

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

Markéta Janů

AGRESE U OSOB S DEMENCÍ V SENIORSKÉM VĚKU

Bakalářská práce

Olomouc 2022

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Jan Chrastina, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Agrese u osob s demencí v seniorském věku“ vypracovala samostatně, a to pouze na základě pramenů uvedených v seznamu použité literatury a online zdrojů.

V Olomouci, dne

.....

podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. et Mgr. Janu Chrastinovi, Ph.D za odborné vedení této bakalářské práce, za jeho otevřený a trpělivý přístup, cenné rady a připomínky.

Obsah

Úvod	4
1 Teoretické vymezení pojmů	6
1.1 Syndrom demence	6
1.1.1 Definice v klasifikacích.....	6
1.1.2 Pojetí demence v literatuře	9
1.2 Vymezení pojmu agrese	10
1.2.1 Pojmy příbuzné agresi	12
1.3 Behaviorální a psychologické symptomy demence.....	13
1.3.1 Agitace	15
2 Empirické studie o agresi u seniorů s demencí	17
3 Závěr.....	30
Zdroje	32
Odborná literatura	32
Online zdroje	34

Úvod

Předmětem této bakalářské práce je *problematika projevů agresivity osob seniorského věku s diagnózou demence*. Jedná se o cílovou skupinu z oboru gerontologie a psychopedie, se kterou jsem se měla šanci blíže seznámit v průběhu své pracovní povinnosti při první vlně pandemie covidu-19, a to v zařízení dlouhodobé péče pro seniory s diagnózou demence u Alzheimerovy nemoci. Během času stráveného s těmito lidmi jsem se setkala s klienty služby v různém stadiu demence, kteří se lišili jak přístupy ke své nemoci, tak projevovaným doprovodným chováním. Zejména zkušenost s několika z nich, jejichž doprovodné projevy se pohybovaly v méně společensky akceptovatelné sféře a zahrnovaly mj. nadávání personálu, neslušné poznámky nebo vzájemné hádky, mě donutila klást si mnohé otázky. Jak častý je výskyt agrese u osob diagnostikovaných se syndromem demence? S jakými formami chování kromě těch, se kterými jsem se již setkala, se musejí pečující osoby potýkat při práci s touto cílovou skupinou? Co ovlivňuje vznik a míru projevů agrese? Dá se závažnost těchto projevů nějak měřit? A co přesně je míněno pojmem agrese jak obecně, tak v kontextu práce s osobami s demencí?

Při rešeršní činnosti v rámci přípravy na zpracování bakalářské práce jsem došla ke zjištění, že ačkoli odborné literatury napsané na téma agrese existuje mnoho, ve většině je k agresi přistupováno z úhlu pohledu neslučitelného se speciálněpedagogickým záměrem této práce. O specifické problematice agrese u seniorů s demencí je obtížné najít větší množství zdrojů, a to hlavně v českém prostředí. Kromě toho je ve většině z nich téma popsáno jen částečně. Z toho důvodu jsem si pro svou bakalářskou práci stanovila dva základní cíle:

- 1) *Za použití dostupné literatury vymezit pojem agrese, nejdříve v obecném kontextu a následně v rámci podoby, jakou agrese nabývá u cílové skupiny seniorů s demencí.*
- 2) *Předložit výsledky již provedených studií o:*
 - *podobě a četnosti projevů agrese u seniorů s demencí,*
 - *metodách používaných při výzkumu těchto projevů,*
 - *vlivech majících na tyto projevy dopad,*
 - *možnostech předcházení agresi i práce s ní, pokud nastane.*

Pro zpracování této práce jsem zvolila metodu *analýzy dokumentů* zabývajících se tématem agresivity u osob seniorského věku s některým z typů demence. V první části budu vycházet z dostupné české i zahraniční literatury napsané na toto téma a informace doplním o teoretická data z odborných studií. Vymezím v ní základní pojmy z oblasti demence včetně definice syndromu demence, jeho klasifikace a pojetí v odborné literatuře. Dále se budu zabývat

definicí agrese a pojmy, které se s agresí pojí. V posledním tematickém celku první části popíšu, jakou podobu může agrese nabývat ve zvolené cílové skupině. Druhá část práce se bude věnovat empirickým výzkumům pojednávajícím mj. o projevech agrese seniorů s demencí, faktorech majících na tyto projevy vliv a metodách využívaných při výzkumech této problematiky.

1 Teoretické vymezení pojmů

1.1 Syndrom demence

Obecným pojmem „demence“ nebo „syndrom demence“ se označuje soubor určitých příznaků *získaného onemocnění mozkové kůry*, které postihuje zejména *kognitivní funkce člověka*. Kromě nich ale může zasáhnout i funkce pojící se s motivací, sociálním chováním nebo kontrolou nad emocemi (Hauke a kol., 2017). V této kapitole nabídnu základní vhléd jak do bližší charakterizace, tak do způsobu dělení demence. Uvedu dělení demence klasifikacemi MKN 10, DSM 5 a ICD 11 na jednotlivé typy. Pomocí zmíněných klasifikací a dalších zdrojů se pokusím vytyčit vztah mezi pojmy figurujícími jako synonyma syndromu demence a pojmy pro stadium, které demenci může předcházet. Současně uvedu jejich zahraniční synonyma. Poté za použití odborné literatury nastíním četnost výskytu jednotlivých typů demence a odlišnosti mezi nimi a na závěr kapitoly vysvětlím, jak budu v práci s pojmem demence zacházet.

1.1.1 Definice v klasifikacích

Mezinárodní klasifikace nemocí (desátá revize, 2021) dělí demence na:

- *demence u Alzheimerovy nemoci (F00)*,
- *vaskulární demence (F01)¹*,
- *demence u jiných nemocí (F02; sem jsou zařazeny demence u Pickovy choroby, demence u Creutzfeldtovy–Jakobovy, Huntingtonovy nebo Parkinsonovy nemoci, demence u onemocnění virem HIV a demence u jiných určených nemocí, jako je například epilepsie, nemoc s Lewyho tělísky nebo roztroušená skleróza)*,
- *neurčená demence (F03)*.

Zmíněné kategorie jsou ještě děleny do podkategorií např. informujících o období nástupu nemoci (u demence u Alzheimerovy nemoci), nebo jinak blíže specifikujících diagnózu.

Pátá revize *Diagnostického a statistického manuálu*, uvádí pro zastřešující pojem demence označení *závažná neurokognitivní porucha*, zkráceně *závažná NKP*. V českém prostředí figuruje jako synonymum demence (Raboch, Hrdlička, Mohr et al., 2015) a v původním znění je uváděné jako „major neurocognitive disorder“, zkráceně „major NDC“. Závažná NKP tvoří

¹ Mezi vaskulární demence patří i multiinfarktová demence, která bude blíže popsána později.

spolu s deliriem, které nemá pro práci velký význam, a mírnou NKP, kterou vysvětlím později, trojici diagnóz se souhrnným názvem „neurokognitivní poruchy“ (The American Psychiatric Association, 2013).

Podobně jako v již popsané klasifikaci MKN-10, i v DSM-5 se závažná neurokognitivní porucha dělí podle onemocnění, s nímž je spojena. V DSM-5 jsou jako možné příčiny uvedeny Alzheimerova nemoc, frontotemporální lobární degenerace, nemoc s Lewyho tělísky, vaskulární postižení mozku, HIV infekce, prionové choroby, Parkinsonova nemoc, Huntingtonova nemoc nebo jiná somatická onemocnění. Jako další skupiny jsou uvedeny NKP způsobené užíváním látek nebo léků a NKP způsobené traumatickým poškozením mozku (Raboch, Hrdlička, Mohr et al., 2015).

Kromě tohoto základního dělení DSM-5 také rozlišuje mezi neurokognitivními poruchami *bez behaviorálních symptomů* a neurokognitivními poruchami *s behaviorálními symptomy*, čímž umožňuje diagnózu upřesnit. K ještě větší specifikaci poté slouží určení, zda se jedná o mírnou, středně těžkou nebo těžkou formu dotyčné neurokognitivní poruchy. Pro představu se dá říct, že mírná forma způsobuje člověku „jen“ obtíže při každodenních aktivitách,² jako jsou práce v domácnosti, středně těžká zasahuje do základních činností (oblékání, stravování atd.) a těžká forma znamená plnou závislost na pečující osobě (Raboch, Hrdlička, Mohr et al., 2015).

Totožné dělení jako u závažné NKP, s výjimkou rozlišení, zda jde o mírnou, středně těžkou nebo těžkou formu, nalezneme v DSM-5 (Raboch, Hrdlička, Mohr et al., 2015) i u další z diagnóz patřících pod neurokognitivní poruchy, a to u *mírné neurokognitivní poruchy* (mírné NKP). V původním znění je uváděna jako „minor neurocognitive disorder“, zkráceně „minor NDC“ (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 2013). V zahraniční literatuře je možné se kromě tohoto označení setkat i s názvem „minor cognitive impairment“. Ten se užívá v podobě zkratky MCI a přes odlišné stáří a okolnosti vedoucí k jeho vzniku se v současnosti považuje za synonymní k minor NDC (Stokin, 2015).

Zatímco závažná neurokognitivní porucha odpovídá onemocnění popisovanému v DSM-5 a v MKN-10 jako demence, mírná neurokognitivní porucha označuje spíše lehký pokles kognitivních funkcí, který výrazným způsobem nenarušuje soběstačnost člověka v běžném životě. Činnosti jako vaření, placení účtů nebo správné užívání léků nejsou zasaženy, ale v porovnání s původní úrovní výkonnosti vyžadují větší úsilí, úpravy nebo vyvinutí

² Jedná se o starší překlad termínu „activities of daily life“, čili aktivity denního života.

kompenzačních strategií pro jejich úspěšné zvládnutí. Z důvodu menšího dopadu na běžný život je často těžké příznaky mírné NKP zachytit, a to jak pro člověka samotného, tak pro jeho rodinu nebo přátele. Kromě toho se mírná úroveň neurokognitivní poruchy může lehce zaměnit s dopady motorického nebo smyslového oslabení, stejně jako se ztratit mezi příznaky duševní choroby pacienta či vlivy somatického onemocnění (Raboch, Hrdlička, Mohr et al., 2015).

Podle České alzheimerovské společnosti (dále ČAS), která mírnou NKP uvádí pouze jako „mírnou kognitivní poruchu“ (neuvádí tedy v názvu předponu „neuro-“), trpí tímto onemocněním asi pětina populace nad 65 let věku a méně, než 2 % osob ve věku 65–69 let. Pro velkou část této skupiny se symptomy nebudou zhoršovat a zůstanou až do konce života pouze v mírném pásmu neurokognitivního narušení. V některých případech může mít ale podle ČAS diagnóza mírné kognitivní poruchy progresivní charakter a časem vyústit v kognitivní oslabení na úrovni demence. Z toho důvodu je důležité její včasné zjištění a následné pravidelné monitorování potenciálních změn (Česká alzheimerovská společnost, 2015).

V MKN-10 (World Health Organisation, 2021) je v současné době mírná NKP vedena pod názvem „lehká porucha poznávání“. Spadá, spolu s dalšími deseti diagnózami, pod kód *F06: Jiné duševní poruchy způsobené poškozením mozku, jeho dysfunkcí a somatickou nemocí*, přičemž syndrom demence je v této klasifikaci rozepsán v sekci F00–F03. I přes to, že obě tyto skupiny spadají pod jeden oddíl (Organické duševní poruchy včetně symptomatických), není mezi nimi v této klasifikaci na první pohled vidět souvislost tak jasně, jak je výše popsána v DSM-5.

Změnu přináší nová revize MKN, ve které jsou mírná NKP i demence zařazeny pod oddíl „Neurokognitivní poruchy“. Dále nová klasifikace již na stejné úrovni jako ostatní typy demence uvádí i oddíl týkající se behaviorálních symptomů demence. Tento oddíl se člení do *specifických behaviorálních symptomů* (apatie, úzkost, agitace a další) a jeho kód se přidává za lomítko po typu demence, se kterým jsou behaviorální symptomy spojeny. U každého typu demence je poté kromě behaviorálních symptomů možné i kódem vyjádřit tři různá stadia její závažnosti (World Health Organisation, 2022).

Jedenáctá revize MKN byla schválena v roce 2019 a do mezinárodní platnosti vstoupila v lednu 2022. Jejím překladem do češtiny a přípravou českého zdravotnického systému na její implementaci se ve spolupráci se Světovou zdravotnickou organizací již od léta 2020 zabývá tým odborníků napříč institucemi a resorty. K dokončení tohoto procesu by mělo dojít na konci roku 2022 (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2021).

1.1.2 Pojetí demence v literatuře

Podle Buijssena (2006) jsou dvěma nejčastějšími typy demence *demence u Alzheimerovy nemoci* (dále demence u AN) a *multiinfarktová demence* (MID). Oba tyto typy sdílejí některé rysy, i když je mezi nimi také možné najít řadu rozdílů. AN se vyznačuje pomalým vývojem a pomalým zhoršováním stavu. Naopak, u MID je nástup daleko rychlejší, a po lehkém infarktu přichází období zmatenosti. Tento stav pokračuje obdobím zlepšení, kdy dochází ke stabilizaci pacientova stavu, které předchází opět období zmatenosti. Další odlišnost mezi AN a MID můžeme spatřovat ve vnímání pacientů. V průběhu MID dochází k poškození množství malých částí mozku, zatímco okolní oblasti jsou stále funkční. Z toho důvodu si pacienti uvědomují postup své nemoci daleko déle než u AN. Tomu dopomáhá také fakt, že pacienti s MID se dokážou matně rozvzpomenout na situaci, o které se mluví, a tak si déle uchovají vědomí o probíhajících destruktivních procesech nemoci, zatímco člověk trpící AN, která postihuje hlavně jeho krátkodobou paměť, na chyby způsobené svou nemocí reaguje překvapeně, protože si je neuvědomuje.

Odlišné rozdělení uvádí Hauke (2017). Na rozdíl od Buijssena (2006) používá dělení demence na skupinu atroficko-degenerativních demencí (z nichž 60 % představuje AN a zbylých 40 % demence u Parkinsonovy nemoci, frontotemporální lobární degenerace, demence s Lewyho tělísky a další) a skupinu sekundárních demencí³, které charakterizují syndromy demence vznikající až v závislosti na již existujícím onemocnění. Mezi nejčastější taková onemocnění patří nemoci kardiovaskulární (cévní), dávající za vznik vaskulární demenci a takzvané „smíšené demenci“, která je oproti prvnímu typu v menšině. Kromě onemocnění cév může být syndrom demence zapříčiněn i metabolickými poruchami, infekcemi, nebo vzniknout jako následek úrazu či otravy.

Pro potřeby práce bude nadále s pojmem demence nakládáno jako se zastřešujícím označením pro všechny výše zmíněná onemocnění, ať už se jedná o demenci způsobenou Alzheimerovou nemocí, Parkinsonovou nemocí nebo jiným onemocněním. Důvodem je užívání demence jako souhrnného pojmu v mnoha studiích, které zpracovávám druhá částí práce. Pokud tedy nebude uvedeno jinak, pojem demence bude použit obecně pro *všechny nebo jakoukoliv z těchto nemocí* až na případy, kdy se výsledky studií budou týkat pouze jednoho typu demence a nebude možné je vztáhnout na demence obecně. Výjimku bude tvořit i pojem mírná NKP a jeho synonyma –

³ Podobnosti s tímto dělením je možné najít i v MKN-10.

tyto nebudou považovány za demenci, ale pouze za mírné postižení kognitivních funkcí, a v případě výskytu v textu budou vymezeny jako diagnóza odlišná od diagnóz spojených se syndromem demence.

1.2 Vymezení pojmu agrese

Následující kapitola bude popisovat význam základních pojmů pojících se s tématem této bakalářské práce. V průběhu jejího psaní mě překvapilo, jak spletitá problematika agrese je a *behaviorální a psychologické symptomy demence*. Figurují totiž v mnoha odborných výzkumech, které jsem při psaní této práce zpracovávala, ve spojitosti jak s agresivními, tak i neagresivními symptomy demence. Kvůli velkému množství různých názorů na klasifikaci agresivních projevů jak obecně, tak v oblasti gerontologie a psychopedie nebudu žádný z nich blíže popisovat. Namísto toho v následujícím textu uvedu pouze způsob dělení agrese, resp. agresivního chování u seniorů s demencí, který se nejčastěji objevuje v použitých studiích. Ve druhé části práce jej za pomoci empirických dat blíže představím.

Pojem *agrese* je velmi pevně ukotven jak ve slovníku běžných lidí, tak sociálních psychologů. Užívání stejného pojmu ale nutně neznamena, že jeho uživatelé jsou v konsenzu ohledně jeho významu (Krahé, 2013). Ačkoli je agrese je na první pohled jednoduše uchopitelný a často používaný pojem, podle Čermáka (1999) je při bližším zájmu o téma zřejmé, že většina definic obsažených v běžně dostupné odborné literatuře se zabývá pouze aspektem týkajícím se zkoumané oblasti. Autor díla zpravidla očekává, že širší pochopení agrese už každý čtenář má a uváděné dílčí definice mohou být často i odvislé od teorie vzniku agrese, ke které se dotýčný autor přiklání. Společně se širokou škálou chování, ve které se agrese projevuje mají různé záměry autorů při definici agrese za následek existenci mnoha významů pro tento pojem.

Při dohledávání zdrojů pro následující text se předchozí Čermákovo (1999) tvrzení ukázalo být stále pravdivým, a to převážně z důvodu omezeného počtu nových definic agrese. Lovaš (2019, str. 202) zmiňuje starší definici agrese podle Berkowitz (1974) a Geena (2001) jako *chování zaměřené na poškození, ublížení jiné osobě*. Podobně datované definice uvádí i zahraniční literatura, ve které je agrese popisována jako *přítomna kdykoli, kdy je osoba zraněna nebo se stane terčem vyhrožování či útoku* (Steinert, 1995 a McKenna, 2004 in Schnell, Ott, Mayer a Zeller, 2021) a *přímo závislá na subjektivním vnímání situace poškozenou osobou* (Choi et al., 2017, Edward et al., 2014 in Schnell, Ott, Mayer a Zeller, 2021). Morgan (2012) uvádí definici Rydena (1988), a tvrdí, že agresí je *jakékoli fyzické nebo verbální chování mající za*

následek způsobení újmy nebo zahnání či odrazení druhého. Ještě specifitější je vymezení Patela a Hopea (1992 in Frederiksen, Waldemar, 2017), kteří definují agresi jako *škodlivé chování zaměřené na osobu nebo objekt*, přičemž se může projevit verbálně (např. křik, nadávky, neslušná mluva) a nonverbálně (např. kopání, škrábání, bití, plivání, poškozování majetku a sexuální chování).

Některé z těchto definic jsou velmi široké v určitých aspektech a současně příliš omezující v jiných (Krahé, 2013). I nově citovaná pojetí, např. zmiňované pojetí Steinerta (1995) a McKenny (2004 in Schnell, Ott, Mayer a Zeller, 2021), tak mohou za agresi považovat např. i nezáměrné způsobení újmy nezáměrně. Proto došlo v průběhu vývoje definic k přidání kritéria vymezujícího jako agresivní chování pouze takové, jehož *záměrem je způsobit újmu cíli, přičemž agresor očekává, že jeho konání bude mít výsledek.* (Krahé, 2013) V souladu s tímto kritériem Lovaš (2019, str. 202) podobným způsobem definuje agresi jako *chování, které cíleně směřuje ke způsobení negativních důsledků jiné osobě s úmyslem poškodit ji.* Obě vysvětlení zajišťují, že chování záměrné, ale minoucí se účinkem (např. neúspěšná střelba ze zbraně) je považováno za akt agrese, i když člověk, proti kterému bylo mířeno, vyvázl bez zranění. Podobně je podle těchto definic díky jejich zaměření *na způsobení újmy jako na cíl agresivního chování* možné vnímat jako akty agrese i případy spíše absence určitého konání, kterým je například odmítnutí péče nebo záměrné neposkytnutí pomoci. Naopak situace, při níž dojde k újmě nechtěně, do popisu agrese stále nezapadá. (Krahé, 2013)

Řešením se zdá přidání dalšího kritéria (Krahé, 2013), které rozšiřuje výše uvedenou definici o *snahu cíle vyhnout se agresivnímu chování proti němu mířenému.* Po jeho aplikaci je jednoduché vyhnout se chybnému označení za agresi činů, které sice představují záměrné způsobení bolesti, ale byly provedeny se souhlasem poškozeného. Patří mezi ně např. bolestivý lékařský zákrok (Krahé, 2013; Lovaš, 2019), nebo zranění způsobená se souhlasem poškozeného v rámci některých sexuálních praktik (Krahé, 2013).

Ač staršího data, určité shrnutí beroucí v úvahu všechny zmíněná kritéria představuje pojetí Barona a Richardsona (1994), kteří stručně popsali agresi jako *jakoukoli formu chování s cílem ublížení nebo způsobení újmy jiné osobě, přičemž tato osoba má motivaci se tomuto konání vyhnout.* Podle Parotta a Giancolly (2007 in Krahé, 2013) se jedná o soudobě široce přijímané vymezení agrese. „Jakékoli chování s cílem způsobit újmu“ dovoluje do definice zahrnout *veškeré* konání proti vůli poškozeného, například i zranění jeho citů nebo negativního ovlivnění jeho sociálních vazeb rozšiřováním pomluv, či ničení jeho majetku. Zmíněním „jiné osoby“ jsou také z agrese vyčleněny případy sebepoškozování, které již z podstaty věci tuto podmínku

nesplňují. Baron a Richardson (1994 in Krahe, 2013) v rámci svého vymezení uvádějí pro shrnutí tři skutečnosti, která je možné ve veškerém agresivním chování vyzorovat:

- 1) Je charakteristické svým záměrem, ne výsledky.
- 2) Člověk, který je činí, si je vědom potenciálu jeho působit újmu.
- 3) Je nechtěné, tzn. osoba, proti níž je mířené, má motivaci se mu vyhnout.

1.2.1 Pojmy příbuzné agresi

Projevy agrese mezi lidmi je možné pojmenovat různě, např. podle způsobu, jakým dochází k poškozování jiné osoby. V práci budou označovány jako formy agrese a lze do nich zahrnout pojmy jako je násilí nebo šikana. Jiné pojmy charakterizuje jejich časté zaměňování buď se slovem agrese nebo mezi sebou navzájem, a to přesto, že se významově liší (Lovaš, 2019). Vzhledem k problematičnosti takovýchto záměn a častému vzájemnému překrytí jejich významů se v následujícím textu pokusím pojmy často spojované s agresí pojmenovat a co nejsrozumitelněji mezi sebou odlišit, abych tak čtenáři umožnila lepší pochopení problematiky a tím i orientaci ve druhé části práce.

Slovem nejpodobnějším k pojmu agrese je *agresivita*, Čermákem (1999) definovaná jako dispozice k agresivnímu chování. Podle Berkowitz (1993 in Čermák, 1999; Lovaš, 2019) jde o náchyllost či tendenci záměrně ubližovat druhým. Označuje osobnostní rys indikující určité predispozice člověka uchýlovat se v nejrůznějších situacích k agresivnímu jednání.

Agresivita jako pojem je často používána v souladu nebo namísto pojmu *asertivita*. Ač se významy obou pojmů mohou prolínat, asertivita označuje pouze sebeprosazování (Lovaš, 2019) nebo schopnost trvat si na svých zájmech nebo přesvědčit okolí o svém právu na vlastní rozhodování a jednání, přičemž asertivní jedinec nepřesáhne meze existujících zákonů (Čermák, 1999).

Ve stejných souvislostech jako u předchozích dvou pojmů je možné se setkat s *hostilitou*. Na rozdíl od agrese a asertivity, které se váží na specifické činy, hostilita označuje *obecný nepřátelský postoj k okolí*, jehož projevem nemusí být nutně přímé ubližování druhým. Místo toho může být spojena s pocitem nespravedlnosti (Krahe, 2013; Gurol et al., 2006 in Cyprien, Berr, Maller et al., 2021), hostilní jedinec může přát někomu jinému neúspěch, nemoc, nebo jej pouze nemít rád a negativně o něm mluvit. Hostilita může tvořit jednu z příčin budoucí agrese,

ale také v ni vyústit vůbec nemusí. Stejně tak agrese může mít jinou příčinu než hostilitu. Podobně je tomu u vztahu agresivity a hostility (Krahé, 2013).

Na rozdíl od předchozích, pojem *násilí* představuje již určitou formu agrese. Anderson a Huesman (2003 in Lovaš, 2019), stejně jako Krahé (2013) jej definují jako *fyzickou agresi, jejímž záměrem je způsobení vážných následků* a shodují se, že veškeré násilí je agresí, ale ne všechna agrese se dá považovat za násilí. Lovaš (2019) dále dodává, že s pojmem je často možné se setkat i ve významu synonymním k agresi, a to hlavně v oblastech týkajících se společenských vztahů (násilí v práci nebo domácí násilí). Poukazuje na nadbytečnost takového použití a kvůli nedorozuměním, která používání násilí jako synonyma k agresi může způsobit, se přiklání k využití pojmu pouze jako formy agrese. Mezi další formy uvádí mobbing, šikanování, obtěžování nebo tyranizování.

Posledním pojmem pojícím se s agresí je *antisociální chování* (Krahé, 2013). Podobně jako například hostilita, antisociální chování nemusí vždy zahrnovat agresi. Jeho projevy sice jdou proti sociálním normám, ale nemusí splňovat výše zmíněná kritéria agrese. Například vandalismus nebo lhaní totiž nemají nutně za záměr ublížení jinému člověku.

1.3 Behaviorální a psychologické symptomy demence

Syndrom BPSD (z anglického Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) označuje *souhrn symptomů změn chování objevujících se ve spojitosti s demencí* (Pildrman, 2007). Tyto neuropsychiatrické symptomy, které postihují až 90 % pacientů s demencí (Margiai, 2012), zahrnují řadu patologií projevujících se nejen na vnímání, ale i na myšlení a chování člověka. Jejich rozvoj je úzce spojen s narušením kognitivních schopností, přičemž hloubka narušení a míra závažnosti BPSD nemusí růst přímo úměrně a specifická skladba těchto symptomů se může u osoby s demencí v průběhu jeho onemocnění měnit (Pildrman, 2007).

Zvěřová (2017) tento vývoj ilustruje na narušení v oblasti aktivit denního života (v zahraničí *activities of daily living*, zkráceně ADL) u osob s diagnózou demence u AN. Demence podle ní nejdříve zasahuje komplexní činnosti týkající se profese nemocného. Poté, co se demence prohloubí a člověk selhává ve složitých činnostech pojících se s jeho zaměstnáním, jeho schopnosti jsou oslabovány i při běžných úkonech, jako je např. praní, vaření nebo obsluha domácích spotřebičů. S postupující nemocí poté nemocný přichází i o schopnosti dělat základní

činnosti (oblékání, stravování, dodržování osobní hygieny nebo ovládání svého těla – např. dochází k inkontinenci).

Psychologické či psychiatrické symptomy tvoří jednu skupinu BPSD a týkají se symptomů zjištěných zpravidla na základě cíleného vyšetření nebo po rozhovoru s rodinou osoby s demencí. Řadí se mezi ně např. změny nálad, úzkosti (Pildrman, 2007), poruchy příjmu potravy, či psychotické poruchy nejčastěji spojené s vizuálními halucinacemi, paranoidními myšlenkami nebo bludy⁴ (Zvěřová, 2017). Objevují se i manické a depresivní stavy (Pildrman, 2007), přičemž deprese bývá u seniorů s demencí velmi častým symptomem (Prado-Jean, Couratier, Druet-Cabanac, et al., 2010, Starkstein, Jorge, Mizrahi, Robinson, 2005 in Margiari, Sciolo, Spinelli, Mastroianni et al., 2012). Pildrman (2007 in Hauke, 2017) uvádí výskyt poruch spánku v souvislosti s BPSD přibližně u 50 % osob s demencí u AN. U dřívějších stadií demence jsou častější změny nálad spojené s morbidními komentáři nebo suicidálními myšlenkami. Deprese se vyskytuje u 30–40 % osob s demencí. Střední stadium demence přináší výskyt úzkostí či fobií, a to přibližně u poloviny případů, podezřívavých je zhruba 75 %. Stejná skupina se potýká s až 25 % výskytem halucinací.

Druhou kategorií BPSD jsou *behaviorální symptomy*, které je možné přímo pozorovat na chování pacienta s demencí. Jde o verbální (slovní) i brachiální (fyzické) projevy nevhodného chování, tj. hašteřivost, vykřikování, sběratelství, špehování bloudění, projevy agitace, narušený spánkový režim, nebo narušení průběhu vykonávání aktivit denního života (Pildrman, 2007). Behaviorální symptomy demence jsou popisovány i jako „agitované chování“ (Cohen-Mansfield, 2008 in Schnell, Ott, Mayer a Zeller, 2021) a narušení od „pouhého“ narušení kognitivních funkcí, se kterými jsou úzce spojené, jsou BPSD pro okolí výrazně nápadnější. Pildrman (2007 in Hauke, 2017) uvádí četnost agitovaného či agresivního chování u více, než 80 % osob s demencí a dále tvrdí, že BPSD představují určitou novou kvalitu v chování člověka s demencí a jako takové se spíše stanou centrem pozornosti. Přestože se jedná o jádrové příznaky začínající demence, mohou ovlivnit vnímanou hloubku postižení natolik, že běžná péče o kognitivní funkce pacienta, míra jejich narušení, nebo postupná ztráta samostatnosti budou často rodinou i pečovateli přehlíženy a zanedbány. Díky své nápadnosti tak tvoří často jeden z prvních důvodů pro odborné vyšetření daného člověka a následné diagnostikování

⁴ Bludy, se kterými je možné se v praxi setkat, je např. přesvědčení, že je nemocný okrádán (Zvěřová, 2017, Pildrman, 2007 in Hauke, 2017) nebo že někdo z okolí je zcela cizí osoba, popřípadě že i on sám je ve skutečnosti jen dvojník (Zvěřová, 2017).

rozvíjející se demence (Pildrman, 2007) a jsou i hlavním faktorem predikujícím umístění do institucionální péče (Margiari, Sciolo, Spinelli, Mastroianni et al., 2012). Kromě toho, jejich vysoká psychická zátěž nejen na rodinu člověka s demencí a případné pečovatele, ale i na pacienta samotného může vést např. k závažnější prognóze demence. Podíl BPSD na celkové zátěži pečovatele je přinejmenším čtvrtinový (Pildrman, 2007) a roste úměrně s jejich zhoršováním. Snahy o léčbu nemusejí být vždy úspěšné a zvyšující se frustrace pracovníků může přerůst i do agresivity vůči klientům. Frederiksen a Waldemar (2017) ve shodě s předchozím tvrzením uvádějí, že agitace, podrážděnost, agrese nebo hyperaktivita jsou spojeny s vyšší mírou pocívaného stresu a rozrušení, a to jak u pečovatelů, tak u osob s demencí, u kterých se projevují. Mohou na ně mít dokonce větší vliv než symptomy častěji asociované s demencí, jako např. narušená paměť.

Podle Cohen-Mansfieldové (2008 in Bidzan, Bidzan a Pačalska, 2012 a Schnellí, Ott, Mayer a Zeller, 2021) je možné nevhodné chování dělit na agresivní a neagresivní, přičemž mezi agresivní projevy agitovaného chování se dá zařadit bití, kousání nebo vykřikování nadávek na pečovatele. Jako neagresivní agitované chování jsou pak označeny např. obecné projevy neklidu, opakovaná gesta nebo přecházení po chodbě.

1.3.1 Agitace

Pojem agitace, který se již několikrát vyskytnul v předchozím textu této práce, se často objevuje jak v odborných studiích, tak v literatuře věnující se problematice agrese a agresivních projevů u seniorů s demencí. Agitace nezdávka provází demenci u AN, frontotemporální demenci, demenci u nemoci s Lewyho tělísky a další (Ballard and Corbett, 2010, Manoochehri and Huey, 2012, Bruns and Josephs, 2013 in Cummings, Mintzer, Broadty et al., 2015).

Všeobecný konsenzus ohledně přesného významu tohoto pojmu u osob s postižením kognice a symptomů, které označuje, prozatím neexistuje (Cummings, Mintzer, Broadty et al., 2015). Někteří autoři *za projevy agitace označují BPSD*, a dělí tyto projevy na agresivní a neagresivní (Cohen-Mansfield, 2008 in Schnellí, Ott, Mayer a Zeller, 2021). Dalšími je naopak agitace vnímána jako symptom často asociovaný přímo s agresivním chováním a považují ho za *nejčastější z behaviorální symptomů demence* (Fauth & Gibbons, 2014 in Schnellí, Ott, Mayer a Zeller, 2021) a za symptom vedoucí k institucionalizaci osoby s demencí (Okura et al., 2011 in Cummings, Mintzer, Broadty et al., 2015). Přesto, že tedy může zahrnovat i agresivní projevy, podle Okury et al. (2011 in Cummings, Mintzer, Broadty et al., 2015) se *nejedná*

o pojem identický s pojmem agrese. Agitace se může dokonce vyskytovat i zcela bez agresivních projevů, jako je např. přecházení po chodbě, repetitivním chování nebo kývání. Z důvodu nejednotnosti v používání pojmu agitace byl pod záštitou International Psychogeriatric Association (dále IPA) proveden průzkum za účelem přesnějšího vymezení pojmu agitace (Cummings, Mintzer, Broady et al., 2015).

Vzhledem k tomu, že agitace je pozorovatelná i při absenci další psychopatologie, IPA ji definuje jako *samostatný syndrom*, a ne jako reakci na již existující poruchu. Agitací je tedy vnímáno chování:

- 1) které se objevuje v souvislosti s postižením kognitivních funkcí nebo se syndromem demence;
- 2) jehož projevy jsou následkem emocionálního rozrušení;
- 3) vyznačující se nadměrnou motorickou aktivitou, verbální agresí nebo fyzickou agresí;
- 4) jehož dopadem je dodatečné postižení nad rámec již existujícího, které současně není symptomem jiné psychopatologie.

Tato definice je provizorní⁵, založená na konsenzu nadpoloviční většiny respondentů a má sloužit pro výzkum v oblasti intervence u osob s narušením kognitivních funkcí i mimo ni (Cummings, Mintzer, Broady et al., 2015).

K posouzení míry agitace a hloubky narušení kognitivních schopností, stejně jako k určení závažnosti projevů BPSD existuje množství screeningových testů. Z důvodu jejich úzké provázanosti se studii zpracovanými ve druhé části práce budou popsány až spolu s nimi.

V následujícím textu zpracovávajícím empirická data týkající se agrese u seniorů s demencí se objeví mnohé z popsaných pojmů – hostilita, násilí a antisociální chování, agitace – a většina projevů behaviorálních a psychologických symptomů demence. Na rozdíl od pojmů jako např. asertivita je budou pro účely práce všechny považovat za projevy agresivity.

⁵ Jedná se o provizorní definici, protože má tvořit základ pro budoucí diskusi na toto téma a z toho důvodu je nutné nechat v definici prostor pro její vývoj (Cummings, Mintzer, Broady et al., 2015).

2 Empirické studie o agresi u seniorů s demencí

V následujícím textu se budu věnovat vybraným kvalitativním a kvantitativním výzkumům nalezeným za pomoci portálu elektronických a informačních zdrojů UP stejně jako dalších internetových databází akademických prací (JSTOR, Google Scholar, ResearchGate, ...). Pro dosažení optimálních výsledků jsem při vyhledávání použila kombinaci klíčových slov pro jev, kterým se v práci zabývám („aggression“, „aggressive behavior“, „aggressiveness“, „violence“, „violent behavior“, „aggressive behaviour“, „violent behaviour“), specifickou diagnózu pojící se s tímto jevem („dementia“, „major cognitive disorder“, „cognitive impairment“, „alzheimers“, „memory loss“ nebo „cognitive decline“), a cílovou skupinu („elderly“ or „aged“, „older“, „older people“, „geriatric“, „elderly people“, „old people“, „senior“). Primárně jsem vyhledávala studie, které v názvu obsahovaly všechny tři typy klíčových slov. Hledání bylo později rozšířeno o kombinaci některých termínů v názvu či abstraktu, a to proto, abych zredukovala počet studií, které se kvůli názvu neodpovídajícímu mnou zvoleným kritériím v původním vyhledávání nezobrazily, i když by mohly být pro práci také relevantní. Hledání jsem poté omezila na studie psané výhradně v českém a anglickém jazyce a publikované od roku 2012. Pro potřeby práce jsem do užšího výběru zařadila pouze výzkumy, které se zaměřovaly na téma z úhlu pohledu speciální pedagogiky nebo sociální práce (a ne např. neuropsychologie, farmakologie nebo práva). V závěru jsem výsledky omezila na ty, které se přímo týkaly empirického výzkumu, a tedy nebyly přehledovou studií nebo prací jinak zpracovávající již proběhlé studie. Z výsledných výzkumů jsem vybrala takové, které se týkaly některé z otázek definovaných v průběhu sestavování teoretických základů v první části práce:

- 1) Jaké jsou typy projevů agrese u osob s demencí v seniorském věku a jak často se vyskytují?**
- 2) Co ovlivňuje vznik nebo výskyt těchto projevů?**
- 3) Jak se dá projevům agrese u osob s demencí v seniorském věku předcházet?**
- 4) Jakým způsobem jsou projevy agrese v empirických výzkumech měřeny?**

Empirická data odpovídající na otázky práce pochází z kvalitativních i kvantitativních výzkumů v různých zařízeních sociálních služeb. Některé z výzkumů probíhaly formou dotazníku vyplňovaného pečovateli, některé formou pozorování a jiné za použití výzkumných aparátů, jako např. *Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)*, *Mini-Mental State Examination (MMSE)* nebo *Aggressive Behavior Scale (ABS)*. Všechny slouží k popsání specifických projevů pojících se se syndromem demence nebo s některou z pod něj spadajících diagnóz.

Ačkoli v rámci problematiky demence a agresivního chování existuje více screeningových testů a dalších výzkumných metod, pro účely této bakalářské práce budu popisovat pouze ty, které jsou přímo spojené se zpracovanými studiemi, a to v pořadí podle jejich výskytu v textu. V ojedinělých případech, kdy dostačující informace v textu studie chybí, jsem se rozhodla využít externí výzkum zaměřený přímo na dotyčnou metodu.

První z otázek, kterými se tato část práce zabývá, se týká **četnosti výskytu a podoby projevů agrese u seniorů trpících syndromem demence**. Již bylo popsáno, jaké chování lze označit za agresivní a způsoby vnímání definice agrese různými autory. Jak často se jednotlivé formy agresivního chování objevují a co mezi ně patří však ještě popsáno nebylo. Odpovědi je možné nalézt v několika tuzemských i zahraničních studiích provedených v posledních letech v různých pobytových zařízeních sociální péče, stejně jako ve výzkumech týkajících se agrese seniorů s demencí, o které je pečováno v domácím prostředí. V následujícím textu se pokusím informace obsažené ve studiích shrnout a porovnat, přičemž jako první se budu věnovat *prostředí pobytových služeb sociální péče* a poté se přesunu k *péči probíhající terénně* přímo v domovech jednotlivých osob s demencí.

Behaviorálních a psychologických symptomů demence mnoho a mj. zahrnují zhoršenou náladu, impulzivní chování nebo psychotické symptomy (Bidzan, Bidzan a Pačalska, 2012). Celkově se tyto (jak agresivní, tak neagresivní) symptomy mohou objevit až u 90 % osob s demencí nebo mírnou NKP (Gitlin et al., 2012 in Dimitrou, Verykouki, Papatriantafyllou et al., 2018). Výsledky výzkumů potvrzují, že *za nejzávažnější* (Fauth & Gibbons, 2014 in Schnellí, Ott, Mayer a Zeller, 2021) *a také nejnebezpečnější projev demence* (Chappell & Penning, 1996 in Morgan, 2013) *je považováno agresivní chování*. Nejenže klade neobyčejné nároky na pečovatele, ale představuje také určité riziko ohrožení jejich zdraví. Kromě toho prokazatelně zvyšuje pravděpodobnost, že osoba trpící demencí bude v závislosti na častěji se objevujících agresivních projevech umístěna do institucionální péče (Kunik et al., 2010 in Morgan, 2012).

Nevhodné chování a agresivitu je možné pozorovat *častěji u osob s demencí než u osob bez této diagnózy* (Björk et al., 2016 in Schnellí, Ott, Mayer a Zeller, 2021). Ve svém výzkumu to dokazují Cen, Xi, Li, Hasselberg et al. (2018), a to na datech získaných z více než 15000 domovů pro seniory a zhodnocených pomocí **Aggressive Behavior Scale** (dále pouze jako ABS), což je škála pro měření agresivního chování využívaná v sociálních službách v USA, Kanadě, ale využívá se i mezinárodně (Perlman, Hirdes, 2008).

ABS obsahuje 4 skupiny chování, a to chování *fyzicky agresivní* (bití, kopání atd.), *verbálně agresivní* (např. křičení na ostatní) (Cen, Xi, Li, Hasselberg et al., 2018), *chování nevhodné z hlediska sociálních norem* (např. házení jídlem) a *odmítání péče* (např. odstrkování pečovatele při asistenci) (Perlman, Hirdes, 2008). Tyto skupiny chování jsou poté 7 dní přesně zaznamenávány a v závislosti na četnosti jejich výskytu je hodnocené osobě přiřazeno ABS skóre v hodnotě 1–12, přičemž 0 znamená neexistenci symptomů, 1–2 značí mírnou úroveň projevů agresivity, 3–5 střední a 6–12 vážné projevy (Cen, Xi, Li, Hasselberg et al., 2018).

Společně s ABS byl pro zajištění validity výsledků použit **Cohen-Mansfield Agitation Inventory**, zkráceně CMAI (Cen, Xi, Li, Hasselberg et al., 2018). Jedná se o soupis 29 položek, z nichž každá označuje specifický projev agresivního, verbálně neagresivního a fyzicky neagresivního chování (Cohen-Mansfield, Marx, Rosenthal, 1990, in Bidzan, Bidzan a Pačalska, 2012) přičemž ke každé položce se značí frekvence jejího výskytu. Agresivnímu chování je v něm věnováno 10 položek: *bití, kopání, odstrkování, škrábání, ničení věcí, nadávky, verbální agrese, hrubé uchopení, kousání, a plivání* (Perlman, Hildes, 2008). CMAI má prokazatelně dobrou reliabilitu a vysokou validitu a je jednou z nejčastějších metod posuzování náročně zvladatelného chování v sociálních službách dlouhodobé péče (in Schnell, Ott, Mayer a Zeller, 2021).

Za pomoci těchto metod bylo zjištěno, že například mezi osobami dlouhodobě využívajícími pobytové služby sociální péče, které trpí „pouze“ poruchami chování⁶, tzn. že u nich nebyla diagnostikována demence, se mírné až vážné projevy agrese objevily pouze v 9,3 % případů, ačkoliv je u nich kvůli předsudkům o agresivitě očekáváno častější problémové chování než u ostatních (Cen, Xi, Li, Hasselberg et al., 2018). Na rozdíl od nich byla u osob trpících *syndromem demence* zjištěna pravděpodobnost agresivity významně vyšší (15,3 %). Jedinou skupinou, u které docházelo k agresivním projevům ještě častěji byly osoby s *kombinací demence a poruch chování* (23,1 %). Podobnou hodnotu (23,7 %), ale u osob „pouze“ s demencí, zaznamenali u četnosti projevů agrese nebo agitovanosti ve svém výzkumu i Lykets, Lopez, Fitzpatrick, Breitner a DeKosky (2002, in Margiari, Sciolo, Spinelli, Mastroianni et al., 2012).

Co se týče pouze *vážných* projevů agrese (ABS 6–12), byly nejčastěji pozorované (stejně jako agresivita celkově) u osob s *diagnózou demence a současně poruch chování*. Četnost vážných

⁶ V původním znění se jedná o pojem „behavioral health disorders“ a studie mezi ně zařazuje depresi, úzkostnou poruchu nebo závislost.

projevů agresivity v této skupině činila 1,7 % oproti 0,3–0,9 % v ostatních skupinách. Ve srovnání s těmito výsledky se mezi osobami bez diagnózy jak demence, tak poruch chování agrese objevila v pouhých 5,3 % případech (Cen, Xi, Li, Hasselberg et al., 2018).

Přesto, že zejména fyzicky a verbálně agresivní chování je pečovateli označováno za nejobávanější, mezi klienty ústavů jej Motlová (2017) ve svém výzkumu zaznamenala v průměru v 11,25 % případech. Ačkoli se jedná o nižší výsledek než v předchozích studiích, všechny se shodují s odhadem uváděným hned několika autory (Cohen-Mansfield, Marx, & Rosenthal, 1989, Cummings et al., 1994, Kunik et al., 2010 in Morgan, 2012), kteří předpokládají výskyt agrese u osob s demencí v seniorském věku v rozmezí 10–31 %. Jiné studie (Millan-Calenti et al., 2016 in Dimitrou, Verykouki, Papatriantafyllou et al., 2018) uvádějí ještě větší rozmezí, a to 13–50,4 %.

Neagresivní projevy BPSD se u klientů domovů pro seniory oproti agresivním objevují daleko častěji než agresivní, a to u 43,3 % (Motlová, 2017). Jedná se hlavně o neverbálně neagresivní chování a patří k němu např. neustálé chození, přesunování objektů, nevhodné dotýkání se druhých lidí nebo svlékání se. Druhé v pořadí je verbálně neagresivní chování v podobě opakovaných otázek, nedorozumění či repetitivní vyprávění příběhů. Fyzicky agresivní a verbálně agresivní chování se objevuje na posledních příčkách.

Ačkoli je agresivní chování prokazatelně v menšině oproti neagresivnímu, jeho monitorování je důležité. Jednotlivé projevy spolu podle studií mohou souviset. Přesněji řečeno, *verbální agrese může předznamenávat fyzickou* (Brodaty, Draper, Saab et al., 2001, Brodaty et al., 2003, Cohen-Mansfield, Jensen, 2008 in Margiari, Sciole, Spinelli, Mastroianni et al., 2012).

Je prokázána **korelace mezi prohlubováním postižení kognitivních funkcí a následným zvýšením frekvence agresivních projevů**, a to jak u mírné a středně pokročilé formy demence u AN (Bidzan, Bidzan a Pačalska, 2012) tak u syndromu demence obecně (Margiari, Sciole, Spinelli, Mastroianni et al., 2012).

V rámci posouzení kognitivních schopností respondentů byly ve studiích využity ADAS-cog, dílčí škála náležící pod **Alzheimer's Disease Assessment Scale** (Bidzan, Bidzan a Pačalska, 2012), a **Mini Mental State Examination** (MMSE), screeningová metoda vytvořena pro *kvantitativní posouzení stavu a sledování průběžných změn narušení kognitivních funkcí*. MMSE se sestává z 11 jednoduchých úkonů zaměřených mj. na orientaci v čase, orientaci v místě, zapamatování a vybavení tří slov, jednoduchou orientaci v číslech nebo jazykové schopnosti. Předpokládaná časová dotace testu je 10 minut. Výsledkem je bodové skóre

v rozmezí 0–30, přičemž v rozmezí 0–29 se nachází 4 úrovně narušení kognitivních funkcí a maxima dosáhne osoba bez narušení (Margiari, Scioło, Spinelli, Mastroianni et al., 2012).

Pro získání dat o některých psychologických a behaviorálních symptomech seniorů s demencí umístěných v některém typu zařízení dlouhodobé péče ve studiích figuruje pro posouzení míry agrese již zmíněná CMAI (Bidzan, Bidzan a Pačalska, 2012), a **Modified Overt Aggression Scale (MOAS)**. Využita byla i screeningová metoda s názvem *Geriatric Depression Scale (GDS)*; bude popsána později), a to pro posouzení míry deprese. Do předposlední zmíněné metody se řadí 4 hlavní oblasti, a to verbální agrese, agrese mířená proti věcem, agrese mířená proti sobě samému a agrese mířená proti ostatním. Každá z těchto oblastí je bodována a dílčí body vynásobeny podle toho, ke které oblasti náleží (od vynásobení jednou pro verbální agresi po vynásobení čtyřmi pro agresi mířenou proti okolí). Výsledné hodnocení poté odráží míru agresivních projevů osoby s narušenými kognitivními schopnostmi, přičemž 40 bodů označují nejzávažnější míru agrese. (Margiari, Scioło, Spinelli, Mastroianni et al., 2012).

Rozdíl lze vidět pouze v typu stupňující se agrese. Zatímco u osob trpících *mírnou formou demence u AN* je spolu se zhoršováním jejich kognitivních funkcí zaznamenána častěji agrese *verbální*, osoby v *pokročilejším stadiu AN* daleko častěji projevovaly agresi *fyzickou*. (Bidzan, Bidzan a Pačalska, 2012). Vysvětlením mohou být mnohé změny související s rozvojem syndromu demence. Nemocný pociťuje postupné zhoršování svých kognitivních a sociálních schopností nebo změnu osobnosti stejně jako například ztrátu autonomie (Gagesh et al., 2010 in Schnellí, Ott, Mayer a Zeller, 2021), což přispívá k rozvoji stavu, kdy je pro něj těžší požádat o pomoc okolí nebo si vytvořit strategie pro vyrovnávání se s postupující nemocí. Člověk s demencí se tak jednoduše může dostat do situace, kdy je pro něj těžké hledat pomoc v okolí (Savaska et al., 2014 in Schnellí, Ott, Mayer a Zeller, 2021). Kromě toho také – v návaznosti na prohlubování narušení komunikačních schopností spojeného s postupem nemoci – dochází k nenaplnování jeho potřeb a narůstání negativních emocí. Ty se přirozeně musí nějakým způsobem projevit (Cohen-Mansfield, 2008; Cohen-Mansfield et al., 1989 in Schnellí, Ott, Mayer a Zeller, 2021) a kvůli zhoršené schopnosti verbalizace dochází ke zmíněnému přechodu z verbální do fyzické agrese (Bidzan, Bidzan a Pačalska, 2012).

Kromě faktu, že verbální agrese může předcházet fyzické, je možné pozorovat podobný vztah mezi určitými projevy agresivity u osob bez diagnostikované demence a následným zhoršováním kognitivních schopností a určením diagnózy. Cyprien, Berr, Maller et al. (2021) to dokazují svým výzkumem klinické hostility a jejím vlivu na rozvoj demence u AN u seniorů,

resp. vztahem mezi pozorovanými změnami mozku, výskytem klinické hostility a následnou diagnózou demence.

Klinickou hostilitu definují jako specifický druh hostility projevující se hlavně intenzivní nedůvěrou k ostatním a podezíravostí, stejně jako přesvědčením, že okolí má s nimi čistě sobecké záměry (Gurol et al., 2006 in Cyprien, Berr, Maller et al., 2021). Ačkoli se vztahem klinické hostility a dalších psychologických faktorů či osobnostních rysů k demenci věnuje relativně málo studií (Cipriani, Borin, Del Debbio, & Di Fiorino, 2015, Tautvydaitė et al., 2017 in Cyprien, Berr, Maller et al., 2021), existují hypotézy o jejich přímém vlivu na její rozvoj.⁷

Pro zjištění míry hostility autoři tohoto výzkumu použili **Bus-Durkee Hostility Inventory**. Sestává se z 75 položek s možností odpovědi ano/ne⁸, kterými zkoumá 8 kategorií chování. Sedm z nich se pojí přímo s hostilitou a jsou to verbální agrese, nepřímé nepřátelské chování, podráždění, útočné chování, negativismus, opovrhování a podezřívavost (Buss & Durkee, 1957 in Cyprien, Berr, Maller et al., 2021).

Výsledky výzkumu ukazují signifikantní korelaci mezi neurobiologickými změnami a vyšším skóre klinické hostility při původním měření a následným výskytem demence při dodatečném měření 8 let později. Spolu s další studií na podobné téma provedenou na 622 seniorech⁹ (Neuvonen et al., 2014 in Cyprien, Berr, Maller et al., 2021) tak dokazují *vztah mezi klinickou hostilitou a výskytem demence při AN*.

Na vzniku agresivního chování u seniorů s demencí se mohou podílet faktory jak *biologické* (jak bylo popsáno v předchozím textu), tak *psychosociální či environmentální*. Vliv může mít i jejich *korelace* (Bird, 2010 in Morgan, 2012). Deprese, psychózy, dopad na pečovatele, kvalita vztahu mezi pečovatelem a pečovanou osobou, (Cohen-Mansfield & Werner, 1998 in Schnell, Ott, Mayer a Zeller, 2021), nebo např. typ zařízení, ve kterém je osoba s demencí umístěna, hrají také svou roli (Cen, Xi, Li, Hasselberg et al., 2018). Některé z nich nyní více popíšu.

Jako prvním ze zmíněných faktorů se budu věnovat **korelaci agresivních projevů s další psychopatologií**. Podle některých výzkumů mají s výskytem agrese významný vztah **poruchy chování** (Cen, Xi, Li, Hasselberg et al., 2018) nebo **psychotické symptomy** (Bidzan, Bidzan

⁷ Zmíněné hypotézy se týkají převážně odvětví neurobiologie, a proto je v této práci nebudu blíže popisovat.

⁸ Jedná se například o položky „Mé moto je ‚nikdy nevěř cizím lidem‘“, „Často přemýšlím, jaký důvod mají ostatní udělat pro mě něco hezkého“ nebo „Zpozorním, když jsou ke mně ostatní milejší, než jsem očekával/a“ (Buss & Durkee, 1957 in Cyprien, Berr, Maller et al., 2021).

⁹ Výzkum autorů Cyprien, Berr, Maller et al. (2021) pracoval s daty o 1388 seniorech.

a Pačalska, 2012). Jednou z nejfrekventovanějších komorbidních poruch, a to jak u demence u AN, tak u syndromu demence obecně je ale **deprese** (Starkstein, Mizrahi, Power 2008, Starkstein SE, Jorge, Mizrahi, Robinson 2006 in Margiari, Sciollo, Spinelli, Mastroianni et al., 2012). V následujícím textu nejdřív představím metody použité ve výzkumech vztahu mezi depresí a agresivním chováním u seniorů s demencí a poté se pokusím shrnout poznatky o vztahu mezi výskytem deprese a agrese, deprese a demence a agrese a demence.

Metodou použitou pro výzkum korelace deprese a agresivního chování objevujícího se u osob s demencí v seniorském věku je **Geriatric Depression Scale**. Škála GDS je *specificky vytvořená pro seniory* a vyžaduje pouze kladné nebo záporné odpovědi závislé na subjektivním vnímáním posuzované osoby. Takováto forma je považována za jednodušší pro osobu se sníženou kognitivní schopností než škály využívající výběr z několika odpovědí. Doporučuje se jako rutinní součást komplexního geriatrického hodnocení pro *zaznamenání přítomnosti deprese*. Obsahuje 30 položek, z nichž každá je bodovaná. Výsledek do 10 bodů značí absenci projevů deprese, hraniční hodnotou je pásmo mezi 10 a 14 body a hodnota pro již přítomnou depresi se pohybuje nad 14 bodů. (Margiari, Sciollo, Spinelli, Mastroianni et al., 2012).

Kromě použití této škály byly ve druhém výzkumu (Bidzan, Bidzan a Pačalska, 2012), který se zaměřoval výhradně na osoby s diagnózou demence u AN, hodnoceny tyto osoby škálou **ADAS-cog**, a to pro jejich roztržení do dvou skupin podle hloubky narušení kognitivních schopností. Důvodem pro roztržení byla snaha zjistit míru korelace mezi stadiem demence a intenzitou agresivních projevů. Magiar, Sciollo, Spinelli, Mastroianni et al. (2012) použili pro získání dat o výskytu deprese u zkoumaných osob (již ale trpících obecným syndromem demence) stejnou metodu (GDS), kterou doplnili o test MOAS pro změření intenzity agresivních projevů a MMSE pro posouzení narušení kognitivních schopností.

Obě studie (Bidzan, Bidzan a Pačalska, 2012; Margiari, Sciollo, Spinelli, Mastroianni et al., 2012) se shodují, že *s prohlubujícím se postižením kognitivních funkcí dochází ke zvýšení intenzity agresivního chování*. U osob s mírnější formou demence jsou projevy agrese zpravidla méně časté než u osob v pokročilejším stadiu, přičemž verbální agrese a fyzická agitace tvoří zkoumané typy agresivního chování, u kterých byla pozorována největší změna.

Výsledky uvádějí, že *deprese prokazatelně koreluje s výskytem agresivního chování* (Margiari, 2012), což potvrdilo výsledky dřívějších studií zkoumajících tuto problematiku (Beck, Frank, Chumbler et al., 1998 in Bidzan, Bidzan a Pačalska, 2012). Přesný vztah mezi depresí

a verbální i fyzickou agresí u seniorů s demencí ale bohužel není dobře definován (Margiari, Sciolo, Spinelli, Mastroianni et al., 2012).

Stejně tak je nejasná souvislost mezi výskytem depresivních symptomů a postupujícím stadiem demence. Výzkumy sice ukazují **vyšší výskyt deprese u osob s demencí u AN** než u ostatních typů demence, ale specifika kauzality tohoto vztahu nejsou známa. Jedním z důvodů může být velké *překrytí symptomů demence a deprese*, které znesnadňuje výzkum. Symptomy jako apatie, nerozhodnost, nespavost nebo ztráta váhy mohou být lehce přehlédnuty a připsány postupující demenci (Chinello, Grumelli, Perrone, Annoni, 2007 in Margiari, Sciolo, Spinelli, Mastroianni et al., 2012). Další příčinou jsou specifika syndromu demence, a to hlavně úroveň postižení kognitivních funkcí v jeho pokročilém stadiu. S prohlubující se demencí totiž dochází ke *zhoršení podmínek pro efektivní použití GDS škály*. Změřený pokles GDS skóre u osob trpících pokročilou depresí tak nemusí značit skutečný snížený výskyt deprese, ale spíš nefunkčnost testu. V pokročilých stádiích demence je tak možné symptomy deprese pozorovat pouze nepřímou, a to např. na zvyšující se intenzitě agresivních projevů, které s výskytem deprese souvisí. Včasné pozorování symptomů deprese je tak zásadní nejen pro zvýšení kvality života osob s demencí, ale i pro možné oddálení jejich přesunu do služeb dlouhodobé péče (Margiari, Sciolo, Spinelli, Mastroianni et al., 2012).

Na výskyt agresivního chování mají (kromě psychosociálních) vliv i environmentální nebo **situační faktory**. K agresivitě dochází častěji v případech, kdy osoba s demencí dostává péči v *rizikové situaci*. Například může jít o pomoc s osobní hygienou, což je úkon vyžadující fyzickou blízkost (Holst & Skär, 2017 in Schnell, Ott, Mayer a Zeller, 2021). Dalšími kritickými situacemi mohou být momenty, kdy má osoba s demencí *pocit, že ji pečující osoba nechápe* nebo se k ní *chová hrubě*. Takové situace mohou mít za následek agresivní reakci v celých 66 % dokumentovaných případů. Pohoršujícími okolnostmi také bývá přidružené *somatické postižení*, již zmíněná hloubka narušení kognitivních funkcí nebo *závislost na ostatních z důvodu zhoršení motorických funkcí*. Narušená komunikační schopnost, vyskytující se téměř ve 40 % osob s narušenými kognitivními schopnostmi, se na jejich chování může také negativně projevit (Algase et al., 1996, Carter, 2016 in Schnell, Ott, Mayer a Zeller, 2021).

Agrese mířená proti pečujícím osobám v zařízeních dlouhodobé péče o osoby s demencí je již široce prozkoumaný fenomén. Naopak problematika agrese *mezi samotnými klienty* pobytových služeb se řeší daleko méně. Caspi (2015) se ve svém výzkumu v zařízeních dlouhodobé péče pro osoby převážně s demencí u AN zaměřuje na *okolnosti vzniku problematických situací*, ve kterých k agresí mezi obyvateli stejného zařízení dochází. Za

použití metody pozorování doplněného analýzou dokumentace a polostrukturovanými dotazníky se zaměstnanci došel k několika závěrům jak o faktorech ovlivňujících vznik agrese mezi klienty, tak o úspěšných strategiích, které je možné použít v rámci prevence častých důsledků. Těmi mohou být mj. různá zranění nebo nehody a pády, tak např. i rozvoj deprese, úzkostí nebo snížení kvality života (Lachs & Pillemer, 2004 in Caspi, 2015).

Na rozdíl od předchozích kvantitativních studií převážně přinášejících *obecné* informace o četnosti jednotlivých skupin projevů, Caspiho (2015) pozorování nabízí přehled širokého spektra okolností projevů i *strategií, kterými se dá těmto projevům zabránit*. Vzhledem k vysokému počtu pozorovaných situací budu uvádět pouze některé z nich, a to v pořadí od nejčastěji opakujících se k méně častým.

Faktory vedoucími k problematickým situacím byly nejčastěji nedodržení zasedací pořádek, figurující v celé čtvrtině zdokumentovaných případů, dále ochrana jiného klienta před dalším, kýchání nebo opakované říhání. Objevilo se i nošení pyžama při snídani, kašláni při jídle, dloubání se v nose při obědě, nerespektování osobního prostoru či stání před puštěnou televizí. Pozorovanými projevy verbální agrese bylo dožadování se odchodu druhého klienta od stolu, pokřikování a řvaní, osočování ze záměrného říhání, pronášení urážlivých poznámek, nebo nadávání, objevily se ale i situace nařčení druhého klienta ze záměru prvního zabít, či naopak výhrůžky smrtí, otravou jídla nebo hozením talíře na druhého klienta. Fyzická agrese se projevovala např. pokusy o údery nebo kopnutí do druhého klienta, házení jídlem, strkání, hrubé chycení za rameno nebo údery do rukou a do tváře (Caspi, 2015).

Uvedené situace proběhly téměř ve dvou třetinách případů v době mimo plánované strukturované aktivity a ze 40 % se jednalo o situace ohrožující zdraví alespoň jedné osoby. Ačkoliv byli ale téměř v 80 % případů přítomni zaměstnanci zařízení, k předejití situaci došlo z jejich strany pouze v polovině případů a k jejímu vyřešení pouze ve 28 %.

Caspi (2015) pozorováním došel ke **strategiím pro předcházení některým ze zmíněných situací**. V brzkých ranních hodinách, kdy se většina zaměstnanců věnuje péči na pokojích klientů může lehce dojít k eskalování situace k agresi. Vhodným řešením se podle autora jeví klidný, ale proaktivní přístup, např. *využití dobrovolníků a dalších pracovníků*, kteří by pokryli tuto kritickou dobu a mohli vyvíjející se situace ohlásit zaměstnancům při první známce agrese, a zapojení zaměstnanců, kteří nejsou v přímé práci s klienty do monitorování situace, přičemž *tito zaměstnanci by měli obdržet trénink*. Dalšími doporučeními jsou *dodržování zasedacího pořádku*, popřípadě jeho změna vedoucí k oddělení klientů zařízení, kteří k sobě chovají

antipatie. Stejně tak je dobré *udržovat klienty s historií vzájemných konfliktů co nejdál od sebe* i v průběhu ostatních aktivit. K tomu je potřeba i *informovanost personálu o historii konfliktů* mezi klienty stejně jako o situacích, ve kterých se u některého z klientů objevuje agresivní chování. Dále je dobré *zůstat ve střehu* a při prvním náznaku přicházející agrese reagovat podle situace, a to buď *odvedením pozornosti* klienta k jiné, jemu příjemné aktivitě nebo k jinému tématu hovoru. Tuto strategii je možné použít i formou úplné změny aktivity, pokud je to možné, například *nabídnutím procházky*. Dále se osvědčilo *nasměrování klientů mimo místo*, kde často dochází k incidentům nebo kde právě k agresi došlo. A konečně, pokud k agresi již došlo, je dobré se *nikdy nehádat* s klientem, který se choval agresivně. Všechny zmíněné strategie stejně jako popsané situační faktory spojuje jejich reakce na okolí a jejich vývoj v čase, a tedy jejich *ovlivnitelnost*. Přínos studie lze tedy spatřovat v odkrytí potenciálu pro změnu, a to o zjištěním spouštějících faktorů agrese a následnou prevencí (Caspi, 2015).

Kromě těchto strategií je možné ke snížení nebo k prevenci agresivity u osob s demencí nebo mírnou NKP využít i dalších nefarmakologických intervenčních přístupů. Jako vysoce efektivní se jeví např. **muzikoterapie, aromaterapie, masáže nebo cvičení**. Muzikoterapie se ukázala být nejefektivnější, a to jak při snižování agresivity u osob s demencí, tak snižování stresu u zaměstnanců zařízení, čímž byly potvrzeny výsledky i předchozích studií (Svansdottir and Snaedal, 2006, Garland et al., 2007, Lin et al., 2011, Gerdner, 2012, Vink et al., 2013 in Dimitrou, Verykoui, Papatriantafyllou et al., 2018). Nejméně efektivním se ukázalo být cvičení. Výzkum probíhal za použití několika testů, mj. MMSE nebo GDS (Dimitrou, Verykoui, Papatriantafyllou et al., 2018).

U osob se závažnou formou demence je při intervenci nutné brát v potaz hlubší narušení kognitivních funkcí. Stimuly, které mohou být při výskytu agrese použity tak budou odlišné. Podle výzkumu účinků **multisenzorické stimulace** (Sánchez, Marante-Moar, Sarabia et al., 2016) mají na *výskyt agitace, agresivních projevů i neuropsychiatrických symptomů* u osob se středním nebo závažným narušením kognitivních funkcí pozitivní vliv jak *individuální aktivity*, při kterých se jim pečovatel může plně věnovat, tak použití multisenzorické stimulace (např. v rámci Snoezelenu). U volby intervence je přitom důležité řídit se *stadiem demence*. Osoby s hlubším postižením lépe reagují na méně náročné aktivity (multisenzorická stimulace), zatímco pro osoby se středně těžkou demencí se více hodí náročnější aktivity ve dvojici s pečovatelem (Tariot, 2003, National Collaborating Centre For Mental Health (UK), 2007 in Sánchez, Marante-Moar, Sarabia et al., 2016). Výsledky tohoto výzkumu ukazují, kromě pozitivního vlivu na redukci agresivních projevů, i pozitivní vliv na samotné symptomy

demence. Ačkoliv je ale vliv obou strategií přínosný pro práci s osobami se středně těžkou a těžkou formou demence, po určité době bez jejich praktikování se účinky vytrácejí. Pro dlouhodobý vliv je tedy nutné neustálé opakování těchto intervenčních přístupů.

Kromě specifických intervenčních strategií má prokázaný dopad na agresi u seniorů s demencí v pobytových sociálních službách i **typ zvoleného zařízení**. Cen, Xi, Li, Hasselberg et al. (2018) uvádí *nižší míru agrese u obyvatel ziskových zařízení* a zařízení náležejících zastřešující organizacím. V případě takovýchto institucí se ale může jednat spíše o *vliv výběrovosti* než kvality péče. U výběrových služeb je totiž pravděpodobnější, že do péče přijmou osoby s nižším výskytem agresivních projevů než osobu, u které jsou předem známé problematické behaviorální a psychologické symptomy.

Dalším faktorem, který může hrát roli v chování člověka s demencí, může být i vztah pečujících osob k dotyčnému prostředí neboli **typ poskytované péče** (Schnelli, Ott, Mayer a Zeller, 2021). Je osoba s demencí umístěna v zařízení dlouhodobé péče nebo ji pečovatel pouze „navštěvuje“ a jedná se o péči domácí? S typem péče se pojí mnohé faktory okolí. Jde např. o *omezení prostoru*, kde se osoba s demencí může volně pohybovat, schraňovat a sbírat nepotřebné věci nebo *míru ochrany* či zamezení nesprávného používání věcí a tím pádem ohrožení vlastního zdraví. Tyto faktory okolí mohou mít vliv na rozdíl mezi tím, *jak se osoba s demencí bude projevoval v domácím prostředí, a jejím chování mimo něj*.

V současné době není k dispozici mnoho výzkumů týkajících se projevů agresivity při *domácí péči* o osoby s demencí. Stejně tak chybí data o specifických faktorech, které tyto projevy ovlivňují. Dostupné výsledky se zpravidla týkají dotazníků vyplňovaných pečovateli. Schnelli, Ott, Mayer a Zeller (2021) ve svém výzkumu problematiky agrese v domácí péči využívají hlavně dokumentaci poskytnutou sociálními službami zajišťujícími domácí péči. Získaná data poté zpracovávají podle CMAI, který je možné využít jak v sociálních službách pobytové péče, tak v sociálních službách terénních.

Z provedených výzkumů vyplývá, že mezi nejčastější behaviorální projevy pojící se se syndromem demence patří u osob využívajících domácí péči **verbální agrese**, a to ve 13,7 % (ze vzorku 1186 osob). Je v ní zahrnuta jakákoli negativní verbalizaci vůči sobě nebo okolí jako nadávání, stěžování si a negativismus. Zhruba 10 % případů zahrnuje *hledání* (ve studii uvedeno jako „searching behaviours“). Projevuje se v souvislosti s objevováním prostředí, hledáním stimulů nebo snahou uspokojit jinou potřebu. Patří do něj přecházení po pokoji, bezcílné bloumání, nevhodné oblékání nebo svlékání se, neustálé neopodstatněné dožadování

se pozornosti, pomoci nebo opakování vět či otázek. Dále se objevuje také *snaha jíst a pít nevhodné věci, nesprávné zacházení s objekty, schovávání nebo sbírání předmětů* a obecný *neklid*. I když samo o sobě není schovávání předmětů a podobné chování považováno za agresivní, může mu předcházet, a to např. pokud musí při převlékání do čistého oblečení pečovateli otevřít skříň, kde jsou schraňované předměty uloženy (Schnelli, Ott, Mayer a Zeller, 2021).

Následujícím, co se četnosti výskytu týče, je *dotěrné nebo obtěžující chování* (2 % případů), které, ačkoli se povahou liší od běžné verbální nebo fyzické agrese, patří do vzorku sledovaných agresivních projevů. Jde o nevhodné osahávání, slovní narážky nebo např. obnažování genitálií. Pouhé 1 % případů zahrnovalo *fyzicky agresivní chování*, tj. v tomto výzkumu jakékoli chování, které je pečujícími osobami vnímáno jako mající přímé dopady na zdraví aktérů (bití, kopání, strkání, škrábání, ničení věcí aj.). *Rušivé chování* („disruptive behaviour“) figuruje v necelém 1 % případů a je popsáno jako plivání, házení věcmi, vyluzování zvláštních zvuků nebo křik. Zpravidla se týká reakce na fyzický nebo verbální podnět a přesto, že nemusí být nutně záměrné nebo mířené proti druhému člověku, způsobuje v okolí rozrušení a podrážděnost. Celkový výskyt agresivního chování (v tomto případě verbální, fyzická agrese a obtěžování) činí 14,8 % (Schnelli, Ott, Mayer a Zeller, 2021).

Jako možné **faktory ovlivňující projevy** agresivity studie zkoumá mj. *věk a pohlaví*, diagnózu (zda je přítomna například *deprese, závislost, delirium, další psychiatrická diagnóza* atd.), faktory ovlivňující kvalitu péče *ze strany pečované osoby* (postižení sluchu, zraku, hybnosti, kognice, komunikace aj.) a *frekvenci intervence* (tj. jak často dochází ke kontaktu pečující osoby s klientem služby). Ačkoli se např. pohlaví osob s demencí nebo jejich přesná diagnóza ukázaly jako statisticky nevýznamné faktory, **míra postižení hybnosti nebo kognice, výskyt závislosti, popřípadě další smyslová postižení nebo psychiatrické diagnózy** mají na četnost agresivních projevů u osob v domácí péči prokazatelně negativní dopad. Dalším faktorem ovlivňujícím získaná data je ale i mj. *výše vzdělání pečovatele*. Čím vyššího vzdělání pečující osoba dosáhla, tím častěji docházelo k zanesení prožitých zkušeností s agresivním chováním do dokumentace (Schnelli, Ott, Mayer a Zeller, 2021).

V kontextu služeb *pobytové sociální péče* má však faktor vzdělání pečovatele odlišný vliv. S vyšším vzděláním a větším počtem pracovníků se množství nahlášených případů agrese spíše snižuje (Cen, Xi, Li, Hasselberg et al., 2018).

V datech, která lze získat o domácí a institucionální péči, je možné pozorovat určitou nejednotnost. Vzhledem k provádění výzkumu agrese v domácí péči pouze pomocí zdravotních a jiných dokumentů není snadné výsledky dobře porovnat s jinými studii a, jak zmiňují autoři (Schnelli, Ott, Mayer a Zeller, 2021), problematikou agrese u seniorů s demencí využívající domácí péči je nutné se dále zabývat.

Nejednotnost zjištěných dat ohledně obecného výskytu agresivity může pramenit z rozdílů v dokumentaci péče. Schnelli, Ott, Mayer a Zeller (2021) vycházejí z dat získaných z dokumentování péče a ve své studii se zabývají mj. i rozdíly mezi agresivním chováním zakoušeným pečovateli v domácím prostředí klientů a zaměstnaným v institucionální péči. Jejich analýza ukazuje, že zatímco domácí pečovatelé oznámili projevené agresivní chování pečované osoby v 54,7 % interakcí, u zaměstnanců institucí se jednalo pouze o 13,7 %. Odlišnosti mohou být způsobeny různými přístupy k zaznamenávání incidence v různých typech péče, specificky tendencí zaměstnanců pobytových zařízení k častějším slovním stížnostem v průběhu pracovní doby, které se ale nedostanou do evidence. Ta poté, na rozdíl od evidence vedené v terénních službách, odráží pouze „vážné“ případy.

3 Závěr

V rámci této bakalářské práce byla řešena problematika agrese a agresivního chování projevujícího se u seniorů se syndromem demence. První část práce vymezila základní pojmy figurující v pozdějších výzkumech, např. demence, agrese, BPSD nebo agitace. Tímto byl splněn cíl „*za použití dostupné literatury vymezit pojem agrese, nejdříve v obecném kontextu a následně v rámci podoby, jakou agrese nabývá u cílové skupiny seniorů s demencí*“.

Ve druhé části, v níž jsem si kladla za cíl „*předložit výsledky již provedených studií*“, byla předložena empirická data o popisované problematice. Většinou jsem zahrнула klienty pobytových sociálních služeb, ale předložila jsem i poznatky týkající se osob využívajících domácí péči. Teoretickou analýzou dokumentů jsem dospěla k závěru, že agrese se u seniorů s demencí často projevuje mj. verbálně nebo ve formě fyzické agitace a za použití výsledků dlouhodobého pozorování jsem předložila i výčet některých jejích specifických projevů, čímž jsem odpověděla na dílčí otázku „*Jaké jsou typy projevů agrese u osob s demencí v seniorském věku a jak často se vyskytují?*“, která byla položena v rámci druhého hlavního cíle práce. Další otázka zabývající se „*faktory ovlivňujícími vznik nebo výskyt těchto projevů*“ byla zodpovězena pomocí analýzy několika studií zmiňujících vliv biologických, psychosociálních i environmentálních faktorů. V práci jsem věnovala pozornost jak osobám v institucionální péči, tak zkušenostem s agresí u osob s demencí v domácí péči. Průběžně jsem popisovala i testové metody použité ve zpracovaných studiích, čímž jsem zodpověděla i otázku „*Jakým způsobem jsou projevy agrese v empirických výzkumech měřeny?*“. Při zpracovávání otázky „*Jak se dá projevům agrese u osob s demencí v seniorském věku předcházet?*“ jsem čerpala hlavně z výsledků dlouhodobého pozorování situací mezi klienty pobytové sociální služby a zmínila jsem návrhy na preventivní opatření, která by se dala na tomto poli využít. Dále jsem na základě několika studií uvedla i vliv terapeutické intervence jako muzikoterapie, aromaterapie nebo multisenzorické stimulace.

Při zjišťování současného stavu výzkumu agrese u seniorů s demencí jsem si všimla relativně nízkého počtu studií zaměřených na domácí péči. V budoucích výzkumech bych proto navrhovala více zohlednit právě tuto oblast. Kvalitativních studií lze kvůli specifikům domácí péče nalézt velmi málo a kvantitativní studie se opírají převážně o dokumentaci poskytnutou pečovateli. Právě tento nepoměr jsem pocítovala při zpracovávání studií pro tuto práci, kdy jsem se snažila porovnat výskyt agresivního chování u osob s demencí v domácím prostředí a v zařízeních sociální péče. Větší množství výzkumu zaměřeného na domácí péči vedoucí

k většímu objemu dat by mohlo mít za následek *lepší možnosti vzájemného porovnání* mezi daty získanými v domácí a institucionální péči stejně jako jejich *zpřehlednění*.

Hlubší zkoumání domácí péče by mohlo také přinést lepší pochopení vztahu mezi pečovatelem a pečovanou osobou v jejím přirozeném prostředí. Tím by mohlo vést ke zlepšení *edukace pečovatelů* nebo kvalitnějšímu *uzpůsobení prostředí* v pečovatelských zařízeních stejně jako k efektivnějšímu použití intervenčních přístupů pro prevenci agrese, které jsou postaveny právě na práci se vztahem pečovatel-osoba s demencí.

Jako další výhodu směřování výzkumů na domácí péči vidím možnost lepšího pochopení specifik chování osob s demencí v prostředí, ve kterém nejsou „hosty“. Projevy agrese stejně jako možnosti jejich předcházení se v závislosti na typu péče liší a budoucí výzkum by mohl těžit právě z těchto rozdílů. Cenné poznatky o vlivu domácího prostředí nejen na osobu s demencí, ale i na její vztah k pečovateli by mohly poskytnout základ pro zlepšování kvality terénních pečovatelských služeb i snižování zátěže na pečovatele.

Poznatky obsažené v popsanych studiích mj. poukazují na vysokou obávanost agresivního chování osob s demencí. Ačkoliv agresi pečovatelé považují za nejnáročnější na zvládnutí, je zde patrná jejich relativně nízká připravenost k okamžité intervenci. Z toho důvodu by mohlo být užitečné zaměřit výzkum i na zjištění kvality výcviku, kterým pečovatelé procházejí a určení strategií pro zlepšení jejich vzdělání a tím připravenosti nejen ošetřit již vzniklé problémové situace ale naučit se jim i předcházet.

V budoucnu by bylo téma také vhodné uchopit s větším zaměřením na nefarmakologické způsoby intervence, kterým se tato práce věnovala jen velmi okrajově, zejména různými terapiemi. Zajímavé by mohlo být věnovat se i vlivu dalších proměnných na výskyt problémového chování u osob s demencí, a to zejména bolesti.

Zpracovávání této bakalářské práce pro mě znamenalo nejen akademickou výzvu, ale i příležitost hlouběji proniknout do tématu, které mě dlouhodobě zajímá. Svůj zájem o problematiku vnímám jako přínos nejen pro zpracování této bakalářské práce, ale i pro její možné pokračování ve formě práce magisterské. Domnívám se, že tato bakalářská práce dostatečně naplnila všechny vytyčené cíle a může sloužit jako vhodný základ pro kohokoli, kdo se rozhodne zajímat se o problematiku agrese u seniorů s demencí.

Zdroje

Odborná literatura

BIDZAN, L., M. BIDZAN a M. PAČHALSKA. Aggressive and impulsive behavior in Alzheimer's disease and progression of dementia. *Medical Science Monitor* [online]. 2012, **18**(3), CR190 – CR197 [cit. 2022-01-08]. ISSN 16433750. Dostupné z: doi:10.12659/msm.882523

BUIJSSEN, Huub. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál, 2006. Rádcí pro zdraví. ISBN 80-736-7081-X.

CASPI, E. Aggressive behaviors between residents with dementia in an assisted living residence. *Dementia* [online]. 2015, 14(4), 528–546 [cit. 2022-01-08]. ISSN 17412684. Dostupné z: doi:10.1177/1471301213502588

CEN, Xi, Yue LI, Michael HASSELBERG, Thomas CAPRIO, Yeates CONWELL a Helena TEMKIN-GREENER. Aggressive Behaviors Among Nursing Home Residents: Association With Dementia and Behavioral Health Disorders. *Journal of the American Medical Directors Association* [online]. 2018, **19**(12), 1104-1109 [cit. 2022-01-08]. ISSN 15258610. Dostupné z: doi:10.1016/j.jamda.2018.09.010

CYPRIEN, F., C. BERR, J. J. MALLER, et al. Late-life cynical hostility is associated with white matter alterations and the risk of Alzheimer's disease. *Psychological medicine* [online]. 2021, **2021**, 1-10 [cit. 2022-01-08]. ISSN 14698978. Dostupné z: doi:10.1017/S0033291721000416

CUMMINGS, Jeffrey, Jacobo MINTZER, Henry BRODATY, et al. Agitation in cognitive disorders: International Psychogeriatric Association provisional consensus clinical and research definition. *International Psychogeriatrics* [online]. 2015, 27(1), 7-17 [cit. 2022-02-18]. ISSN 1041-6102. Dostupné z: doi:10.1017/S1041610214001963

ČERMÁK, Ivo. *Lidská agrese a její souvislosti*. Žďár nad Sázavou: Fakta, 1998. ISBN 80-902-6141-8.

DIMITROU, Tatiana-Danai, Eleni VERYKOUKI, John PAPATRIANTAFYLLOU, Anastasia KONSTA, Dimitrios KAZIS a Magda TSOLAKI. Non-pharmacological interventions for agitation/aggressive behaviour in patients with dementia: a randomized controlled crossover trial. *Functional Neurology* [online]. 2018, 2018, **33**(3), 243-147 [cit. 2022-02-31]. Dostupné z: <https://www.vnig.nl/wp-content/uploads/2019/02/Dementie2019.pdf>

FREDERIKSEN, Kristian Steen a Gunhild WALDEMAR. Aggression, agitation, hyperactivity, and irritability. *Neuropsychiatric symptoms of cognitive impairment and dementia* [online]. Springer International Publishing Switzerland, 2017, s. 199-236 [cit. 2022-02-12]. ISBN 9783319391366. ISSN 21962898. Dostupné z: doi:10.1007/978-3-319-39138-0_9

HAUKE, Marcela. Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2017. ISBN 978-809-0632-073.

KRAHÉ, Barbara. *The Social Psychology of Aggression*. Second Edition. New York: Psychology Press, 2013. ISBN 978-1-84169-875-5.

MYERS, David G. *Sociální psychologie*. Brno: Edika, 2016. ISBN 978-80-266-0871-4.

MARGARI, F., M. SCIOLO, L. SPINELLI, F. MASTROIANNI, A. PASTORE, F. CRAIG a M. G. PETRUZZELLI. Aggressive behavior, cognitive impairment, and depressive symptoms in elderly subjects. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2012, **2012**(8), 347—353. ISSN 1176-6328. Dostupné z: doi:10.2147/NDT.S33745

MORGAN, R.O., K.R. SAIL, N.N. FOULADI, A.L. SNOW, J.A. DAVILA a M.E. KUNIK. Modeling causes of aggressive behavior in patients with dementia. *Gerontologist* [online]. 2013, **53**(5), 738 - 747 [cit. 2022-01-08]. ISSN 00169013. Dostupné z: doi:10.1093/geront/gns129

MOTLOVÁ, Lenka. PROBLEMATIC SITUATIONS IN CARE OF SENIORS WITH DEMENTIA SYNDROME IN NURSING HOMES WITH SPECIAL REGIME. *International Multidisciplinary Scientific Conference on Social Sciences* [online]. 2017, **2017**(1), 543-549 [cit. 2022-01-08]. ISSN 23675659. Dostupné z: doi:10.5593/sgemsocial2017HB31

PERLMAN, Christopher M. a John P. HIRDES. The Aggressive Behavior Scale: A New Scale to Measure Aggression Based on the Minimum Data Set. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2008, **56**(12), 2298-2303. ISSN 00028614. Dostupné z: doi:10.1111/j.1532-5415.2008.02048.x

PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada, c2007, 183 s. Psyché. ISBN 9788024714905.

RABOCH, Jiří, Michal HRDLIČKA, Pavel MOHR, Pavel PAVLOVSKÝ a Radek PTÁČEK, ed. *DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Přeložila Martina VŇUKOVÁ. Praha: Hogrefe - Testcentrum, 2015, liv, 1032 s. ISBN 978-80-86471-52-5.

SÁNCHEZ, A., M.P. MARANTE-MOAR, C. DE LABRA, T. LORENZO, A. MASEDA, J.C. MILLÁN-CALENTI a C. SARABIA. Multisensory Stimulation as an Intervention Strategy for Elderly Patients with Severe Dementia: A Pilot Randomized Controlled Trial. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias* [online]. 2016, **31**(4), 341 - 350 [cit. 2022-01-08]. ISSN 19382731. Dostupné z: doi:10.1177/1533317515618801

SCHNELLI, Angela, Stefan OTT, Hanna MAYER a Adelheid ZELLER. Factors associated with aggressive behaviour in persons with cognitive impairments using home care services: A retrospective cross-sectional study. *Nursing Open* [online]. 2021, **8**(3), 1345-1359 [cit. 2022-01-08]. ISSN 20541058. Dostupné z: doi:10.1002/nop2.751

STOKIN, Gorazd B., Janina KRELL-ROESCH, Ronald C. PETERSEN a Yonas E. GEDA. Mild Neurocognitive Disorder: An Old Wine in a New Bottle. *Harvard Review of Psychiatry*. 2015, **23**(5), 368-376. ISSN 1067-3229. Dostupné z: doi:10.1097/HRP.0000000000000084

LOVAŠ, Ladislav. Agrese. VÝROST, J., I. SLAMĚNÍK a E. SOLLÁROVÁ. Sociální psychologie: Teorie, metody, aplikace. Praha: Grada, 2019, s. 202-213. ISBN 978-80-247-5775-9.

ZVĚŘOVÁ, Martina. *Alzheimerova demence*. Praha: GRADA, 2017. Psyché. ISBN 978-80-271-0561-8.

THE AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5tm*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013. ISBN 978-0-89042-555-8.

Online zdroje

Mírná kognitivní porucha. *Česká alzheimerovská společnost* [online]. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2015 [cit. 2022-02-25]. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/mirna-kognitivni-porucha/>

11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11). *ÚZIS ČR: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, [2021] [cit. 2022-05-29]. Dostupné z: <https://icrc.icourban.com/crypto-https->

www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11

Neurocognitive Disorders. *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics: Version : 02/2022* [online]. Geneva: World Health Organisation, 2018, 2022 [cit. 2022-02-28]. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f213458094>

MKN-10 2022: 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí [online]. Geneva: World Health Organisation, 2022 [cit. 2022-02-02]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/>