preferuje většina (72 %) oslovených starších lidí pojmy „dříve narozený občan“ či „důchodce“, zatímco označení „pokročilého věku“ volilo pouze pět procent a „starší člověk“ čtyři procenta z nich (poslední dva výrazy však užívá 61 % mladých lidí). Pro užívání pojmů jako „pokročilého věku“ či „starší“ ve výzkumech hovoří celá řada vážných důvodů. Jsou objektivní, což se o termínech typu „důchodce“ (které mohou být v řadě případů zavádějící, neboť lidé často odcházejí do důchodu dříve než v 65 letech) v žádném případě říci nedá. Stejně vážné důvody nicméně vedou starší občany k tomu, aby ve svém každodenním životě preferovali výše uvedené pojmy, a proto bychom měli mít jejich volbu na paměti, pokud právě neužíváme odbornou terminologii.

Bez ohledu na to, jakým způsobem o nich hovoříme, mohou být známky stárnutí jak tělesné, tak duševní, a jsou posuzovány měřítky **biologického věku**, respektive **psychologického věku**. Vzhledem k tomu, že psychologické stárnutí je hlavním tématem ostatních kapitol této knihy, nebudeme se mu zde dále věnovat. Biologické stárnutí však nelze přejít jen tak bez povšimnutí, neboť mnoho změn, které prodělává lidský organismus (obzvláště to platí pro smysly a centrální nervový systém), se stárnutím mozku přímo souvisí.

etiky by to pravděpodobně byl nejlepší způsob, jak zestárnout. Stejně vhodné (i když zřejmě ne tak chvályhodné) je však být sobecký, utrácet peníze, protože „si je přece nemohu vzít s sebou“, a svým příbuzným nezanechat nic. Zkrátka, jsou spokojeně stárnoucí ti lidé, kteří pamatují na mladší?

I když jsme dospěli ke zjištění, že charakterové rysy osobnosti jsou z větší části zformovány v rané dospělosti a že některé z nich jsou pro smíření se se stářím vhodnější než jiné, platí, že staří lidé disponují celou řadou způsobů, jak zlepšit svůj osud. Definujeme-li osobnost jako „životní styl“, mohou změnami svých stravovacích návyků, cvičením a nekuřáctvím zlepšit svůj zdravotní stav. Vzájemný vztah mezi životním stylem a spokojeností je však mnohem komplikovanější, než by se na první pohled mohlo zdát. Vzájemná interakce socioekonomické úrovně, etnické příslušnosti, ovdovění, rodinných vztahů a celé řady dalších faktorů vytváří složitý řetězec událostí a tlaků, jejichž dynamika ještě zdaleka není plně objasněna. Jednoznačná odpověď na naše otázky může být formulována pouze na základě dalšího intenzivního výzkumu.

Doporučená četba

Vynikající studie stárnutí a měnících se rodinných vztahů jsou Bengtson a Kuypers (1986) a Gatz a kol. (1990). Kermis (1983) je skvělý obecný úvod do jednotlivých modelů stárnoucí osobnosti. Ward (1977) je velice dobrý text pro studium sociálních vztahů ke starým lidem. Gibson (1992) napsal kvalitní práci o sexuálních a emocionálních změnách. Perlmutter a Hall (1992, kapitola 16) přináší vynikající přehled stárnutí v amerických národnostních menšinách. Příslušné oddíly knihy *Handbook of the Psychology of Aging* Birrena a Schaie (1990) (viz odkazy pro Gatz a kol.) jsou obdivuhodným úvodem do hlubších souvislostí těchto oblastí výzkumu.

6 Demence

Úvod

Výraz **demence** označuje celkový úpadek psychických funkcí způsobený atrofií centrálního nervového systému (CNS). Řada učebních textů může vyvolávat dojem, že demence má pouze několik málo příčin, ve skutečnosti však dosud bylo identifikováno už 50 různých faktorů (Haase, 1977). Současně však platí, že naprostá většina z nich se vyskytuje velice zřídka. Mnoho laiků se domnívá, že demence je údělem stáří. Slovo „senilita“, které znamená „stáří“, se stává synonymem „demence“. Ale tak tomu *není*. Demence se může dostavit kdykoli v průběhu dospělého života, s věkem se zvyšuje pouze pravděpodobnost onemocnění demencí. Některé formy demence se dokonce objevují zpravidla před příchodem stáří, jak si ukážeme v dalším textu. Navzdory tomu je demence v některých učebnicích prezentována jako nemoc stáří. Je třeba rovněž upozornit na to, že na základě údajů o výskytu demence v populaci lze konstatovat, že většina lidí se s ní nikdy nesetká. White a kol. (1986) odhadují na základě praktické zkušenosti, že zhruba jedno procento nehospitalizovaných šedesátiletých trpí symptomy demence, přičemž tato hodnota se každých pět let zdvojnásobuje (tedy 2 % v 65, 4 % v 70, 8 % v 75 atd.). Je dobré vědět, že mnoho jedinců vykazuje pouze velice mírné symptomy nemoci; těm může být určitou útechem vědomí, že pravděpodobně zemřou z jiných příčin ještě dříve, než je tato choroba zcela opanuje. Údaje o délce trvání choroby se v jednotlivých studiích výrazně liší, střízlivý odhad by se však pohyboval mezi 5 a 10 lety (Hart a Semple, 1990). V západních společnostech je hospitalizováno zhruba pět procent starých občanů, a přitom pouze u asi 50 procent z nich (tedy přibližně u 2–3 % celkové populace starých lidí)

je příčinou hospitalizace onemocnění demencí (Kermis, 1984). Obavy starých lidí z toho, že budou „potřeštěni“, „senilní“, „blázniví“ a podobně, jsou tedy většinou zbytečné.

Přestože tyto obavy starých lidí jsou často bezdůvodné, neznamená to, že demence není vážným problémem. Z demografického hlediska představuje tato choroba závažnou výzvu především pro rozvinuté země. Jak jsme již uvedli v kapitole I, v těchto zemích stoupají jak absolutní počty starých lidí, tak jejich podíl na celkové populaci. Z toho vyplývá, že současně stoupá také počet případů onemocnění demencí. Někteří badatelé dokonce hovoří o „epidemii“ demence; to je však zavádějící označení, neboť vzbuzuje domněnku, že se tato choroba v populaci starých lidí šíří rychleji, než je tomu ve skutečnosti. Zcela určitě však dnes evidujeme větší množství demenčních pacientů než kdy dříve, a tento počet bude (nebereme-li v úvahu léčbu) narůstat spolu s tím, jak bude stárnout populace. Důsledkem budou vyšší nároky na kapacitu zdravotní péče v oblasti psychogeriatric, potřeba většího množství vyššího a středního zdravotního personálu a podobně.

Pomíme nyní problémy, se kterými se bude muset potýkat zdravotnická péče; nejzávažnější skutečností je, že demence představuje velmi neradostnou cestu ke smrti. Po prvních fázích onemocnění pacient obvykle milosrdně ztrácí náhled na svůj stav. Nicméně zátěž pro ty, kteří se o pacienta musí starat, může být neúnosná. Až po terminální stadia onemocnění nejsou pacienti obvykle trvale hospitalizováni. Břemeno péče tedy spočívá na partnerovi pacienta či na jeho potomcích. Tito pečovatelé (a musíme si připomenout, že často již nejsou ve svých nejlepších letech, neboť jsou staršího či středního věku) mají za úkol zajišťovat potřeby člověka, který ztratil paměť, nezřídká trpí inkontinencí (neudrží moč či stolicí) a dostává záchvaty vzteku a nepřiměřeného, nelogického chování. Navíc demenční pacienti nepoznávají někdy ani vlastní partnery, děti či blízké přátele. Odměnou za celoživotní lásku, starost a důvěru je péče o bizarní karikaturu lidské bytosti, která má sice vnější podobu milované osoby, v jejímž nitru však jakákoli podobnost s oním důvěrně známým vnímavým člověkem vymizela, či přinejlepším jen tu a tam probleskne. Nikdo si nezaslouží zemřít v tak nedůstojných podmínkách ani být svědkem to-

ho, jak tato choroba proměňuje milovanou osobu. Taková smrt by byla tragédií, i kdyby trvala pouze několik týdnů, u většiny pacientů je však úpadek velice pomalý a trvá tři a více let.

Demence tedy zasluhuje nejvyšší pozornost, zvláště také proto, že pro její hlavní formy dosud neexistuje žádná spolehlivá léčba. Máme-li se pokusit jednou nad touto chorobou zvítězit, musíme ji nejprve důkladně poznat. V této kapitole budeme hovořit o psychologických aspektech demencí. Nejprve se podíváme na hlavní formy tohoto onemocnění; detaily týkající se užitych diagnostických postupů nebyly do textu zahrnuty. K tomuto rozhodnutí nás vedly následující důvody: za prvé, tyto detaily by zabíraly neúnosně velkou část textu, za druhé, pro porozumění psychologickým vlastnostem onemocnění nejsou podstatné a za třetí, na dané téma již existuje celá řada vynikajících učebních textů (např. Kermis, 1986; Wasylenki, 1987). Připojujeme rovněž charakteristiky nemocí, které jsou s demencí snadno zaměnitelné. Kapitola pokračuje zkoumáním konkrétních aspektů procesů demence, závěr tvoří krátká úvaha o psychologických důsledcích projevujících se u těch, kdo o demenční pacienty pečují.

Klasifikace demencí

Stanovení postižení

Prvním krokem v diagnostice demence je stanovení velikosti postižení, kterému je pacient vystaven. Stav zkoumaného pacienta může ovlivňovat celá řada faktorů, z nichž nejběžnější jsou následující dva. Významnou roli hraje věk pacienta. U mladších pacientů (zhruba do 60. roku věku) bývá demence zřejmě zachycena dříve, neboť její symptomy nápadně kontrastují s předpokladem, že lidé v tomto věku by měli být stále ještě „v plné síle“. Starší pacienti většinou vykazují mnohem pokročilejší příznaky choroby, neboť její počátek může být plíživý a první výpadky paměti či postižení psychiky bývají snadno zaměňovány za průvodní znaky „běžného“ stárnutí. V minulé kapitole jsme uvedli, že starší lidé zhoršování vlastních fyzických a psychických schopností s přibývajícím rokem obvykle očekávají.

Lékařské vyšetření mohou také oddálit či naopak uspišit příbuzní a známí postiženého. Když si na chování jeho okolí stěžuje, může nemocný vyhledat pomoc dříve, než by to učinil sám. Blízcí lidé však jindy mohou problémy postiženého popírat, skrývat a bránit vnějším tlakům na vyšetření, které (mylně) chápou jako zasahování do soukromí rodiny.

Celková úroveň postižení pacienta je obvykle posuzována několika jednoduchými testy paměti a dotazníkem zjišťujícím pacientovo chování. Zřejmě nejrozšířenějším testem tohoto typu ve Velké Británii je **Blessedova škála demence** (*Blessed Dementia Scale, BSD* – Blessed a kol., 1968). Ve Spojených státech jí odpovídají **Dotazník zjišťující psychický stav** (*Mental Status Questionnaire, MSQ*, Kahn a kol., 1960) a **Minitest psychického stavu** (*Mini-Mental State Examination, MMSE*). Najdeme v nich otázky typu „Kdo je současným ministerským předsedou/prezidentem?“, „Co je dnes za den?“ a „Jak se jmenujete?“. Jedná se o otázky vyžadující znalosti, kterými by měl disponovat každý normálně stárnoucí člověk, třeba i nepříliš inteligentní (je však třeba přiznat, že některé otázky jsou trochu náročnější). V tabulce 6.1 je shrnuto deset základních otázek kladených v rámci MSQ.

Tabulka 6.1: Položky paměťového testu v Dotazníku zjišťujícím psychický stav (MSQ) (Kahn a kol., 1960)

1. Kde se právě nacházíte?
2. Co je to za místo?
3. Co je dnes za den?
4. Který je měsíc?
5. Který je rok?
6. Kolik je vám let?
7. Kdy máte narozeniny?
8. Ve kterém roce jste se narodili?
9. Kdo je prezidentem Spojených států?
10. Kdo byl prezidentem před ním?

Skór 0–2: žádné nebo jen mírné postižení

Skór 3–8: střední postižení

Skór 9–10: těžké postižení

V případě dotazníku zjišťujícího pacientovo chování obvykle bývá o vyplnění žádána osoba, která o něj pečuje, což je logické, neboť pacient si obvykle nevzpomíná na to, co v poslední době dělal. V dotazníku obsažené otázky zjišťují, zda je pacient stále ještě schopen samostatného života, nebo zda potřebuje s některými úkony – například s oblékáním – pomoci. Výhodou tohoto dotazníku je vedle hodnocení aktuálního stavu pacienta také indikace úrovně ošetrovatelské péče, kterou bude vyžadovat, jestliže dojde k hospitalizaci. Blessedova škála, stejně jako MSQ, může být využita ke sledování průběhu choroby s cílem získat užitečné informace o celkovém stavu a potřebách pacienta.

Mnohem detailnější metodou, jež popisuje stav funkcí demenčního pacienta, je Reisbergovo a kol. (1989) **Hodnocení funkční úrovně** (*Functional Assessment Stages, FAST*). Tato metoda byla původně vytvořena pro popis funkčního stavu pacientů s Alzheimerovou chorobou (viz dále). Pacient je zařazen do jedné ze sedmi kategorií, přičemž stadia 6 a 7 se dělí do dalších dílčích kategorií:

Stadium 1 označuje normální funkci organismu.

Ve stadiu 2 se objevují subjektivní pocity úbytku schopností intelektu, ten však není jinými lidmi považován za vážný.

Ve stadiu 3 je již poškození intelektu (především v paměťových schopnostech) zřejmé ve složitějších úlohách, které dříve nečinily žádné obtíže.

Stadium 4 je charakterizováno rozšiřováním těchto obtíží na poměrně složité problémy každodenního života (např. „schopnost starat se o finance“).

Stadium 5 je definováno jako „snižená schopnost výběru vhodného oblečení“.

Ve stadiu 6 již pacient není schopen se samostatně oblékat nebo se dostatečně věnovat osobní hygieně (toto stadium je rozděleno do pěti dílčích kategorií, které pokrývají škálu problémů od oblékání až po inkontinenci moci a stolice).

Stadium 7 označuje ztrátu motorických a verbálních schopností (šest dílčích kategorií sahajících od ztráty řeči až po „ztrátu schopnosti zvednout hlavu“).

Autoři ke svému hodnocení připojují časový odhad délky doby, po kterou pacient jednotlivými stadii prochází, pokud v průběhu některého z nich nezemře (stadium 3 = 7 let, stadium 4 = 2 roky, stadium 5 = 18 měsíců, stadium 6 = 2 roky a 5 měsíců, stadium 7 = 6 a více let).

O něco jednodušší hodnocení nabízí **Klinická posuzovací škála demence** (*Clinical Dementia Rating, CDR*), což je vlastně seznam rozličných úkonů, u nichž je hodnocena úroveň výkonu (např. paměť, orientace, chování doma). Na základě získaných skóre je stav pacientů klasifikován jako „bez demence“ či „sporné“, nebo jako „mírná“, „střední“ a „vážná“ forma onemocnění (Berg, 1988).

Samo poškození paměti a dalších funkcí organismu ještě nedefinuje demenci (přestože jsou jejím klíčovým projevem). Americká psychiatrická asociace pravidelně vydává taxonomii psychických chorob – **Diagnostický a statistický manuál psychických chorob** (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*). Jedná se o velice vlivný dokument, a to nejen ve Spojených státech.¹⁾ Kritéria klasifikace demence můžeme shrnout následujícím způsobem:

1. Úbytek schopností intelektu, který negativně ovlivňuje sociální nebo pracovní fungování jedince.
2. Úbytek paměti (v některých případech však není úbytek paměti prvotním motivem návštěvy lékaře).
3. Změnám podléhá alespoň jedna z následujících oblastí: abstraktní myšlení, soudnost, jeden či více aspektů vyšších kórových funkcí, osobnost.
4. Popsané pacientovo chování se objevuje při zachovaném plném vědomí a pacient nevykazuje žádné známky intoxikace (např. alkoholem či drogami).

Onemocnění je také hodnoceno podle svých praktických dopadů: *mírné* (není třeba žádného dohledu), *střední* (určitý dohled vyžaduje) či *vážné* (nezbytný je neustálý dozor).

1) Autor zde vychází z verze DSM-III-R, v současné době už je v platnosti DSM-IV – pozn. překl.

Veškeré typy demence (které jsou někdy nazývány demencemi s různými **etiologiemi**) odpovídají této obecné definici, každý je však charakterizován jedinečným vzorcem dysfunkce. V následujícím textu přinášíme stručnou charakteristiku nejběžnějších forem demence.

Demence Alzheimerova typu (DAT)

Jde o nejčastější typ demence, která má na svědomí zhruba 50 až 70 procent všech případů demencí (Cohen a Dunner, 1980). Poprvé byla popsána v roce 1907 Aloisem Alzheimerem v případové studii tohoto onemocnění u jednapadesátileté ženy. Tato choroba je známa pod několika podobnými názvy – vedle **demence Alzheimerova typu** (*Dementia of the Alzheimer Type, DAT*) se často užívá taktéž názvů *Alzheimerova choroba* a *senilní demence Alzheimerova typu*. Pro srozumitelnost budeme v této knize používat pouze první z uvedených názvů. V této souvislosti stojí také za pozornost, že v některých starších učebních textech byl název DAT používán pro popis demence objevující se před šedesátým rokem věku a název **senilní demence** pro případy onemocnění v pokročilejším věku. Po určitou dobu převládalo přesvědčení, že presenilní a senilní formy tohoto onemocnění jsou různé povahy, a zaslouží si proto odlišná jména (sám Alzheimer však toto stanovisko nesdílel). Později se ukázalo, že takové dělení je mylné (např. Sulkava, 1982; Sulkava a Amberia, 1982). Zde je však třeba se na okamžik zastavit a uvést několik poznámek. Během počátečních fází probíhá onemocnění u mladších pacientů obvykle rychleji (Reisberg, Ferris, Franssen a kol., 1989), avšak tito mladší pacienti paradoxně v pokročilejších stadiích choroby přežívají déle než ostatní (např. Nielsen a kol., 1977). U presenilních pacientů také zjišťujeme nápadnou tendenci k jazykovým abnormalitám (Seltzer a Sherwin, 1983). Shodné rysy však výrazně převažují nad rozdíly, a proto jsou mladí i staří pacienti dnes zpravidla léčeni tak, jako by trpěli stejnou chorobou.

Existuje několik možných **příčin DAT**. Mnozí badatelé věnují velký prostor diskusím o „správném“ výkladu této choroby. Zřejmé se však jedná o marné úsilí, neboť není důvod nevěřit tomu, že

DAT může být způsobena několika zásadně odlišnými příčinami. Myslet si něco jiného by bylo stejně pošetilé jako tvrdit, že červené skvrny na kůži mohou být způsobeny pouze virem *spalniček* (viz Hart a Semple, 1990, kapitola 2). V některých případech (4) onemocnění DAT hraje nepochybně svou roli dědičná složka, jež je zřejmě důsledkem nepříznivých kombinací několika genů – nejedná se tedy o jediný poškozený gen (Kidson a Chen, 1986). Hledání deformovaných genů patří do oblasti praktického výzkumu. Někteří výzkumníci (např. St. George-Hyslop a kol., 1987; Schweber, 1989a) našli vadnou strukturu chromozomu 21 – nejbližší místa deformace nalezené u pacientů trpících trizomií 21 – nejčastější příčinou *Downova syndromu*. Mnozí badatelé navíc upozorňují na to, že pacienti s Downovým syndromem vykazují ve středním věku symptomy připomínající projevy DAT a že neuropatologie mozku pacientů je v obou případech velice podobná (např. Schweber, 1989b).¹⁾

Přestože v etiologii DAT může být dědičná složka, neznamená to, že se jedná o příčinu jedinou. Objeví-li se například onemocnění DAT v rodině, není přenos tohoto onemocnění *automatický*. Jestliže se demence rozvine u syna či dcery pacienta trpícího DAT, pak existuje zhruba padesátiprocentní pravděpodobnost, že se rozvine i u sourozenců. Takovéto případy se obvykle rozvíjejí v prezenilním věku (do šedesátilet) a postupují rychleji (Heston a kol., 1981). DAT se tedy může rozvinout u lidí s určitou genetickou výbavou, bylo by však chybou z tohoto faktu usuzovat, že lidé s „geny DAT“ se *nevyhnutelně* stanou dementními. Pravděpodobně by bylo možné dokázat, že v rodinách postižených DAT má „geny DAT“ větší počet lidí, než skutečně onemocní demencí. Bezprostřednějším důkazem jsou zaznamenané případy onemocnění DAT pouze u jednoho z jednovaječných dvojčat. Vzhledem k tomu, že jednovaječná dvojčata mají totožnou genetickou výbavu, je zcela jasné, že dané onemocnění může být vyvoláno kromě genů i jinými faktory. Nejpravděpodobnějším vysvětlením je **prahový model demence**. Podle něho může být člověk na základě své genetické

1) PP Dnes se soudí, že DAT je onemocněním polygenním, vázaným na chromozomy 1, 14, 19 a 21 – pozn. překl.

výbavy k tomuto onemocnění *citlivější*, avšak k projevení nemoci je třeba určitého faktoru prostředí, v důsledku jehož nepříznivého působení se DAT stane nevyhnutelnou.

Za kandidáty na viníka této skryté hrozby byla označena celá řada faktorů prostředí. Za jednoho z nich byl v posledních letech považován hliník. Toto podezření bylo vysloveno na základě zjištění, že mozkové buňky pacientů s DAT obsahují nepatrné množství „absorbovaného“ hliníku, který způsobuje zhoršení funkce buňky, či dokonce její zánik. Někteří lidé proto raději přestali používat hliníkové kuchyňské nádobí, což však zřejmě bylo neúčinné gesto, neboť tento kov je hojně rozšířený a je přítomen v celé řadě dalších věcí a potravin. Je stále záhadou, proč jsou pacienti s DAT tak citliví právě na hliník. Pravděpodobným vysvětlením je, že absorpce hliníku je spíše symptomem než příčinou onemocnění. Jinak řečeno, chátrající mozek absorbuje hliník proto, že jeho obranné mechanismy jsou oslabeny. Kdyby nebyl hliník všudypřítomný, byl by pravděpodobně absorbován nějaký jiný kov. Wisniewski a Sturman (1988) zjistili, že buňky zaniklé v důsledku otravy hliníkem vypadají jinak než postižené buňky pacientů trpících DAT (viz také Wisniewski, 1989). Podle druhého předpokladu je toto onemocnění zaviněno tzv. pomalým virem. Je známo, že některé z demencí, jako je například **kuru** (postihující několik domorodých kmenů na Papui-Nové Guineji), mohou být přeneseny kontaktem s postiženou nervovou tkání. Všechny tyto předpoklady mohou být oprávněné (genetická, hliníková a virová teorie se vzájemně nevylučují). Ať se však jako skutečná příčina ukáže cokoli, možnost, že by se jednalo o jediný faktor, je velmi nepravděpodobná. Jak ještě uvidíme, poškození mozku pacientů trpících DAT bývá obvykle lokalizováno v jeho určitých částech. Je obtížné si představit, že by nějaký virus či hliník působil pouze na některá nervová vlákna a jiná šetřil. Musíme zkrátka hledat dokonalejší vysvětlení.¹⁾

Neuropatologie DAT je poměrně složitá. Tato choroba je, obecně řečeno, charakterizována atrofii. Dochází ke značnému úbytku mozkových buněk, a senilní plaky a neuronální klubka

1) Čtenářům, kteří nejsou obeznámeni s anatomíí mozku, doporučujeme, aby si – dříve než budou ve čtení pokračovat – přečetli příslušné části kapitoly 1.

(tzv. Alzheimerovy změny neurofibril – pozn. překl.) se objevují v mnohem větším počtu než při normálním průběhu stárnutí (viz kapitolu 1). Úbytek buněk je naprosto výběrový – týká se mozkové kůry (týlní lalok zůstává ale téměř nedotčen) a určitých podkorových center, především amygdaly, hippocampu a mozkového kmene (Moss a Albert, 1988). Je třeba upozornit na to, že některé části CNS zůstávají ušetřeny. K nim patří zejména mozeček, bazální ganglia a mícha (Petit, 1982). Výrazně je omezen výdej neurotransmiterů z cholinergního systému (Kermis, 1986; Moss a Albert, 1988). Vzhledem k tomu, že pokusně navozené potlačení cholinergní aktivity snižuje schopnosti paměti u lidí i zvířat,¹⁾ je lákavé označit za příčinu obtíží pacientů s DAT právě nedostatek neurotransmiterů. Tato teorie je nazývána **cholinergní hypotéza**. Disponujeme však dosti pádnými důkazy, podle nichž oslabení cholinergního systému obvykle nevede k tolika typům poruch paměti jako v případě DAT (Moss a Albert, 1988). Navíc je známo, že je výrazně redukována i produkce dalších neurotransmiterů, nejen těch v cholinergním systému (Rossor a Iversen, 1986). Ani cholinergní hypotéza tedy nemůže podat vyčerpávající vysvětlení. Krátce jsme probrali možné příčiny DAT; nyní se budeme věnovat jejím symptomům. V následujícím odstavci naleznete charakteristiku hlavních kritérií, které vedou ke stanovení diagnózy DAT. Tato informace vychází z odkazů citovaných v této kapitole a z autorových vlastních poznámek o jeho pacientech.

DAT se může objevit zhruba od 50. roku věku prakticky kdykoli, přičemž pravděpodobnost rozvoje choroby prudce stoupá po dosažení věku 75 let. Po dalších deseti letech již zhruba 25 procent lidí vykazuje alespoň některé ze symptomů DAT. Existuje však i několik zcela výjimečných případů onemocnění DAT na počátku páté dekády lidského života. Obecně platí, že čím starší je pacient, tím rozvinutější je choroba v okamžiku, kdy se poprvé dostaví k lékaři (důvody, které k tomu vedou, jsme probrali již v úvodu kapitoly). Sledujeme-li společenské chování, může se zdát, že pacient postižený mírnou formou DAT je navenek v pořádku – jeho sociální dovednosti obvykle zůstávají

1) I u nás jsou známé pokusy se skopolaminem – pozn. překl.

nedotčeny. Jedinou známkou toho, že něco není v pořádku, je zvláště strnulý pohled či občasná neurčitá prázdnota v očích. Nejprve si pacient obvykle stěžuje na vážné problémy s pamětí, které se zcela vymykají běžným potížím – bloudí třeba ve známém okolí (např. v obchodním domě, kam pravidelně chodí nakupovat, či v ulicích kolem vlastního domu). Pacientovi blízcí zpravidla hodnotí jeho paměť jako špatnou či velmi špatnou. V této fázi ukazují testy paměti významný pokles schopnosti zapamatovat si cokoli nového po dobu přesahující několik minut, nebo dokonce vteřin (což svědčí o zřejmé neschopnosti převádět informaci z krátkodobé do dlouhodobé paměti). Pokles mohou vykazovat i testy krátkodobé paměti (KDP), jako je například test číselné kapacity paměti. V některých případech, avšak zdaleka ne ve všech, dochází u pacientů ke snižování schopnosti vnímání určitými smysly. Mohou například vykazovat známky **aproxie** (tedy neschopnosti provádět složitější naučené pohyby) či **vizuální agnózie** (neschopnosti poznávat vnímané objekty zrakem). Někdy přivedou pacienta do ordinace právě tyto symptomy, kdežto jeho paměťové schopnosti zůstávají v podstatě beze změny. Jazyk se zdá být téměř nedotčen, pouze slovní zásoba působí poněkud chudým dojemem. Pacienti mohou mít problémy s výslovností určitých slov a chápáním abstraktních vět, například přísloví. Reakce pacientů na tyto obtíže se různí. Někteří upadají do deprese, jiní jsou apatičtí a jakoby nezúčastnění. U určité části pacientů se vytvoří mírná paranoia – jsou přesvědčeni, že před nimi lidé věci úmyslně ukrývají. Jiní podnikají zoufalé pokusy své problémy bagatelizovat. Jedná se bez výjimky o běžné reakce. Obecně však platí, že slábnoucí schopnosti intelektu způsobují stále nedokonalejší chápání okolního světa.

Jak se choroba rozvíjí, prohlubuje se současně závažnost všech výše uvedených symptomů. Zapamatování nových informací je vážně omezeno, což platí často dokonce i pro obsah KDP. Zhoršuje se taktéž paměť na časově vzdálené události, zakódované dávno před nástupem onemocnění. Zhoršuje se poznávání, často až do té míry (způsobující pochopitelně zoufalství rodinných příslušníků), že pacient nedokáže rozeznat přá-

tele a členy vlastní rodiny. Nápadně se zhoršuje řeč. **Afázie** (ztráta řeči) je základním rysem pokročilejších stadií DAT. Pacient může mít problémy při tvorbě řeči (**Brocova afázie**), při porozumění řeči (**Wernickeova afázie**), nebo v obou schopnostech. Řeč může být redukována na několik slov a řadu zvuků připomínajících zkomolená slova, nebo může sestávat ze srozumitelných slov vyslovovaných v nesmyslném pořadí. V některých případech je pozoruhodným způsobem zachována schopnost hlasitého čtení. Pacienti velice pěkně předčítají, dodržují intonaci a interpunkci, nemají však sebemenší představu o tom, co čtou (**dementní dyslexie**). Vnější vzhled pacientů odráží jejich vnitřní úpadek. Bez pomoci oddaných pečovatelů se úprava zevnějšku a společenské chování nevyhnutelně zhoršují. Pohyby se stávají nervózními a neobratnými. Pravidlem bývá šouravá chůze charakteristická pro **Parkinsonovu chorobu** (viz slovníček). V terminálních stádiích choroby pacienti obvykle propadají do netečného stavu. Obvyklá bývá inkontinence. Často u pacientů nalézáme **syndrom Klüvera-Bucyho**. Jedná se o soubor projevů nezvyklého chování, do kterého patří **hyperoralita** (nutkání dávat vše dostupné do úst) a s ní související **bulimie**, tedy nutkání jíst velká množství jídla (prakticky libovolného, od krémových dortů po masovou omáčku). Dalšími symptomy Klüver-Bucyho syndromu je vizuální agnózie, **hypermetamorfóza** (nutkavá potřeba všeho se dotýkat) a porucha **afektu** (emocionality). Ke smrti dochází v průměru po pěti letech od prvních symptomů (jsou však možné poměrně velké odchylky od této hodnoty na obě strany). Úmrtí pacientů s DAT je obvykle způsobeno celkovým selháním tělesných funkcí nebo infekcí. Popis jednotlivých stadií vývoje choroby jsme záměrně ponechali poněkud obecnější. Mezi jednotlivými pacienty totiž existují obrovské rozdíly v závažnosti symptomů choroby, relativním zachování určitých funkcí a časovém období stráveném v každém stadiu choroby. Pacient trpící DAT v terminálním stadiu musel v určité míře projít všemi popsány stadii.

Diagnostický test, speciálně navržený pro DAT, se nazývá **NINCDS-ADRDA**. (Zkratka je utvořena podle prvních písmen názvů *National Institute of Neurological and Communicative*

Disorders and Stroke, Národní ústav neurologických a komunikativních onemocnění a mozkových příhod, a *Alzheimer's Disease and Related Disorders Association of America*, Americká asociace pro Alzheimerovu chorobu a příbuzná onemocnění, tedy organizací, které tento projekt uvedly společně do života.) Test nabízí tři úrovně spolehlivosti diagnózy: „pravděpodobná“, „možná“ a „jistá“. Konečný soud může být ovšem vysloven s jistotou pouze v návaznosti na histologický nález při biopsii či pitvě, většina výzkumníků se tedy omezuje s „pravděpodobnými“ diagnostickými hypotézami (Nebes, 1992). K „pravděpodobné“ hypotéze je třeba kromě jiného prokázat funkční postižení (stanoveného například Blessedovou škálou demence), poruch paměti, „deficitů ve dvou či více oblastech poznávacích schopností“ a nepřítomnost projevů jiných možných příčin, jako například nádoru, akutního stavu zmatenosti (viz dále) a podobně. Katzman a kol. (1988) uvádějí, že tato kritéria jsou s největší pravděpodobností stejně přesná jako diagnostická kritéria DSM.

Multiinfarktová demence (MID)

V kapitole 1 jsme hovořili o drobných cévních příhodách (mozkových infarktech, „miniaturních záchvatech mrtvice“ způsobujících odumření okolní tkáně), které nacházíme v mozkové tkáni většiny starých lidí. U **multiinfarktové demence (MID)** se však objevují poškození mozkové tkáně ve výrazně vyšším počtu, což u postižených pacientů vede k demenci. (Mluví se proto rovněž o vaskulární nebo cerebrovaskulární demenci – pozn. překl.) K infarktům dochází v mozkové tkáni relativně náhodně, ačkoliv obzvláště těžce postižena bývá mozková kůra a ostatní oblasti řídicí „vyšší“ psychické funkce. Rozlišení MID jako syndromu lišícího se od **mrtvice** (při které pacient utrpí jednu či několik větších mozkových příhod) je relativně nové (Hachinski a kol., 1974). Je nicméně třeba upozornit na to, že k chybným diagnózám ve smyslu záměn MID s mrtvicemi a naopak občas dochází (Funkenstein, 1988). Příčiny MID nejsou dosud zcela objasněny. Pacienti mají podle očekávání nezřídka předchozí kardiovaskulární (KV) problémy, a obvykle bývá rodina dědičně zatížena MID či mrtvicemi. Známé je také to, že celá řada KV