

měrný věk 80 let, ve vzdálenější době možná i přes 100 let. Je třeba, abychom na tuto situaci byli dobře připraveni.

Souhrn

Zájem o gerontopsychiatrii v poslední době stále vzrůstá. Od roku 1950 vyšlo více prací, než za celou předchozí historii medicíny. Ve srovnání se středním věkem jsou ve stáří důležité především tyto změny: psychomotorické zpomalení, úbytek senzoričkových a intelektových schopností, emoční zchudnutí, zúžení zájmů, někdy pokles tvůrčí produkce. Staří lidé se osvědčují v oborech, kde je důležitá bohatá zkušenost: pedagogika, klinická medicína, výtvarné umění, politika, vojenství, filosofie. Z psychologického hlediska je pozitivním jevem větší odolnost vůči neurotizujícím momentům, větší životní moudrost a rozvaha, větší imunita vůči vášním a zaujetím. Nejčastějšími psychiatrickými poruchami jsou: senilní demence, arteriosklerotická demence, involuční deprese, involuční paranoidní psychóza a amentní stavy. Lepší se migréna,

některé neurózy (zejména nutkavé) a psychosomatické poruchy (faktory, které v mládí a ve středním věku vedou k těmto poruchám, vyvolávají ve stáří depresivní nebo paranoické reakce). Pro péči o staré churavější lidi je především nezbytné zřídit ošetrovací ústavy jako základně důležitý střední článek mezi domovem důchodců a nemocnicí. Důležité bude také vyvinout pečovatelskou službu v domácnostech.

Literatura

1. Ciompli, L.: Fortschr. Neurol. Psychiat., 34, 1966, 2: 49—159. — 2. Dobiáš, J.: Hlavní problémy současné gerontopsychiatrie. Přednáška na pracovní schůzi psychiatrické sekce Čs. lék. spol. JEvP, únor 1966. — 3. Dobiáš, J.: Zdrav. Pracov., 17, 1967, 9: 472—475. — 4. Vondráček, V.: Acta Univ. Carol. Med. (Praha), suppl. 7, 1959: 102—116. — 5. Vondráček, V.: Čs. Psychiat., 60, 1964, 1: 1—4. — 6. Vondráček, V., Diamant, J.: Prakt. Lék., 46, 1966, 16: 607—609. — 7. Vondráček, V., Srnec, J.: Acta Univ. Carol. Med. (Praha), suppl. 7, 1959: 24—36. J. D., Praha 2, Ke Karlovu 11

159.9: 612.67

Kabinet lékařské a klinické psychologie Institutu pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů, Praha, vedoucí dr. J. Diamant

PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY

STÁRNUTÍ

MUDr. PhDr. J. Diamant

1. Poznámky terminologické a metodologické

Gerontologie jako vědní obor je v současné době ve stadiu terminologického a metodologického sjednocování. Také gerontopsychologie musí vycházet z této skutečnosti a snažit se o co nejužitečnější definice základních pojmů.

a) „Stárnutí“ je proces změny, zahrnující všechny aspekty organismu. Jeho následky sahají od změn strukturálních a funkčních v jednotlivých složkách tkáňových v těle, až po změněný vztah organismu k jeho fyzikálnímu a sociálnímu prostředí“ (3). Stárnutí lze pojímat jako určité období v celkovém vývoji člověka, jež postihuje celý organismus a má své projevy fyziologické a klinické. Lze uvažovat o biologickém, psychologickém a sociálním aspektu stárnutí.

b) „Procesy stárnutí“ mají naproti tomu vztah jen k určitým funkcím, resp. strukturám, přičemž jednotlivé systémy stárnou různě rychle a v nestejných údobích. Birren (3) uvádí nervový systém, cévní systém a spojovací tkáň jako soustavy, ve kterých se s největší pravděpodobností objevují základní projevy stárnutí.

c) „Stáří“ je výsledný stav, vzniklý v důsledku stárnutí. Je to pojem relativní a jeho obsah se mění v souvislosti s řadou faktorů, jako jsou kulturně společenské podmínky aj.

Po stránce metodologické má gerontopsychologie řadu speciálních problémů. Vondráček a Srnec (19) v gerontopsychologii kladou důraz na hledisko diferenciální: Je nutné přihlížet k rozdílům intraindividuálním (různé psychické složky u téhož jedince nejsou postiženy stejnou měrou), interindividuálním (stárnutí u různých jedinců závisí na různých činitelech, jako jsou zdravotní stav, finanční zajištění, meziosobní vztahy, typ osobnosti aj.) a interekologickým (různý postoj ke starým lidem a ke stáří u různých národů).

Závažný je také problém, jak objektivně rozlišovat mezi následky vlastního stárnutí a mezi nahromaděnými následky dosavadních onemocnění, dále mezi normálními a patologickými změnami v průběhu stárnutí. Patologické projevy stárnutí jsou často uváděny v souvislosti se zvláštními organickými změnami v centrálním nervovém systému. Je třeba konstatovat, že obojí rozlišování je mnohdy velmi nesnadné.

Dalším metodologickým problémem je objektivní stanovení výchozího „premorbidního“ psychického stavu, zjištění mentální úrovně a zvláštností osobnosti u daného jedince v době dospělosti ještě před nástupem vlastního stárnutí.

V této souvislosti je důležité vytvořit mezinárodně uznávanou periodizaci lidského života, jež by se mohla stát podkladem k interindividuálnímu srovnávání. Zde narážíme na překážky, spojené především s problematičností apriorního vymezování věkových období, dále s faktem, že „neexistuje věková hranice, od níž by bylo možno pozorovat rychlejší zpětný vývoj schopností“ (12). Byla navrhována tato věková periodizace:

- a) Období dospělosti s maximální psychickou výkonností . . . do 44 let,
- b) Období presenia . . . do 59 let,
- c) Období přechodu k vlast. stáří do 74 let,
- d) Období stáří . . . od 75 let výše.

Tato periodizace, podobně jako každý pokus o třídní, bude muset být ověřena další klinickou zkušeností a experimentální prací.

Pro psychologické objektivní posuzování změn v důsledku stárnutí je třeba také vzít v úvahu „variabilitu“ a „reverzibilitu“ testových výsledků. Variabilita může být vyjádřena šíří rozpětí změn výkonnosti od předpokládaného průměru, příznačného pro určité věkové období. Reverzibilitu lze chápat jako možnost návratu zhoršené výkonnosti, popř. až k původní výchozí hodnotě. Srnec a Diamant (16) navrhli konceptuální model, ukazující součinnost jednotlivých složek v rámci testové situace, od momentů motivačních na straně subjektu přes složku metabolickou a procesy učení k morfologickým substrátům mozkovým. Při opakovaných psychologických vyšetřeních měly by se variabilita a reverzibilita psychických výkonů snižovat, zejména u poruch intelektu v důsledku organických změn v centrální nervové soustavě, jakož i u následků procesů stárnutí v mozku. Výsledky orientačních pokusů tuto hypotézu potvrdily u relativně jednoduchých výkonů (např. u doplňování symbolů), zatímco u výkonů složitějších (např. řešení početních příkladů) tato hypotéza nebyla potvrzena.

Při uvažování o nejvhodnějším metodologickém přístupu k objektivnímu zjišťování nastupujících a postupujících psychických změn v průběhu stárnutí zdá se tedy být nejvhodnější přístup longitudinální, spočívající v několika krátkých vyšetřeních, při kterých by se použily zastupitelné varianty testů v předem stanovených časových intervalech.

Třebaže proti aplikaci tohoto přístupu u starých osob lze mít námitky, lze od něho očekávat podstatně více objektivních dat než od jednorázového přístupu „transverzálního“.

Dosavadní práce ukazují, že při hodnocení psychických změn v důsledku stárnutí je nutno počítat s řadou dalších faktorů, jako jsou věk, pohlaví, vzdělání, povolání, fyzické zdraví, životní prostředí, sociální podmínky, meziosobní vztahy, společenský systém aj. Podle Klopfera (7) dochází mezi období dospělosti a dalšími obdobími ke změnám, jež mohou vést k modifikaci intelektových výkonů. Tyto změny se projevují zejména v těchto aspektech:

a) Motivace: starší osoba ztrácí zájmy a není například tolik zainteresována na výsledcích psychologických testů jako osoba mladá.

b) Vnímání: v průběhu stárnutí se snižuje zraková a sluchová výkonnost a mění se i jiné smyslové modality.

c) Vzdělání: v několika posledních generacích došlo k vzestupu počtu let vzdělání ve srovnání s generacemi dřívějšími.

d) Postoje a kulturní potřeby: postoje k intelektuálním výkonům a kulturní potřeby se mění od generace ke generaci.

e) Další faktory, jako jsou zácvek v testu, rychlost, pozornost aj.

Cílem metodologického snažení v oblasti diagnostiky psychických projevů stárnutí je dosáhnout možnosti predikace, tj. jednak prognózy délky dalšího života, jednak předpovědi dalšího průběhu stárnutí.

V tomto směru jsou průkopnické práce Kralovy a Inglišovy. Kral (8, 9, 10, 21) uvádí v souvislost různé typy

poruch paměti s výsledky dlouhodobého pozorování velké skupiny starých osob. Zjistil, že „maligní“ typ stařecké zapomnětlivosti (neschopnost vybavit i závažné události z nedávné doby, s následnou dezorientací, zprvu v čase a místě, později i ve vztahu k vlastní osobě, přičemž mizí časově odlehle vzpomínky — srovnej s amnestickým syndromem) se častěji objevuje u pacientů trpících organickou poruchou centrální nervové soustavy, v jejichž skupině je větší počet úmrtí a významně kratší doba dožití než u skupiny pacientů stejně starých s „benigním typem“ stařecké zapomnětlivosti (neschopnost vybavit si relativně nedůležitá fakta nebo části zážitků, jako jsou jméno, místo nebo datum, zatímco lze vybavit zážitek, jehož část z paměti vypadla; tyto údaje lze popř. vybavit později, vztahují se spíše k časově odlehle minulosti; není dezorientace, ani konfabulace).

Sanderson s Inglisem (15) provedli podobné pokusy s použitím psychologických testů.

2. Úvahy o mechanismech psychických změn v průběhu stárnutí a o jejich etiologických faktorech

Mechanismus psychického stárnutí je předmětem mnoha teorií, z nichž každá se opírá o jiné výchozí pojmy.

Psychoanalytické teorie vycházejí z principu „regrese“, zpětného vývoje. Podle Hamiltona (7) ve stáří psychosexuální vývoj se prostě obrací a přechází od pohlavní zralosti v primitivní receptivní orální stadium. Leeds (11) uvádí Lindenovu a Courtneyovu koncepci životního cyklu, vytvářeného na představě o postupných změnách, realizovaných řadou zpětných kroků až k psychické infantilitě. Tyto změny probíhají v šesti stadiích, jež jsou obráceným sledem stadií v psychickém vývoji dítěte. Adler (7) uvažuje o „neschopnosti obecného rázu“ ve stáří. Lewin (7) zdůrazňuje pojem „rigidita“ ve stáří. Kounin (7) experimentálně prokázal, že starší člověk má větší nesnáze při střídání zaměření (shifting) a že má tendenci spoléhat — při současném i budoucím rozhodování — na dřívější způsoby jednání a držet se jich. Birren (3) podává deterministický výklad stárnutí, které považuje za následek vnitřních nebo vnějších vlivů. Davis (7) se domnívá, že sociální stárnutí může být funkcí „autostereotypu“ (self-concept). Osoba tedy může být považována za sociálně starou, jestliže se takto sama vnímá, nebo je-li takto vnímána současníky. Comfort (7) uvažuje o „zhroucení programů“ podstatných pro psychický vývoj člověka jako o podnětu, navozujícím znovupřizpůsobování ve stáří. Frank (7) pokládá stárnutí za proces snižování schopnosti homeostázy a zmenšování motivace. Havighurst (7) definuje přizpůsobování ve stáří v termínech množství meziosobních vztahů a jejich postupného zúžování, stupně jejich přiměřenosti, zachování rodinných svazků, jakož i podle schopnosti s patřičnou rychlostí se zotavit ze stressu a nemoci.

Stárnutí pokládáme — ve shodě s Frankem — za proces postupného snižování adaptability jedince, která až dosud umožňovala dospělému člověku udržovat optimální rovnováhu i v nejsložitějších životních situacích, a tím i co nejdokonalejší sebe-realizaci podle jeho hodnot a dominujících potřeb, tedy to, co lze ve shodě s Comfortem označovat jako „program“. Lze uvažovat o *změnách homeostázy*, pokud jde o schopnosti jedince regulovat změny vnitřního prostředí, vyvolané buď podněty z vnitřních orgánů, anebo podněty z vnějšího prostředí, a o *změnách adaptability*, schopnosti aktivního přizpůsobování celého organismu ke složitějším změnám vnějšího, především společenského prostředí, jež se projevuje zejména na úrovni chování. V průběhu stárnutí dochází k postupné disociaci faktorů, jež až dosud zajišťovaly optimální přizpůsobování

jedince. Disociace u různých osob probíhá různě (18). Postupně se zvyšující pomalost psychických procesů a nastupující rigidita mohou vést zpočátku k reverzibilnímu a postupem doby stále více k ireverzibilnímu snižování psychické výkonnosti, k maladaptivnímu chování, jež má svou subjektivní odezvu v poruchách emočního prožívání.

Z etiologických faktorů patologického stárnutí bývají uváděny především zhoršování funkce mozgové tkáně, dále psychogenní poruchy, psychofyziologické reakce a psychoneurotické poruchy. Z hlediska symptomatologického lze uvažovat o dvou širokých diagnostických kategoriích, a to o poruchách organických (infekce, intoxikace, cirkulační poruchy, ART cerebri, involuční změny mozkové aj.) a funkčních (involuční psychózy, emoční reakce ve stáří a reakce psychoneurotické).

3. Některé psychické poruchy stárnutí

Birren (3) uvádí čtyři základní oblasti psychologie stárnutí: a) nálady a postoje, b) psychické schopnosti, c) meziosobní vztahy, d) deviace v chování a jiné psychopatologické projevy.

Obecně je psychické stárnutí charakterizováno podle Vondráčka a Srnce (19) jednak minus příznaky, tj. úbytkem mentálních schopností, který začíná zpravidla v preseniu, jednak plus příznaky, které vznikají odpadáním brzdivých vlivů, což vede k hyperfunkci v některé oblasti projevů. Tyto příznaky společně s minus příznaky jsou především v seniu.

Aaronson (1) zjistil pomocí minnesotského dotazníku (MMPI), že důležitou dimenzí změn osobnosti v průběhu stárnutí je přechod od zabývání se kontrolou vlastních impulsů k zájmu o vlastní tělesné a duševní zdraví. Gundlach (14) nezjistil závislost emoční stability na věku. Rorschach (14) považuje za známky stáří: a) zmenšení schopnosti využít vnitřních možností a reagovat emočně přiměřeně; b) zhoršení intelektových a smyslových funkcí; c) zúžení obsahů myšlení a zájmů. Klopfer (14) rozvádí poznatky, získané Rorschachovou metodou: starší lidé jsou pomalejší a mají malou intelektuální produktivitu, jsou omezeni v plasticitě myšlení a myslí často stereotypně, jejich intelektová produkce je často vzdálená realitě, mají omezenou schopnost čerpat z nových zdrojů a nesnáze při navazování adekvátních sociálních vztahů. Davidson (7) jako znaky psychického stárnutí osobnosti uvádí malou produktivitu, chybné pojmání situací a bizarní myšlenkové pochody, zúžení oblasti zájmů, nedostatečné samostatné tvůrčí myšlení, neschopnost kontrolovat impulsy, zmenšenou schopnost navázat emoční kontakt, nepřiměřené sebehodnocení, častou nejistotu, málo adekvátní přizpůsobování, zejména u mužů. Bühlerová (14) hodnotí různé průběhy stárnutí z hlediska objektivních dat o chování, subjektivních zážitků a pracovní výkonnosti.

Poměrně nejpropracovanější a nejprobádanější je oblast změn intelektových schopností v průběhu stárnutí. Botwinick a Birren (2) zkoumali kognitivní procesy a zjistili, že u starých osob se všeobecné informace a slovníkové schopnosti relativně zvýšily, nebo zůstaly na stejné úrovni, zatímco největší pokles byl pozorován ve funkcích, které vyžadují rychlost. Při aplikaci Wechslerovy sestavy zkoušek pro dospělé (WAIS) se zjistilo, že verbální schopnosti u starých osob jsou vysoké, jejich psychomotorické schopnosti jsou však podstatně nižší, což potvrzuje závěry výše uvedených autorů. Tento fakt

se zdá být nezávislý na pohlaví, rase, inteligenčním kvocientu, socioekonomickém postavení a na duševním zdraví. Dosavadní výsledky většinou nasvědčují tomu, že počet let vzdělání určuje více psychickou výkonnost, než věk chronologický v rozmezí 25 a 64 let.

Welford (20) uvádí jako významné experimentálně získané výsledky zmenšenou schopnost starých lidí měnit pořadí podnětů v navyklých sledech (např. opakování měsíců v roce pozpátku), zmenšenou způsobilost abstrakce a neschopnost podržet v paměti větší množství dat v určitém okamžiku. Daller (13) stanovuje pořadí „psychického odbourávání“ v průběhu stárnutí: a) paměť, b) pohybová obratnost, c) abstraktní myšlení, d) praktické myšlení. Gilbertová (13) zjistila u starých jedinců největší změny při učení se novým asociacím. Starší lidé si podržují poměrně nejlépe schopnost zapamatovat si psané věci, mají však velké nesnáze při přeučování.

Snížení psychomotility ve stáří lze uvést v souvislost s jinými fyziologickými činiteli; např. Simonson (2) zjistil, že rychlost pohybů prstů má vztah ke kardiovaskulárním poruchám. Dlouho je známa souvislost mezi rychlostí tepu a reakční dobou. Lacey (2) zjistil souvislost mezi rychlostí reakce a variabilitou rychlosti tepu. Birren a Spieth (2) zjistili, že existuje užší souvislost mezi chronologickým věkem a psychomotorickou reakcí, než mezi věkem a krevním tlakem.

Dosavadní práce ukazují, že stárnutí vede k určitému zjednodušení duševní struktury, což může být způsobeno deficitem v jedné nebo více kognitivních funkcích. Zdá se, že chronologický věk je důležitějším faktorem v souvislosti se zkouškami rychlostními, zatímco u zkoušek verbálních je důležitějším činitelem zdraví subjektu (3).

Bylo již několik pokusů o sestavení vhodné testové baterie, jež by umožnila včas rozpoznat počáteční projevy stárnutí [Dixon (5) aj.]. Baterie testových zkoušek měla by zachycovat změny paměti, zejména schopnosti učení, dále změny pozornosti, rychlosti, změny v kognitivních funkcích, jakož i změny nekognitivní, jako jsou změny motivace aj.

Uvedli jsme zde jen ukázky psychologických experimentálních prací v jednotlivých oblastech, jež bývají nejvíce postiženy procesem stárnutí. Dosavadní práce přinášejí většinou izolovaná fakta, která bude nutno v budoucnosti skloubit v jednotný teoretický systém gerontopsychologie.

4. Úkoly současné gerontopsychologie

a) Vypracovat objektivní metodiku, která by umožnila postihnout časné změny psychické, vyvolané stárnutím. Dosavadní zkušenosti ukazují, že psychické změny patří k nejcitlivějším indikátorům počátků stárnutí.

b) Na podkladě těchto výzkumných, a později také diagnostických a depistážních dat, přikročit k psychoterapeutickému usměrňování stárnoucích jedinců, zejména v souvislosti s jejich pracovním zařazením, práce schopností a společenskou adaptací.

c) Pokusit se o validní predikci dalšího průběhu stárnutí, popř. i délky života, na podkladě objektivně zjištěných psychických změn.

Realizace těchto snah by se stala účinnou pomocí při odborné prevenci předčasného stárnutí. U stárnoucích jedinců by pomohla dosáhnout toho, aby

stáří pro ně již nebylo obávaným zlem, nýbrž aby se — v jistém smyslu — stalo vyvrcholením jejich dosavadního života, provázeným převážně pocitem uspokojení z činnosti a oprostěným od tíživého strachu ze smrti.

Souhrn

Autor probírá některé terminologické a metodologické otázky gerontopsychologie. Uvádí úvahy o mechanismech psychických změn v průběhu stárnutí a o jejich etiologických faktorech. Popisuje výsledky některých experimentálně psychologických prací, které zatím přinášejí víceméně izolované poznatky, dosud neskloubené v jednotný systém. V závěru článku jsou vymezeny hlavní úkoly gerontopsychologie v současném stadiu rozvoje.

Literatura

1. Aaronson, B. S.: J. clin. Psychol., 16, 1960, 1: 63—65.
- 2. Birren, J. E.: Geriatrics, 1963.
- 3. Birren, J. E. et al.: Human aging. A biological and behavioral study. US Department of Health, Education and Welfare.
- 4. Diamant, J.: Psychologická problematika stárnutí.

- Přednáška na schůzi psychiatrické sekce Čs. lék. spol. JEvP, únor 1966. — 5. Dixon, J. C.: J. Gerontol., 20, 1965, 1: 41—49. — 6. Inglis, J.: Psychol. Bull., 54, 1958, 4: 197—214. — 7. Klopfer, W. G.: v Handbook of clinical psychology. New York, Mc Graw Hill Book Comp. 1965. — 8. Kral, V. A.: Psychiat. Res. Rep. Amer. psychiat. Ass., 1959: 30—40. — 9. Kral, V. A.: Canad. med. Ass. J., 86, 1962: 257—260. — 10. Kral, V. A., Müller, H.: Canad. Psychiat. Ass. J., 11, 1966, 4: 343—349. — 11. Leeds, Morton, J.: Amer. Geriat. Soc., 8, 1960, 2: 122—131. — 12. Pacaud, S.: v Précis de gerontologie. Red. L. Binet, F. Bourliere. Paris, Masson 1955. — 13. Riegel, K. F.: Vita hum. (Basel), 1, 1958, 3—4: 204—243. — 14. Riegel, K. F.: Vita hum. (Basel), 2, 1959, 3—4: 213—237. — 15. Sanderson, R. E., Inglis, J.: J. Geront., 16, 1961, 4: 375—376. — 16. Srnec, J., Diamant, J.: Čs. Psychol., 7, 1963, 4: 357—362. — 17. Vondráček, V.: Čs. Psychiat., 60, 1964, 1: 1—4. — 18. Vondráček, V., Diamant, J.: Prakt. Lék., 46, 1966, 16: 607—609. — 19. Vondráček, V., Srnec, J.: Acta Univ. Carol. Med. (Praha), Suppl. 7, 1959: 24—38. — 20. Welford, A. T.: J. Geront., 13, 1958, 2: 51—67. — 21. Wigdor, B. T., Kral, V. A.: Senescent memory function as an indicator of the general preservation of the aging human organism. Proc. Third World Congress of Psychiatry, Univ. of Toronto Press 1961.

J. D., Praha 2, Ke Karlovu 11

616.895.4-053.9

Psychiatrická klinika fakulty všeobecného lékařství KU, Praha,
přednosta prof. dr. V. Vondráček, DrSc.

VÝSKYT DEPRESÍVNÍCH STAVŮ VE STÁŘÍ

MUDr. M. Plzák, CSc.

Smutek je normální emoční reakce na úkornou událost, tedy událost ohrožující nebo zbavující člověka nějakých hodnot, na nichž je závislý. Depresivní nálada je patologickou formou smutku. Smutek pomíjí, nezbavuje člověka schopnosti pracovat, znovu se adaptovat a znovu hledat ony ztracené nebo ohrožené hodnoty. Naproti tomu deprese podlamuje činnost, narušuje proces společenské a osobnostní adaptace a zbavuje člověka schopnosti prožívat jakoukoliv formu radosti (anhedonie). V běžné klinické praxi považujeme za depresi takový druh smutku, který je nadměrně intenzivní a trvá nepřiměřeně dlouho.

Zatím není třeba rušit původní kraepelinovskou nosografii; proto lze rozlišit 3 základní okruhy deprese jako nosologické jednotky:

1. Psychogenní (reaktivní) deprese. Deprese vzniká jako reakce na traumatizující psychický zážitek.
2. Symptomatická deprese. Deprese je prokazatelně příznakem nějakého zjištěného organického onemocnění.
3. Endogenní deprese. Deprese vzniká bez vysvětlitelné příčiny.

1. Psychogenní deprese ve stáří

Relativně i absolutně se vyskytují nečekaně vzácně.

● ně. Z oblasti pracovní převažují pracovníci zaměření nějakým tvůrčím způsobem. „Netvůrčí“ pracovník uniká ve stáří ochotně z pracovního konfliktu do starobního důchodu. Z tvůrčích pracovníků trpí z pochopitelných důvodů umělci daleko méně než vědci. Rozdíl původního výdělku a důchodu je u nich jednak menší, jednak zásadní uměleckou krizi si prožijí již dříve v involuci.

● Poměrně značně tvrdé podmínky některých důchodců (nízké penze, špatný byt, izolace) nevyvolávají psychogenní deprese. Ani samota nepůsobí tak tragicky, jak se mnozí domnívají. Poděsí člověka spíše v involuci, ale podstatně méně ve stáří. Předpokládám, že je zcela jasné, že z těchto tvrzení nevyplývá souhlas s jakkoliv tvrdou sociální politikou vůči starým lidem. Něco jiného je totiž reaktivní deprese jako nemoc a něco jiného je přiměřený lidský smutek, vznikající z pocitu křivdy.

● V oblasti erotické převažují deprese vyvolané strachem o život a osud manželského druhu. Převažují motivace na téma „co s ní (s ním) bude, kdybych já zemřel...“. Čistý manželský konflikt je vzácný. Sama smrt partnera nevyvolá zdaleka tak hlubokou depresivní reakci, jakou vídáme v jinějším věku nebo v involučním věku.

● V otázce léčby je vhodné si uvědomit, že zatímco antidepressiva (Melipramin, Amitriptylin) podáváme v nižších, event. středních dávkách, podáváme anxiolytika (Meproamat, Chlorprotixen, Librium) zásadně v dávkách vyšších.

2. Symptomatické deprese ve stáří

● Depresivní syndrom různé intenzity vyvolávají nejrozmanitější choroby oběhového systému, trávicího traktu a endokrinního aparátu. Avšak v poměru k výskytu arteriosklerózy mozkových cév jsou v pozadí. Osou tzv. „psychiatrické arteriosklerózy“ je sled vývoje: pseudoneurastenický syndrom — anxiózně depresivní syndrom — demence.