

Univerzita Karlova
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

Diplomová práce

Bc. Radek Heissler

Geriatrická úzkost

Souvislost úzkosti s kognitivními výkony u starších lidí

Geriatric Anxiety

Anxiety and cognitive performance in older people

Praha, 2019

Vedoucí práce: PhDr. Hana Georgi, Ph.D.

Rád bych poděkoval vedoucí této práce PhDr. Haně Georgi, Ph.D. jak za vedení této práce, tak za možnost být členem jejího týmu: děkuji za četné zážitky, zkušenosti, rady a strávený čas, díky čemuž jsem se mnohé naučil, dozvěděl a objevil. Poděkování patří i mým kolegům za milou společnost, rady a pomoc při práci, Mgr. Zuzaně Frydrychové, MUDr. Miloslavu Kopečkovi, Ph.D., Ing. Zdeňku Šulcovi, Ph.D. a dalším. Také děkuji všem seniorům účastnícím se studie NANOK, ze které tato práce vychází, a všem administrátorům.

Zejména bych chtěl poděkovat svým blízkým, rodině, a vyjádřit zvlášť vděčnost svojí manželce za dlouhodobou podporu ve všem, a svému synu za to, že je, a za všechny chvíle s nimi strávené.

A zvláště děkuji Trojjedinému Bohu za dar víry, který mi byl propůjčen.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně, že jsem řádně citoval všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 16. 4. 2019

.....

Bc. Radek Heissler

Abstrakt:

Mnohé výzkumy jsou zaměřeny na studium depresivity ve stáří, z jejichž výsledků vyplývá, že negativně ovlivňuje kognici starších osob. Výzkumů, které by se zaměřovaly na geriatrickou úzkost, není takové množství, a navíc přináší protichůdné výsledky. Tato práce si v teoretické části klade za cíl poskytnout náhled na úzkost z filozofického a klinického pojetí, a zejména popsat specifika geriatrické úzkosti a různé oblasti lidského života, které ji mohou ovlivňovat. V praktické části práce jsou prezentovány výsledky 279 účastníků studie NANOK ve věku 60–92 let, přičemž analýza se zaměřuje na vztah úzkostných symptomů ke kognici při zohlednění depresivní symptomatiky. Významné rozdíly jsou u zdravých starších osob nalezeny pouze u testů bezprostředního a oddáleného vybavení z epizodické paměti. U testů pozornosti a exekutivních funkcí nejsou nalezeny významné odlišnosti. Diskutovány jsou různé možnosti ovlivnění kognice úzkostí.

V našem souboru zdravých seniorů nesouvisela míra úzkostné symptomatiky s úrovní kognitivních výkonů.

Klíčová slova: stáří; kognice; deprese; úzkost; screening; Inventář geriatrické úzkosti; GAI

Abstract:

Many researches are focused on the study of depression in older age, their results show a negative impact of depression on the cognition of the elderly. There are not many studies that focus on geriatric anxiety and their results are often contradictory. In the theoretical part, this thesis aims to provide an insight into the anxiety from the philosophical and clinical standpoint, and in particular to describe the specifics of the geriatric anxiety and various areas of human life that may affect it. The practical part presents the results of 279 participants of the NANOK study aged 60–92 years, the analysis focuses on the effects of anxiety symptoms on cognition, taking into account depressive symptoms. Significant differences in healthy elderly persons are found only in the tests of immediate and delayed recall, no significant differences are found in the attention and executive functions tests. Various ways of influencing cognition by anxiety are discussed.

In our sample of healthy older people, the rate of anxiety symptoms was not associated with the level of cognitive performance.

Keywords: elderly; cognition; depression; anxiety; screening; Geriatric Anxiety Inventory; GAI

Obsah

| | |
|--|----|
| Úvod..... | 7 |
| 1 Teoretická část..... | 8 |
| 1.1 Úzkost z klinického pohledu | 8 |
| 1.2 Úzkost z filozofického pohledu..... | 12 |
| 1.3 Etiologie a dopady úzkosti dle bio-psycho-socio-spirituálního modelu | 15 |
| 1.3.1 Biologická oblast..... | 20 |
| 1.3.2 Psychologická oblast | 23 |
| 1.3.3 Sociální oblast | 25 |
| 1.3.4 Spirituální oblast | 29 |
| 1.4 Specifika geriatrické úzkosti | 34 |
| 1.4.1 Možnosti diagnostiky a screeningu geriatrické úzkosti | 36 |
| 1.4.2 Komorbidita a diferenciální diagnostika | 45 |
| 1.4.3 Kognitivní schopnosti ve stáří v souvislosti s úzkostí..... | 48 |
| 2 Praktická část..... | 50 |
| 2.1 Výzkumné cíle a hypotézy | 50 |
| 2.2 Metody | 51 |
| 2.3 Soubor | 52 |
| 2.4 Statistická analýza | 53 |
| 2.5 Výsledky..... | 54 |
| 2.6 Diskuze..... | 58 |
| Závěr..... | 63 |
| Seznam použité literatury | 65 |

Úvod

Pravděpodobně již není žádným překvapením informace, že podle demografického vývoje populace celosvětově stárne a lidé se dožívají vyššího věku než dříve. S přibývajícím věkem jsou spjaty různé pozitivní i negativní jevy, které jsou do různé míry prozkoumány, jako jsou například koncepty úspěšného, zdravého či aktivního stárnutí, nebo naopak poznatky o poklesu kognitivních schopností, úbytku fyzických sil či depresivitě.

Jedním z negativních jevů je i úzkost ve stáří, která stojí poněkud stranou vědeckého a výzkumného zájmu. Dosavadní výzkumy se jí věnují například v kontextu kognitivního poklesu, ovšem s nejednoznačnými výsledky. Jak bude v této práci probíráno, úzkost je fenoménem rozebíraným nejen psychologii, ale dlouho před ní byla předmětem i filozofického zkoumání. V rámci psychologie je rozlišována úzkost jako aktuální emoční stav a úzkostnost jako trvalejší osobnostní rys, přičemž většina výzkumů, včetně této práce, zkoumá geriatrickou úzkost spíše jako aktuální emoční stav. Jak bude probíráno i v další kapitole, z hlediska Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) jsou geriatrické úzkosti tématicky a obsahově nejbližší poruchy z kategorie F 41 Jiné anxiózní poruchy, a v jejich rámci nebo ve vztahu k nim bude v této práci, pokud nebude uvedeno jinak, geriatrická úzkost zkoumána. Cílem této práce bude prozkoumat úzkost z klinického i filozofického pohledu, nastínit její možné příčiny a dopady podle bio-psycho-socio-spirituálního modelu člověka, a v praktické části probádat souvislost geriatrické úzkosti s kognitivními výkony u zdravých starších lidí.

1 Teoretická část

1.1 Úzkost z klinického pohledu

První kapitola se bude zabývat tématem úzkosti na základě psychologických a psychiatrických poznatků, přičemž v této práci bude tento pohled souhrnně nazýván klinickým pohledem. V rámci psychologie je jedním z klasických náhledů a možností definování úzkosti její vymezení vůči strachu, kdy se u obou jedná o spíše nepříjemné emoční stavy s fyziologickou odpovědí, s podobnými pocity (ohrožení, očekávání nebezpečí, sejetí s reakcí „fight or flight“), znaky a příznaky. Rozdíl je v tom, že u strachu je toto odpovědí na aktuální rozpoznatelné nebezpečí a projevy trvají po dobu ohrožení. Úzkost oproti tomu není spjata s reálným nebezpečím, má rozličné intenzity (od neklidu po paniku), průběhy, je spojená s vyšším svalovým napětím a bdělostí a může být rozlišována podle zaměření či vzniku např. spontánní, anticipační, situační či fobická. V psychologické praxi se rozdělují jednotlivé úzkostné poruchy, které se mezi sebou liší objektem či situací, ke které se vztahují a která je kognitivně zpracovávána. To může posloužit k diferenciální diagnostice vzhledem ke komorbiditě s jinými poruchami (může se projevit u psychických i tělesných nemocí). K její diagnostice slouží některé typické projevy a kritéria, a právě určitá intenzita (či její nepřiměřenost situaci), frekvence a chroničnost (trvání déle než 6 měsíců) je to, co jí odlišuje od vývojově normálního strachu nebo úzkosti, která je adaptivní. Závažnost nebezpečí situace bývá dotyčnými nadhodnocována, a proto je vyhodnocována diagnostikujícím s přihlédnutím ke kontextu a kultuře jedince (American Psychiatric Association, 2013, s. 189; Smolík, 2002, s. 246–247). Jsou s ní také spjaty různé tělesné příznaky jako pocení, závratě, třes, zažívací potíže, sucho v ústech, tachykardie, bolesti hlavy, břicha a další. Mohou se objevit obavy ze ztráty kontroly a sebeovládání, smrti, zešílení, mdloby, neurčitý strach, chvění hlasu a třes, depersonalizace a derealizace, nervozita, nadměrné zaobírání se běžnými starostmi, ostražitost či plačtivost atd. (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2006, s. 223–228).

Z nejnovějších epidemiologických výzkumů ohledně četnosti úzkostí vyplývá, že mezinárodní prevalence úzkostných projevů a poruch je obecně 3,8–25 %, cca 2x častěji u žen (5,2–7,8 %), mladších dospělých 2,5–9,1 %, lidí s chronickým onemocněním 1,4–70 % (nejvíce u pacientů v pozdějších fázích nádorového onemocnění). Co se týče lokalit, tak v anglicky mluvících kulturách se uvádí prevalence

úzkostných poruch 3,8–10,4 % obyvatel, v indoasijských zemích 2,8 %, afrických 4,4 %, ve střední a východní Evropě 3,2 %, v severní Africe a na Blízkém Východě 4,9 % a v iberolatinských 6,2 % lidí. V USA je prevalence 18 % s ročními náklady 42,3 mld. dolarů, v EU jí trpí cca 60 mil. obyvatel s podobnými náklady (American Psychiatric Association, 2013, s. 189; Bandelow & Michaelis, 2015; Remes, Brayne, van der Linde, & Lafortune, 2016). Je tak zjevné, že úzkost je poměrně častá porucha s mnohými sociálními dopady na společnost i jedince, přesto ne tak diskutovaná jako například deprese.

Specifické jsou pro úzkost zmíněné tělesné a psychické symptomy, přidružené stavy jako stres či nespavost, snížená bdělost, odlišení od strachu. Z obecnější roviny například i to, že je považována za nežádoucí, patologický či i paralyzující stav, který se snažíme odstranit dostupnými prostředky, popř. i to, že v některých případech nemusí mít nějaký spouštěč. Na rozdíl od úzkosti z filozofického hlediska se u ní nepředpokládá určitý duševní výkon ve stylu hlubšího rozjímání nad svým životem, který může onu úzkost mít za následek. Jako porucha je vnímána zejména v tom momentě, kdy úzkostné stavy negativně ovlivňují běžné fungování člověka, jsou intenzivní, provázejí je záchvaty paniky, jsou dlouhotrvající či objektivně neadekvátní situaci (Svoboda et al., 2006, s. 223). Úzkost a jí příbuzné symptomy jsou součástí i některých poruch osobnosti, které jsou, vzhledem ke svému celoživotnímu charakteru, přítomny samozřejmě i ve starším věku. Jde např. o anxiózní (vyhýbavé), závislé či obsedantně-kompulzivní poruchy. V rámci nich mohou dotyční připadat okolí odtazítí, stažení do sebe, nejistí, s pocity méněcennosti či bezmoci apod. (Mordekar & Spence, 2008). Spjatá je ve vyšším věku úzkost například i s patologickým, kompulzivním hromaděním věcí či zvířat a tzv. Diogenovým syndromem. Ty se projevují mj. neschopností vyhodit věci jednou přinesené domů (ze snahy neplýtvat, či z představy, že by se „mohly někdy hodit“), díky čemuž se hromadí odpadky a bezcenné věci, kterými se dotyčný obklopuje, aniž by se o ně dále staral, což výrazně narušuje soužití a vede k sociální izolaci. Tato závažná porucha souvisí s apatií, negativismem, zanedbáním hygieny a péče o sebe, svůj domov apod. (Roane, Landers, Sherratt, & Wilson, 2017).

Pro klinický pohled na úzkost je také jedním ze specifíků snaha o jasné a konkrétní rozlišování a klasifikace jevů s ní spjatých – autoři rozebírají úzkost v její realizaci a manifestaci. K tomu slouží například deskriptivní diagnostické systémy, přičemž nejznámějšími jsou především dvě obsáhlé publikace – spíše v Evropě

používaná Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10; Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2008) a více v zámoří užívaný modernější Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM-V; American Psychiatric Association, 2013). Vzhledem k tomu, že detailnější popis jednotlivých poruch a jejich projevů dle těchto klasifikací by byl značně redundantní a věnují se mu mnohé jiné práce (např. Hourová, 2013; Karásková, 2012; Najbrtová, 2015; Pokorná, 2014; Záplatová, 2015), vystačíme si zde s přehledem rozlišovaných relevantních poruch a jejich dělení v MKN-10 a v DSM-5. Existují ovšem mimo jiné i tzv. transdiagnostické přístupy snažící se o jiný náhled, např. kvantitativně hierarchický model či Bernbaumův model emočních poruch, kterým se více věnuje ve své práci Pokorná (2014, s. 9–15).

V MKN-10 se v kontextu úzkosti jedná o konkrétní poruchy v kategorii F40–48 (Neurotické stresové a somatoformní poruchy), zejména F40–F41. Poruchy v těchto kategoriích, jako obsedantně kompulzivní porucha, posttraumatická stresová porucha, fobické úzkostné poruchy či disociativní poruchy nejsou pro problematiku geriatrické úzkosti z pohledu této práce příliš relevantní. Tématicky a obsahově nejbližší jsou jí poruchy z kategorie F 41 Jiné anxiózní poruchy:

- F 41 Jiné anxiózní poruchy
 - Panická porucha (epizodická záchvatovitá úzkost)
 - Generalizovaná úzkostná porucha
 - Smíšená úzkostná a depresivní porucha
 - Jiné smíšené úzkostné poruchy

V DSM-V se mezi úzkostné poruchy řadí následující, které třídí vývojově od nejranějších: argumentem pro toto třídění je mj. to, že některé úzkostné poruchy vznikají v dětství a pokud nejsou léčeny, bývají perzistentní (American Psychiatric Association, 2013, s. 189; v závorce odpovídající kód u MKN-10):

- 309.21 (F93.0) Separační úzkostná porucha
- 312.23 (F94.0) Selektivní mutismus
- 300.29 (F40.2) Specifické fobie
- 300.23 (F40.1) Sociální fobie
- 300.01 (F41.0) Panická porucha
- 300.22 (F40.00) Agorafobie
- 300.02 (F41.1) Generalizovaná úzkostná porucha
- 293.84 (F06.4) Organická úzkostná porucha

- 300.09 (F41.8) Jiné určené úzkostné poruchy
- 300.00 (F41.9) Úzkostná porucha nespecifikovaná

Pro zjištění některých dalších charakteristik, specifik a informací ohledně problematiky úzkosti se zdá být neefektivnější využití aktuálních meta-analýz srovnávajících výsledky z většího množství jednotlivých studií. Tak je možnost se díky nim například ujistit, že úzkost nemusí být jen aktuálně prožívaným pocitem vedoucím ke stavu momentálního diskomfortu, ale dle výzkumů může být spjatá i se závažnějšími nemocemi, poruchami, stavy či traumaty. Jedna z meta-analýz článků týkajících se tohoto problému ukazuje na spojitost a komorbiditu úzkosti (zejména generalizované úzkostné poruchy (GAD), panické poruchy a obsesivně kompulzivní poruchy (OCD)), kdy určité procento lidí s daným problémem trpělo zároveň úzkostí. Komorbidita tak byla celosvětově nalezena například se závislostním chováním (s abúzem látek 2–67 % dotčených, s patologickým gamblingem 37,4 %, u kompulzivního užívání počítačů 23,3 %), s bipolární poruchou u 13–28 % lidí, se schizofrenií 12,3 %, s OCD 30,7 %, roztroušenou sklerózou 32 %. Dále s kardiovaskulárními poruchami 10,9 % dotčených, s nádorovými onemocněními 15–23 % (v pozdějších fázích 69–79 % nemocných), s plicními nemocemi 32–57 % (v pozdních fázích 51–75 %), s cukrovkou 1,4–15,6 %, v pozdních fázích AIDS 8–34 %, u amputací 25–50 %, u sexuálního zneužití 2–82 %, u homosexuálních mužů 3–20 % a u žen 3–39 %, u sebepoškozujících se lidí 35 % (Remes et al., 2016). Tématu komorbiditě úzkosti se v rámci této práce věnuje samostatná kapitola níže.

Vzhledem k častému samostatnému výskytu a komorbiditě úzkosti, jak bylo probíráno výše, vyvěrá otázka, jak ji léčit či umenšit. Častými nástroji k redukci úzkosti jsou psychofarmaka a některé psychoterapie či relaxační techniky. Pro základní přehled je v tomto velmi užitečná komplexní meta-analýza z roku 2015 (Bandelow et al., 2015), která prezentuje nejčastěji používané léky a metody a jejich úspěšnost při léčbě úzkosti (se zaměřením na GAD, panické poruchy a sociální fobii), k čemuž využila výsledků 234 studií s celkem 37 333 pacienty. Pořadí nejúčinnějších metod k terapii úzkosti je následující (n = počet studií, d = pre-post effect size: Cohenovo d; CI = 95% interval spolehlivosti):

1. SNRI – inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu, zejména Venlafaxin; n = 23, d = 2,25, CI = 1,94–2,57;

2. užívání benzodiazepinů – Delorazepam, Bromazepam, Diazepam, Lorazepam; $n = 42$, $d = 2,15$, $CI = 1,86-2,44$;
3. kombinace KBT a medikace; $n = 16$, $d = 2,12$, $CI = 1,66-2,59$;
4. SSRI – inhibitory zpětného vychytávání serotoninu; zejm. Escitalopram, Paroxetin, Sertralin; $n = 62$, $d = 2,09$, $CI = 1,89-2,35$;
5. TCA – tricyklická antidepresiva, zejm. Opipramol, Clomipramine, Imipramine; $n = 15$, $d = 1,83$, $CI = 1,43-2,21$;
6. mindfulness; $n = 4$, $d = 1,56$, $CI = 1,20-1,92$
7. relaxační techniky; $n = 17$, $d = 1,36$, $CI = 1,08-1,64$;
8. individuální KBT s expozicí; $n = 93$, $d = 1,3$, $CI = 1,19-1,41$;
9. placebo pilulka; $n = 111$, $d = 1,29$, $CI = 1,14-1,44$;
10. cvičení; $n = 3$, $d = 1,23$, $CI = 0,58-1,88$;
11. skupinové KBT; $n = 18$, $d = 1,22$, $CI = 0,95-1,49$;
12. psychodynamická terapie; $n = 5$, $d = 1,17$, $CI = 0,81-1,54$;
13. terapie, které nejsou tváří v tvář – např. terapie přes internet, svépomocné knihy; $n = 33$, $d = 1,11$, $CI = 0,98-1,23$;
14. psychologické placebo; $n = 16$, $d = 0,83$, $CI = 0,54-1,12$;
15. umístění na čekací listinu; $n = 50$, $d = 0,2$, $CI = 0,12-0,28$;

Zajímavostí výsledků této meta-analýzy je mj. nepříliš velký rozdíl mezi psychoterapiemi a placebo pilulkami, či (s možnými důsledky pro praxi) lepší výsledek individuální KBT než skupinové. Při využití psychofarmak k léčbě je nutné brát v potaz zejména možné vedlejší účinky, například závislost, nadužívání, narušení metabolismu či abstinenční příznaky, popř. i nedostupnost daných léků. Při léčbě úzkosti je tak nutno vždy vyvážit benefity a rizika pro pacienta, která plynou z užívání daných léků (Bandelow et al., 2015). Tato problematika souvisí i s potížemi a specifiky jednotlivých oblastí lidského života, kterým budou věnovány další kapitoly této práce.

1.2 Úzkost z filozofického pohledu

Pohled na úzkost jakožto poruchu, který by se dal označit za spíše klinický, jenž byl rozváděn v předchozí kapitole, není jediný možný. Nabízí se pohled filozofie, ve kterém má úzkost jinou historii a kontext (v mnohém je spjatá s existencialismem), specifika, témata, význam, projevy či důsledky, více se zabývá bytím člověka jako takovým, jak bude stručně probíráno v následujících odstavcích. Zdá se tak, že ačkoliv

oba pohledy používají stejný termín úzkost, obsahově jde o odlišné jevy, které se mohou odlišovat mimo jiné mírou patologičnosti, jasnosti kritérií a vlivem na daného jedince. V kontextu práce se seniory se mohou oba přístupy prolínat, být využity v péči o dotyčného, a je tak záhodno se podívat na oba zmíněné přístupy, najít společné a rozdílné, a potenciálně i vyvodit důsledky pro praxi.

V této souvislosti například Stralczyńska ve své bakalářské práci píše, že: *„Úzkost doprovází v nějaké míře každé rozhodnutí, jež v sobě nese prvky nejistoty. Je spojena s vědomím vlastního já a vlastní konečnosti, doprovází i otázky existenciální a naše konečnost, nesoucí jednu z největších nejistot lidského života, může vést k úzkosti existenciální. Pokud nepřekročí jedincem nepřijatelnou mez, může být doprovázena zvýšením pozornosti a vnímavosti vůči většímu počtu podnětů, lepším zapamatováním detailů, povzbuzuje tvůrčí schopnosti a může jedince dovést k originálnímu řešení problému.“* (Stralczyńska, 2015, s. 9). Ačkoliv je z pohledu filozofie dáván do souvislosti s úzkostí nejvíce a nejčastěji relativně moderní směr existencialismu, bylo by mylné se domnívat, že se dříve úzkost nevyskytovala, nebyla rozpoznávána a léčena. Crocq ve své práci (2015) nachází zmínky o úzkosti či úzkostných poruchách (zejména o fobii, nadměrných obavách, ruminaci aj.) i u antických filozofů, například Cicera, Seneky, Hippokrata či Epikúra, jejichž následné terapeutické pokusy léčby úzkosti se dle Crocqua podobají dnešní kognitivní psychoterapii. Poznává také, že po období antiky přišla doba několika staletí, během kterých se koncept úzkosti jako nemoci v psaných záznamech nevyskytuje, a pacienti s úzkostí bývali diagnostikováni pomocí jiných termínů (Crocq, 2015).

Například Crowell (2017) za výše zmíněný existencialismus označuje filozofický směr převážně 20. století, který se zabývá tématy, jako je svoboda, bytí, odcizení, prázdnota, autenticita, hodnoty, smysl života aj., jehož základy jsou ale spjaty s dřívějšími autory jako jsou Søren Kierkegaard či Friedrich Nietzsche. Mezi nejvýznamnější myslitele tohoto směru je pak patří například Jean-Paul Sartre, Karl Jaspers, Martin Heidegger, Martin Buber, Maurice Merleau-Ponty, Simone de Beauvoir, Albert Camus aj., kteří měli významný dopad i na oblast teologie (např. na Rudolfa Bultmanna, Paula Tillicha, Karla Bartha a jiné) a psychologie (např. na Ludwiga Binswanger, Medarda Bosse, Otto Ranka, R. D. Lainga, Viktora Frankla aj.; Crowell, 2017). Jedním z pojmů, kterému se existencialisté věnují, je právě úzkost, a sice úzkost existenciální, kterou například Krátká definuje jako: *„Nepříjemný emoční stav související s uvědoměním si základních existenciálních skutečností, jako je konečnost,*

svoboda, existenciální osamělost a nahodilost.“ (Krátká, 2012, s. 16). Krátká se snaží i stručně shrnout názhledy některých existenciálních filozofů, kteří se takto vnímanou existenciální úzkostí zabývali. Podle ní tak např. Kierkegaard pojímal úzkost jako součást života, která člověku umožňuje růst a svobodu, spjatou s děsem z nebytí a osamělostí, přičemž bránění se této úzkosti vede k nespokojenému životu. Podle Nietzscheho se skrz konfrontaci této úzkosti realizuje smysl života člověka pomocí sebepřesažení, zdokonalování se, a konečnost, svobodu či osamělost vnímá jako zdroje růstu. Krátká též uvádí, že Heideggerova koncepce autentického bytí předpokládá vzít na sebe tíhu existence, osamělost a konečnost, a svobodně rozvrhovat své možnosti v daném čase (tamtéž, s. 19). Dle Sartra je tato úzkost bytostná danost člověka, v níž si je sám sebe vědom; reakcí na jeho svobodu a důsledek jeho odpovědnosti; nevyhnutelné a neoddělitelné určení člověka uvědomujícího si svobodu volby mezi možnostmi světa; stav lidského sebeuvědomění či projev neustálé nejistoty z nenaplnění sebeprojektu jakožto rozvrhu svého budoucího jednání (Kiššová, 2014, s. 24). Názhledy některých existenciálních filozofů a psychologů prezentuje i Iacovou (2011), která ale zejména porovnává rozdíly mezi úzkostí existenciální a neurotickou – úzkostí z pohledu filozofie a psychologie. Pro existenciální úzkost je tak podle ní typické to, že je nevyhnutelná, normální, naučná, metafyzická (spjatá se strachem z volby), rozptýlená (není jasný zdroj nebezpečí), podporuje růst, je každodenním bojem, je jí potřeba přijmout, a je orientovaná na svobodu. Naopak neurotická úzkost je podle ní vyhnutelná, patologická, destruktivní (zneschopňuje člověka), ztělesněná (má projevy spjaté s napětím nervového systému apod.), zaměřená na něco konkrétního, nepodporuje růst, ale spíše redukci, má pravidelné extrémy, je potřeba ji odstranit, a je orientovaná na bezpečí. Prezentuje i model, podle kterého je lidská odpověď na normální a existenciální úzkost, která je nevyhnutelná, individuálně ovlivněná například životními událostmi, citlivostí vůči úzkosti, hodnotami, možnostmi adaptace, vědomím a schopnostmi umožňujícími překonat životní paradoxy. To následně ovlivňuje, jak bude tato úzkost zpracována – pokud úspěšně, tak povede k individuálnímu růstu, poučení, uvědomění si možností volby a vlastní svobody. Pokud neúspěšně, tak může vést k tvorbě obran a odporů sloužících k vyhnutí se původní existenciální a normální úzkosti, což podle Iacovou vede k jejich transformaci do neurotické úzkosti, která, pokud není zpracována a pochopena, vede ke stagnaci, rigiditě, zranitelnosti a omezením v životě; v opačném případě může dotyčnému opět poskytnout životní obohacení a růst (Iacovou, 2011). Nutno ovšem poznamenat, že v extrémním případě může ve finále existenciální či

duchovní úzkost vést k pocitům beznaděje, bezsmyslnosti, viny, ztráty důstojnosti, utrpení, deprese, krizi víry, či snaze o urychlení smrti, což jsou témata a problémy nejen pro starší populaci velmi relevantní (Pachana, 2016, s. 1744).

Z této stručné exkurze do náhledů na existenciální úzkost je patrné, že je z filozofického hlediska, na rozdíl od úzkosti neurotické či patologické, vnímána převážně jako něco pro člověka pozitivního, žádoucího, co mu umožňuje duševní růst, zlepšení chápání sebe a světa, uvědomění si vlastní svobody a zodpovědnosti aj. Výše zmíněný model, který představuje Iacovou, je pak možno, s určitými rezervami, vnímat jako pokus o propojení obou přístupů, které zde jsou popsány – filozofický a klinický. Problematické je na něm samozřejmě minimálně to, že neurotická úzkost by podle něho měla jako základ nějakým způsobem nezpracovanou existenciální či normální úzkost, jak je ale probíráno v dalších kapitolách této práce, etiologie úzkostí může být různorodá.

1.3 Etiologie a dopady úzkosti dle bio-psycho-socio-spirituálního modelu

V této kapitole a jejích podkapitolách budou probírány jednotlivé oblasti lidského života, které mohou s úzkostí, nejen geriatrickou, souviset. Schematicky bude tento popis sledovat bio-psycho-socio-spirituální model člověka a tyto jednotlivé oblasti, které se ho pokouší zachytit v celé jeho individualitě, šířce a hloubce existence. Je zde tak možno využít témat zmíněných již v předchozích částech této práce, a to jak z psychologického, tak i z filozofického pohledu, přičemž bude kladen důraz na to, jak jednotlivá oblast může zapříčinit (nejen) geriatrickou úzkost, a jaké dopady může na onu oblast úzkost mít.

Bio-psycho-socio-spirituální model, který je zmiňován minimálně posledních 20 let (více např. Bishop, 2009; Sulmasy, 2002), byl zvolen i z toho důvodu, že se snaží detailněji obohatit klasický medicínský a biologický přístup o další oblasti lidského života. Jednak o vlastní psychiku a duševní život dotyčného, tak i o jeho sociální zázemí a prostředí, ale i o duchovní stránku – religiozitu a spiritualitu, která zejména ve stáří a mj. s blížící se smrtí nabývá na významu. Společně vytváří integrativní model snažící se pokrýt široké spektrum možných potřeb a relevantních oblastí ovlivňujících život člověka. Jeho výhodou je i implicitní mezioborovost, kde se prolínají poznatky z různých oblastí, což poskytuje lepší a reálnější obraz člověka. Může pomoci rozeznat

souhru zdravotního stavu a medicínské péče, psychologické adaptace na aktuální stav, sociální kontext, ve kterém je stav prožíván, a jaká je spirituální či duchovní interpretace životních okolností daného jedince (Pachana, 2016, s. 794). To pak má v ideálním případě za následek i lepší péči o dotyčného a rozšíření možností, jak mu pomoci.

Při zaměření se na etiologii úzkosti jako takové lze vidět, že ji provází mj. různé biologické a psychologické teorie, které je možné rozdělit a stručně shrnout do několika klasických směrů. Nabízí se též v krátkosti aplikovat teze a hlavní princip vzniku úzkosti u těchto směrů na téma této práce – geriatrickou úzkost. V následujících podkapitolách pak budou tyto i další oblasti, rozčleněné do jednotlivých součástí bio-psycho-socio-spirituálního modelu, probírány detailněji.

- Biologický směr
 - Biologická teorie vzniku úzkosti se zabývá zejména relevantními orgány a žlázami, mozkovými centry, neurotransmitery či genetikou. Na úzkost a její prožívání mají dle výzkumů vliv mj. hypotalamus, amygdala, hyperaktivita locus coeruleus, hipokampus, hypofýza či nadledviny produkující hormony. Vliv má též zvýšená hladina adrenalinu, noradrenalinu, dopaminu a serotoninu či snížení GABA inhibující centrální nervový systém (Smolík, 2002, s. 247–248; Steimer, 2002; Záplatová, 2015, s. 20–27).
 - Přirozené nebo z různých důvodů změněné fungování výše jmenovaných (např. nádory mozku, endokrinní poruchy, záněty, toxické stavy) ovlivňuje úzkost napříč lidským životem. Tento směr tak hraje velkou roli i ve stáří, kdy může správná farmakologická léčba prožitky úzkosti výrazně zmírnit. Zároveň uvědomění si teoreticky možného základu úzkosti v biologických změnách u jedince může být i apelem na jeho nepodceňování a důležitost řádného vyšetření.
- Psychodynamický směr
 - Úzkost obecně pojímá například jako následek nakumulování fyzické tenze sexuální povahy (např. kombinace hysterie a sexuální abstinence) či poruch a traumat v sexuálním životě v minulosti i přítomnosti. Dále prožívané viny kvůli tomu, co udělal, i když neměl (potlačování vlivu superega, nízká sebekontrola); jako součást obranných mechanismů (přesun, přenos, vytěsnění), nedostatečného

náhledu na intrapsychický konflikt v nevědomí; prožitek spjatý s nepřijetím či odmítnutím v mezilidských vztazích; či jako obava ze ztráty něčeho osobně hodnotného (Freud, 1912, s. 77, 186; Lorand, 1944, s. 255; Pokorná, 2014, s. 35–40; Spielberg, 1966, s. 11–12).

- Při aplikaci těchto tezí na geriatrickou úzkost by její příčinou mohla být dle psychoanalýzy například dřívější či současná sexuální porucha či frustrace (např. z nedostatku sexu, snížení jeho kvality či libida, absence partnera), regrese, vytěsnění, přílišně ochranná či trestající výchova. Také výčitky svědomí kvůli minulým či současným událostem nebo prožitým zkušenostem, zhoršení mezilidských vztahů (neúcta a nepochopení druhých, opomíjení potřeb, snížení možnosti komunikace apod.), či obava ze ztrát (blízkých, bydlení, jistot, vlastního života).

- Behaviorální směr

- Nahlíží na úzkostné poruchy jako naučené reakce v důsledku nepříjemných zkušeností či sociálního učení, kdy pomocí teorie klasického a operantního podmiňování přichází v kontextu úzkosti například s konceptem útěků a vyhýbání. Ty jsou víceméně naučenou reakcí, jež vedou ke snížení úzkosti v nepříjemných situacích, zvýšení pocitu kontroly, čímž sami sebe posílí (vyhnutí se nepříjemnému jako odměna) a stanou se základem pro budoucí copingové strategie v podobných, předvídaných a očekávaných situacích (Ayers & de Visser, 2015, s. 467; Dymond & Roche 2009; Smolík, 2002, s. 248).

- Geriatrickou úzkost by tak behaviorální teorie vysvětlovala jako naučenou reakci například imitováním úzkostných projevů ostatních; přesunutím úzkosti z něčeho přirozeně nepříjemného (např. úraz) podmiňováním na jiný (i objektivně neškodný) podnět či zevšeobecnění této úzkosti. To pak může vést k výše zmíněnému vyhýbavému chování za účelem snížení úzkosti, k čemuž mohou být senioři náchylnější, zejména pokud vezmeme v potaz potenciálně vyšší obavu o své tělo, které je ve stáří křehčí a hůře se z případných úrazů léčí.

- Kognitivní směr
 - Pracuje s konstruktem schémat, která mají vliv na identifikaci, interpretaci, kategorizaci a vyhodnocení zkušeností a zážitků. Jejich změna či náprava bývá náročná, jsou ovlivněná předsudky a zkreslením informací, přičemž následně vytváří reprezentace, přesvědčení a pohled mj. na sebe, svět a budoucnost. Hrát roli může i určitá náchyllost, vulnerabilita (genetická či psychická), či vnitřní nastavení na chronickou negativitu, sloužící jako emoční příprava na předjímané nejhorší konce různých událostí. Během prožitku úzkosti jsou nejmarkantnější schémata a zkreslení spjatá s pocity ohrožení, nebezpečí a bezmocnosti. Opakovanou aktivací převážně negativních schémat se tato posilují, zautomatizují a více generalizují na vlastní jednání a osobu. To může mít za následek oslabení kognitivní kontroly nad emocemi, repetitivní myšlenky, na které nemusí umět adekvátně reagovat, celkové zúzkostnění dotyčného a vznik nereálných obav či samotné úzkostné poruchy (Behar, DiMarco, Hekler, Mohlman, & Staples, 2009; Clark & Beck, 2010; Newman, Llera, Erickson, Przeworski, & Castonguay, 2013; Wells, 2005)
 - Úzkost ve stáří by tak vysvětlovala kognitivní teorie jako následek minulých nebo současných negativních myšlenkových schémat, přesvědčení a interpretací dotyčného vyvolávajících úzkost. Též nereálná, iracionální nebo katastrofická očekávání, či přílišné obavy a starosti (s klasickým konceptem „strach ze strachu“/ „obava z obavy“, tzv. „meta-worries“ či model metakognice) spjaté i s přílišným sebezpozorováním a opatrností či (i apriorní) nedůvěrou.
- Humanistický směr
 - Tento pohled pracuje s tím, jak člověk vnímá sebe sama. Úzkost může vzniknout z nedostatečného sebepřijetí, nepřijetí vlastní jedinečnosti a subjektivity, nereálných očekávání a neuspokojení základních či vyšších potřeb. Dále z odmítání a popírání svých vlastních přání, tužeb, cílů či emocí, rezignací na osobní růst a přijetí osobní zodpovědnosti; z nevyrovnávání se s tématy smrti, svobody, izolace a smyslu života. Může být způsobena i tvrdým kritizováním dotyčného v mládí či dětství a nuceným podřízením se požadavkům okolí –

nedostatkem bezpodmínečného pozitivního přijetí. Nevnímá ovšem úzkost jen čistě negativně, ale i jako motivátor ke změně chování, soustředění, či podniknutí kroků k vyřešení problémů (Churchill et al., 2010).

○ Všechna tato témata se mohou dotýkat i úzkosti ve stáří, přičemž mnohá mají podobnost i s probíraným filozofickým pohledem. Byla by tak následkem například neuspokojení některých důležitých potřeb dotýčného či objektivní nemožnosti je vůbec uspokojit, nebo nevyhovující výchovy v mládí, zklamání z života či z okolí nebo neadekvátních představ o něm, přílišných očekávání od sebe nebo od druhých, utíkání a vyhýbání se důležitým životním a existenciálním otázkám apod.

Je možné prezentovat i integrativní pojetí od Wolfého (Wolfe, 2005, s. 65) zahrnující 3 oblasti, kterým se jednotlivé modely věnují: povahu, etiologii a trvání úzkosti. Ty shrnuje do těchto 10 bodů:

Povaha úzkosti

1. Prožitek úzkosti v reakci na ohrožení je dán evolučně. Lidé jsou naprogramováni k automatické reakci v situaci ohrožení, úleku, bolesti.

2. Úzkostné poruchy lze v určitém smyslu chápat jako nesprávné nebo zkreslené použití normální úzkostné reakce, tzn. jedinec prožívá úzkost buď ve chvílích, kdy by ji prožívat neměl, nebo v intenzitě, která není úměrná dané situaci.

3. Úzkost zahrnuje anticipaci nebezpečí, bolesti nebo katastrofy.

4. Úzkost zahrnuje strach z nekontrolovatelných událostí, což zahrnuje i pocit, že jedinec nad sebou ztrácí kontrolu.

Etiologie

5. Výrazný podíl na rozvoji úzkostných poruch má genetická predispozice.

6. Významný podíl na rozvoji úzkostných poruch má bolestná nebo traumatická zkušenost.

7. Významný podíl na rozvoji úzkostných poruch má nedostatečné self-efficacy týkající se schopností zvládnout požadavky dané situace.

Trvání

8. Na přetrvání úzkostné poruchy se podílejí vyhýbavé strategie chování, díky kterým se jedinec vyhýbá obávaným podnětům, situacím, myšlenkám nebo pocitům.

9. Přetrvávání základního problému, ať už je chápán jako nevědomý konflikt, trvalý vzorec chování, dysfunkční kognitivní/emoční schéma nebo neurobiologické funkce.

10. Nadměrné zaměření pozornosti na sebe samého.

1.3.1 Biologická oblast

Jako první se budeme věnovat biologické oblasti, která je díky spříznění s medicínou spjatá s mnohými objektivními poznatky, k čemuž přispívá i technologický rozvoj společnosti a lidstva jako takového, umožňující sledování dříve nepoznaných jevů ovlivňujících člověka a jeho chování.

Vzhledem ke své povaze se tato oblast věnuje úzkosti zejména z pohledu konkrétních orgánů člověka a jejich vztahu k úzkosti. Často zmiňované jsou v této souvislosti funkce různých částí mozku a nervového systému či vliv hormonů a konkrétních neurotransmiterů na prožívání úzkosti. To všechno jsou povětšinou jevy, kterých si člověk sám není vědom, ovšem v případě nutnosti je díky technologickému pokroku dokáže do určité míry ovlivnit.

Detailní a přehledný popis biologických faktorů na úzkost nabízí práce Záplatové (2015) a Martinové a kol. (Martin, Ressler, Binder, & Nemeroff, 2009), které vyjmenovávají jednotlivé relevantní oblasti lidského tělesného systému a jejich vliv na úzkost, jejichž poznatky budou v následujících odstavcích prezentovány. Zmiňována je funkce vegetativního nervového systému, ovlivňujícího mnohé tělesné funkce (inervace hladkého svalstva, srdečních svalů, žláz s vnitřní sekrecí...), jehož součástí je mimo jiné sympatikus a parasympatikus. Sympatikus je aktivován při ohrožení a při stresu, nabudí organismus, zvýší tep a zpomaluje trávení. Vylučuje neurotransmitter noradrenalin a adrenalin z dřene nadledvin, o kterých bude pojednáno i dále. Parasympatikus působí proti sympatiku a naopak organismus uklidňuje za účelem načerpání energie – uklidňuje dech, roztahuje cévy a zrychluje trávení.

V centrálním nervovém systému jsou relevantními oblastmi limbický systém a hypotalamus. V limbickém systému hraje v tomto kontextu největší roli amygdala a hipokampus, které ovlivňují emoční chování člověka a jeho vyjádření, vyhodnocování úzkostné reakce, citlivost na stres, odolnost vůči úzkostným a emočním poruchám,

pozornost a interpretaci podnětů, kterou mají tendenci vyhodnocovat jako ohrožující. Mají vliv i na vnější emoční a behaviorální odpovědi, též na vytváření a vybavení emočních paměťových stop (i těch spjatých se strachem), motivování, rozpoznání hrozby a regulaci emocí. Hypotalamus plní mimo jiné funkci neuroendokrinní. Řídí sekreci hormonů v hypofýze látkami tlumícími, či uvolňujícími. Také je senzoryckými orgány informován o změnách v prostředí, na něž může reagovat ovlivněním termoregulace, obranných reakcí, sexuálního chování či příjmu živin. Je též součástí osy hypotalamus – hypofýza – kůra nadledvin, která reaguje na veškerý stres vyloučením kortikoidů z kůry nadledvin.

Co se týče neurotransmiterů, pro úzkost jsou podle práce Záplatové relevantními následující – GABA (kyselina gama-aminomáselná): inhibiční mediátor, jehož nižší koncentrace je u pacientů s panickou poruchou. Dále acetylcholin, který mj. ovlivňuje tvorbu paměťových stop, činnost trávicího systému, vnímání bolesti a agresivitu, podobně jako serotonin (ten k tomu navíc ovlivňuje náladu, spánek, příjem potravy a sexuální chování). Katecholaminy (noradrenalin, adrenalin a dopamin) mají vliv na pozornost, spánek či náladu a aktivitu srdce a cév, přičemž adrenalin je více vylučován při nových, neznámých stresových situacích, zatímco noradrenalin naopak při již známém emočním stresu, oba zvyšují srdeční aktivitu a krevní tlak (Záplatová, 2015, s. 20–27).

Studie Vinkové nabízí možné shrnutí biologických rizikových faktorů pro vznik úzkosti, které rozděluje do několika kategorií: chronické nemoci (Parkinsonova nemoc, demence, kognitivní postižení, vyšší počet dlouhodobých onemocnění), vaskulární faktory (problémy v kardiovaskulární a cerebrovaskulární oblasti, ateroskleróza, hyperintenzita v bílé hmotě, problémy s tlakem), zdravotní stav (chabý celkový stav, nové nemoci, problémy se spánkem, málo aktivit/ cvičení). Také špatné užívání léků či užití psychotropik, prožívání bolesti, negativní vnímání vlastního zdraví, funkčně omezující postižení, poškození zraku a sluchu, genetické faktory (APOE-E4 alely a psychiatrické nemoci v rodině) či špatné návyky (kouření, alkohol, obezita; Vink, Aartsen, & Schoevers, 2008). Souvislost s konzumací alkoholu se dle některých autorů jeví být nejasná, například v italském výzkumu starších seniorů bylo zjištěno, že lidí konzumujících více než 1 jednotku alkoholu denně (cca 125 ml vína, 330 ml piva nebo 40 ml tvrdého alkoholu) měli i více úzkostných symptomů, u abstinentů v tomto ohledu nebyla nalezena žádná významná spojitost. Na druhou stranu ale podle autorů bývá pití alkoholu spjata se sociálním sduřováním či je vnímán jako druh samoléčby, což může

úzkostné symptomy snižovat. U úzkosti mohou mít roli i vedlejší efekty léků (např. antidepressiva, léky proti vysokému tlaku), které imitují úzkostné symptomy (nespavost, horší koncentrace), čímž znesnadňují její řádnou identifikaci (Forlani et al., 2014).

Shrnutí etiologie úzkosti z pohledu biologické teorie nabízí i Smolík (2002, s. 247–248) či Steimer (2002), dle kterých úzkost zapříčiňuje nadměrná vegetativní reaktivita vlivem tonu sympatiku, zvýšené vyplavování katecholaminů, serotoninu a dopaminu, hyperaktivita locus coeruleus, snížení GABA a inhibice CNS, snížení latence REM a 4. stádia spánku. U obsesivně-kompulzivní poruchy snížení metabolismu v gyrus orbitalis, nukleus caudatus a gyrus cinguli, zvýšený průtok krve pravým parahipokampem (u panických stavů) či frontálním lalokem (při úzkosti), nebo i prolaps mitrální chlopně v srdci. Jako jiné somatické a neurologické příčiny uvádí neurologické poruchy (epilepsie, migréna, nádory mozku...), systémová onemocnění (anémie, hypoxie, kardiovaskulární nemoci), endokrinní poruchy (dysfunkce štítné žlázy, nadledvin, hypofýzy). A také záněty, nedostatek vitamínů (B3, B12), toxické stavy (amfetaminy, těžké kovy, sulfonamidy, abstinenční stavy), nebo i jiné stavy (hypoglykémie, urémie, u mladších žen premenstruační syndrom...).

Důsledky úzkosti na biologickou stránku člověka a její vztah k vážným zdravotním problémům probírá například meta-analytická studie Remese a kol. (2016), jejíž výsledky budou v dalších odstavcích nastíněny. Podle autorů se úzkost často vyskytuje v souvislosti s kardiovaskulárními onemocněními – cca 10 % pacientů s onemocněním srdce trpí i GAD (generalizovanou úzkostnou poruchou). Důsledkem úzkosti jako takové může být jak snížení, tak i zvýšení krevního tlaku a srdečního tepu. Kvůli tomu je spojována s vlivem na srdeční selhání a předčasné úmrtí, ischemickou srdeční poruchou, bolesti na hrudníku či infarkt myokardu (po jehož prodělání jsou GAD a fobie zároveň nejčastější úzkostnou poruchou). Úzkost je spojována též s rakovinou, u které se majoritně vyskytuje zejména v pozdějších fázích onemocnění, přičemž vyšší výskyt je u pacientů léčených chemoterapií, než u léčených radioterapií (což může být ovlivněno nežádoucími vedlejšími následky těchto metod). Vyšší úzkost oproti kontrolní skupině vykazovali i jedinci, kteří prodělali rakovinu před 2 a více lety, kdy zároveň téměř polovina partnerů těchto jedinců trpěla úzkostí.

Při řešení otázky, zda úzkost může zapříčinit nějaké vážné zdravotní problémy, je nutné rozlišovat příčiny a důsledky. Jak bylo probíráno výše, úzkost s vážnými zdravotními problémy často souvisí. Ovšem někdy je spíše následkem primárního onemocnění (diagnóza může vést k úzkostlivosti a nadměrnému zabývání se nemocí a

problémy s ní spjatými). Na druhou stranu ale může být příčinou v tom smyslu, že svým vlivem vede k takovému životnímu stylu či způsobu chování (např. kouření, alkohol, drogy, přejídání), které může mít za následek samotný zdravotní problém. Konkrétně například podle Forlani a kol. (2014) se může senior mající strach z pádů vyvarovat pohybu, aby pádu předešel, tím se mu ale zvýší riziko nemocí spjatých se sedavým způsobem života (např. problémy se srdcem, dýcháním, cukrovkou), snížení tělesné zdatnosti, a nakonec i k pádu a zranění.

1.3.2 Psychologická oblast

Další z oblastí, kterou úzkost nepochybně ovlivňuje a jí ovlivňována, je psychika dotyčného jedince. Etiologii úzkosti z pohledu různých psychologických teorií byla věnována pozornost v dřívějších kapitolách, zde budou zmíněny specifické psychologické fenomény, které jsou s ní dávány do souvislosti. Mnohé z nich mají přímo či nepřímo vztah i k sociální oblasti, která ale bude detailněji probírána dále v práci.

Stralczyńska (2015) ve své práci zmiňuje z těchto psychologických faktorů ovlivňujících prožívání úzkosti například vliv copingových strategií (zaměření na emoce, na řešení problému, sebeobviňování, ruminace, katastrofalizace, pozitivní přerámování atd.), nižší nastavení frustrační tolerance, nedostatečné adaptační schopnosti. Dále Seligmanův fenomén naučené bezmocnosti (série negativních událostí vedoucí ke krátkodobému či dlouhodobému pocitu bezmoci, což ovlivňuje optimistické či pesimistické nastavení jedince), vyhýbavý osobnostní typ, či pocity naděje, bezpečí a jistoty, které úzkostní lidé postrádají.

Roli může též sehrát nízké sebepojetí a povaha dotyčného, emoční nestabilita, nadměrné zaměření na vlastní prožívání a negativní emoční vodítka, rigidní kognitivní schémata, úzkostnost jakožto náchylnost k úzkosti, neuroticismus, nedostatek odpočinku, podrážděnost, akumulace životních tragédií, špatné snášení kritiky, nadměrná touha po pochvale, stres, či vliv výchovy (Karásková, 2012; Pokorná, 2014).

Ohledně vlivu výchovy bývá zmiňována zejména nedostatečná citová podpora od rodičů, jejich negativní chování a nejistý attachment, což se například ukázalo ve studii 1974 francouzských seniorů být faktorem, jenž měl i po více než 50 letech souvislost s generalizovanou úzkostnou poruchou daných osob (Zhang et al., 2015). Tyto poznatky, které dávají do souvislosti špatný vliv rodičů a vznik úzkosti u jejich

dětí, jsou víceméně v souladu například s mnohými dynamickými modely úzkosti od Freuda, Horneyové, Biona, Bushe aj. (Pokorná, 2014, s. 35–40).

Pokud bychom chtěli dát tyto prvky do ucelenějších oblastí, tak Vinková například uvádí souhrnné psychologické rizikové faktory geriatrické úzkosti, mezi něž podle ní patří osobnostní rysy (externí locus of control, nižší dovednosti, neuroticismus, nízká extravertze, impulzivita), nefunkční copingové strategie a nedostatek self-efficacy, malé sebevědomí a síla ega, a psychopatologické symptomy a dřívější psychiatrická onemocnění (Vink et al., 2008). K těmto oblastem pak jde přiřadit některé z výše uvedených jevů, zastřešující kategorie by poté mohly být například osobnost člověka, jeho schopnost náhledu, usuzování, copingové strategie a vyrovnání se s emocemi, problémy, zkušenostmi a prožitými událostmi, a také kognitivní styl a výchova.

Proběhlé výzkumy se zabývají i souvislostí úzkosti a kvality života či well-beingu. Ten je například možno dělit na subjektivní well-being zaměřený na to, jak se dotyčný cítí, s intrapersonální (spokojnost, pozitivní a negativní emoce, optimismus, vitalita, sebevědomí) a interpersonální (pocit sounáležitosti, sociální podpora a uznání) dimenzí. Popřípadě psychologický well-being zaměřený na fungování jedince, taktéž s intrapersonální (autonomie, kompetence, zájem o učení, orientace na cíl, smysluplnost, resilience) a interpersonální (sociální angažovanost, péče, altruismus) složkou (Huppert et al., 2009). Výsledky některých výzkumů ukazují, jak by se dalo očekávat, že úzkost negativně ovlivňovala psychologický well-being, běžné fungování, celkovou spokojenost spjatou se zdravím a vnímanou kvalitou života (Revicki, Brandenburg, Matza, Hornbrook, & Feeny, 2008; Saraçlı et al., 2015). Dále to, že subjektivní a psychosociální well-being je ovlivněn mírou úzkosti dotyčného, přičemž zejména mělo vliv to, jak jedinci hodnotili své dovednosti a resilienci (Pachana, 2016, s. 1981). Nutno ovšem také poznamenat, že například ve starší britské studii 999 seniorů byl vliv úzkosti na kvalitu života nevýznamný (Bowling, Banister, Sutton, Evans, & Windsor, 2002). Konkrétnější návrhy a tipy je možno nalézt v norské studii 50797 dospělých (tudíž nejen seniorů), ve které měly ženy nižší úzkost, pokud se účastnily kulturních aktivit zaměřených na vnímání, např. návštěvy muzeí, divadel, koncertů, výstav, kin či sportovních aktivit, také pomáhala účast na společných setkáních, venkovní aktivity, tanec, cvičení či sportování. U mužů byly výsledky podobné (kromě tancování), navíc oproti ženám hrálo roli to, zda navštěvovali kostel/ kapli (Cuypers et al., 2012).

Pokud se zaměříme na další důsledky úzkosti na psychiku, které mohou být zároveň i jejími symptomy, jsou zmiňovány jevy jako je psychomotorická agitace, hypervigilance, nadměrné obavy (Martin et al., 2009). Ty je možné pomocí jiných výzkumů detailněji popsat jako intenzivnější prožívání emočních zkušeností, horší dostávání se ze špatných nálad a celkové negativnější naladění. Dále větší projevy úzkosti a smutku v reakci na emoční projevy druhých, pocity ohrožení svými emocemi a jejich neovládání, nespavost, podceňování vlastních schopností vyrovnat se s anticipovaným ohrožením (Newman et al., 2013). Mezi další patří i horší spánek, abúzus alkoholu (a následné riziko zvýšení agrese vůči druhým či sobě aj. problémy) a riziko sebevražd, popírání či bagatelizace symptomů (Forlani et al., 2014). V této souvislosti je ve starších výzkumech zmiňován strach úzkostných starších pacientů ze stigmatizace, což vede k nižší snaze řešit svoje psychické problémy, bagatelizaci a posléze poddiagnostikování, a i když se u nich ukazuje vyšší návštěvnost zdravotních zařízení, nebývá tato léčba specializovaná. Dotyční tak neřeší svoji úzkost u psychologů či psychiatrů, spíše se spokojí s užíváním antidepresiv předepsaných praktickým lékařem, což může vést k nežádoucím efektům zmíněným v předešlých kapitolách. Jejich obavy se týkají i postojů samotných doktorů, zejména ageismu či předpojatosti vůči seniorům (de Beurs et al., 1999). Z tohoto výčtu je tak logicky odvoditelné, že člověk s úzkostí je jí ovlivněn v mnoha oblastech, které je nutno při léčbě ošetřit či vyřešit: v běžném každodenním fungování, náhledu na svět a jeho interpretaci, pracovním procesu, a samozřejmě i ve vztahu k sobě i k ostatním, v sociálních vztazích, kterými se bude zbývat následující kapitola.

1.3.3 Sociální oblast

Třetí probíranou oblastí, která má vztah k úzkosti, je oblast sociální. Sem je možno zařadit vztahy s rodinou, kamarády, přáteli, kolegy, známými, ale i s cizími lidmi či obecněji vliv kultury a socio-ekonomického prostředí, ve kterém jedinec žije. Nutno podotknout, že zejména některé fobie, které spadají do úzkostných poruch, jsou přímo spjaté s druhými lidmi či cizím prostředím, a vztah k nim specifickým způsobem narušují. Gould například jmenuje 8 domén, kterých se týkají nadměrné obavy seniorů spjaté s úzkostí a sociální oblastí: obavy z maličkostí, z práce/školy, o rodinu, přátele, sociální vztahy, zdraví svoje a blízkých, a problémy společnosti či celého světa (Gould & Edelstein, 2010).

Při zaměření se na zmíněné vztahy je možno popsat, z jakých příčin vlivem daných vztahů úzkost vzniká a jaký má na ně dopad. Ve vztahu k rodině může být spouštěčem úzkosti rozvod, rozchod či hádky, nemoc či smrt člena rodiny či partnera, změna životní role a nároky s ní spjaté (u mladších žen např. mateřství), nespokojenost s rodinným soužitím a vztahy, mezigenerační problémy a nepochopení. Dále dlouhodobý stres, nevyhovující bydlení, finanční problémy, nezdravý životní styl a nedostatek zájmů, problémy v sexualitě, výchova v dětství (např. hyperprotektivní výchova), handicap, nebo i patologické jevy u některého ze členů jako abúzus alkoholu či drog, domácí násilí apod. Co se týče teoretických následků na rodinné vztahy, může úzkost způsobovat přetížení v rodině, podřízení se potřebám nemocného, vyčerpání z péče o něj a neustálého ujišťování nebo nepochopení choroby a kladení vysokých požadavků na úzkostného jedince, jeho bagatelizace (jeho osoby či obav) a neakceptování, snížení kontaktů s ním a jeho opuštění a izolace (Karásková, 2012, s. 40–42). Interakce s druhými může být úzkostí ovlivněna taktéž obavou z komunikace s nimi, z potkávání cizích lidí, anticipací například toho, že budou druzí dotyčného pozorovat a nějak negativně hodnotit (např. že je úzkostný, nudný, hloupý, slabý, šílený, špinavý apod.), mohou se bát, že druhé naštvou, že budou odmítnuti. Reakcí na to se buď mohou interakcím úplně vyhýbat (u mladších nechození do školy, ven, na společenské akce...) či se na interakci mohou nadměrně připravovat, odvádět pozornost na druhé či omezovat například oční kontakt s druhými. U mladších mužů to může také vést například k prodloužení doby, než opustí rodný dům a založí vlastní rodinu, u žen, které jsou již vdané, kupříkladu k tomu, že se stanou raději matkami v domácnosti (American Psychiatric Association, 2013, s. 202–204). Podle studie Newmana byli lidé, kteří sami trpěli velkými obavami, vnímáni svými blízkými jako hostilní, a ti s generalizovanou úzkostnou poruchou byli oproti osobám s jinými poruchami častěji rozvedeni, odloučení, nespokojeni v manželství, s narušenými rodinnými vztahy a bez blízkých přátel. Sami byli ovšem zatíženi přílišnými obavami týkajícími se interpersonálních vztahů a ohrožení, a například druhé vnímali při prvním setkání jako více útočné, ignorující či kontrolující. Autoři se domnívají, že určitá hypervigilance a citlivost může sloužit k udržování negativního emočního naladění, které chrání dané jedince před prožíváním překvapivých či nečekaných negativních emočních posunů spojených se špatnými mezilidskými zkušenostmi (Newman et al., 2013). Jinými slovy řečeno dotyční zůstávají „preventivně“ negativně naladění, aby zabránili případným zklamáním či rozčarováním z mezilidských vztahů.

Kultura a společnost hraje například roli v tom, jaké jsou pro dotyčného dostupné technologické a medicínské vymoženosti a vzdělání (tzn. edukace o úzkosti a dostupnost léčby či terapie), možnosti práce a navazování společenských kontaktů, či jaký interpretační rámec nemoci mu poskytuje. Stejně tak má vliv její morálka, zvyky, hodnoty, stigmata a předsudky, či zákonodárství (Pachana, 2016, s. 790). Pocit určité bezmoci z neschopnosti ovlivňovat společenská či globální témata, která se dotyčného ale rovněž přímo či nepřímo dotýkají (propad ekonomiky, válka, politická nestabilita, ničení životního prostředí apod.) může opět vést k izolaci jedince, jeho frustraci, rezignaci, odcizení, strachu a obavám, pocitům nepochopení či naštvanosti vůči „mocným“, společnosti nebo světu.

Karášková (2012, s. 42) také zmiňuje problémy s výkony, které se týkají vztahů v rodině, v práci, k přátelům i cizím. Úzkostní lidé mohou mít potíže se zvládnutím domácnosti a domácích prací, snížený výkon v zaměstnání (to se může odrazit na horší ekonomické situaci, či vést k označení za nespolehlivého, což může snížit šanci na kariérní růst, popř. být důvodem k propuštění), potíže s organizací času a aktivit a jejich odkládání. Mohou mít na sebe nerealistická očekávání, špatně nastavené priority, vyhýbat se určitým činnostem, silným emocím (a situacím je vyvolávajícím), popř. nemít volnočasové aktivity a odpočinek, které můžou pomoci k vytváření sociálních vazeb, nebýt schopni někoho či něco odmítnout, příliš se zabírat svojí nemocí a ruminovat. Bez významu není pro tuto oblast ani ekonomická zátěž úzkostných poruch, například v roce 1990 činily výdaje na ní v USA cca 46,6 miliard dolarů –čtvrtina částky je spjatá s přímou zdravotní péčí, zbytek se snížením či zastavením produkce (DuPont et al., 1996). Novější odhady beroucí v potaz náklady vlivem ztráty produktivity vypočítávají, že ztráty vlivem depresivních a úzkostných poruch jsou celosvětově cca 1,15 bilionů dolarů za rok, a očekávané náklady na samotné investice na zajištění péče o pacienty s těmito poruchami v 36 největších zemích v období 2016–2030 pak byly vyčísleny na 147 miliard dolarů, tzn. průměrné navýšení o 10 miliard dolarů za rok (Chisholm et al., 2016).

Rozsáhlý výčet konkrétních rizikových a protektivních faktorů ze sociálního prostředí, které se podílí na vzniku a rozvoji úzkosti (popř. i deprese), přináší podobně jako u předešlých faktorů studie Vinkové (Vink et al., 2008). Podle ní jsou rizikové tyto faktory: málo častý kontakt se sociální skupinou, malý počet členů dané sociální skupiny, absence partnerského vztahu, bezdětnost, malá sociální podpora, osamělost a život o samotě/v instituci. Dále hyperprotektivita rodičů v dětství, typ attachmentu,

nespokojenost s přáteli, problémy s partnerem či jeho depresivní symptomy, zážitky z války, negativní zkušenosti z dětství či z nedávné doby, úmrtí blízkých, stav poskytované péče, dlouhodobé obtíže, traumatické zážitky či bytí obětí trestného činu. Z demografických proměnných to je nižší vzdělání, ženské pohlaví, nižší příjem a bytí členem etnické menšiny.

Poměrně často se vyskytujícím tématem je sociální izolace starších lidí, ke které může úzkost vést. Sociální izolaci je možno pojímat jako ztrátu místa ve skupině, sociálních kontaktů, vyloučení, nudu, osamění, vyčlenění mimo život společnosti či nedostatek sociálních sítí a podpory (Petrišče, 2015, s. 24). Důvody mohou být zhoršené zdraví, vnímání, komunikace a mobilita, život o samotě, ztráta či úmrtí partnera, přátel nebo členů rodiny, odchod do důchodu, špatné rodinné zázemí, špatná dopravní dostupnost, neinformovanost o dění v okolí, lokalita s nižší kvalitou života apod. Mezi faktory, které mohou izolaci snižovat, patří například dobré sousedské vztahy, vlastnění domácího mazlíčka, zapojení do komunity seniorů, zaměření se na kontakt s rodinou a vrstevníky (tamtéž, s. 25–28). Petriščeova práce shrnuje i rozdíly v izolovanosti u seniorů ve městě a na vesnici v České republice. Venkov je negativně ovlivněn menší nabídkou práce, služeb, kulturních a společenských akcí, nedostupnost občanské vybavenosti, zdravotní péče a dopravy obecně, nižšími příjmy, úbytek aktivních aktérů veřejného života. Pozitivně je ale hodnoceno lepší životní prostředí, dobré sousedské vztahy a interakce, podpora místních spolků. Město je v tomto často opakem, výhodou je lepší dostupnost služeb a dopravní infrastruktury, více společenských akcí, vyšší příjmy, lepší sociální a zdravotní služby. Nevýhodami jsou nároky na soběstačnost, více bariér a fyzických překážek, fluktuace lidí, nebo přesuny obchodů a služeb (tamtéž, s. 28–31). Izolace je spjatá i s nedostatkem fyzické aktivity, přičemž v německém výzkumu 1162 seniorů se například potvrdilo, že nedostatek aktivit doma je spjat s izolovaností od vlastní rodiny, zatímco nedostatek venkovních aktivit je spojen se sociální izolací od přátel a sousedů (Herbolsheimer, Mosler, Peter, & the ActiFE Ulm Study Group, 2017).

S rozšířením moderních technologií se pojí i nové možnosti kontaktu s druhými lidmi, které jsou čím dál více dostupné i starším lidem. Ať už se jedná o email, sociální sítě, videorozhovory s blízkými, zapojení do online komunit, hraní her, zjišťování dění ve světě, či sledování videí a přednášek. Tyto způsoby komunikace se podílejí na snížení izolace a pocitů samoty, a zvyšují spokojenost se svojí sociální rolí, resilienci a self-efficacy (Botner, 2018; Leonard & Hebblethwaite, 2017; Pachana, 2016, s. 1530,

2039). Ačkoliv je častým argumentem to, že senioři se hůře učí zacházet s novými technologiemi a je to pro ně náročnější na osvojení, jednou z možností, která se ukázala být efektivní, byl tzv. reverzní mentoring, během kterého mladší dospělí učili starší osoby zacházet s novými technologiemi. Senioři získali lepší jistotu při jejich používání a mladší vylepšili své leadership schopnosti. Interakcí se zároveň narušovaly mezigenerační předsudky a zlepšilo se mezigenerační zaujetí a zapojení (Breck, Dennis, & Leedahl, 2018). V této oblasti je ale možno usuzovat, že z důvodu větší dostupnosti a rozšířené moderních technologií je budoucí starší generace budou ovládat snáze a s větší jistotou, neboť již prožily značnou část života v digitální společnosti, což by se mohlo pozitivně odrazit i na menší míře sociální izolace.

Podobně jako u ostatních faktorů zde vyvstává ta skutečnost, že úzkost může vést ke všem výše zmíněným problémům v sociální oblasti, ale i naopak problémy v sociální oblasti mohou vést k úzkosti. Je též samozřejmě otázkou, nakolik je člověk již postižený schopný a odhodlaný zapojit se do některé komunity či podporovat své sociální kontakty, aby se nedostal do sociální izolace a jeho okolí ho podpořilo. Zajisté můžou jeho blízcí sloužit jako protektivní faktor, který následky úzkosti zmírňuje, potažmo znesnadňuje její samotný vznik.

1.3.4 Spirituální oblast

Čtvrtou a poslední oblastí, která je součástí prezentovaného bio-psycho-socio-spirituálního modelu člověka, je oblast spirituální, potažmo duchovní. Tématy, kterým se tato oblast věnuje a tvoří její jádro, jsou například hledání smyslu života a událostí, naděje, odpuštění, utrpení, vína, vděk a úcta, rozvoj a porozumění světu, sebepojetí, zájem o transcendentno a posvátno, navazování a udržování vztahu s Bohem, modlitba a rituály. Také vliv víry na zdraví, coping či well-being, posmrtný život, studium duchovní literatury a duchovní vedení, poznávání člověka a jeho přirozenosti, zodpovědnost, případně i morálka a etika, zájem o druhé, o společnost i o svět jako celek apod. Je nutné poznamenat, že psychologie náboženství v tomto kontextu rozlišuje spiritualitu a religiozitu, přičemž religiozitou je možno chápat spíše sociální fenomén spjatý s náboženstvím (Hacklová & Kebza, 2014). Spiritualitu je možné vnímat více individuálně, jako prožitkové jádro víry, které nemusí souviset s organizovaným náboženstvím (Thoresen & Harris, 2002). Víru, a to, z důvodů zmíněných níže, v našem kontextu zejména křesťanskou, je možno chápat například

jako reinterpretaci a jiné chápání svého života v novém významu (uvědomění si působení Boha ve svém životě), či projevení důvěry Bohu, souhlas s určitými pravdami a skutečnostmi, popřípadě jako nezasloužený dar a milost od Boha; život s Bohem, pro Boha a podle Boha, nebo vztah s Bohem a k Bohu, který je vytvářen například vztahem k sobě, k druhým a světu, k transcendenci a k náboženství a víře (Heissler, 2016, s. 26, 43). Podle Pargamenta (Pargament, Koenig, & Perez, 2000) jsou hlavními účely této oblasti smysluplnost (interpretační rámec, zejména při utrpení a těžkých životních událostech), kontrola (poskytnutí prostředků vracejících pocit kontroly a moci), komfort (snížení úzkosti v nevyzpytatelném prostředí), důvěrnost (sociální soudržnost a identita, solidarita) a proměna života (provádění velkých změn, hledání nových zdrojů smyslu).

Zabývat se touto oblastí má smysl i proto, že tvoří další faktor ovlivňující, jak jedinec vnímá svůj život a prožívané události, což může snížit nebo naopak zvýšit riziko vzniku úzkosti. Rozdíly tak mohou být mezi národy, kulturami a náboženstvími například v náhledu na nemoc a její interpretaci, či jaká řešení jsou brána v potaz, což ještě umocňuje důraz na individuální přístup k nemocnému, pokud chceme dotyčnému pomoci, neboť z podstaty věci se budou způsoby interpretace a životní zkušenosti lišit osobu od osoby. Haug (1998) toto rozpracovává, zobecňuje a prezentuje čtyři dimenze, ve kterých duchovní život ovlivňuje člověka: kognitivní (interpretace událostí, minulosti a přítomnosti, uznání transcendentna, naděje do budoucnosti), afektivní (vliv pocitů naděje, lásky, péče, bezpečí, hodnoty, vědomí, že jsem milován), behaviorální (morální rámec a návody k chování, vztahy k sobě a druhým) a vývojová (proměna přesvědčení vlivem zkušeností, žití s rozporů a v určitém „nevědění“).

V tomto kontextu je nutné poznamenat, že vzhledem k historickým, náboženským a kulturním skutečnostem je pro Českou republiku nejrelevantnější křesťanství (zejména římsko-katolická církev), jehož hodnoty mohou lidé nyní znát na implicitní, nevědomé úrovni, a nemá tak zásadní význam věnovat se jiným náboženstvím, které měly z historicko-kulturního hlediska pro naši zem spíše marginální význam (Hamplová & Řeháková, 2009; Woods, 2008, s. 9–14). I přes zvýšený zájem o nekřesťanská náboženství v posledních letech je dobré brát v potaz to, že na starší populaci, na kterou se tato práce zaměřuje, mělo právě křesťanství největší vliv. Nebylo ničím neobvyklým, že se na výchově dnešních seniorů v dětství před nástupem komunismu a nacismu podílely řádové sestry, měli pravidelnou náboženskou výchovu, kontakt s farností a dalšími věřícími. Oproti minulosti je dnes kladen menší důraz na hledání zakotvení v nějaké tradiční církvi, což ovšem neumenšuje to, že lidé

stále hledají hloubku života, transcendenci, náboženskou dimenzi života, a touží po víře či duchovnu. Tuto funkci křesťanství, které bývá dnes „mrzačeno“ a redukováno na morálku, se ale nyní snaží spíše přebírat různé formy tzv. kryptoreligiozit, konzumní spirituality či „něcoismu“; není pak neobvyklé, že mladší i starší lidé mají v oblasti náboženství zmatek, nejasnosti a neucelené či zavádějící znalosti či názory (Heissler, 2016, s. 46–48; Opatrný, 2006, s. 25–28, 49–50; Pospíšil, 2007, s. 26).

Z poměrně nedávných průzkumů vychází, že cca 90 % světové populace se věnuje nějaké formě spirituální či náboženské praxe. Více spirituálně nebo nábožensky praktikující trpí méně depresí, úzkostí, sebevraždami, závislostmi, mají vyšší kvalitu života, rychleji se zotavují z depresivních symptomů a lépe reagují na léčbu (např. Agorastos, Huber, & Demiralay, 2014; Koenig et al., 2014; Rasic, Robinson, Bolton, Bienvenu, & Sareen, 2011). Problémem ovšem zůstává nepoměr mezi výsledky výzkumů a jejich praktickými dopady – lékaři se na tuto oblast nezaměřují a pacienti mají stále nenaplněné či neidentifikované duchovní potřeby. To může být ovlivněno neznalostí a nezkušeností pečujících s duchovní oblastí, vlivem materialistických náhledů bagatelizujících a patologizujících duchovno, historických mýtů o konfliktu vědy a víry, či určité instituční rivalitě mezi medicínou a vírou, neboť obojí se věnuje lidskému utrpení. Ignorováním této oblasti se ale ignoruje i systém hodnot člověka poskytující zdroje sociální a osobní síly a sebeporozumění (Moreira-Almeida, Koenig, & Lucchetti, 2014; Weisman de Mamani, Tuchman, & Duarte, 2010).

Pokud dáme tuto oblast do souvislosti s úzkostí, tak proběhlé výzkumy se zaobíraly například propojením psychoterapie úzkostí a duchovní stránky člověka. Specificky u starších lidí s úzkostí se ve výzkumu Stanleyové a kol. nepříliš překvapivě ukázalo, že osoby trpící depresí či úzkostí, které se o náboženství více osobně zajímaly, vítaly při terapii zaobírání se tématy spjatými s náboženstvím a spiritualitou a jejich spojením s KBT, od čehož si slibovaly větší podporu, přijetí a komfort. Autoři tak doporučují před zahájením terapie zjistit pacientovy preference. Samotného začlenění této tematiky se může zhostit buď samotný terapeut, nebo může spolupracovat s duchovním dané komunity/ církve, přičemž je samozřejmě nutné konzultovat s pacientem, kterou z možností preferuje (Stanley et al., 2011).

Náročnější může být praktické zapojení duchovna do terapeutické péče, lidé mohou mít obtíže formulovat svá přesvědčení do slov, případně jim může být nepříjemné sdílet svá intimní přesvědčení bez smysluplnější mezilidské diskuze – doporučením je například ptát se na úvod dotyčného, zda je pro jeho život duchovní

oblast důležitá. Podstupuje se tím ovšem i to riziko, že následné potenciální zjištění neshody mezi přesvědčeními obou stran či neochota diskutovat mohou vést ke zhoršení spolupráce a vztahu mezi klientem a terapeutem. A to zejména pokud terapeut otevřeně kritizuje přesvědčení klienta (výjimku v tomto tvoří případy, kdy přesvědčení klienta zhoršuje psychologické symptomy: např. přesvědčení týraného partnera, že musí být s agresorem z náboženských důvodů; případně pokud náboženská víra vede k maladaptivnímu přesvědčení a chování). Barrera a kol. prezentují konkrétní návrhy, jak inkorporovat náboženství do terapeutické péče o úzkostné. Možností je například soustředění se klienta na náboženské obrazy či slova během svalové relaxace; vytváření uklidňujících myšlenek či kognitivní restrukturační („Zvládnou to s Boží pomocí“, „Jen Bůh ví, co mě čeká“ apod.); odklonění od úzkostných myšlenek, popř. i zlepšení spánku pomocí modlitby, meditace, čtení duchovní literatury, poslechu hudby apod. Dále odpouštění druhým i sobě; řešení otázky, zda klientovo úzkostné chování má náboženský podtext nebo povahu (s následnou diskuzí, zda jeho rigidita či přílišnost neodvádí od jiných zodpovědností a úkolů); zaměření na to, za co je dotyčný vděčný a co vnímá jako požehnání, popřípadě jakou roli má vyšší moc v řešení jeho problému („Jakou roli má Bůh v pomáhání a nalezení řešení tohoto problému?“; Barrera, Zeno, Bush, Barber, & Stanley, 2012).

O praktický náhled práce s věřícími s úzkostmi se pokouší i Opatrný, podle kterého může duchovní pastorační péče spolu s terapií přispět ke zlepšení ztíženého stavu dotyčného, samotná ale zpravidla nepomůže – je zde přítomno klasické dilema, nakolik může duchovní péče dotyčnému pomoci a nakolik uškodit. U nemocných jsou časté silné pocity viny a úzkosti, dehonestování sebe sama, kompulze a neurotické opakování zbožných úkonů (někdy spjaté s málo účinným zapřísaháváním se a sliby, že už tak jednat nebudou) či negativní vnímání většiny zážitků a znemožnění účasti na bohoslužbách či jiných duchovních aktivitách vlivem nemoci. Jako neúčinné vyhodnocuje prosté poukazování na správnou víru, pevnou vůli, hlubší zbožnost apod., stejně tak násilné přemáhání, nucení, odsuzování, ale i podporování maskovacích aktivit (stáhnutí se do samoty, mlčení apod., kterými dotyčný zakrývá patologický stav a vydává ho za ctnost). Dočasně může pomoci k uklidnění opírání se o autoritu duchovního, neprohlubování ani nebagatelizování obav, dlouhodobě zejména individuální nalézání přiměřeného, pro dotyčného únosného způsobu zbožnosti, podpora pocitu přijetí a předkládání normálních témat života a střízlivě i postojů víry (Opatrný, 2001, s. 17–18).

Podobně jako další oblasti může spiritualita ovlivňovat člověka, bez ohledu na věk, v pozitivním, i negativním směru. Mezi pozitivní důsledky, kromě výše zmíněného, je možno zařadit následující jevy prezentované Baumgartnerem (1996), které je možno označit za zdravou víru: přispívá k rozvoji osobnosti, podporuje harmonické vztahy k druhým, nevzbuzuje strach, má individuálně rozdílnou míru tvůrčí síly, dává prostor pro humor, slavení a toleranci, je otevřená životním skutečnostem a udržuje si postoj hledání. Naopak negativní dopady této oblasti, či tzv. patologická víra, se projevuje například přehnaným strachem z Božího trestu a hříchu, zarputilou snahou o bezhříšnou svatost, nenávisť k jinak smýšlejícím, duchovním zákonictvím, „otravou Bohem“ či eklesiogenní neurózou z nesprávné, přísné a nelaskavé náboženské výchovy (spjaté např. s nadměrným potlačováním sexuality, agresivity a autonomie). Také bludnými náboženskými myšlenkami a věnováním se okultním praktikám, umrtvováním těla přehnanou askezí, útekem před světem nebo náboženskou touhou po moci a uplatnění.

Při pohledu na zmíněné negativní dopady je možno odvodit i teoretické zdroje úzkosti plynoucí z duchovní oblasti, které jsou mnohdy spjaté se sociální a psychickou stránkou člověka ovlivněnou mj. jeho výchovou a morálkou, ovšem v mnohém i znalostmi a zkušenostmi v oblasti náboženství (četné problémy mohou být vytvořeny zkreslenou představou Boha, např. Boha čistě jen trestajícího, pomstychtivého nebo lhostejného, více viz Lachmanová, 2014). Úzkost tak může být vyvolána například vědomím vlastního hříchu či provinění vůči nějakému vyššímu řádu (přičemž toto provinění nemusí být objektivně závažné, subjektivně však ano), a často i nadměrnou snahou ho nějak odčinit, strachem z Božího trestání, pekla či věčného zatracení po smrti. Také z obsesivní touhy po vnitřní čistotě a dokonalosti, z vědomí vlastní nedostatečnosti, malosti a pomíjivosti či selhání, pocitu prázdnoty, opuštěnosti a absence smyslu. S tím vším je možno bojovat dříve zmíněnými způsoby – zejména na míru šitým citlivým psychotherapeutickým přístupem, v případě obtíží podepřenou farmakoterapií. Lze postřehnout, že se tato oblast v mnohém podobá filozofickému chápání úzkosti, které bylo probíráno v dřívějších kapitolách. I díky tomuto je možno odtušit, že i v duchovní oblasti se, podobně jak i u ostatních, odráží vliv ostatních probíraných dimenzí člověka, a stejně jako v dalších oblastech platí, že duchovno může být jak silným protektivním faktorem vůči úzkosti, tak i faktorem silně se podílejícím na jejím vzniku.

1.4 Specifika geriatrické úzkosti

V předchozích kapitolách byl věnován prostor úzkosti jak spíše obecně, tak i se zaměřením na starší věkovou skupinu, které se budou věnovat následující kapitoly. Úzkost ve stáří bývá mnohými autory zmiňována jako jedna z nejčastějších duševních poruch u osob starších 60 let (Pachana, 2016, s. 277). Prevalence v této skupině se ve výzkumech různí, lze najít hodnoty mezi 6–10 % (tamtéž) či 3,2–14,2 % (Barton, Karner, Salih, Baldwin, & Edwards, 2014), s větší prevalencí v západních zemích a převahou specifických fobií a generalizované úzkostné poruchy. Pachana (2016, s. 277–279) uvádí, že toto číslo může být ale reálně vyšší, zejména z důvodu chronicity, podcenění, překrývání symptomů a nedostatečné diagnostiky oproti mladším kategoriím. Souvisí s tím u většiny starších lidí i pobyt a pohyb doma či v jeho okolí, tzn. ve známém prostředí, díky čemuž se mohou snáze vyhýbat situacím a jevům, které úzkost vyvolávají. Tím ji mohou víceméně úspěšně dlouhodobě skrývat a uniknout řádnému rozpoznání a diagnostice, což podporuje i fakt, že u mnohých je takovéto vyhýbavé chování více tolerováno a chápáno (například po úrazu, operaci či jiném zhoršení zdravotního stavu apod.). Také sami nemusí být tak ochotní ke sdílení vlastních pocitů a psychických problémů oproti mladším generacím (nejistota v tomto ohledu panuje v tom, zda jde o jejich neochotu sdílet své problémy s druhými či o nedostatečné jazykové a verbalizační dovednosti). Nutno podotknout, že úzkost jako taková má dle statistik medián počátku projevů v 11 letech, přičemž 75 % všech úzkostí začíná před 21. rokem věku, pouze 1 % z úzkostí začíná po 65. roce (pozdější počátek je spjat s nižší závažností a lepším výsledkem léčby). Zátěž úzkostných poruch roste rapidně v dětství, vrcholí mezi 15 až 25 lety a s přibíjajícími lety klesá, osoby starší 55 let měly oproti mladším jedincům o 20 % nižší prevalenci úzkostných poruch. 40–60 % léčených osob se zotaví, ale z dlouhodobého hlediska jsou časté relapsy. Z toho lze vyvodit, že pro mnohé je úzkost celoživotní chronickou a perzistentní obtíž s fluktuujícím průběhem začínající v mládí, ve kterém bývá nedostatečně léčena, což má za následek vyšší výskyt i v dospělosti a ve stáří (Pachana, 2016, s. 277–279).

Vzhledem k její prevalenci je možno geriatrickou úzkost přiřadit do okruhu nejčastějších psychických poruch ve stáří, které bývají označovány jako tzv. pravidlo několika ‚D‘ (většinou 3 či 4), mezi které se je možno přiřadit demence, deprese, deliria, kognitivní deficity či závislost na lécích (Buckwalter & Buckwalter, 2002; Insel & Badger, 2002).

Sledování rizikových faktorů přispívajících k vypuknutí geriatrické úzkosti se jeví být komplexní záležitostí, ve které se prolínají faktory např. zranitelnosti dotyčného, stresu (ze zdravotních potíží, funkčního omezení apod.), životních událostí (ztráta blízkých) či sociálních problémů (nižší emoční podpora od druhých, méně sociálních kontaktů), jak bude probíráno i v dalších kapitolách. Náchylnějšími jsou k úzkostem dle výzkumů ženy (zejména mladší), osoby s chronickými zdravotními problémy a horším vnímáním vlastního zdraví, a ti se sklony k neuroticismu a horšími copingovými dovednostmi (Lenze & Wetherell, 2011). Jako další faktory jsou uváděny bezdětnost, nižší vzdělání a příjem, prožití traumatických událostí, samota, poruchy spánku, závislost na lécích či alkoholu, a omezení v každodenních aktivitách. Tyto jevy mezi sebou interagují a ve spojení s určitou predispozicí či vlivem genetiky vytváří podmínky pro vznik úzkosti. Protektivními faktory proti úzkostem jsou naopak dobré sociální zázemí, religiozita, fyzická aktivita, kognitivní stimulace a efektivní copingové strategie osvojené v průběhu života (Barton et al., 2014; Lenze & Wetherell, 2011).

V tomto kontextu se nabízí vyřešit otázku odlišnosti projevů úzkosti u mladších a starších osob, se kterou výše zmíněné rizikové faktory souvisí. Z proběhlých výzkumů vyplývá, že lidé s pozdějším nástupem úzkosti mají méně kognitivních a emočních symptomů, stejně tak nižší fyziologické nabuzení a vyšší toleranci nejistoty. To může být zapříčiněno i přirozeným, věkem podmíněným poklesem emoční reaktivity, popřípadě lepší schopností starších lidí ovládat své emoce a vypořádat se se stresujícími událostmi (Pachana, 2016, s. 280). Mladší lidé, zejména ženy, uvádí nižší kontrolu nad svou úzkostí a vnějšími emočními projevy s ní spjatými. Starší lidé mají větší problémy s koncentrací, spánkem, závrat'ovými stavy a žaludečními nevolnostmi (Gould & Edelstein, 2010). Rozdíl je, dle očekávání, i v tom, čeho se obavy, popř. úzkosti týkají a co je vyvolává. Starší lidé mají větší obavy ohledně zdraví a blahobytu svých blízkých a rodiny, nutnosti rozhodování, ztráty nezávislosti a toho, že budou pro někoho přítěží. Specifické jsou například obavy z pádů, sociální izolace či ze situací, které se jim mohou stát, když budou mimo domov, což vede k tomu, že raději nevychází ven z domova. Obavy se týkají i větších témat, jako je ničení životního prostředí či ekonomický úpadek a podobných problémů, kterým může čelit budoucí generace. Mladší mají větší starosti ohledně práce, vzdělání, financí a sociálních vztahů. Starší popisují svou úzkost jako pocity stresu a tlaku, mladší jako pocity úzkosti, obav a nervozity. Uváděno je též to, že starší mají obavy méně časté, snad z důvodu nižší frekvence představování si budoucích událostí, většími zkušenostmi s pozitivními i

negativními stavy a vlivem postojů a přesvědčení (Miloyan & Bulley, 2017; Pachana, 2016, s. 280–281; Wuthrich, Johnco, & Wetherell, 2015).

1.4.1 Možnosti diagnostiky a screeningu geriatrické úzkosti

Po probrání souvislosti úzkosti a bio-psycho-socio-spirituálního modelu člověka, integrujícího tyto vzájemně se prolínající oblasti, a specifík geriatrické úzkosti, se dostáváme k dalšímu tématu, kterým je samotná diagnostika (snažící se prokázat přítomnost či nepřítomnost nemoci) a screening (zaměřený na zachycení prvních indikátorů či symptomů nemoci) geriatrické úzkosti.

Podobně jako u jiných duševních poruch se nabízí řada postupů, jak úzkost ve stáří zjistit. Doporučeným postupem v české psychiatrické péči je psychiatrické / klinicko-psychologické vyšetření, k diferenciální diagnostice klinicko-psychologické vyšetření kombinující standardizované a projektivní techniky (MMPI-2, WAIS III, Rorschachův test). Postup se skládá z diagnostiky a porovnání symptomů konkrétní úzkostné poruchy, diagnostiky komorbidních poruch včetně tělesných nemocí a závislostí, diagnózy osobnosti, hodnocení souvisejících problémů v životě a handicapů: práce, vztahy, volný čas; pomocných vyšetření jako základní laboratorní vyšetření, EEG a EKG, a hodnocení závažnosti poruchy v posuzovacích stupnicích. Hodnotí se typické způsoby psychologického a společenského života pacienta, zejména profil duševního fungování (kvalita vnitřní/ afektivní zkušenosti, kapacita obranných vzorců a regulace, vytváření vnitřních reprezentací atd), identita (vědomí vnitřního konfliktu, vytěsnění), porucha identity (není konflikt, přítomno popírání), a schopnost verbalizace, vzhledu a učení se v dyádě/ ve skupině (Raboch, 2014, s. 132).

Standardem je v této oblasti taktéž používání (polo)strukturovaných klinických dotazníků kombinujících prvky rozhovoru a dotazníku, popřípadě využít ke screeningu existující, v mnohých případech dominující, sebesposuzující dotazníky a inventáře (Pachana, 2016, s. 281). Zmínit jde v tomto případě například Mini mezinárodní neuropsychiatrický rozhovor (MINI), zahrnující diagnostiku jednotlivých úzkostných poruch dle MKN-10 a DSM-IV a V (Sheehan et al., 1998; American Psychiatric Association, 2013, s. 190–233; Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2008, s. 214–216). Diagnostická kritéria se pro jednotlivé úzkostné poruchy liší, například kritéria DSM-V pro generalizovanou úzkostnou poruchu uvádějí, že dotyčný jedinec by měl minimálně 6 měsíců většinu dnů zažívat nadměrnou úzkost a

obavy z různých událostí a aktivit (jako pracovní či školní výkon), je pro něj náročné obavy ovládat, způsobují mu klinicky významné narušení sociálních, pracovních či jiných oblastí fungování. Obavy jsou spjaty s minimálně 3 z 6 následujících symptomů: neklid, nervozita či rozrušení; rychlé vyčerpání; zhoršená koncentrace či otupělá mysl; podrážděnost; svalové napětí; narušení spánku (obtíže s usnutím a udržení spánku, nespavost, neuspokojivý spánek). Zároveň obavy nejsou následkem nějakých substancí (medikace, drogy...) či narušeného zdravotního stavu (např. onemocnění štítné žlázy), nebo stav jedince není lépe vysvětlitelný jinou duševní poruchou (úzkostnou, depresivní, schizofrenní poruchou apod.; American Psychiatric Association, 2013, s. 222). Přehledné porovnání diagnostických kritérií MKN-10 a staršího DSM-IV u hlavních úzkostných poruch je k nalezení například v publikaci Bartona a kol. (2014).

Samozřejmým požadavkem na výše zmíněné metody je klinická relevance, solidní psychometrické vlastnosti (validita, reliabilita, citlivost...) a ideálně i existující normy pro danou populaci a věkovou kategorii. V tomto bývá kamenem úrazu fakt, že valná část výzkumů zabývajících se úzkostí se věnuje mladším generacím, a metod použitelných i pro starší osoby není tak velké množství. Diagnostika a screening úzkosti je také ztížen zdravotními potížemi, špatnou atribucí, komorbidními poruchami (kterými se bude zabývat následující kapitola), či zaměněním úzkostných symptomů a normálního stárnutí – například kognitivní úbytek, únavu, potíže s koncentrací nebo somatické problémy (Therrien & Hunsley, 2012). Problémem při použití například některých dotazníků úzkosti, zaměřených primárně na screening, je zejména to, že byly validizovány pouze na mladší populaci a jejich normy nelze aplikovat na starší osoby, popřípadě obsahují pro seniory nesrozumitelné formulace způsobující nedorozumění při administraci (Gould et al., 2014).

Při pohledu do literatury je možno zjistit, že s odstupem několika let bylo publikováno několik přehledových článků dostupných screeningových metod aplikovatelných na starší populaci (např. Edelstein et al., 2008; Kogan, Edelstein, & McKee, 2000; Therrien & Hunsley, 2012). V následující části budou prezentovány výsledky nejnovějšího z těchto review (Balsamo, Cataldi, Carlucci, & Fairfield, 2018), přičemž v následujícím seznamu jsou k nalezení dotazníkové metody, seřazené od nejstarších po nejnovější, spolu se základními důležitými informacemi – název a rok vzniku, zdrojová publikace (popř. odkaz na českou verzi), počet položek a způsob odpovídání, zda má metoda i subskály / faktory. Dále jaký byl testovací soubor, na

kterém byla metoda vyvíjena, jaká je reliabilita měřená pomocí Cronbachovy alfa a test-retestu, a vybrané validity (konvergentní / diskriminační / divergentní).

State-Trait Anxiety Inventory – trait / state (STAI-Y, STAI-T, STAI-S)

- Rok vzniku: 1983
- Zdrojová publikace: Spielberger & Gorsuch, 1983
- Česká verze: Heretik, Ritomský, Novotný, Heretik, & Pečeňák, 2009
- Počet položek: 20+20
- Způsob odpovědi: Likertova škála 1 (vůbec) až 4 (většinou): aktuální stav a 1 (nikdy) až 4 (skoro vždy): úzkostnost
- Subškály: Aktuální stav úzkosti (20x), úzkostnost jako vlastnost (20x)
- Testovací soubor: 1838 zaměstnanců Federálního leteckého úřadu v USA; 855 a 424 univerzitních studentů; 1701 mužů v Air Force USA
- Reliabilita: Aktuální stav 0,7–0,94; úzkostnost 0,79–0,9
- Test-retest: Aktuální stav 0,51–0,62; úzkostnost 0,58–0,84
- Validita
 - Konvergentní:
 - STAI-S: BAI somatický (0,46), BAI subjektivní (0,50), BAI total (0,52); WS (0,33–0,41), PSWQ (0,36)
 - STAI-T: BAI somatický (0,36), BAI subjektivní (0,47), BAI total (0,44), WS (0,4–0,57), PSWQ (0,45–0,59)
 - Diskriminační:
 - STAI-S: Beck Depression Inventory BDI (0,45), Geriatric Depression Scale GDS (0,49)
 - STAI-T: BDI (0,59), BDI (0,54), GDS (0,70)

Worry Scale (WS)

- Rok vzniku: 1986
- Zdrojová publikace: Wisocki, Handen, & Morse, 1986
- Počet položek: 35
- Způsob odpovědi: Likertova škála 0 (nikdy) až 4 (většinu času)
- Subškály: Finance (5x), zdraví (17x), sociální oblast (15x)

- Testovací soubor: 54 nezávislé žijících (průměr 70 let) + 44 vázaných doma na lůžko (průměr 77 let)
- Reliabilita: 0,76–0,93; 0,80–0,94
- Test-retest: Normální 0,73–0,93; kliničtí 0,58–0,80
- Validita
 - Konvergentní: STAI-S (0,41), STAI-T (0,4–0,57), PSWQ (0,54);
 - Divergentní: BDI (0,52)

Beck Anxiety Inventory (BAI)

- Rok vzniku: 1988
- Zdrojová publikace: Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988
- Česká verze – validační studie: Kamarádová et al., 2016
- Počet položek: 21
- Způsob odpovědi: Likertova škála 0 (vůbec) až 4 (stěží jsem to vydržel)
- Subškály: 1 obecný faktor
- Testovací soubor: 1086 ambulantních psychiatrických pacientů (průměr 36 let)
- Reliabilita: 0,81–0,95
- Test-retest: U normálních 0,64–0,75; u klinických 0,75–0,83
- Validita
 - Konvergentní: STAI (0,36–0,63), GAS (0,81–0,86), PSWQ (0,59)
 - Diskriminační: BDI (0,48–0,61), GDS (0,55–0,80)

Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)

- Rok vzniku: 1990
- Zdrojová publikace: Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990
- Počet položek: 16
- Způsob odpovědi: Likertova škála 1 (vůbec mě nevystihuje) až 5 (zcela mě vystihuje)
- Subškály: Patologické obavy (11x), absence obav (5x)
- Testovací soubor: Univerzitní studenti: 337; 405 (prům. 48,8 let), 451 (prům. 45,7 let), 73 (prům. 53,7 let) a 87 (prům. 51,5 let)
- Reliabilita: 0,68–0,95
- Test-retest: U klinických 0,54–0,92

- Validita
 - Konvergentní: STAI-T (0,43), STAI-S (0,40), (0,43), GAI (0,79), BAI (0,30)
 - Divergentní: BDI (0,15–0,59)

Worry Scale Older Adults – revised / Worry Scale – revised (WSOA-R / WSR)

- Rok vzniku: 1994
- Zdrojová publikace: Wisocki, 1994
- Počet položek: 88+16
- Způsob odpovědi: Likertova škála 0 (nikdy) až 4 (většinu času)
- Subškály: Finance (10x), zdraví (20x), sociální/interpersonální oblast (14x), rodinné problémy (15x), obavy o svět (11x), doplňující: copingové strategie (16x)
- Testovací soubor: 152 neklinických starších (52–92 let, prům. 67); a 84 neklinických starších (65–86. prům. 70,5)
- Reliabilita: 0,88–0,97
- Test-retest: na
- Validita
 - Konvergentní: PSWQ (0,55)

Adult Manifest Anxiety Scale – elderly (AMAS-E)

- Rok vzniku: 2003
- Zdrojová publikace: Reynolds, Richmond, & Lowe, 2003
- Počet položek: 44
- Způsob odpovědi: Dichotomické ano/ne
- Subškály: Strach ze stárnutí (7x), fyziologická úzkost (7x), obavy/přecitlivělost (23x), lžiskore (7x)
- Testovací soubor: Celkově 0,71–0,90; subškály 0,52–0,88
- Reliabilita: Celkově 0,71–0,90; subškály 0,52–0,88
- Test-retest: 0,78–0,89
- Validita
 - Konvergentní:

- STAI-T: obavy/přecitlivělost (0,58), Strach ze stárnutí (0,47), fyziologický (0,46), lžiskore (-0,01)
- STAI: obavy/přecitlivělost (0,39), Strach ze stárnutí (0,26), fyziologický (0,24), lžiskore (-0,06)

Penn State Worry Questionnaire – abbreviated (PSWQ-A)

- Rok vzniku: 2003
- Zdrojová publikace: Hopko et al., 2003
- Počet položek: 8
- Způsob odpovědi: Likertova škála 1 (vůbec mě nevystihuje) až 5 (zcela mě vystihuje)
- Subškály: 1 obecný faktor
- Testovací soubor: 392 univerzitních studentů; 34 mužů (prům 67,8 let) a žen (prům 68,4); 160 pacientů s GAD (prům 66,6 let)
- Reliabilita: 0,87–0,94
- Test-retest: U normálních 0,63–0,95
- Validita
 - Konvergentní: BAI (0,39–0,6), STAI (0,42–0,47)
 - Diskriminační: BDI (0,56)

Geriatric Anxiety Inventory (GAI)

- Rok vzniku: 2007
- Zdrojová publikace: Pachana et al., 2007
- Česká verze – normativní studie: Inventář geriatrické úzkosti: Heissler, Kopeček, Pachana, Franková, & Štěpánková Georgi, 2018
- Počet položek: 20
- Způsob odpovědi: Dichotomické ano/ne
- Subškály: Dle studií 1–4 faktory
- Testovací soubor: 452 neklinických (60–90 let), 46 z geriatrické psychiatrie (66–88 let)
- Reliabilita: 0,83–0,96
- Test-retest: 0,91
- Validita

- Konvergentní: STAI-S (0,64–0,80), GAS (0,70), BAI (0,63–0,68), STAI (0,61–0,63), STAI-T (0,55), PSWQ (0,70), PSWQ-A (0,76), WSOA-R (0,53)
- Divergentní: NEO-FFI (0,57), GDS (0,70)

State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA)

- Rok vzniku: 2008
- Zdrojová publikace: Ree, French, MacLeod, & Locke, 2008
- Počet položek: 21+21
- Způsob odpovědi: Likertova škála 1 (vůbec) až 4 (velmi): aktuální stav; 1 (skoro vůbec) až 4 (skoro vždy): úzkostnost
- Subškály: Aktuální stav úzkosti: somatické symptomy (11x), kognitivní úzkost (10x); úzkostnost: somatické symptomy (11x), kognitivní úzkost (10x)
- Testovací soubor: 576 neklinických osob (16–82 let, prům 34)
- Reliabilita: Aktuální stav celkem 0,88–0,95; somatické symptomy 0,78–0,93, kognitivní 0,86–0,92. Úzkostnost celkem 0,92–0,95; somatické symptomy 0,88–0,92, kognitivní 0,86–0,92
- Test-retest: Aktuální – kognitivní 0,66, somatický 0,60; úzkostnost – kognitivní 0,49, somatický 0,31
- Validita
 - Konvergentní: GDS (0,43–0,64), STAI-S (0,65 total aktuální, 0,63–0,70 aktuální kognice, 0,48–0,53 aktuální somatika; 0,58–0,61 total úzkostnost, 0,54–0,65 kognitivní, 0,47 somatický), STAI-T (0,55–0,60 total aktuální, 0,60–0,65 aktuální kognice, 0,40–0,42 aktuální somatika, 0,60–0,66 total úzkostnost, 0,64–0,70 kognitivní, 0,47–0,49 somatický)
 - Diskriminační: BDI-II (0,64 total úzkostnost, 0,65 kognitivní, 0,53 somatický)

Geriatric Anxiety Scale (GAS)

- Rok vzniku: 2010
- Zdrojová publikace: Segal, June, Payne, Coolidge, & Yochim, 2010
- Počet položek: 30
- Způsob odpovědi: Likertova škála 0 (vůbec) až 3 (pořád)

- Subškály: Symptomy somatické (9x), kognitivní (8x), afektivní (8x), klinická oblast (5x)
- Testovací soubor: 100 mladších dospělých (17–49 let); 30 starších dospělých (60–82 let), a 101 nezávisle žijících (60–90 let)
- Reliabilita: Celkově 0,88–0,93; subškály: kognitivní 0,76–0,90; somatická 0,75–0,81; afektivní 0,8–0,85
- Test-retest: na
- Validita
 - Konvergentní: STAI-T (0,78), STAI-S (0,74), BAI (0,73–0,82), AMAS-E (0,77), GAI (0,60)
 - Diskriminační: GDS-15 (0,5–0,55), GDS (0,78), Svědomitost (-0,17), obecný self-efficacy (-0,37)

Geriatric Anxiety Inventory – short form (GAI-SF)

- Rok vzniku: 2011
- Zdrojová publikace: Byrne & Pachana, 2011
- Česká verze – normativní studie: Inventář geriatrické úzkosti – zkrácená verze: Heissler et al., 2018
- Počet položek: 5
- Způsob odpovědi: Dichotomické ano/ne
- Subškály: 1 faktor
- Testovací soubor: 284 žen, 60–87 let
- Reliabilita: 0,81; nekliničtí 0,71, kliničtí 0,58
- Test-retest: 0,8
- Validita
 - Konvergentní: STAI-S (0,48), PSWQ-A (0,93 celkový soubor, 0,64 klinický soubor, 0,56 neklinický); GAI (0,93 celkem, 0,86 kliničtí, 0,56 nekliničtí)
 - Diskriminační: GDS (0,37)

Geriatric Anxiety Scale - ten item short form (GAS 10)

- Rok vzniku: 2015
- Zdrojová publikace: Mueller et al., 2015

- Počet položek: 10
- Způsob odpovědi: Likertova škála 0 (vůbec) až 3 (pořád)
- Subškály: Symptomy somatické (3x), kognitivní (4x), afektivní (3x)
- Testovací soubor: 407 (60–69 let); 136 (60–88 let); 38 (60–90 let) a 581 (60–96 let)
- Reliabilita: Celkem 0,89
- Test-retest: na
- Validita
 - Konvergentní: GAS (Total 0,96, kognitivní 0,92, afektivní 0,89, somatický 0,82)

Z těchto dotazníků byly specificky pro starší populaci vytvořeny 4 z nich: AMAS-E, GAI, GAS a Worry Scale. Další byly vytvořené pro mladší dospělé, a později validizované pro starší: BAI, STAI, PSWQ a STICSA. U zmíněných screeningových metod je nutno ovšem poznamenat, že i pro české prostředí platí již výše zmíněný fakt, že studií zabývajících se normami či validací těchto metod pro starší osoby je minimální množství. Občas jsou tyto metody použity v rámci menších studií či závěrečných prací a svépomocně přeloženy do češtiny, bez psychometrického podkladu pro české prostředí. Větší validační studie existuje pro BAI (Kamarádová et al., 2016), do které byly zahrnuty různé věkové kategorie (18–25; 26–50; 50+), a hraničním skórem pro středně závažnou úzkost u skupiny starších 50 let bylo 17 bodů. Normativní data existují též pro inventář GAI a GAI-SF (Heissler et al., 2018), jiné české oficiální studie nejsou v současné době pro zmíněné metody dohledatelné, což limituje možnosti screeningu a je zároveň výzvou pro další výzkumy, protože prosté přijímání zahraničních norem může vést ke zkresleným výsledkům, nebo i špatným diagnózám.

Určitou zajímavostí může v kontextu této práce být, že většina zmíněných screeningových metod nějak zvlášť nezohledňuje filozofické pojetí úzkosti, a zaměřuje se na primárně na to, co je v kontextu této práce pojímáno jako klinická úzkost. S úzkostí z pohledu filozofického je možno se setkat spíše v rámci metod, které se zabývají existenciálními tématy, smyslem života, spiritualitou apod. (např. Existential Anxiety Questionnaire; Weems, Costa, Dehon, & Berman, 2004).

1.4.2 Komorbidita a diferenciální diagnostika

S možnostmi diagnostiky úzkosti úzce souvisí i téma této kapitoly, která se zabývá komorbiditou úzkosti a její diferenciální diagnostikou. Důvodem zabývání se komorbiditami, chápanými jakožto (někdy skrytou) přítomností dvou a více nemocí (u vícero nemocí je možno se setkat s pojmem multimorbidita), je to, že podle dostupné literatury se mnohdy symptomy úzkosti prolínají s jinými psychiatrickými a zdravotními problémy. Jako nejčastější komorbidita je přitom zmiňována depresivní porucha. Mezi další patří schizofrenie, chronická obstrukční plicní nemoc, hypertyreóza (zvýšená činnost štítné žlázy), srdeční a vestibulární potíže, vředové poruchy, průduškové astma, demence, mánie, závislosti a abstinenční syndromy, poruchy nálady a osobnosti, či kognitivní zhoršení (Almeida et al., 2012; Bendixen & Engedal, 2016; Pachana, 2016, s. 280, 579; Svoboda et al., 2006, s. 232; Van der Weele, Gussekloo, De Waal, De Craen, & Van der Mast, 2009).

Prolínání samozřejmě znesnadňuje identifikaci úzkosti, diagnostiku a případě i správné zaměření léčby (též může vést k domněnì, že úzkost není tak rozšířený či vážný jev), kdy se primárně léčí ta závažnější a více omezující nemoc (tzv. hierarchický systém, který bývá kritizován kvůli opomíjení jiných symptomů), což je ve vyšším věku vzhledem k citlivosti, změnám v organismu a horší odpovědi na léčbu o to vážnější problém (např. kvůli potenciálním vedlejším efektům léků). Roli hraje i skutečnost, jak bude probíráno níže, že senioři se oproti mladším lidem z různých důvodů výrazně méně léčí s duševními poruchami (Pachana, 2016, s. 277). Ztěžuje to také fakt, že některá nemoc může zapříčinit jinou, popřípadě se nemoci mohou navzájem zhoršovat. Mezi doporučení pak patří například užití širěji pojatého strukturovaného interview, kterým je možno zachytit symptomy různých poruch. Častým jevem je také komorbidita konkrétních úzkostných poruch mezi sebou, jejichž diferenciální diagnostice se věnují i manuály DSM-V a MKN-10 v rámci jednotlivých poruch, a detailněji o nich píše například i ve své práci Pokorná (2014).

Zevrubně se tomuto tématu věnuje například dříve citovaná publikace Pachana (2016), podle které mohou ostatní nemoci (např. plicní a srdeční) či vedlejší efekty léků maskovat symptomy úzkosti, či být jejími primárními příčinami. Další problém je forma ageismu, kdy se symptomy bagatelizují nebo interpretují jako normální, pochopitelné nebo adekvátní pro daný věk, čímž se snižuje možnost řádné diagnostiky a odhalení vážnější úzkostné poruchy. Starší lidé také můžou úspěšně skrývat úzkostné symptomy,

vysvětlovat je fyzickými obtížemi či zdravotním stavem, nebo se vyhýbat situacím, které ji vyvolávají. Starší generace také může být méně svolná ke sdílení psychologických potíží, tyto problémy nekonzultují s lékaři, a léta bojují s úzkostí na vlastní pěst bez adekvátní léčby (Pachana, 2016, s. 277).

Jak bylo zmíněno výše, nejčastější komorbidním onemocněním úzkosti je deprese, přičemž tato kombinace i u seniorů značně zvyšuje mj. riziko sebevražedného chování (Kiosses, Szanto, & Alexopoulos, 2014; Wang, Liu, Li, Li, & Huang, 2018). Otázku, jak rozlišit symptomy úzkosti a deprese, různí autoři zodpovídají tak, že úzkost ve stáří má počátek již v mladším věku a bývá chronická. Oproti tomu deprese či demence mají počátky až ve starším věku (u úzkosti je medián začátku cca v 11 letech a jen 1 % začíná u starších 65 let, u deprese je tento medián 32 let a 27 % má první epizodu ve věku 65 a více, demence začíná spíše u starších 60 let). Při diferenciální diagnostice se můžeme opírat o uváděné rysy deprese: výrazněji zastoupený externí locus of control (atribuce úspěchu vnějším okolnostem či pocit, že životní události jsou řízeny neovlivnitelnými faktory) a zaměření na subjektivní i interpersonální realitu. U úzkosti je profil komplexnější – zaměření na vlastní vnitřní život, kombinace zranitelnosti, běžných stresorů (funkční omezení, chronické nemoci), životních událostí (ztráta či nemoc blízkého) a sociálních problémů (nízká emoční podpora, osamělost, konflikty). U obou poruch mohou být spouštěčem životní události spjaté se ztrátou někoho blízkého. Nepoměr je také při řešení smíšeného úzkostně-depresivního symptomu, při posouzení pomocí DSM-IV splňovala jen čtvrtina seniorů s úzkostnou poruchou kritéria komorbidní deprese, oproti tomu polovina starších lidí s depresivní poruchou splňovala kritéria komorbidní úzkostné poruchy. Nutno poznamenat, že co se týče farmakoterapie, je možno úzkost i depresi léčit stejnými léky (např. SSRI). Odlišný přístup je při psychoterapii: úzkost je obecně řešena nácviky relaxace či desenzibilizací pomocí reálného či imaginárního vystavování se obávané věci/ situaci. Pro depresi je doporučováno zvýšit sociální interakce a úroveň aktivit, zlepšit pacientovo pozitivní vnímání jeho prostředí tím, že se bude účastnit pro něj zábavných činností (Barton et al., 2014; de Beurs et al., 2001; Forlani et al., 2014; Kreitler, 2018; Pachana, 2016, s. 277–279, 579).

Nedávný velký roční výzkum v 5 evropských zemích (Německo, Itálie, Španělsko, Švýcarsko, Velká Británie) a Izraeli na 3142 lidech ve věku 65–84 let se zaměřoval mimo jiné na to, které konkrétní úzkostné poruchy, které byly diagnostikovány pomocí metody Composite International Diagnostic Interview

(CIDI65+) založené na interview s respondenty, nejvíce komorbidují s depresí. Výsledky ukázaly, že s depresivní poruchou byly signifikantně komorbidní jen specifické fobie a panická porucha. U agorafobie, GAD, posttraumatické stresové poruchy (PTSD), sociální fobie a OCD nebyla nalezena statisticky významná spojitost. Autoři zdůvodňují tento poznatek tím, že byl zkoumán neklinický soubor lidí, úzkostně-depresivní syndrom je spíše spjat s klinickou populací: doporučují tak zařazení depresivního screeningu v situacích, kdy za lékařem přijde starší člověk s panickými ataky či nadměrným strachem (Canuto et al., 2018).

Diskutována je také spojitost schizofrenie a úzkostných symptomů, které se, zejména ale u mladších ročníků, ukázaly být taktéž poměrně častým jevem jí provázející a mnohdy i jí předcházející. Můžou být sekundárními následky pozitivních psychotických symptomů, reakcí na vnější okolnosti či čistě komorbidním stavem. U starších ročníků se schizofrenií se úzkostné symptomy často vyskytují zároveň s depresivními symptomy (Felmet, Zisook, & Kasckow, 2011). Z konkrétních poruch byly nejčastěji komorbidními se schizofrenií sociální fobie, post-traumatická stresová porucha, obsesivně-kompulzivní porucha a panická porucha. Přítomnost a závažnost těchto poruch byla spjata i se závažností schizofrenie, horší prognózou, fungováním, kvalitou života a výsledky léčby. Vědomí toho má, zdá se, i klinické důsledky, neboť úspěšné léčení komorbidní úzkostné poruchy může mít podle autorů pozitivní vliv i na léčbu samotné schizofrenie (Braga, Reynolds, & Siris, 2013; Kiran & Chaudhury, 2016).

Smolík taktéž u jednotlivých úzkostných poruch vyjmenovává další nemoci, které je možné brát v potaz při diferenciální diagnostice, souhrnně, kromě výše zmíněných, uvádí schizoidní a vyhýbavou poruchu osobnosti, poruchy s bludy, úzkost vyvolanou psychoaktivními látkami, mentální anorexii a bulimii, ale i reálné obavy, nepatologickou úzkosti či obyčejnou normální plachost a trému (Smolík, 2002, s. 252–264).

V souladu s Pachana (2016, s. 581) lze k tématu komorbidity říci závěrem to, že u starších pacientů jsou časté komorbidity psychiatrických a zdravotních obtíží, přičemž zdravotní obtíže a s nimi spjaté funkční potíže mohou předcházet a vést k těm psychiatrickým. Chronické psychiatrické problémy pak mohou ovlivnit fyziologické a imunitní odpovědi, životní styl, a být z důvodu diagnostického zastínění problémem při klinickém vyšetření. Nutností je tak multimodální vyšetření k přesné diagnostice a léčbě. S tím je spjata i potřeba dalšího výzkumu toho, jakým způsobem komorbidní

nemoci u starších lidí ovlivňují výsledky léčby, k čemuž se nejvhodnější zdají případné longitudinální studie a rozsáhlé studie účinnosti.

1.4.3 Kognitivní schopnosti ve stáří v souvislosti s úzkostí

Vzhledem k tomu, že praktická část této práce se bude zabývat souvislostí úzkostných symptomů s kognicí, je nutné se alespoň stručně věnovat i kognitivním schopnostem ve stáří. Tyto schopnosti hrají významnou roli v běžném fungování seniorů, ovšem mnohé z nich se s postupujícím věkem minimálně u části populace zhoršují. Z přehledového článku Klímové a kol. (2017) lze vyčíst, že u normálně stárnoucích osob je nejvíce věkem negativně ovlivněna paměť, schopnost řešit problémy, exekutivní funkce, pozornost a rychlost zpracovávání informací. Ty jsou negativně ovlivněny různými rizikovými faktory, mezi které se řadí věk, pohlaví, rasa a genetická výbava, popř. jevy jako cukrovka, úrazy hlavy, životní styl a vzdělání. Pozitivní vliv na kognici či snížení jejího poklesu se jeví mít zejména fyzická aktivita, zdravá dieta (zvláště ta středomořského typu) a kognitivní trénink nebo stimulace (Klimova, Valis, & Kuca, 2017). Věkem podmíněné změny jsou spjaty se strukturálními a funkčními změnami v mozku, ztrátou synapsí, dysfunkcí sítí neuronů či alterací jejich struktury, což může posléze u dotyčných osob vést ke kognitivním poruchám narušujícím běžné fungování (Murman, 2015).

Co se týče ovlivnění kognice úzkostných, zejména starších, lidí, tak ačkoli se tomuto tématu příliš výzkumů nevěnuje, z výzkumu Stillmana a kol. (2012) je možno zjistit například to, že kognitivní narušení se manifestuje různě podle toho, jakou úzkostnou poruchou dotyčný trpí. Podle tohoto výzkumu je post-traumatická stresová porucha spjata s horší verbální a oddálenou pamětí, obsesivně kompulzivní s kognitivní facilitací a inhibicí, fobické poruchy narušují celkovou úroveň kognice a generalizovaná úzkostná porucha s krátkodobou a oddálenou pamětí (Stillman, Rowe, Arndt, & Moser, 2012). Stillmanův výzkum prováděný na starších lidech ukázal, že obecné mírně zvýšené úzkostné symptomy jsou spjaty s nižším celkovým výkonem, zejména ovšem s vizospaciálními/ konstrukčními schopnostmi, a též s bezprostředním a oddáleným vybavením; nevýhodou výzkumu byl ale nižší počet respondentů (N = 48). Autoři v tomto kontextu uvádí jednu z Eysenckových teorií, že pracovní paměť je narušena úzkostí, což vede k horšímu celkovému kognitivnímu výkonu (tamtéž). Zmínit jde ovšem i Yerkes-Dodsonův zákon, dle kterého mírné nabuzení (v tomto případě mírná

úzkost) pomáhá k lepšímu kognitivnímu výkonu – křivka výkonu má pak tvar obráceného U, kdy po překročení určité hranice vyšší úzkost vede k horšímu výkonu. Tento Yerkes-Dodsonův zákon se projevil například v Biermanově longitudinálním výzkumu 2351 starších lidí (Bierman, Comijs, Rijmen, Jonker, & Beekman, 2008), podle kterého se ukazuje, že mírná úzkost je spjatá s vyšším kognitivním výkonem, naopak vysoká úzkost vede ke zhoršené kognici. Efekt úzkosti na kognici se ale jeví být pouze dočasný a ne trvalý, úzkost jako taková podle Biermana a kol. nepredikuje kognitivní úpadek – z dřívějších výzkumů nebylo jisté, zda úzkost způsobuje úpadek paměti, či naopak pokles paměti způsobuje úzkost. Novější výzkum v této oblasti ovšem ukazuje, že úzkost by mohla být u zdravých starších jedinců manifestací skrytých neurodegenerativních procesů (Kassem et al., 2017).

K nejednoznačnosti ale přispívají jiné výzkumy na toto téma, které ukazují, že senioři se zvýšenou úzkostí mají horší výkon ve verbálně epizodické paměti a vizuální rekognici než lidé bez úzkosti. Nebyl nalezen vztah mezi úzkostí a exekutivními, vizuálně-konstruktivními a instrumentálními funkcemi (Delphin-Combe et al., 2016). Nutno zmínit, že z výsledků Biringer a kol. ale vyplývá, že vliv úzkosti na kognici je ovlivněn komorbidní depresí, jež se jeví být primárně tím, co kognici snižuje (Biringer et al., 2005). Fung a kol. ve svém výzkumu zmiňují, že problematika vztahu úzkosti a kognitivního úbytku je nejasná a nevyřešená, a to zejména vlivem toho, že studie jsou ovlivněny heterogenitou vzorku a metodologií – jsou používány různé metody na testování kognice i úzkosti. To je kupříkladu vidět i na výsledcích výše zmíněných studií, které dochází k nejednotným výsledkům. Ve svém vlastním tříletém výzkumu 91 kognitivně zdravých lidí s úzkostnými symptomy zjišťovanými pomocí Revised Clinical Interview Schedule (CIS-R) dochází Fung a kol. k tomu, že u dotčených osob s vícero úzkostnými symptomy byl v průběhu let patrný pokles v epizodické paměti oproti kontrolní skupině. Úzkostné symptomy jsou pak podle autorů možné prediktory úbytku epizodické paměti u jinak zdravých jedinců a můžou být i časnými známkami neurodegenerativních onemocnění (Fung, Lee, Lee, & Lam, 2018). Při pohledu na výsledky dalších výzkumů (Pachana, 2017, s. 271–273) je patrné, že je prozatím stále pravdivé Fungovo tvrzení o nejasnosti vztahu konkrétních kognitivních schopností a úzkosti, neboť výzkumy přináší rozdílné a protichůdné výsledky.

2 Praktická část

2.1 Výzkumné cíle a hypotézy

V teoretické části této práce byly zmíněny výzkumy zabývající se souvislostí geriatrické úzkosti a kognice dotyčných jedinců. Zkoumané byly například souvislosti úzkostných symptomů s bezprostředním a oddáleným vybavením, exekutivními funkcemi, pozorností či vizuálně-konstruktivními schopnostmi (Delphin-Combe et al., 2016; Fung et al., 2018; Stillman et al., 2012). Ačkoliv výzkumy dochází mnohdy k rozdílným výsledkům a efektům úzkosti na kognitivní oblasti, dá se očekávat horší výkon starších osob s vícero úzkostnými symptomy v oblasti paměti. Nevýhodou dřívějších studií je zejména nižší počet respondentů a fakt, že neberou v potaz i depresivní symptomy, které mohou být primárně tím, co ovlivňuje zhoršenou kognici (Biringer et al., 2005).

Z toho důvodu je hlavním cílem této práce prozkoumat vztahy různých kognitivních oblastí (paměť, pozornost a exekutivní funkce) a úzkostných symptomů u vyššího počtu zdravých starších osob, přičemž budou brány v potaz i depresivní symptomy. Z demografických proměnných je očekáváno, že vzdělání a věk nebudou mít významný vliv na množství úzkostných symptomů, na rozdíl od pohlaví, a to z důvodu vyšší náchylnosti žen k úzkostným poruchám (Heissler et al., 2018; McLean, Asnaani, Litz, & Hofmann, 2011).

Hypotézy

H1a: Mezi staršími muži a ženami budou statisticky signifikantní rozdíly v počtu úzkostných symptomů.

H1b: Mezi věkovými kategoriemi 60–74 a 75 a více let nebudou statisticky významné rozdíly v počtu úzkostných symptomů.

H1c: Mezi staršími osobami s nižším a vyšším vzděláním nebudou statisticky významné rozdíly v počtu úzkostných symptomů.

H2a: Osoby s více úzkostnými symptomy budou mít oproti osobám s méně symptomy úzkosti, s přihlédnutím k depresivním symptomům, horší výkon v paměťových testech – v bezprostředním vybavení.

H2b: Osoby s více úzkostnými symptomy budou mít oproti osobám s méně symptomy úzkosti, s přihlédnutím k depresivním symptomům, horší výkon v paměťových testech – v oddáleném vybavení.

H2c: Osoby s více úzkostnými symptomy budou mít oproti osobám s méně symptomy úzkosti, s přihlédnutím k depresivním symptomům, horší výkon v testech pozornosti.

H2d: Osoby s více úzkostnými symptomy budou mít oproti osobám s méně symptomy úzkosti, s přihlédnutím k depresivním symptomům, horší výkon v testech exekutivních funkcí.

2.2 Metody

Na prozkoumání a zachycení sledovaných proměnných bylo použito několik mezinárodně používaných dotazníků a kognitivních testů s dobrými psychometrickými vlastnostmi, které jsou specificky vytvořeny a zaměřeny na cílovou populaci starších osob.

Na zachycení symptomů deprese byl použit screeningový 15položkový dotazník Geriatric Depression Scale (GDS-15; Nikolai, Vyhnálek, Štěpánková, & Horáková, 2013; Sheikh & Yesavage, 1986), který se pomocí 15 otázek (zadaných psychometristou nebo sebesouzením) s odpověďmi Ano x Ne, snaží detekovat depresi u starších osob, přesnou tíži deprese však nestanovuje. Maximálně v něm lze získat 15 bodů (10 otázek ukazuje na depresivitu při odpovědi Ano, 5 otázek (č. 1, 5, 7, 11, 13) při odpovědi Ne). Oficiálně uváděné hraniční skóry, občas používané i českými autory, jsou: 0–5 normální nálada, 6–10 mírná depresivita, 11+ těžká depresivita (Holmerová & Vaňková, 2009). Faktorová analýza ukázala v dotazníku GDS-15 dva hlavní faktory: pozitivní a negativní naladění (Heissler, Červenková, Kopeček, & Georgi, 2018)

Na zachycení symptomů geriatrické úzkosti byl použit screeningový Inventář geriatrické úzkosti (Geriatric Anxiety Inventory, GAI; Pachana, 2007; Heissler et al., 2018), který stejně jako GDS-15 používá dichotomické odpovědi Ano x Ne u 20 otázek, přičemž za odpověď Ano se získává 1 bod (= přítomnost symptomu). Maximálně lze získat 20 bodů, skóre 8/9 v zahraničních výzkumech ukazuje na přítomnost závažnější úzkosti, ze skóre 11 a víc se usuzuje na generalizovanou úzkostnou poruchu (Johnco, Knight, Tadic, & Wuthrich, 2015; Pachana et al., 2007). Hlavní faktory inventáře se

týkají nadměrných obav, osobnosti a somatických problémů (Heissler, Červenková, Georgi, & Kopeček, 2018).

Na posouzení kognitivních schopností bylo použito několik standardních kognitivních testů zaměřených na testování paměti, pozornosti a exekutivních funkcí.

Paměť: bezprostřední vybavení bylo posuzováno pomocí Filadelfského verbálního testu učení (PVLТ; součet skóru v 1. až 5. pokusu; Bezdicek et al., 2014) a pomocí bezprostředního vybavení v testu Povídka (subtest Logická paměť z WMS-IIIa; Wechsler, 2011). Oddálené vybavení bylo posuzováno také těmito testy, u PVLТ se jedná o skór v 9. pokusu, v testu Povídky o skór z 2. pokusu = oddáleného vybavení.

Pozornost: byl použit skór z Testu cesty, část A (Trail Making Test, TMT-A; počet sekund; Bezdicek et al., 2012) a skór v subtestu Wechslerovy inteligenční škály pro dospělé (WAIS-III) Symboly - kódování (Digit Symbol Substitution Test, DSST / Symboly; Wechsler, 2010).

Exekutivní funkce: bylo použito skóre z Testu cesty, část B (Trail Making Test, TMT-B; počet sekund; Bezdicek et al., 2012) a skór v třetí části Pražského Stroopova testu – Barvy (PST; počet sekund; Bezdicek et al., 2015).

2.3 Soubor

Soubor byl složen z účastníků participujících v Národní normativní studii kognitivních determinant zdravého stárnutí (NANOK; IGA NT 13145) řešené v Psychiatrickém centru Praha/ Národním ústavu duševního zdraví, schválené 29. 6. 2011 etickou komisí Psychiatrického centra Praha pod jednacím číslem 64/11. Detailní anamnestická kritéria zařazení do studie a kompletní baterii testů a dotazníků v rámci studie NANOK uvádí Štěpánková et al. (2015).

Z celkového počtu 568 vyšetřených osob ve věku 60–98 let v rámci NANOK byla do další analýzy zařazena data od 540 osob, a to po aplikaci ex post vylučujících kritérií: výkon horší než -2 SD od průměru skupiny ve dvou kognitivních testech nebo v jednom kognitivním testu a zároveň skóru v Geriatrické škále deprese (GDS-15) anebo v Dotazníku funkčního stavu (FAQ) ≥ 10 bodů (Bezdíček, Lukavský, & Preiss, 2011). Kognitivními testy určujícími inkluzivní kritéria do finálního souboru byl Test cesty (TMT, část B; Bezdicek et al., 2012), Test verbální fluence (měřeny kompozitním skórem z testů sémantické a fonémické fluence; Nikolai et al., 2015) a Filadelfský test

verbálního učení czP(r)VLT- 12 (kompozitní skóre - součet pokusů 1– 5 (index kapacity učení) a oddálené vybavení (index retence); Bezdíček et al., 2014). V další fázi selekce pro tuto práci byli kvůli riziku zkrácení vyloučeni ti účastníci, kterým byl GDS-15 administrován jinak než sebehodnocením ($n = 194$), dále ti, kteří měli 5 a více bodů v Dotazníku funkčního stavu (FAQ; $n = 44$), a poté ti, kteří uvedli užívání antidepresiv, anxiolytik nebo hypnotik ($n = 23$) z důvodu možné psychiatrické poruchy, kterou účastníci neuvedli, a možného ovlivnění výsledků v GAI a GDS-15. Soubor účastníků se ve finále skládal z 279 duševně zdravých soběstačných osob vyššího věku, 60 a více let (rozmezí 60–92 let), bez vážných neurologických, onkologických či psychiatrických onemocnění, které absolvovali výše zmíněné testy, a jejichž základní demografické údaje jsou uvedeny v Tabulce 1.

Tabulka 1 Demografické údaje

| | | Frekvence (%) | Průměr (SD) |
|----------|--------|---------------|--------------|
| Věk | 60–74 | 175 (62,7) | 67,19 (4,41) |
| | 75+ | 104 (37,3) | 81,13 (4,26) |
| | Celkem | 279 | 72,39 (8,04) |
| Vzdělání | Nižší | 107 (38,4) | |
| | Vyšší | 172 (61,6) | |
| Pohlaví | Muži | 127 (45,5) | |
| | Ženy | 152 (54,5) | |

2.4 Statistická analýza

Cílem statistické analýzy bylo posouzení rozdílu v symptomech geriatrické úzkosti u různých demografických proměnných, a následně, s přihlédnutím k depresivním symptomům, posouzení rozdílnosti v kognitivních výkonech mezi skupinami s vyšším či nižším počtem úzkostných symptomů. K analýze byl použit software IBM SPSS Statistics verze 23.

U vzdělání bylo pro analýzu zvoleno rozlišení na nižší (bez maturity) a vyšší (s maturitou a výše), které je kvůli různorodosti školských systémů v ČR během minulého století, zejména u zkoumané populace, praktičtější než dělení podle počtu let studia.

Vzhledem k zešikmení výsledků v GAI (šikmost = 1,96; špičatost = 4,32), ale nemožnosti je efektivně transformovat bylo nutno pro analýzy GAI použít převážně neparametrické metody.

Na posouzení hypotéz H1a–c byl použit Mann-Whitneyho U test k porovnávání dvou skupin – u pohlaví, vzdělání (nižší: bez maturity, vyšší: s maturitou a vyšším) a věku (skupina 60–74 a 75 a více), a jejich celkového skóru v GAI. Na doplnění informace byly vztahy těchto dichotomických proměnných (pohlaví, vzdělání a věkové kategorie) a celkového skóru v GAI analyzovány i bodově-biseriální korelací.

Na posouzení hypotéz H2a–d byla použita analýza kovariance (ANCOVA), ve které bylo jako kovariát použito skóre testu GDS-15 (za účelem očištění případného vlivu depresivních symptomů), jako nezávislá proměnná skóre z testu GAI při rozdělení souboru pomocí cut-offu 8/9 (dle zahraničních studií rozlišující přítomnost nějaké úzkosti: osoby s 9 a více body tak budou považovány za osoby s více úzkostnými symptomy, viz část Metody), a jako závislá proměnná jednotlivé skóre dle zkoumaných kognitivních domén. Pro potřeby analýzy bude soubor tudíž rozdělen do dvou skupin: osoby s méně úzkostnými symptomy (skóre v GAI 0–8), a osoby s více úzkostnými symptomy (skóre v GAI 9–20).

2.5 Výsledky

Následující část bude rozdělena s ohledem na jednotlivé hypotézy, ke kterým budou prezentovány odpovídající výsledky statistické analýzy.

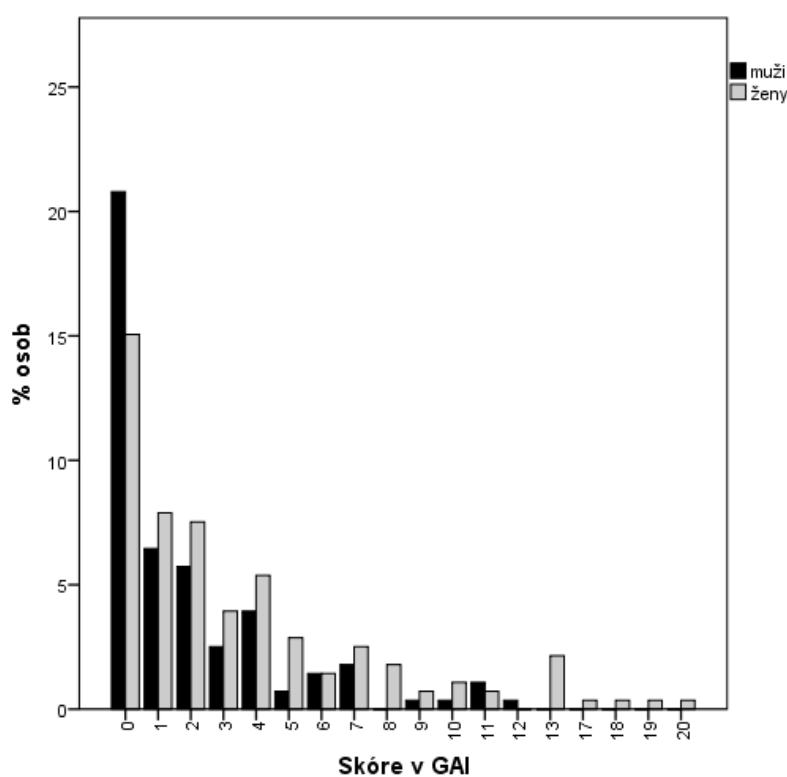
V Tabulce 2 jsou uvedeny průměrné hodnoty, směrodatné odchylky a rozmezí dosažených hodnot v jednotlivých testech, rozdělené dle osob s méně či více úzkostnými symptomy (podle cutoffu v GAI 8/9).

Tabulka 2 Průměrné skóre v testech podle úzkostných symptomů

| Test | Méně úzkostných symptomů ($n = 256$; M; SD; rozmezí) | Více úzkostných symptomů ($n = 23$; M, SD, rozmezí) |
|----------------------------|--|---|
| Povídka bezprostřední vyb. | 10,79; 3,6; 2–21 | 8; 2,47; 4–13 |
| PVLT součet 1–5 | 39,12; 7,28; 14–56 | 39,74; 7,82; 26–52 |
| Povídka oddálené vyb. | 9,5; 3,44; 0–20 | 7,3; 2,9; 2–13 |
| PVLT 9 | 8,17; 2,55; 0–12 | 9,35; 2,14; 6–12 |
| TMT-A | 52,05; 27,92; 11–223 | 47,04; 14,1; 24–76 |
| Symboly / DSST | 51,3; 12,48; 23–85 | 54,5; 15,22; 34–95 |
| TMT-B | 129; 66,82; 50–365 | 114,1; 44,71; 57–199 |
| PST-Barvy | 38,01; 13,82; 17–97 | 36,39; 13,1; 19–73 |
| GDS-15 | 1,59; 1,9; 0–10 | 3,17; 2,32; 0–7 |
| GAI | 1,93; 2,22; 0–8 | 12,43; 3,18; 9–20 |

Hypotéza 1a: Mezi staršími muži a ženami budou statisticky signifikantní rozdíly v počtu úzkostných symptomů.

Mann-Whitneyho U test ukázal na statisticky významné rozdíly mezi muži (Mdn = 1) a ženami (Mdn = 2) ve výsledcích v GAI ($U = 7322$; $Z = -3,57$; $p < 0,01$). Také bodově-biserální korelace ukázaly statisticky významný vztah mezi pohlavím a skórem v GAI ($r_{pb} = 0,21$; $p < 0,01$). Výsledky statistické analýzy jsou tak v souladu s hypotézou, že mezi ženami a muži jsou statisticky významné rozdíly v počtu úzkostných symptomů. Graf 1 ukazuje distribuci skóre v GAI u mužů a žen. V Tabulce 3 jsou uvedeny průměry, směrodatné odchylky a rozsah skóre v GAI rozdělené dle pohlaví.



Graf 1: Distribuce hrubých skóre v GAI (0–20 bodů) u mužů ($n = 127$) a žen ($n = 152$)

Tabulka 3 Průměrné skóre GAI podle pohlaví

| Pohlaví | Počet | Průměr GAI (SD) | Rozmezí skóre v GAI |
|---------|-------|-----------------|---------------------|
| Muži | 127 | 1,95 (2,77) | 0–12 |
| Ženy | 152 | 3,5 (4,21) | 0–20 |

Hypotéza 1b: Mezi věkovými kategoriemi 60–74 a 75 a více let nebudou statisticky významné rozdíly v počtu úzkostných symptomů.

Mann-Whitneyův U test při rozdělení souboru na dvě kategorie 60–74 let (Mdn = 1) a 75 let a více (Mdn = 2) neukázal statisticky významný rozdíl ve výsledcích v GAI ($U = 8984$; $Z = -0,18$; $p = 0,86$). Také bodově-biserální korelace neukázala statisticky významný vztah mezi věkovými kategoriemi a skórem v GAI ($r_{pb} = -0,05$; $p = 0,39$). Výsledky analýzy jsou tak také v souladu s hypotézou, že mezi věkovými kategoriemi nebudou statisticky významné rozdíly v úzkostných symptomech.

Hypotéza 1c: Mezi staršími osobami s nižším a vyšším vzděláním nebudou statisticky významné rozdíly v počtu úzkostných symptomů.

Mann-Whitneyův U test při rozdělení souboru na dvě kategorie nižšího (Mdn = 2) a vyššího (Mdn = 1) vzdělání neukázal statisticky významný rozdíl ve výsledcích v GAI ($U = 8590,5$; $Z = -0,96$; $p = 0,34$). Také bodově-biserální korelace neukázala statisticky významný vztah mezi kategoriemi vzdělání a skórem v GAI ($r_{pb} = -0,07$; $p = 0,23$). Výsledky analýzy jsou tak v souladu s hypotézou, že mezi kategoriemi vzdělání nebudou statisticky významné rozdíly v úzkostných symptomech.

H2a: Osoby s více úzkostnými symptomy budou mít oproti osobám s méně symptomy úzkosti, s přihlédnutím k depresivním symptomům, horší výkon v paměťových testech – v bezprostředním vybavení.

Bezprostřední vybavení:

ANCOVA ukázala statisticky významný rozdíl mezi osobami s více a méně symptomy úzkosti, s přihlédnutím k depresivním symptomům, v testu Povídky-bezprostřední vybavení ($F(1,276) = 12,06$; $p < 0,01$). Kontrasty ukázaly na rozdíl mezi osobami s méně úzkostnými symptomy (průměrné skóre = 10,79) a více symptomy (průměrné skóre = 8,06); $p < 0,01$; 95% CI [-4,28, -1,18]. Kovariát, skóre v GDS-15, neměl statisticky významný vliv na skóre v testu Povídce-bezprostřední vybavení ($F(1, 276) = 0,12$; $p = 0,73$).

V testu PVLТ, součtu 1.–5. skóru, nebyl nalezen statisticky významný rozdíl mezi osobami s více a méně symptomy úzkosti, s přihlédnutím k depresivním

symptomům ($F(1,276) = 0,42$; $p = 0,52$). Kovariát, skóre v GDS-15, také neměl u tohoto skóru statisticky významný vliv ($F(1, 276) = 1,54$; $p = 0,21$).

H2b: Osoby s více úzkostnými symptomy budou mít oproti osobám s méně symptomy úzkosti, s přihlédnutím k depresivním symptomům, horší výkon v paměťových testech – v oddáleném vybavení.

Oddálené vybavení:

Test ANCOVA ukázal statisticky významný rozdíl mezi osobami s více a méně symptomy úzkosti, s přihlédnutím k depresivním symptomům, v testu Povídky-oddálené vybavení ($F(1, 276) = 7,31$; $p < 0,01$). Kontrasty ukázaly na rozdíl mezi osobami s méně úzkostnými symptomy (průměrné skóre = 9,47) a více symptomy (průměrné skóre = 7,42); $p < 0,01$; 95% CI [-3,55, -0,56]. Kovariát, skóre v GDS-15, neměl statisticky významný vliv na skóre v testu Povídce-oddáleném vybavení ($F(1, 276) = 0,54$; $p = 0,46$).

V testu PVLТ, skóre v 9. pokusu, ukázala ANCOVA také statisticky významný rozdíl mezi osobami s více a méně symptomy úzkosti, s přihlédnutím k depresivním symptomům ($F(1,276) = 6,26$; $p = 0,01$). Kontrasty ukázaly na rozdíl mezi osobami s méně úzkostnými symptomy (průměrné skóre = 8,15) a více symptomy (průměrné skóre = 9,56); $p = 0,01$; 95% CI [0,3, 2,51]. Kovariát, skóre v GDS-15, opět neměl u tohoto skóru statisticky významný vliv ($F(1, 276) = 3,4$; $p = 0,07$).

H2c: Osoby s více úzkostnými symptomy budou mít oproti osobám s méně symptomy úzkosti, s přihlédnutím k depresivním symptomům, horší výkon v testech pozornosti.

V testu TMT-A neukázala ANCOVA statisticky významný rozdíl mezi osobami s více a méně symptomy úzkosti, s přihlédnutím k depresivním symptomům ($F(1,276) = 1,34$; $p = 0,25$). Kovariát, skóre v GDS-15, neměl u tohoto skóru statisticky významný vliv ($F(1, 276) = 2,2$; $p = 0,14$).

V testu Symbolů / DSST ANCOVA opět neukázala statisticky významný rozdíl mezi osobami s více a méně symptomy úzkosti, s přihlédnutím k depresivním symptomům ($F(1,276) = 1,78$; $p = 0,18$). Kovariát, skóre v GDS-15, také neměl u tohoto skóru statisticky významný vliv ($F(1, 276) = 0,87$; $p = 0,35$).

H2d: Osoby s více úzkostnými symptomy budou mít oproti osobám s méně symptomy úzkosti, s přihlédnutím k depresivním symptomům, horší výkon v testech exekutivních funkcí.

V testu TMT-B neukázala ANCOVA statisticky významný rozdíl mezi osobami s více a méně symptomy úzkosti, s přihlédnutím k depresivním symptomům ($F(1,276) = 1,68$; $p = 0,19$). Kovariát, skóre v GDS-15, neměl u tohoto skóru statisticky významný vliv ($F(1, 276) = 1,55$; $p = 0,21$).

Také v testu PST-Barvy nebyl pomocí ANCOVA nalezen statisticky významný rozdíl mezi osobami s více a méně symptomy úzkosti, s přihlédnutím k depresivním symptomům ($F(1,276) = 0,83$; $p = 0,36$). Kovariát, skóre v GDS-15, opět neměl u tohoto skóru statisticky významný vliv ($F(1, 276) = 2,95$; $p = 0,09$).

Pro zajímavost bylo provedeno i porovnání výsledků testů osob, které uvedly užívání antidepressiv nebo anxiolytik ($n = 18$), a osob neužívajících tyto léky ($n = 285$). Mann-Whitneyho U test našel rozdíly pouze ve skórech GAI (Mdn bez léků = 2; Mdn s léky = 5; $U = 1737$; $Z = -2,35$; $p = 0,02$) a GDS-15 (Mdn bez léků = 1; Mdn s léky = 2; $U = 1859$; $Z = -2,02$; $p = 0,04$). Všechny ostatní testy kognice byly nesignifikantní.

2.6 Diskuze

Analýzy této práce přináší výsledky o vztahu úzkostných symptomů a kognice u duševně zdravých osob starších 60 let. Dosavadní výzkumy mají rozporuplné výsledky s nejednoznačnými závěry, zda a jak jsou kognitivní schopnosti starších osob ovlivněny jejich úzkostí nebo úzkostnými symptomy, a popřípadě jakou roli v tom hraje i depresivní symptomatika. Z toho důvodu si tato práce kladla za cíl přispět do této diskuze analyzováním většího počtu zdravých starších lidí a relevantních proměnných. Pro větší přehlednost bude tato kapitola rozdělena do tematických bloků, které kopírují zkoumané oblasti.

Geriatrická úzkost a demografické proměnné

První část hypotéz se zaměřovala na souvislost úzkostných symptomů měřených pomocí dotazníku GAI a různých demografických proměnných. Ve shodě s očekáváním bylo ukázáno, že ženy měly v inventáři GAI více depresivních symptomů než muži, což je v souladu s teoriemi, které označují ženy jako více úzkostné. Nejčastější vysvětlení se odvolávají na vliv hormonů (ovlivnění nálady, stresu) či prostředí – např. ekonomické a psychosociální (různé sociální role, očekávání, pracovní zařazení atd.) faktory (Gum, King-Kallimanis, & Kohn, 2009; Heissler et al., 2018; Christiansen, 2015). I při pohledu na průměrné skóry a jejich rozmezí je vidět, že v tomto souboru dosahovaly ženy vyšších skóru, a i extrémnějších hodnot.

U vzdělání a věku nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly, což je u GAI v souladu s jinými výzkumy (Ball, Lipsius, & Escobar, 2015; Silva et al., 2016). Ovšem zejména u vzdělání někteří autoři argumentují tím, že lidé s nižším vzděláním mohou dosahovat vyšších skóru, neboť mohou mít kvůli nižšímu vzdělání i nižší příjmy a být ve vyšší existenční nejistotě, to pak může vést k vyšší úzkosti (Massena, de Araújo, Pachana, Laks, & de Pádua, 2015). Obecně lze ovšem říci, že většina respondentů dosahovala nižších skóru a byl patrný tzv. efekt podlahy (prům. skóre v GAI celého souboru = 2,79; SD = 3,7; 79,2 % respondentů dosahovalo skóru 0–4).

Geriatrická úzkost a kognitivní schopnosti

Další hypotézy, které se týkaly porovnávání kognitivních výkonů s ohledem na úzkostné a depresivní symptomy, ukázaly rozličné výsledky. Dříve zmíněná práce Biringera a kol. zmiňuje, že vliv úzkosti na kognici je ovlivněn zejména komorbidní depresí, která je tím hlavním činitelem, který snižuje kognici (Biringer et al., 2005). Ve zkoumaném souboru byla nalezena poměrně vysoká korelace mezi testy GAI a GDS-15 (Spearmanovo $\rho = 0,47$, $p < 0,01$), proto bylo poměrně překvapivé, že u všech kognitivních testů se skóre v GDS-15 neukázalo být signifikantním faktorem ovlivňujícím výsledky. Je snad možno usuzovat, že výkony jedinců ze zkoumaného souboru byly potenciálně ovlivněné samotnou úzkostí, a ne depresivitou.

Výsledky analýzy porovnávací skupiny osob, které uváděly užívání anxiolytik nebo antidepresiv, a těch, kteří je neužívají, neukázaly statisticky významný rozdíl v žádném z testů kognice. Užívání těchto léků se tedy ve zkoumaném souboru neprojevovalo zhoršenou či zlepšenou kognicí. To je v souladu s dřívějšími výzkumy,

kteří nenalezly spojitost mezi užíváním těchto léků a změnou v kognici (Carrière et al., 2017; Ranstam, 1997). Osoby užívající anxiolytika nebo antidepresiva měly oproti osobám bez léků vyšší skóry v GAI a GDS-15, čili i přes užívání daných léků reportovali dotyční více úzkostných nebo depresivních symptomů.

Co se týče výkonů v paměťových testech zaměřených na bezprostřední vybavení, byly mezi skupinami (s více a méně úzkostnými symptomy) nalezeny signifikantní rozdíly pouze v testu Povídka, v testu PVLТ nebyly nalezeny rozdíly. V testech na oddálené vybavení byly nalezeny signifikantní rozdíly jak v testu Povídka, tak i v testu PVLТ. Zajímavostí je, že v testu Povídka u obou typů vybavení dosahovaly lepších skóru osoby s méně úzkostnými symptomy, naopak v oddáleném vybavení v testu PVLТ měly osoby s více úzkostnými symptomy průměrně vyšší skóry. Dřívější výzkumy ukazují, že lidé s vyšší úzkostí mají horší výkony jak v bezprostředním, tak i oddáleném vybavením (Delphin-Combe et al., 2016; Stillman et al., 2012). K podobným výsledkům jako naše práce dochází ale i de Vitová a kol, kdy vyšší úzkostné symptomy, zejména nadměrné obavy, ovlivňovaly výsledky v testu RAVLT (Reyův auditorně verbální test učení, založený na podobném principu jako PVLТ) jen u bezprostředního vybavení, u oddáleného vybavení nebyl nalezen významný efekt (de Vito, Calamia, Greening, & Roye, 2017). Autoři se při argumentaci o vlivu úzkosti na paměť a kognici odvolávají při jejich narušení úzkostí na již dříve zmíněnou Eysenkovu teorii, při jejich zlepšení na Yerkes-Dodsonův zákon (Bierman, 2008; Fung et al., 2018; Stillman et al., 2012). Nejedná-li se o nějakou výjimečnou odchylku v datech nebo nějakou jinou abnormalitou, způsobenou například menším počtem osob ve skupině s vyššími úzkostnými symptomy, tak pokud měli lidé s více úzkostnými symptomy vyšší skóry v testu PVLТ, je možné tento fakt snad možno vysvětlit rozdílnou povahou testů. Test Povídky je totiž založen na vyprávění krátkého příběhu, zatímco test PVLТ na zapamatování si jednotlivých položek nákupního seznamu. Je možné, že u příběhu i jeho samotná povaha nebo obsah spjatý s emočním laděním může ovlivnit míru zapamatování. Nedávný výzkum Herrerové například ukázal, že úzkostní starší lidé si hůře zapamatují pozitivně laděné informace či zkušenosti, debatuje se i o možnosti, že si úzkostní lidé možná lépe zapamatovávají negativní informace (Herrera, Montorio, & Cabrera, 2017). U oddáleného vybavení tak mohly například zapůsobit při oddáleném vybavení oba výše zmíněné zákony ovlivňující kognici při úzkosti – Eysenckův zapříčinil zhoršení v převyprávění příběhu, a Yerkes-Dodsonův mírným nabuzením zlepšení v testu PVLТ. Test formou příběhu, který je nějak emočně laděný, tím může u

těchto osob spustit úzkostnou reakci, která povede k horšímu zapamatování informace, naopak nákupní seznam se jeví být emočně neutrální, a tak rušivou úzkostnou reakci nespustí, a tím pádem může i lépe reflektovat reálné výkony a schopnosti dotyčných. K potvrzení či vyvrácení tohoto tvrzení by byl zapotřebí větší výzkumný soubor, zejména vyšší počet osob ve skupině s více úzkostnými symptomy, či použití jiných nástrojů a testů založených na podobném principu. Je též možné, že tento efekt bude přítomen jen u subklinických úrovní úzkosti, zatímco u vážnějších stavů bude patrně silnější narušení bezprostředního i oddáleného vybavení, například z důvodu horší schopnosti vštípení, inhibice a kategorizace, a neefektivních učebních strategiích (Pachana, 2016, s. 271–273).

U ostatních kognitivních funkcí – pozornosti a exekutivních funkcí, neukázaly testy statisticky významné rozdíly mezi oběma skupinami. To je v souladu i s jinými výzkumy, které nenalezly významný efekt úzkosti na tyto funkce, a dávají jejich pokles spíše za vinu depresi (Delphin-Combe et al., 2016). Výzkum de Bruijna a kol. a Bunceho a kol. s podobnými výsledky ve výkonech dochází k tomu závěru, že kognitivní zhoršení spjaté s depresí může být rizikovým faktorem demence, zatímco spojitost kognice a úzkosti může souviset spíše s normálním stárnutím, a s demencí není spjatý (Bunce, Batterham, Mackinnon, & Christensen, 2012; de Bruijn et al., 2014). Ačkoliv výsledky naší studie o vztahu mezi úzkostí a pozorností a exekutivními funkcemi postrádají statistickou významnost, z pohledu na průměrné skóry je patrné, že osoby s vícero úzkostnými symptomy měly lepší skóry v testech než osoby s méně úzkostnými symptomy. Podobné výsledky má i studie Biermana a kol, který argumentuje tím, že mírná úzkost je spjatá s lepším kognitivním výkonem, naopak vyšší úzkost s nižším výkonem (Bierman et al., 2008). Je nutné ale zmínit, že k opačným výsledkům u těchto funkcí ale dochází jiné studie, u kterých úzkostné symptomy vedly k horším výkonům v exekutivních funkcích nebo pozornosti (Beaudreau & O'Hara, 2009; de Vito et al., 2017; Fung et al., 2018). Úzkost je poměrně často se vyskytujícím jevem u osob v preklinické i klinické fázi demence, kdy je například spjatá s obavami, které vyvolává pozorování vlastního kognitivního úbytku a se strachem z rozvinutí demence (Franková, 2012; Gulpers et al., 2016). V pozdějších fázích bývá vyvolaná např. neuspokojováním potřeb, narušenou komunikací, nepochopením a potřebou ujišťování, závislostí na druhých, nedostatkem aktivit a sociálního kontaktu. Tyto jevy se ale ukazují být do značné míry ovlivněné a spjaté i s depresivními symptomy

(Mortamais et al., 2018; Orrell & Bebbington, 1996; Seignourel, Kunik, Snow, Wilson, & Stanley, 2008)

Přestože některé z výše zmíněných výzkumů dávají úzkostné symptomy do souvislosti s kognitivním úbytkem, popřípadě je staví do role raných preklinických znaků kognitivního úbytku nebo Alzheimerovy nemoci, nelze tato tvrzení podepřít výsledky této práce, neboť vyšší úzkostné symptomy nebyly obecně spjaté s nižším kognitivním výkonem. Je velmi pravděpodobné, že tyto rozdíly jsou způsobeny rozlišnostmi ve zkoumaných souborech, použitých kognitivních testech a analýzách. Stojí za zmínku, že negativní efekt úzkosti na kognici se ukazuje spíše ve výzkumech s menším počtem participantů, naopak u studií s více respondenty se negativní efekt neobjevuje. Pokud bychom se tedy měli zaměřit a vyjádřit se s ohledem na náš výzkumný soubor, bylo by možné vyvodit to, že u zdravých starších lidí bez nějakých vážnějších poruch a omezení nemusí vyšší úzkostné symptomy vést k horšímu kognitivnímu výkonu, ale ojedinele naopak i k lepším výkonům.

Limity a omezení práce

S výše zmíněným se vážou i výhody a limity této práce. Její výhodou je zejména vyšší počet respondentů, který převyšuje většinu podobných výzkumů zaměřených na toto téma, což umožňuje mj. snadnější a validnější zobecnění výsledků. Dále použití standardně používaných kognitivních testů, které umožňují zachytit jednotlivé kognitivní domény, a následně i porovnání s jinými studii používajícími stejné nástroje. Výhodou je i snaha o ošetření vlivu deprese, která je s úzkostí často komorbidní a primárně ovlivňuje kognitivní výkony.

Omezením práce je zejména to, že ve zkoumaném souboru zdravých seniorů nebylo nalezeno větší množství lidí s více úzkostnými symptomy, což může snížit statistickou sílu výsledků a vést ke zkreslení, výsledky jdou tak zobecnit spíše jen na zdravou část populace. S tím souvisí i problematika souboru – nevýhodou je, že výběr respondentů byl nenáhodný, ale na druhou stranu byli respondenti z různých krajů České republiky, což přispívá k vyšší reprezentativitě souboru. Ideálem by byl větší vzorek lidí, stratifikovaný například ještě podle jednotlivých diagnostikovaných úzkostných poruch (s dostatečným zastoupením v každé skupině) k umožnění validnějších generalizací, navíc se zohledněním vlivu jednotlivých úzkostných poruch na kognici, nalezení či nábor podobného vzorku starších osob ovšem může být vzhledem

k věkové skupině respondentů velmi náročný. S tím se váže i využívání nástrojů určených k posuzování úzkosti. Jejich nevýhodou je subjektivnost posouzení dotyčným, které nemusí odpovídat realitě, může být zkreslené, nepodchycovat jiné symptomy úzkosti, je vázané na schopnost introspekce apod. Navíc většina těchto screeningových metod (viz kapitola o možnostech diagnostiky a screeningu) je zaměřena na posouzení jakési obecné úzkosti či úzkostnosti, která má povahu blíž ke generalizované úzkostné poruše – nejsou povětšinou zaměřené na sledování konkrétních úzkostných poruch.

Vzhledem k obsahu teoretické části práce, kde byla rozlišována úzkost z pohledu filozofie a psychologie, by se nabízelo využít v budoucnosti i metod, které sledují úzkost podle obou pohledů, porovnat jejich vzájemný vztah, popřípadě i jejich vliv na kognici. Z toho by se poté dalo vyvodit, zda spolu úzkost z filozofického i klinického pohledu souvisí, nebo jsou na sobě nezávislé, a zda má některá z nich i větší vliv na kognitivní schopnosti, popřípadě na další psychologické jevy.

Závěr

Cílem této práce bylo prověřit souvislost úzkostných symptomů a kognitivních výkonů u zdravých starších lidí, s přihlédnutím k depresivní symptomatice. V teoretické části byly probírány možné náhledy na úzkost z pohledu filozofie a psychologie / psychiatrie a jejich specifika. Dále byla věnována pozornost geriatrické úzkosti, jejím zvláštnostem, možnostem terapie a oblastem dle bio-psycho-socio-spirituálního modelu, které ji mohou ovlivnit či zapříčinit. Poslední části teoretické části byly věnované možnostem diagnostiky a screeningu geriatrické úzkosti, a problematice její komorbidit a diferenciální diagnostiky.

Praktická část se zabývala samotným zkoumáním, zda lidé s více úzkostnými symptomy, měřenými dotazníkem GAI, budou mít horší či lepší výkony v kognici, oproti lidem s méně symptomy, při odstínění vlivu depresivity, měřenou dotazníkem GDS-15. Statistická analýza 279 osob ve věku 60–92 let ukázala, že v žádném z testů nehrála depresivita významnou roli. Byly provedeny analýzy zjišťující rozdílnost demografických proměnných v počtu úzkostných symptomů (věk, pohlaví, vzdělání), kdy se pouze pohlaví ukázalo být významným rozlišujícím faktorem – ženy reportovaly více úzkostných symptomů, což je v souladu s teoriemi, které označují ženy za více úzkostné. V jednotlivých kognitivních testech byly nalezeny významné rozdíly pouze u testů paměti, v testu Povídky u bezprostředního i oddáleného vybavení, kdy měly lepší výkony osoby s méně úzkostnými symptomy. U testu PVLТ byly nalezeny rozdíly

pouze u oddáleného vybavení, přičemž měly lepší výkon osoby s více úzkostnými symptomy. U ostatních kognitivních testů nebyly signifikantní rozdíly, ovšem osoby s více úzkostnými symptomy měly průměrně vyšší skóry. Je možné, že různost výkonů v testech paměti může být zapříčiněna rozdílnou povahou testů nebo působením známých zákonů, které vysvětlují působení úzkosti na narušení nebo zlepšení výkonu, a to např. na základě subjektivní míry stresu a vnímané náročnosti situace. Další výzkumy se mohou zaměřit mimo ověření tohoto působení také na vzájemnou souvislost filozofické a klinické úzkosti. U zdravých starších osob se však souhrně nezdá, že by úzkostná symptomatika významně ovlivňovala kognitivní výkon, a souvisí spíše s normálním stárnutím.

Seznam použité literatury

- Agorastos, A., Huber, C. G., & Demiralay, C. (2014). Influence of religious aspects and personal beliefs on psychological behavior: focus on anxiety disorders. *Psychology Research and Behavior Management*, 7, 93–101.
- Almeida, O. P., Draper, B., Pirkis, J., Snowdon, J., Lautenschlager, N. T., Byrne, G., ... Pfaff, J. J. (2012). Anxiety, depression, and comorbid anxiety and depression: risk factors and outcome over two years. *International Psychogeriatrics*, 24(10), 1622–1632.
- American Psychiatric Association (Ed.). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed). Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Ayers, S., & de Visser, R. (2015). *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada Publishing.
- Ball, S. G., Lipsius, S., & Escobar, R. (2015). Validation of the geriatric anxiety inventory in a duloxetine clinical trial for elderly adults with generalized anxiety disorder. *International Psychogeriatrics*, 27(9), 1533–1539.
- Balsamo, M., Cataldi, F., Carlucci, L., & Fairfield, B. (2018). Assessment of anxiety in older adults: a review of self-report measures. *Clinical Interventions in Aging*, 13, 573–593.
- Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 327–335.
- Bandelow, B., Reitt, M., Röver, C., Michaelis, S., Görlich, Y., & Wedekind, D. (2015). Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis. *International Clinical Psychopharmacology*, 30(4), 183–192.
- Barrera, T. L., Zeno, D., Bush, A. L., Barber, C. R., & Stanley, M. A. (2012). Integrating Religion and Spirituality Into Treatment for Late-Life Anxiety: Three Case Studies. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 346–358.
- Barton, S., Karner, C., Salih, F., Baldwin, D. S., & Edwards, S. J. (2014). Clinical effectiveness of interventions for treatment-resistant anxiety in older people: a systematic review. *Health Technology Assessment*, 18(50), 1–60.
- Baumgartner, I. (1996). Psychologie a víra – orientace a podněty k diskusi. *Teologické texty*, 7(5), 154–156.
- Beaudreau, S. A., & O'Hara, R. (2009). The association of anxiety and depressive symptoms with cognitive performance in community-dwelling older adults. *Psychology and Aging*, 24(2), 507–512.

- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(6), 893–897.
- Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, J., & Staples, A. M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders, 23*(8), 1011–1023.
- Bendixen, A. B., & Engedal, K. (2016). Anxiety among older psychiatric patients: a hidden comorbidity? *Aging & Mental Health, 20*(11), 1131–1138.
- Bezdiček, O., Lukavský, J., & Preiss, M. (2011). Validizační studie české verze dotazníku FAQ. *Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie, 74*(1), 36–42.
- Bezdiček, O., Motak, L., Axelrod, B. N., Preiss, M., Nikolai, T., Vyhnalek, M., ... Ruzicka, E. (2012). Czech Version of the Trail Making Test: Normative Data and Clinical Utility. *Archives of Clinical Neuropsychology, 27*(8), 906–914.
- Bezdiček, O., Libon, D. J., Stepankova, H., Panenkova, E., Lukavsky, J., Garrett, K. D., ... Kopecek, M. (2014). Development, Validity, and Normative Data Study for the 12-Word Philadelphia Verbal Learning Test [czP(r)VLT-12] Among Older and Very Old Czech Adults. *The Clinical Neuropsychologist, 28*(7), 1162–1181.
- Bezdiček, O., Lukavsky, J., Stepankova, H., Nikolai, T., Axelrod, B. N., Michalec, J., ... Kopecek, M. (2015). The Prague Stroop Test: Normative standards in older Czech adults and discriminative validity for mild cognitive impairment in Parkinson's disease. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 37*(8), 794–807.
- Bierman, E. J. M., Comijs, H. C., Rijmen, F., Jonker, C., & Beekman, A. T. F. (2008). Anxiety symptoms and cognitive performance in later life: Results from the longitudinal aging study Amsterdam. *Aging & Mental Health, 12*(4), 517–523.
- Biringer, E., Mykletun, A., Dahl, A. A., Smith, A. D., Engedal, K., Nygaard, H. A., & Lund, A. (2005). The association between depression, anxiety, and cognitive function in the elderly general population—the Hordaland Health Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 20*(10), 989–997.
- Bishop, J. P. (2009). Biopsychosociospiritual Medicine and Other Political Schemes. *Christian Bioethics, 15*(3), 254–276.
- Botner, E. (2018). Impact of a Virtual Learning Program on Social Isolation for Older Adults. *Therapeutic Recreation Journal, 52*(2), 126–139.
- Bowling, A., Banister, D., Sutton, S., Evans, O., & Windsor, J. (2002). A multidimensional model of the quality of life in older age. *Aging & Mental Health, 6*(4), 355–371.

- Braga, R. J., Reynolds, G. P., & Siris, S. G. (2013). Anxiety comorbidity in schizophrenia. *Psychiatry Research, 210*(1), 1–7.
- Breck, B. M., Dennis, C. B., & Leedahl, S. N. (2018). Implementing reverse mentoring to address social isolation among older adults. *Journal of Gerontological Social Work, 61*(5), 513–525.
- Buckwalter, K. C., & Buckwalter, J. A. (2002). Seeing older perioperative patients in 3-D: When your patient is demented, delirious, or depressed. *Operative Techniques in Orthopaedics, 12*(2), 64–71.
- Bunce, D., Batterham, P. J., Mackinnon, A. J., & Christensen, H. (2012). Depression, anxiety and cognition in community-dwelling adults aged 70 years and over. *Journal of Psychiatric Research, 46*(12), 1662–1666.
- Byrne, G. J., & Pachana, N. A. (2011). Development and validation of a short form of the Geriatric Anxiety Inventory – the GAI-SF. *International Psychogeriatrics, 23*(1), 125–131.
- Canuto, A., Weber, K., Baertschi, M., Andreas, S., Volkert, J., Dehoust, M. C., ... Härter, M. (2018). Anxiety Disorders in Old Age: Psychiatric Comorbidities, Quality of Life, and Prevalence According to Age, Gender, and Country. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 26*(2), 174–185.
- Carrière, I., Norton, J., Farré, A., Wyart, M., Tzourio, C., Noize, P., ... Ancelin, M. L. (2017). Antidepressant use and cognitive decline in community-dwelling elderly people – The Three-City Cohort. *BMC Medicine, 15*(1).
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends in Cognitive Sciences, 14*(9), 418–424.
- Crocq, M.-A. (2015). A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 17*(3), 319–325.
- Crowell, S. (2017). Existentialism. In E. N. Zalta (Ed.), *The Stanford encyclopedia of philosophy* (Winter 2017 ed.). Dostupné z: <https://plato.stanford.edu/entries/existentialism/>
- Cuypers, K., Krokstad, S., Lingaas Holmen, T., Skjei Knudtsen, M., Bygren, L. O., & Holmen, J. (2012). Patterns of receptive and creative cultural activities and their association with perceived health, anxiety, depression and satisfaction with life among adults: the HUNT study, Norway. *Journal of Epidemiology and Community Health, 66*(8), 698–703.

- Svoboda, M., Češková, E., & Kučerová, H. (2006). *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál.
- de Beurs, E., Beekman, A., Geerlings, S., Deeg, D., Van Dyck, R., & van Tilburg, W. (2001). On becoming depressed or anxious in late life: similar vulnerability factors but different effects of stressful life events. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *179*, 426–431.
- de Beurs, E., Beekman, A. T., van Balkom, A. J., Deeg, D. J., van Dyck, R., & van Tilburg, W. (1999). Consequences of anxiety in older persons: its effect on disability, well-being and use of health services. *Psychological Medicine*, *29*(3), 583–593.
- de Bruijn, R. F. A. G., Direk, N., Mirza, S. S., Hofman, A., Koudstaal, P. J., Tiemeier, H., & Ikram, M. A. (2014). Anxiety Is Not Associated with the Risk of Dementia or Cognitive Decline: The Rotterdam Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *22*(12), 1382–1390.
- de Vito, A., Calamia, M., Greening, S., & Roye, S. (2017). The association of anxiety, depression, and worry symptoms on cognitive performance in older adults. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, *26*(2), 161–173.
- Delphin-Combe, F., Bathsavanis, A., Rouch, I., Liles, T., Vannier-Nitenberg, C., Fantino, B., ... Krolak-Salmon, P. (2016). Relationship between anxiety and cognitive performance in an elderly population with a cognitive complaint. *European Journal of Neurology*, *23*(7), 1210–1217.
- DuPont, R. L., Rice, D. P., Miller, L. S., Shiraki, S. S., Rowland, C. R., & Harwood, H. J. (1996). Economic costs of anxiety disorders. *Anxiety*, *2*(4), 167–172.
- Dymond, S., & Roche, B. (2009). A Contemporary Behavior Analysis of Anxiety and Avoidance. *The Behavior Analyst*, *32*(1), 7–27.
- Edelstein, B.A., Woodhead, E.L., Segal, D.L., Heisel, M.J., Bower, E.H., Lowery, A.J., & Stoner, S.A. (2008). Older adult psychological assessment: Current instrument status and related considerations. *Clinical Gerontologist*, *31*(3), 1–35.
- Felmet, K., Zisook, S., & Kasckow, J. (2011). Elderly Patients with Schizophrenia and Depression: Diagnosis and Treatment. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, *4*(4), 239–250.
- Forlani, M., Morri, M., Belvederi Murri, M., Bernabei, V., Moretti, F., Attili, T., ... Atti, A. R. (2014). Anxiety Symptoms in 74+ Community-Dwelling Elderly: Associations with Physical Morbidity, Depression and Alcohol Consumption. *PLoS ONE*, *9*(2).

- Franková, V. (2012). Úzkost a úzkostné poruchy u demence. *Psychiatrie pro praxi*, 13(2), 61–63.
- Freud, S. (1912). *Selected papers on hysteria and other psychoneuroses*. New York: The Journal of Nervous and Mental Disease Publishing Company.
- Fung, A. W. T., Lee, J. S. W., Lee, A. T. C., & Lam, L. C. W. (2018). Anxiety symptoms predicted decline in episodic memory in cognitively healthy older adults: A 3-year prospective study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(5), 748–754.
- Gould, C. E., & Edelstein, B. A. (2010). Worry, emotion control, and anxiety control in older and young adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(7), 759–766.
- Gould, C. E., Segal, D. L., Yochim, B. P., Pachana, N. A., Byrne, G. J., & Beaudreau, S. A. (2014). Measuring anxiety in late life: A psychometric examination of the Geriatric Anxiety Inventory and Geriatric Anxiety Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(8), 804–811.
- Gulpers, B., Ramakers, I., Hamel, R., Köhler, S., Oude Voshaar, R., & Verhey, F. (2016). Anxiety as a Predictor for Cognitive Decline and Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(10), 823–842.
- Gum, A. M., King-Kallimanis, B., & Kohn, R. (2009). Prevalence of Mood, Anxiety, and Substance-Abuse Disorders for Older Americans in the National Comorbidity Survey-Replication. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(9), 769–781.
- Hacklová, R., & Kebza, V. (2014). Religiozita, spiritualita a zdraví. *Československá psychologie*, 58(2), 120–140.
- Hamplová, D., & Řeháková, B. (2009). *Česká religiozita na počátku 3. tisíciletí: výsledky Mezinárodního programu sociálního výzkumu ISSP 2008, náboženství* (1. vyd). In *Sociologické studie = Sociological studies*, 9(2). Praha: Sociologický ústav AV ČR.
- Haug, I. E. (1998). Including a spiritual dimension in family therapy: Ethical considerations. *Contemporary Family Therapy*, 20(2), 181–194.
- Heissler, R. (2016). *(Ne)znalost křesťanství a její vztah k duchovnímu životu* (Bakalářská práce). Praha: Pedagogická fakulta UK.
- Heissler, R., Kopeček, M., Pachana, N. A., Franková, V., & Štěpánková Georgi, H. (2018). Inventář geriatrické úzkosti (GAI) a jeho zkrácená verze GAI-SF: česká normativní studie. *Československá psychologie*, 62(5), 462–476.
- Heissler, R., Červenková, M., Georgi, H., & Kopeček, M. (2018, June). *Faktorová struktura Inventáře geriatrické úzkosti (GAI)*. Poster session presented at the XII. Sjezd Psychiatrické společnosti ČLS JEP, Mikulov.

- Heissler, R., Červenková, M., Kopeček, M., & Georgi, H. (2018). Faktorová analýza Geriatrické škály deprese (GDS-15). In H. Georgi & R. Šlamberová (Ed.), *Stárnutí 2018: Sborník 4. gerontologické mezioborové konference* (s. 80–87). Praha: Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta.
- Herbolsheimer, F., Mosler, S., Peter, R., & the ActiFE Ulm Study Group. (2017). Relationship Between Social Isolation and Indoor and Outdoor Physical Activity in Community-Dwelling Older Adults in Germany: Findings From the ActiFE Study. *Journal of Aging and Physical Activity*, 25(3), 387–394.
- Heretik, A., Ritomský, A., Novotný, V., Heretik, A., & Pečeňák, J. (2009). Restandardizace state-trait anxiety inventory X-2 - úzkostnost jako rys. *Československá Psychologie*, 53(6), 587–599.
- Herrera, S., Montorio, I., & Cabrera, I. (2017). Effect of anxiety on memory for emotional information in older adults. *Aging & Mental Health*, 21(4), 362–368.
- Holmerová, I., & Vaňková, H. (2009). Demence a deprese ve vyšším věku. *Medicína pro Praxi*, 6(1), 111–114.
- Hopko, D. R., Stanley, M. A., Reas, D. L., Wetherell, J. L., Beck, J. G., Novy, D. M., & Averill, P. M. (2003). Assessing worry in older adults: confirmatory factor analysis of the Penn State Worry Questionnaire and psychometric properties of an abbreviated model. *Psychological Assessment*, 15(2), 173–183.
- Hourová, B. (2013). *Pozorování v psychologické diagnostice úzkostných poruch (přístupy, možnosti, meze a využití)* (Diplomová práce). Praha: Filozofická fakulta UK.
- Huppert, F. A., Marks, N., Clark, A., Siegrist, J., Stutzer, A., Vittersø, J., & Wahrendorf, M. (2009). Measuring Well-being Across Europe: Description of the ESS Well-being Module and Preliminary Findings. *Social Indicators Research*, 91(3), 301–315.
- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(5), 415–424.
- Christiansen, D. M. (2015). Examining Sex and Gender Differences in Anxiety Disorders. In F. Durbano (Ed.), *A Fresh Look at Anxiety Disorders*. InTech.
- Churchill, R., Davies, P., Caldwell, D., Moore, T. H., Jones, H., Lewis, G., & Hunot, V. (2010). Humanistic therapies versus other psychological therapies for depression. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010(9).

- Iacovou, S. (2011). What is the difference between existential anxiety and so called neurotic anxiety? 'The sine qua non of true vitality' an examination of the difference between existential anxiety and neurotic anxiety. *Existential Analysis*, 22(2), 356–367.
- Insel, K. C., & Badger, T. A. (2002). Deciphering the 4 D's: cognitive decline, delirium, depression and dementia-a review. *Journal of Advanced Nursing*, 38(4), 360–368.
- Johnco, C., Knight, A., Tadic, D., & Wuthrich, V. M. (2015). Psychometric properties of the Geriatric Anxiety Inventory (GAI) and its short-form (GAI-SF) in a clinical and non-clinical sample of older adults. *International Psychogeriatrics*, 27(7), 1089–1097.
- Kamarádová, D., Praško, J., Látalová K., Panáčková, L., Švancara, J., Ocisková, ... Vrbová, K. (2016). Validizace české verze Beckova inventáře úzkosti. *Česká a slovenská psychiatrie*, 112(4), 153–158.
- Karásková, K. (2012). *Problematické oblasti života lidí trpících úzkostnou poruchou* (Bakalářská práce). Praha: Evangelická teologická fakulta UK.
- Kassem, A., Ganguli, M., Yaffe, K., Hanlon, J., Lopez, O., Wilson, J., & Cauley, J. (2017). Anxiety symptoms and risk of cognitive decline in older community-dwelling men. *International Psychogeriatrics*, 29(7), 1137–1145.
- Kiosses, D. N., Szanto, K., & Alexopoulos, G. S. (2014). Suicide in Older Adults: The Role of Emotions and Cognition. *Current Psychiatry Reports*, 16(11), 495–508.
- Kiran, C., & Chaudhury, S. (2016). Prevalence of comorbid anxiety disorders in schizophrenia. *Industrial Psychiatry Journal*, 25(1), 35–40.
- Kiššová, M. (2014). *Existenciální pojetí úzkosti ve filosofie J.-P. Sartra* (Bakalářská práce). Pardubice: Fakulta filozofická Univerzity Pardubice.
- Klimova, B., Valis, M., & Kuca, K. (2017). Cognitive decline in normal aging and its prevention: a review on non-pharmacological lifestyle strategies. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 903–910.
- Koenig, H. G., Berk, L. S., Daher, N. S., Pearce, M. J., Bellinger, D. L., Robins, C. J., ... King, M. B. (2014). Religious involvement is associated with greater purpose, optimism, generosity and gratitude in persons with major depression and chronic medical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 77(2), 135–143.
- Kogan, J. N., Edelstein, B. A., & McKee, D. R. (2000). Assessment of anxiety in older adults: current status. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(2), 109–132.
- Krátká, E. (2012). *Problematika smyslu života a vybrané aspekty existenciální úzkosti* (Diplomová práce). Praha: Filozofická fakulta UK.

- Kreitler, S. (2018). The meaning profiles of anxiety and depression: similarities and differences in two age groups. *Cognition and Emotion, 32*(7), 1499–1513.
- Lachmanová, K. (2014). *Karikatury Boha*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
- Lenze, E. J., & Wetherell, J. L. (2011). A lifespan view of anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 13*(4), 381–399.
- Leonard, K. C., & Hebblethwaite, S. (2017). Exploring Community Inclusion in Older Adulthood through the Use of Computers and Tablets. *Therapeutic Recreation Journal, 51*(4), 274–290.
- Lorand, S. (1944). *Psychoanalysis Today*. New York: International University Press.
- Martin, E. I., Ressler, K. J., Binder, E., & Nemeroff, C. B. (2009). The Neurobiology of Anxiety Disorders: Brain Imaging, Genetics, and Psychoneuroendocrinology. *Psychiatric Clinics of North America, 32*(3), 549–575.
- Massena, P. N., de Araújo, N. B., Pachana, N., Laks, J., & de Pádua, A. C. (2015). Validation of the Brazilian Portuguese Version of Geriatric Anxiety Inventory – GAI-BR. *International Psychogeriatrics, 27*(7), 1113–1119.
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research, 45*(8), 1027–1035.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy, 28*(6), 487–495.
- Miloyan, B., & Bulley, A. (2017). Worry in Later Life. In N. A. Pachana (Ed.), *Encyclopedia of Geropsychology* (s. 2536–2543).
- Mordekar, A., & Spence, S. A. (2008). Personality disorder in older people: how common is it and what can be done? *Advances in Psychiatric Treatment, 14*(1), 71–77.
- Moreira-Almeida, A., Koenig, H. G., & Lucchetti, G. (2014). Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 36*(2), 176–182.
- Mortamais, M., Abdennour, M., Bergua, V., Tzourio, C., Berr, C., Gabelle, A., & Akbaraly, T. N. (2018). Anxiety and 10-Year Risk of Incident Dementia—An Association Shaped by Depressive Symptoms: Results of the Prospective Three-City Study. *Frontiers in Neuroscience, 12*.
- Mueller, A. E., Segal, D. L., Gavett, B., Marty, M. A., Yochim, B., June, A., & Coolidge, F. L. (2015). Geriatric Anxiety Scale: item response theory analysis, differential item

- functioning, and creation of a ten-item short form (GAS-10). *International Psychogeriatrics*, 27(7), 1099–1111.
- Murman, D. (2015). The Impact of Age on Cognition. *Seminars in Hearing*, 36(3), 111–121.
- Najbrtová, K. (2015). *Problematika sebehodnocení u klientů s úzkostnou poruchou* (Diplomová práce). Praha: Filozofická fakulta UK.
- Newman, M. G., Llera, S. J., Erickson, T. M., Przeworski, A., & Castonguay, L. G. (2013). Worry and Generalized Anxiety Disorder: A Review and Theoretical Synthesis of Evidence on Nature, Etiology, Mechanisms, and Treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 275–297.
- Nikolai, T., Vyhnálek, M., Štěpánková, H., & Horáková, K. (2013). *Neuropsychologická diagnostika kognitivního deficitu u Alzheimerovy choroby*. Psychiatrické centrum Praha.
- Nikolai, T., Štěpánková, H., Michalec, J., Bezdiček, O., Horáková, K., Marková, H., ... Kopeček, M. (2015). Tests of Verbal Fluency, Czech Normative Study in Older Patients. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 78/111(3), 292–299.
- Opatrný, A. (2001). *Pastorační péče v méně obvyklých situacích: Část 2*. Praha: Pastorační středisko při Arcibiskupství pražském.
- Opatrný, A. (2006). *Cesty pastorače v pluralitní společnosti*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
- Orrell, M., & Bebbington, P. (1996). Psychosocial stress and anxiety in senile dementia. *Journal of Affective Disorders*, 39(3), 165–173.
- Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19(1), 103–114.
- Pachana, N. A. (2016). *Encyclopedia of geropsychology*. New York, NY: Springer Berlin Heidelberg.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4), 519–543.
- Petrišče, O. (2015). *Každodenní život a problematika sociální izolace seniorů v městském a venkovském prostředí* (Diplomová práce). Praha: Přírodovědecká fakulta UK.
- Pokorná, Z. (2014). *Klinický a osobnostně-kognitivní obraz úzkostných poruch* (Disertační práce). Brno: Filozofická fakulta MU.
- Pospíšil, C. V. (2007). *Jako v nebi, tak i na zemi: náčrt trinitární teologie*. Praha: Krystal OP.

- Raboch, J. (2014). *Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče IV*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně.
- Ranstam, J. (1997). Impaired cognitive function in elderly men exposed to benzodiazepines or other anxiolytics. *The European Journal of Public Health, 7*(2), 149–152.
- Rasic, D., Robinson, J. A., Bolton, J., Bienvenu, O. J., & Sareen, J. (2011). Longitudinal relationships of religious worship attendance and spirituality with major depression, anxiety disorders, and suicidal ideation and attempts: Findings from the Baltimore epidemiologic catchment area study. *Journal of Psychiatric Research, 45*(6), 848–854.
- Ree, M. J., French, D., MacLeod, C., & Locke, V. (2008). Distinguishing Cognitive and Somatic Dimensions of State and Trait Anxiety: Development and Validation of the State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 36*(3).
- Remes, O., Brayne, C., van der Linde, R., & Lafortune, L. (2016). A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain and Behavior, 6*(7).
- Revicki, D. A., Brandenburg, N., Matza, L., Hornbrook, M. C., & Feeny, D. (2008). Health-related quality of life and utilities in primary-care patients with generalized anxiety disorder. *Quality of Life Research, 17*(10), 1285–1294.
- Reynolds, C., Richmond, B., & Lowe, P. (2003). *The Adult Manifest Anxiety Scale – Elderly Version (AMAS-E)*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Roane, D. M., Landers, A., Sherratt, J., & Wilson, G. S. (2017). Hoarding in the elderly: a critical review of the recent literature. *International Psychogeriatrics, 29*(7), 1077–1084.
- Saraçlı, Ö., Akca, A. S. D., Atasoy, N., Önder, Ö., Şenormancı, Ö., Kaygisız, İ., & Atik, L. (2015). The Relationship between Quality of Life and Cognitive Functions, Anxiety and Depression among Hospitalized Elderly Patients. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience, 13*(2), 194–200.
- Segal, D. L., June, A., Payne, M., Coolidge, F. L., & Yochim, B. (2010). Development and initial validation of a self-report assessment tool for anxiety among older adults: The Geriatric Anxiety Scale. *Journal of Anxiety Disorders, 24*(7), 709–714.
- Seignourel, P. J., Kunik, M. E., Snow, L., Wilson, N., & Stanley, M. (2008). Anxiety in dementia: A critical review. *Clinical Psychology Review, 28*(7), 1071–1082.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ... Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the

- development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (20), 22–33; quiz 34–57.
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5(1–2), 165–173.
- Schoevers, R. A., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., Jonker, C., & van Tilburg, W. (2003). Comorbidity and risk-patterns of depression, generalised anxiety disorder and mixed anxiety-depression in later life: results from the AMSTEL study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(11), 994–1001.
- Silva, L. dos S. V. e, Oliveira, G. M. de, Yokomizo, J. E., Saran, L. F., Bottino, C. M. de C., & Yassuda, M. S. (2016). The Geriatric Anxiety Inventory in primary care: applicability and psychometric characteristics of the original and short form. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 43(5), 103–106.
- Smolík, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf.
- Spielberger, Ch. D. (1966). *Anxiety and behavior*. New York: Academic Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y) ("Self-Evaluation Questionnaire")*. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.
- Stanley, M. A., Bush, A. L., Camp, M. E., Jameson, J. P., Phillips, L. L., Barber, C. R., ... Cully, J. A. (2011). Older adults' preferences for religion/spirituality in treatment for anxiety and depression. *Aging & Mental Health*, 15(3), 334–343.
- Steimer, T. (2002). The biology of fear- and anxiety-related behaviors. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 4(3), 231–249.
- Stillman, A. N., Rowe, K. C., Arndt, S., & Moser, D. J. (2012). Anxious symptoms and cognitive function in non-demented elderly adults: an inverse relationship. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(8), 792–798.
- Stralczyńska, A. (2015). *Existuje vztah mezi neurčitostí a mírou úzkosti?* (Bakalářská práce). Praha: Filozofická fakulta UK.
- Sulmasy, D. P. (2002). A Biopsychosocial-Spiritual Model for the Care of Patients at the End of Life. *The Gerontologist*, 42(3), 24–33.
- Štěpánková, H., Bezdíček, O., Nikolai, T., Horáková, K., Lukavský, J., & Kopeček, M. (2015). National normative study of cognitive determinants of healthy ageing - status report. *E-Psychologie*, 9(1), 43–64.

- Therrien, Z., & Hunsley, J. (2012). Assessment of anxiety in older adults: A systematic review of commonly used measures. *Aging & Mental Health, 16*(1), 1–16.
- Thoresen C. E. & Harris, A. H. (2002). Spirituality and health: what's the evidence and what's needed? *Annals of Behavioral Medicine, 24*(1), 3–13.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. (2008). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009*. Praha: Bomton Agency.
- Van der Weele, G. M., Gussekloo, J., De Waal, M. W. M., De Craen, A. J. M., & Van der Mast, R. C. (2009). Co-occurrence of depression and anxiety in elderly subjects aged 90 years and its relationship with functional status, quality of life and mortality. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 24*(6), 595–601.
- Vink, D., Aartsen, M. J., & Schoevers, R. A. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A review. *Journal of Affective Disorders, 106*(1–2), 29–44.
- Wang, X., Liu, Z., Li, Y., Li, G., & Huang, Y. (2018). Association of comorbidity of mood and anxiety disorders with suicidal behaviors. *Journal of Affective Disorders, 227*, 810–816.
- Wechsler, D. (2010). *Wechslerova inteligenční škála pro dospělé – WAIS-III*. Praha: Hogrefe - Testcentrum.
- Wechsler, D. (2011). *Wechslerova zkrácená paměťová škála – WMS-IIIa*. Praha: Hogrefe – Testcentrum.
- Weisman de Mamani, A. G., Tuchman, N., & Duarte, E. A. (2010). Incorporating Religion/Spirituality Into Treatment for Serious Mental Illness. *Cognitive and Behavioral Practice, 17*(4), 348–357.
- Wells, A. (2005). The Metacognitive Model of GAD: Assessment of Meta-Worry and Relationship With DSM-IV Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive Therapy and Research, 29*(1), 107–121.
- Weems, C. F., Costa, N. M., Dehon, C., & Berman, S. L. (2004). Paul Tillich's theory of existential anxiety: A preliminary conceptual and empirical examination. *Anxiety, Stress & Coping, 17*(4), 383–399.
- Wisocki, P., Handen, B., & Morse, C. K. (1986). The Worry Scale as a measure of anxiety among homebound and community active elderly. *Behavior Therapist, 5*, 91–95.
- Wisocki, P. (1994). The experience of worry among the elderly. In Davey, G. C. & Tallis, F. (Eds.). *Worrying: Perspectives on Theory, Assessment, and Treatment*. Oxford, England: Wiley & Sons, 247–261.

- Wolfe, B. (2005). *Understanding and treating anxiety disorders: an integrative approach to healing the wounded self*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Woods, T. E. (2008). *Jak katolická církev budovala západní civilizaci*. Praha: Res Claritatis.
- Wuthrich, V. M., Johnco, C. J., & Wetherell, J. L. (2015). Differences in anxiety and depression symptoms: comparison between older and younger clinical samples. *International Psychogeriatrics*, 27(9), 1523–1532.
- Záplatová, K. (2015). *Úzkostné poruchy z biologického a psychologického pohledu* (Bakalářská práce). Praha: Filozofická fakulta.
- Zhang, X., Norton, J., Carrière, I., Ritchie, K., Chaudieu, I., & Ancelin, M.-L. (2015). Generalized anxiety in community-dwelling elderly: Prevalence and clinical characteristics. *Journal of Affective Disorders*, 172, 24–29.