

MARIE VÁGNEROVÁ

Psychopatologie pro pomáhající profese

Variabilita a patologie
lidské psychiky

portál

Demence

Demence je označením pro syndrom, jehož nejvýznamnějším projevem je úbytek komplexu kognitivních funkcí, především inteligence a paměti. Při demenci dochází ke ztrátě již rozvinutých intelektových funkcí. Charakteristické je považováno snížení inteligence o 20 % (Jirák, 1996). V rámci tohoto snížení bývají v různé míře postiženy i další psychické funkce, postupně dochází k degradaci celé osobnosti.

Demence je získané postižení. Může k němu dojít až po dosažení určitého věku. Pokud dojde k demenci v dětství, demenci lze diagnostikovat až po druhém roce věku. Dříve dříve vzniklý defekt je posuzován jako mentální retardace (Jirák, 1996).

U dětí se obtížně rozlišuje, zda jde o vrozený mentální defekt či ranou formu demence. U dětí nelze spolehlivě diferencovat do věku 18–24 měsíců. Do té doby se psychický vývoj příliš rychle mění na takovou úroveň, aby bylo možné uvažovat o úbytku rozumových funkcí, zejména pokud není velmi rychlý a závažný. V dětském věku se demence projevuje zejména zpomalením než v dospělosti, protože inteligence se teprve rozvíjí. K poškození rozumových funkcí může dojít na různé vývojové úrovni, což se projeví i v obrazu poruchy. Může dojít ke stagnaci, zpomalení nebo k regresi, v závislosti na příčině. Není vyloučeno ani možnost určitého zlepšení, resp. úpravy stavu v rámci léčby nebo dozrávání (Jirák, 1996).

Demence vzniká na základě organického poškození CNS. Prognóza závažnosti a závažnosti základního onemocnění, které k této poruše vedlo. Demence postihuje asi 5 % populace nad 65 let (Smolík, 1996).

Obecná diagnostická kritéria pro demenci

Úbytek paměťových funkcí. Projevuje se nejnápadněji při učení nových informací, v rámci progresu dochází postupně i k obtížím ve vybavování starších vědomostí. Poruchy paměti bývají spojeny s poruchami pozornosti. Nemocný se nedokáže soustředit a nic nového se nenaučí. Nemocný si nedokáže vybavit ani dříve osvojené vědomosti. Postupně může dojít k tak velkému úbytku paměťových kompetencí, že si nemocný nedokáže vybavit ani svoje jméno apod. Postupně mizí i dříve získané dovednosti a návyky.

Úbytek dalších kognitivních funkcí. Myšlení se stává brady-psychickým, nevybavné, rigidní a stereotypní. Nemocný nedovede adekvátně zpracovávat ani běžné informace, není schopen plánovat, organizovat, rozhodovat se, nechápe požadavky okolí apod. Najednou neví, co by měl v určité situaci dělat (až stejný problém dříve běžně zvládal). Postupně

III Vybrané duševní a behaviorální poruchy

dochází k rozpadu schopnosti logicky myslet. V pokročilejší fázi může být nemocný i zmatený, jeho uvažování se může stát *inkohereční* (nesouvislé, a tudíž nesmyslné).

Součástí demence mohou být vzácněji i **bludy**. Jejich obsah bývá velmi jednoduchý, obvykle paranoidně-perzekuční (nemocný je např. přesvědčen, že mu někdo bere peří z peřin, krade mouku apod.). Bludy mohou být posilovány poruchami paměti, nemocný zapomíná, kam si schoval např. peníze, a to jej utvrzuje v bludu, že mu je někdo vzal (Jiráček, 1998).

- **Poruchy vnímání.** V rámci demence může dojít ke vzniku **gnostických poruch**. Nemocní nejsou např. schopni rozpoznávat známé objekty, resp. jejich zobrazení, přestože mají zachované senzorkické funkce.
- **Apraxie** – tj. úpadek naučených motorických dovedností, resp. stereotypů, a ztráta schopnosti adekvátně užívat běžné nástroje, např. nůžky. Nejde o to, že by nemocný nechtěl nebo měl nějak postiženou motoriku rukou, ale neví jak.
- **Poruchy řeči** mohou odrážet narušené myšlení, např. verbální projev nemocného je ulpivavý, nemocný stereotypně opakuje jednu větu. V rámci demence může dojít ke vzniku **afatických poruch**. Nemocný přestává rozumět mluvené (resp. i psané) řeči, činí mu problém si vybavit potřebné slovní výrazy, není schopen se adekvátně vyjádřit. Uvedené potíže bývají vesměs spojeny s nechutí k takové aktivitě a problémy v komunikaci s okolím.
- **Poruchy emotivity** jsou stabilním a typickým příznakem demencí. Již na počátku takového postižení se projevují nápadnosti v citovém ladění (celkové ladění může být tupě euforické, depresivní nebo úzkostné) a zhoršení kontroly emocí (zvyšuje se sklon k emoční labilitě, dráždivosti, někdy i afektivním výbuchům a k agitovanosti, tj. k neregulované, nesmyslné aktivitě – např. útěkům z domova). Zvýšené emoční napětí se může projevit i tělesným neklidem, člověk má nutkání k nějakým stereotypním pohybům, např. bezcílně přendává věci na stole apod. V pokročilejším stadiu může být nemocný citově oploštělý, otupělý a apatický.
- **Poruchy motivace.** U většiny nemocných dochází ke zúžení motivace, event. k úplné ztrátě iniciativy a zájmu o cokoli, tento stav se projevuje apaticko-abulickým syndromem. Někdy bývá motivace jednostranně akcentovaná, často jde o projev určitého odbrzdění nějaké pudové složky, např. potřeby jídla či sexuality (Jiráček, 1994; 1998).
- **Poruchy spánku.** Typickým problémem je posun cyklu spánku a bdění, někdy dochází až ke spánkové inverzi, která se projevuje tendencí k noční aktivitě a denní ospalosti.

okročilejší fázi může stát inkoherentní (ne-

ich obsah bývá velmi opčný je např. přesvěd- (apod.). Bludy mohou míná, kam si schoval do vzal (Jirák, 1998).

ke vzniku **gnostic-** poznávat známé ob- né sensorické funkce. vedností, resp. stereo- nástroje, např. nůžky. postíženou motoriku

i, např. verbální pro- opakuje jednu větu. ch poruch. Nemocný i mu problém si vyba- tně vyjádřit. Uvedené ivitě a problémy v ko-

říznakem demencí. Již adnosti v citovém la- esivní nebo úzkostné) moční labilitě, dráždí- nosti, tj. k neregulo- (ova). Zvýšené emoční věk má nutkání k ně- endává věci na stole ově oploštělý, otupělý

zi ke zúžení motivace, ento stav se projevuje vace jednostranně ak- nějaké pudové složky,

n cyklu spánku a bdě- se projevuje tendencí

Postupně může dojít k celkové **poruše osobnosti nemocného**, k jejímu **úpadku a dezintegraci**. Některé osobnostní rysy se mohou stupňovat až do extrému, např. extrovert začne být dotěrný, šetrný člověk se stane lakotným apod. Zhoršuje se celková adaptabilita, nemocní přestávají respektovat běžné normy chování. Ztrácejí schopnost empatie, stávají se bezohlednými, obhroublými, egocentrickými a sobeckými. Nejsou schopni pociťovat vinu, později mizí i pocity studu. Nemocní ztrácejí náhled, přestávají být ke svým projevům kritičtí. Při postižení frontálního laloku dochází ke ztrátě sebekontroly, tyto nemocní se chovají zcela bez zábrán, např. se obnažují na veřejnosti, obtěžují personál v obchodě či v nemocnici apod. (Smolík, 1996). S úpadkem paměti souvisí i **porucha orientace v prostředí**. Nemocný se cítí dezorientován, neví kde je a bloudí i ve známém prostředí. Nechápe ani běžné mezilidské vztahy, nezvládá běžnou činnost v oblasti sebeobsluhy apod. Postupně může dojít až ke ztrátě identity, kdy nemocný neví ani kdo je. Za těchto okolností přestává být soběstačný, potřebuje trvalý dohled a péči jiné osoby.

9.2 Typy demencí

- **Atroficko-degenerativní demence** (do této kategorie patří Alzheimerova choroba).
- **Ischemicko-vaskulární demence.**
- **Symptomatické, sekundární demence** – jsou vyvolané jinými příčinami (např. infekčním onemocněním, úrazem či otravou – MKN-10, 1992).

9.2.1 Demence u Alzheimerovy choroby

Je nejčastějším typem demence. Alzheimerova choroba je pravděpodobně heterogenní kategorií, zahrnující různé subtypy onemocnění. Jedním z kritérií pro její diagnózu je časová lokalizace počátku onemocnění. Podle tohoto kritéria se rozlišuje typ s časným začátkem (do 65 let) a typ s pozdní dobou vzniku (nad 65 let). Většina případů se rozvíjí až ve věku 65–80 let (Jirák, 1998). **Etiologie onemocnění je multifaktoriální.** U některých typů byla prokázána autozomálně dominantní dědičnost (Mazura et al., 1997). Geny pro toto onemocnění jsou ve vazbě na 1, 14, 19 a 21 chromozom. Dalším rizikovým faktorem je stáří (Smolík, 1996; Gilliam a Knowles, 1995).

Klinický projev onemocnění

Alzheimerova demence se vyvíjí pozvolna, jednotlivé příznaky se objevují postupně a zpočátku celkem nenápadně. Průměrná doba přežití od počátku klinických projevů je v rozmezí 3–7 let (Jirák, 1998). Rozvoj příznaků choroby lze diferencovat podle závažnosti:

1. **Změny osobnosti a nápadnosti v chování.** Nemocní postupně přestávají dodržovat společenská pravidla a ohledy. Ubývá motivace k většině činností, nemocní postupně ztrácejí zájem i o sebe a nakonec převládne celková apatie. Negativní osobnostní rysy, jako je egocentrismus, sobectví, negativismus, podezřavost apod., které se v rámci choroby akcentují, ztěžují soužití s takto postiženými lidmi.
2. Postupně se **zhoršují všechny kognitivní funkce** a tento úpadek se stává čím dál nápadnějším. Významná je progredující **porucha paměti**. Na počátku se projevuje jen nápadnou zapomnětlivostí. Poruchy soustředění a paměti mají za následek problémy i v oblasti běžných domácích činností. Například nemocní zapominají vypnout varič, zavřít vodu v koupelně apod. Ukládají různé věci nesmyslným způsobem, např. peněženku do ledničky. Takto postižení lidé neustále něco hledají, což zvyšuje jejich pocit nejistoty a napětí. Výpadky paměti kompenzují **konfabulacemi**. Reagují odpověďmi, která by se mohla do kontextu hodit, ale neodpovídá realitě. Oni jsou však přesvědčeni, že jejich sdělení je pravdivé. Například pacientka psychiatrické léčebny odpověděla bez zaváhání na dotaz sociální pracovnice, co měla k obědu, že jedla ovocné knedlíky. Její odpověď formálně odpovídá dotazu, ale nebyla to pravda.
3. Komplexní porucha paměti vede ke **ztrátě schopnosti orientovat se v čase a v prostoru**. Nemocní netrefí známou cestou od autobusu, ztrácejí se ve známém městě, nevědí, zda je ráno nebo noc apod. Jedna nemocná se opakovaně telefonicky ptala svého syna, který je den a noc, jak je hodina. Jiná nemocná měla tendenci utíkat z domova nedostatečně oblečená a bloudit po okolí. Někdy ji musela hledat i policie. V pokročilejším stadiu onemocnění mohou paměťové kompetence upadat natolik, že jsou nemocní zcela dezorientováni, někdy dochází i ke ztrátě vlastní identity. Nevědí kdo jsou, kde jsou, nepoznávají známé lidi ani svůj obraz v zrcadle apod.
4. **Postupná ztráta schopnosti logicky uvažovat.** Nemocní stále hůře chápou, co by měli v určité situaci dělat. Běžné situace i obvyklé požadavky jejich okolí se jim zdají podivné a nesrozumitelné. Například nerozumí vyúčtování za elektřinu a plyn, nechápou, kde si mají vyzvednout nový telefonní seznam atd. Přestávají rozumět smyslu příběhů, které např. vysílá televize, a proto o ně ztrácejí zájem.
5. Upadá **schopnost porozumět verbálnímu sdělení**, což se projevuje obtížemi v komunikaci. S nemocným se není možné domluvit a není ani možné se spolehnout, že bude nějaký pokyn respektovat. Zhoršuje se rovněž schopnost přiměřeného slovního vyjádření. Nemocným ubývá slovní zásoba, často reagují jednoslovnou odpovědí. Někdy jen opakují dotaz, resp. jeho část, ulpívají na určité myšlence, kterou rovněž několikrát za sebou opakují. Dochází i ke komolení slov. V konečné fázi nemoci může dojít až k úplnému výpadku verbálních kompetencí.

Ztráta schopnosti
vést k nesmyslné
a proto se někdy
a teprve na něj

6. **Změny nálady**
patické nálady,
sivní nálada. N
nejbližším lidem
zdravotnickému
mocní ležďy d
máte jít o jakýs
k celkovému

□ Klasickou ukázkou pr
samotného Aloise Al
zachytil projevy své
28. listopadu 1901
Pacientka sedí na ž
A přijmením? Augu
Ach, můj muž. Vypa
Že paní D.? Ano, a
pokoušela rozpome
už po chvíli si je nep
29. listopadu 1901
Který teď máme ro
měsíc? Jedenáctý.
Nevím... Jak se j
poukát. Na co jsem
bydlíte? Valdemaro
stejném poschodí.
Poznáš Klě, tušku a
že neví. Je to těžké
je to prostí? Tě. Poř
je to Frankfurt nad
Psaří. Když má na
opakovat, neboť je
opakuje. Zhrátia je
Čerit. Přeskakuje
jednotivě písmena
slova podivně zdř
Jákmila se star nes
pokud se objeví por
vání, např. agitovaz
může sama zapřít

Chybná schopnost logického uvažování, mnohdy spojená s apraxií, může vést k nesmyslnému chování: nemocný např. neví, jak se má obléci, nebo se někdy upraví velice bizarně. Natáhne si např. nejdříve svetr a poprvé na něj si vezme spodní prádlo.

Často nálady mohou být prudší a méně adekvátní situaci: běžné jsou manické nálady, častá je tupá euforie, ale vyskytuje se i úzkostná či depresivní nálada. Nemocní někdy reagují afektem zlosti, zaměřeným proti blízkým lidem. Občas bývají i agresivní: vůči rodinným příslušníkům, zdravotnickému personálu apod. Může se objevit i negativismus, nemocní někdy dělají opak toho, k čemu byli vyzváni. V tomto případě jde o jakýsi primitivní obranný mechanismus. **Postupně dochází k zesílení a oploštění emotivity a k apatii.**

Typickou příkladem projevů Alzheimerovy demence je případ Augusty D., pacientky s Alzheimerovou chorobou, podle něhož byla tato choroba nazvána. A. Alzheimer popsal tuto pacientku v rozhovoru, jehož úryvky pro ilustraci uvádíme:

20. listopadu 1907

Pacientka sedí na židli, ve tváři má výraz bezmoci. Jak se jmenujete? Augusta. Jsem Augustová? Augusta. Jak se jmenuje váš manžel? Augusta, myslím. Váš muž? Myslím, že neví. Vypadá jako by otázce vůbec nerozuměla. Jste vdaná? Za Augustu. Augustu? Ano, ano, Augustu D. Jak dlouho už jste tady? Vypadá jako by se snažila rozpomenout. Tři týdny... Když jsou jí ukázány určité známé předměty, nepamatuje si je.

21. listopadu 1907

Který rok máme rok? 1800. Jste nemocná? Druhý měsíc... Který teď máme měsíc? Únor. Jak se ten měsíc jmenuje? Poslední, pokud ne poslední. Jak? Neví... Jak se jmenuje ulice, kde bydlíte? To vám mohu říci, ale musím chvíli počkat. Nebo jsem se vás ptal? Hm, je to Frankfurt nad Mohanem. V které ulici bydlíte? Waldemarova, ne... Kdy jste se vdala? To teď nevím. Ta žena žije na Waldemarově. Která žena? Ta žena, kde žijeme.

Ukazuje mi knihu. Když se jí lékař vzápětí zeptá, co jí ukazoval, odpovídá, že knihu Waldemarovu. Má strach, mám takový strach. Ukazuje jí tři prsty – kolik prstů má? Tři. Pořád ještě máte strach? Ano. Kolik jsem vám ukazoval prstů? Hm, tři prsty nad Mohanem.

Prosím, napište „paní Augusta D.“, napíše jen paní a další slova je třeba jí pomoci, neboť je zapomnělá. Pacientka není schopna pokračovat v psaní a jen opakuje: Chrála jsem se.

Čte si řádek z jednoho řádku na druhý nebo čte tentýž řádek třikrát, nicméně nemůže říci, co čte. Zdá se ovšem, že tomu, co čte, nerozumí. Některá slova opakuje a střídá je. (podle Remedia populi, 1998, 2, 7–32)

U Alzheimerovy demence nemocného zhorší natolik, že není schopen sebeobsluhy, popř. vyžaduje pomoc při spánkovém rytmu a obtížně zvladatelné poruchy chování, je vhodné jej hospitalizovat. Za těchto okolností nemůže nemocného zajistit veškerou péči.

9.2.2 Ischemicko-vaskulární demence

Je druhou nejběžnější variantou demence (dříve se označovala jako *arteriosklerotická*). Její příčinou je patologie mozkových cév, kterou signalizují mozkové infarkty. Choroba začíná obvykle po šedesátém roce života. Začátek typicky vidla náhlý, první poruchy následují po cévní mozkové příhodě. Méně častá varianta má pozvolný průběh. V tomto případě je pro počátek charakteristický sekundární neurastenický syndrom (charakteristický zvýšenou úzkavostí, unavitelností, bolestmi hlavy, závratěmi, poruchou soustředění, úzkavostí a úzkostnou nebo depresivní náladou – Jiráček, 1994; 1998). **Etioopatogenetická choroba je multifaktoriální.**

Klinický projev onemocnění

- Již v počátku onemocnění jsou zřejmé změny v oblasti **paměťových funkcí**. Nemocný si není schopen zapamatovat nové informace, starší vzpomínky zůstávají relativně dlouho vybavitelné. Teprve v pozdějších stadiích choroby dochází k úbytku této schopnosti. Z toho důvodu nebyla dlouho narušena běžná rutina každodenního života. Nemocný je méně přizpůsobivý, ale za obvyklých podmínek se potíže příliš neprojevují. Je typické, že bývá zpočátku zachován náhled na vlastní demenci, nemocní si např. uvědomují, že se jim zhoršuje paměť, a mohou reagovat depresivními rozladami.
- Demence má **stupňovitý průběh**. Úbytek myšlení nebývá plynulý a nepostihuje všechny funkce rovnoměrně. Na počátku choroby jsou zřejmé značné výkyvy duševní výkonnosti. Typické je odmítnutí nové věci, nechuť ke změně stereotypu. Nemocní jsou snadno unavitelní a mají sníženou výkonnost. Občasné výbuchy neadekvátní chování v reakci na běžný, ale subjektivně nadměrný požadavek lze chápat jako obrannou reakci v situaci zátěže. Nemocný se postupně stává **bratrychickým**, jeho uvažování je zpomalené, rigidní a stereotypní. **Konfabulace** ani bludy nejsou pro tuto poruchu typické, vyskytují se jen vzácně.
- Typickým projevem je **emoční labilita**, zvýšená dráždivost, úzkostlivost, úzkostnému a depresivnímu ladění, k plačtivosti. Nemocní bývají **pevněvěří** a vztahovační. Obvyklé jsou i hypochondrické stesky.
- Mohou se objevit **poruchy korových funkcí**, jako je afázie, apraxie, agnositické poruchy apod.
- **Osobnost nemocných** se delší dobu příliš nemění. Nápadně je odlišeno rozdělení některých osobnostních rysů, jako je např. podezřivost, hádka, sentimentalita, žárlivost apod. K degradaci osobnosti dochází až v pozdějších stadiích onemocnění (Jiráček, 1994; 1998).

□ Vdova (76 let), před odchodem do důchodu úřednice, trpí vysokým krevním tlakem, prodělala dvě cévní mozkové příhody. Je emočně labilní, úzkostná a plačtivá. (2)

se opomíjená a méněcenná. Svoje sebevědomí posiluje častým a stále stejným vyprávěním na téma „co všechno jsem dřív zvládla“. Ráda by byla ještě užitečná. Je však velmi pomalá, není schopna si zorganizovat ani běžnou činnost v domácnosti, často má rozdělanou práci, nad níž sedí, a neví co dál. Není schopna připravit včas lístek s požadavky na nákup pro sociální pracovníci.

Nedovede běžným způsobem iniciovat kontakt, naučila se k tomu využívat somatických stesků. Občas svoje potíže zveličuje, aby dosáhla žádoucí pozornosti. Ztrácí původní zájmy, nebaví ji číst ani sledovat televizi, často vůbec nechápe obsah přiběhu a nedokáže se na něj ani soustředit. Zdá se jí, že „vysílají divné filmy, samé hlouposti“. Preferuje sociální kontakt se známými lidmi, ale svoje komunikační partnery – obyčejně sousedky stejné věkové kategorie – odpuzuje nadměrnou tendencí mluvit jen o svých potížích, stěžovat si a vyžadovat úsluhy. Ona je však přesvědčena, že na ně má nárok.

Premorbidně byla dobrou hospodyní, společenskou a ohleduplnou ženou. Změnu své osobnosti si neuvědomuje.

9.3 Sociální význam demence

Demence omezuje sociální uplatnění nemocného. Postižení nejsou schopni přijatelně zvládat ani běžné sociální role. Standardní nároky jsou pro ně příliš náročné, a protože je přestávají chápat, jeví se jim jako ohrožující. Ztrácejí orientaci v čase, prostoru, v lidech a nakonec i v sobě samém. Nepoznávají blízké lidi a nevědí, kdo jsou. **Zhoršování stavu nemocného je značnou zátěží i pro jeho rodinu.** Je velice těžké přijmout skutečnost tak velkého úpadku osobnosti blízkého člověka a nezměnit k němu postoj. Obtížnost a postupně i nemožnost domluvy s nemocným je nepřijemná a emočně vyčerpávající. Postižený člověk je sice stále fyzicky přítomen, ale psychicky se změnil, ztratil svou osobnost: „*Je to on, ale už to není on.*“

Takový rozpor vyvolává u okolí stres, který je tím větší, čím je postižený člověk mladší. Je třeba změnit očekávání a ztrátu akceptovat. Příbuzní těžko přijímají fakt, že dříve schopný člověk se začal chovat nepřijatelným způsobem. Nechápu, jak je to možné a někdy přičítají vinu nemocnému, jeho neochotě chovat se „normálně“. O postiženého je třeba se postarat, a není možné respektovat jeho nápady a přání, protože bývají často nesmyslné. Člověk trpící demencí se stává pasivním objektem péče, s nímž je třeba manipulovat, protože přestává být soudný a soběstačný.

Pokud zdraví příbuzní tuto změnu nezvládnou, mohou reagovat obrannými tendencemi, nejčastěji únikem ze situace, umístěním pacienta v nějakém léčebném zařízení a omezením svých návštěv u něj, případně racionalizací svého rozhodnutí: „*Je mu tam lépe, nemá cenu za ním chodit, protože nás stejně nepozná.*“ Umístění v ústavu je leckdy nutností, ale návštěvy známých lidí jsou žádoucí, působí na nemocného podpůrně.

III Vybrané duševní a behaviorální poruchy

- Tragickým příkladem zneužití člověka trpícího vaskulární demencí je příběh protektorátního prezidenta Emila Háchy, uznávaného právníka a kultivovaného intelektuála. Když byl v roce 1938 zvolen prezidentem, bylo mu 66 let. Jeho zdravotní stav v té době nebyl ještě tak špatný, aby mu chyběl náhled na situaci. Cítil se sice stár a unaven, ale prezidentskou funkci chápal jako službu národu. Svůj souhlas s okupací rovněž odůvodňoval jako nezbytnou rezignaci za okolností, kdy by došlo ke zbytečným ztrátám na životech a situace neměla pozitivní řešení. Hácha v tomto období prožíval hlubokou depresi a chtěl spáchat sebevraždu. Za těchto okolností volil strategii drobných zisků, protože věřil, že může tímto způsobem vykonat celou řadu prospěšných věcí. Na jeho prosbu byli např. před Vánocemi propuštěni studenti z koncentračního tábora Sachsenhausen. Jeho duševní kompetence nebyly podstatným způsobem narušeny ani v roce 1941. Po nástupu R. Heydricha jako říšského protektora došlo k zatýkání. Hácha uvažoval, že podá demisi, kterou zdůvodňoval svým pokročilým věkem a zdravotním stavem. V této době došlo k určitému zlomu: E. Hácha žádal o milost pro ministerského předsedu A. Eliáše a pro bývalého ministra Havelku. Heydrich jej výměnou za osvobození Havelky přinutil k totální poslušnosti a loajalitě. Stresové situace, o něž nebylo nouze, přispěly podstatným způsobem ke zhoršení jeho zdravotního stavu. Na jaře 1942 se začínají projevovat závažnější poruchy paměti. E. Hácha je v této době charakterizován jako „pesimista, který nemá vlastní vůli a k ničemu se neodhodlá. Je úplně neschopen si něco pamatovat. Nelze od něho očekávat už nic. Je to vrak, který strká náhoda, Němci a strach ze sebemenšího rozhodnutí. Lidé v takovém stavu jako on se prohlašují za nesvéprávné (Pasák, 1997, s. 181).“

Přestože už Hácha nebyl zcela kompetentní, některé situace dopadly lépe, než by se dalo předpokládat, paradoxně právě v rámci reakcí, typických pro jeho chorobu. Na počátku roku 1943 mohla být poslána česká vládní vojska na návrh E. Moravce a protektorátní vlády na frontu a Hácha byl vyslán, aby jel v této věci za K. H. Frankem. Prezident však neučinil Frankovi přímou nabídku, nýbrž se jej pouze dotázal, a tím celou záležitost politicky znehodnotil. (Neschopnost rozhodování patří k příznakům této choroby.) Z různých pramenů víme, že Hácha nebyl nikdy ani politik, ani diplomat. „Diplomatický“ dotaz „co dělat“ je naopak typickým projevem počínající vaskulární demence.

Na jaře roku 1943 byly projevy choroby čím dál nápadnější, v této době se stal dr. Hácha zjevně nezpůsobilý k výkonu úřadu prezidenta. Už ani nevěděl, co podepisuje. Když např. podepsal závěť, myslel si, že podepisuje abdikaci. Jeho rozhlasové projevy psali jiní (např. E. Moravec) a činili tak podle přání K. H. Franka. V listopadu 1943 nebyl Hácha schopen samostatné chůze, nevystupoval na veřejnosti ani v rozhlase. V době návštěvy K. H. Franka v květnu 1944 byl již inkontinentní, spavý a apatický. Jeho reakce popisuje např. svědectví K. Štrupa (Pasák, 1997, s. 240) – Hácha si stěžoval, že ztratil klíček od příruční pokladny. Za chvíli na to chtěl telefonovat s prof. Seemanem. Štrup tehdy odpověděl, že hned panu profesorovi zavolá, ale Hácha se rozzlobil: „Jápkak můžete telefonovat, když jsem ztratil klíček?“ Dále např. referovali Háchovi novinové zprávy o dalším ústupu na Ukrajině a Hácha se zeptal: „A kdo tam ustupuje?“ Oslavy svých narozenin v červenci 1944 již prakticky nevnímal. Zápis ze zprávy lékařů na podzim 1944 svědčí jednoznačně pro diagnózu vaskulární demence: občasné stavy zmatenosti, porucha paměti, ztráta zájmu, ča-

nové a místní de
projevů), apraxi
v zimě roku 1944
kvalit. Nemohl ch
vášeňské nemoc
Dení 27. červn
středě poloviny ro

3.4 Shrnutí

Demence je úbytk
patným příznakem
vinnu narušení ost
geneticky CNS. Nej
vaskulární demen
člověka představuj
natě (irreparabilní)

Kontrolní otázky

- Jaké definice
- Jaké jsou typické
- Jaké shrnout
- Jaké jsou hlavní
- Seřadit je se v
- Jaké si, jak se

...trpěl afází (nedovedl se podepsat, nechápal obsah ...), ... (nedovedl si obléknout kalhoty, boty si obouval obráceně apod.), ... 1944 prodělal další cévní mozkovou příhodu a přestal verbálně komuni- ... (neradil chodit a nikoho nepoznával. V květnu 1945 byl zatčen a umístěn do ... nemocnice. Nebyl schopen výslechu, nemluvil a na otázky nereagoval. ... 1945. Národní soud rozhodl, že Hácha nebyl již nejméně od ... roku 1943 za své činy trestně odpovědný.

14. Demence

... (pokročilým) kognitivních funkcí, především inteligence a paměti. Ty- ... demence je i porucha emotivity. Postupně dochází k celko- ... osobnosti. Je to postižení získané. Vzniká na základě organické ... Nejčastější je demence u Alzheimerovy choroby a ischemicko- ... (dříve nazývaná arteriosklerotická). Péče o postiženého ... pro ostatní členy rodiny značnou zátěž: je třeba se vyrovnat s ... změnou jeho osobnosti.

15. Úlohy

-
- 1. Popište hlavní znaky demence.
 - 2. Popište typické projevy chování lidí trpících Alzheimerovou chorobou?
 - 3. Popište nejdůležitější rozdíly mezi vaskulární demencí a Alzheimerovou demencí.
 - 4. Popište hlavní problémy v soužití s lidmi postiženými demencí?
 - 5. Popište, jak se ve svém okolí s nějakým takto postiženým člověkem? Vzpomeňte, jak se tento člověk projevoval.
-