

SPREGOVORIMO O DEPRESIJI IN SAMOMORU
MED STAREJŠIMI

Jesensko tiho

Jesensko tiho je v meni
in zunaj. Lepo,
kamor pomislim.

Ogromno delo me čaka.
Ni to veselo?

Ne borim se
za častno občanstvo
v človeški družbi, marveč
zanj
v svetu lepega
in pravičnega.

Kaj je veselje?
Življenja željnost.
Veselje do življenja.
Kaj nam priznanje!
Za korak sem bliže življenju,
v katerega moram vtisniti
svoje znamenje.

Srečko Kosovel

**SPREGOVORIMO O DEPRESIJI IN SAMOMORU
*MED STAREJŠIMI***

**Urednice:
Alenka Tančič Grum
Vita Poštuvan
Saška Roškar**

Ljubljana, 2010

Spregovorimo o depresiji in samomoru *med starejšimi*

Urednice: asist. Alenka Tančič Grum, univ. dipl. psih., asist. Vita Poštuvan, univ. dipl. psih., doc. dr. Saška Roškar, univ. dipl. psih.

Avtorji poglavij (po abecednem vrstnem redu):

doc. dr. Aleš Kogoj, dr. med., spec. psih.
asist. Dejan Kozel, univ. dipl. psih.
doc. dr. Marija Petek Šter, dr. med., spec. spl. med.
asist. Vita Poštuvan, univ. dipl. psih.
doc. dr. Saška Roškar, univ. dipl. psih.
mag. Jerneja Svetičič, univ. dipl. psih.
asist. Alenka Tančič Grum, univ. dipl. psih.

Recenzenta:

prim. prof. dr. Janko Kersnik, dr. med.
Meta Mencej, dr. med.

Jezikovni pregled: asist. Alenka Tančič Grum, univ. dipl. psih.

Oblikovanje: Studio Saprilot

Založnik: Inštitut za varovanje zdravja RS

Sofinancer: Mestna občina Ljubljana

Tisk: Tiskarna knjigoveznica Radovljica

Naklada: 500 izvodov

Leto izdaje: 2010

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616.895.4-053.9

616.89-008.441.44-053.9

SPREGOVORIMO o depresiji in samomoru med starejšimi / [avtorji poglavij Aleš Kogoj ... et al.] ; uredile Alenka Tančič Grum, Vita Poštuvan, Saška Roškar. - Ljubljana : Inštitut za varovanje zdravja RS, 2010

ISBN 978-961-6659-71-0

1. Kogoj, Aleš 2. Tančič Grum, Alenka
252620032

ČEMU TA PRIROČNIK?

Ker verjamemo, da depresija in samomorilno vedenje nista naravni del staranja ...

... in ker se zavedamo nepogrešljive vloge zdravnikov družinske medicine pri njunem preprečevanju, prepoznavanju in zdravljenju.

Avtorji



KAZALO

ČEMU TA PRIROČNIK?

RECENZIJ PRIROČNIKA 11

I. del: OD TEORIJE (k praksi)

1 RAZVOJNO OBDOBJE STAROSTI 17

2 OPREDELITEV DEPRESIJE IN SAMOMORILNEGA VEDENJA 21

3 DEPRESIJA IN SAMOMORILNO VEDENJE MED STAREJŠIMI 27

3.1 Epidemiologija depresije in samomora med starejšimi 27

3.2 Dejavniki tveganja za razvoj depresije in samomorilnega vedenja med starejšimi 33

3.3 Zaščitni dejavniki pred razvojem depresije in samomorilnega vedenja med starejšimi 47

3.4 Značilnosti depresije in samomorilnega vedenja med starejšimi 50

II. del: (Od teorije) K PRAKSI

4 POSEBNOSTI OBISKOV STAREJŠIH V AMBULANTI ZDRAVNIKA DRUŽINSKE MEDICINE 61

4.1 Izzivi pri obravnavi depresije in samomorilnega vedenja med starejšimi v ambulanti zdravnika družinske medicine 61

4.2 Značilnosti ambulantnih obiskov starejših v Sloveniji 64

5 MOŽNOSTI UKREPOV V AMBULANTI ZDRAVNIKA DRUŽINSKE MEDICINE 67

5.1 Posebnosti pristopa k starejšim – pogled zdravnika družinske medicine 67

5.2 Odkrivanje starejših, ki so ogroženi 77

5.2.1 Prepoznavanje depresije 79

5.2.2 Preverjanje samomorilne ogroženosti 83

5.3 Obravnava starejših z depresijo in samomorilnim vedenjem 86

5.3.1 V ambulanti zdravnika družinske medicine	86
5.3.2 Napotitev/usmeritev na nadaljnjo obravnavo	90
5.3.2.1 Na psihiatrično obravnavo	90
5.3.2.2 Na psihoedukativne delavnice	91
5.3.2.3 Na psihoterapevtsko pomoč	94
5.4 Predlogi preventivnih aktivnosti za starejše	100
6 PRILOGE	107
6.1 Primera obravnave bolnikov z depresijo v ambulanti zdravnika družinske medicine	107
6.2 Miti o depresiji in samomoru	111
6.3 Koristni kontakti za področje Ljubljane in okolice	115
6.4 Geriatrična lestvica depresivnosti in navodila za njeno vrednotenje	128
6.5 Vprašalnik o bolnikovem zdravju-9 (PHQ-9) in navodila za njegovo vrednotenje	130





O PRIROČNIKU

Duševne motnje so končno pokukale izza zavese misterioznosti in postale "običajne" bolezni, o katerih bi ljudje lahko med seboj razpravljali podobno kot o zlomu golenice ali srčnem infarktu. Na žalost pa temu v celoti še ni tako. Svoje duševno zdravje vsi po vrsti prepogosto disimuliramo in okolici, vključno zdravnikom, o svojem počutju ne govorimo niti radi niti odkrito. Seveda lahko mnogi starostniki še vedno gojijo stare stereotipe in so manj dejavni pri iskanju pomoči v primeru čustvenih in duševnih težav. Poleg te ovire pa je pri prepoznavanju depresije in samomorilne ogroženosti pri zdravnikih na delu tudi to, da se neradi lotevamo problemov, ki jih ni najbolj enostavno diagnosticirati, kjer je še posebej pomembno obvladovanje veščin sporazumevanja, motiviranje bolnika za njegovo vključevanje in sodelovanje v procesu zdravljenja. S tem nikakor ne moremo biti zadovoljni, saj duševne motnje pomembno prispevajo k prezgodnji in večji umrljivosti teh bolnikov pri splošnih telesnih boleznih, predvsem pa v obliki samomora, pogosto kot posledica duševne stiske. Vsak napor k boljšemu prepoznavanju duševnih motenj je torej kamenček v mozaiku izboljšanja kakovosti življenja in njegovega podaljševanja.


Avtorji so v tem priročniku uspeli na enem mestu zbrati vse ključne podatke o pojavljanju depresije pri starostnikih. V tem obdobju prihaja do prepletanja upada telesnih in duševnih sposobnosti ter posledic telesnih in duševnih bolezni, kar vpliva na počutje posameznika. Potrtost si predstavljamo kot nekaj običajnega za starost. Prisotnost kronične telesne bolezni nas lahko dodatno zavede, da upad aktivnosti in interesov pripišemo znanim boleznim in premalokrat pomislimo na možno prisotnost depresije tudi v tem obdobju. Informacije o večji pogostosti samomora in o dejavnih tveganja spodbujajo k boljši identifikaciji ogroženih bolnikov. Pravzaprav nam dajejo vpogled, kako celostno pristopiti k obravnavi starostnika, ne glede na to, s kakšnim problemom je v stopil skozi vrata ordinacije. Ob razpoložljivi široki paleti zdravil za zdravljenje depresije je bojazen pred nemočjo, ki je nekdanj spremljala obravnavo bolnikov z duševnimi motnjami, popolnoma odveč, saj smo ob sodobnih spoznanjih lahko le korak bližje k boljšemu prepoznavanju in učinkovitemu zdravljenju teh bolnikov.

Večji del priročnika je pravzaprav motivator za zdravstvene delavce, da bi z večjim zanosom aktivno iskali duševne motnje tudi med starostniki. Na koncu pa ponuja povsem praktično orodje za preverjanje našega kliničnega vtisa, ki si ga pridobimo v pogovoru z bolnikom, če nismo povsem gotovi v svojo diagnozo. Iz zagate pa nam pomaga tudi na enem mestu zbran seznam različnih oblik pomoči ljudem v duševni stiski.

prim. prof. dr. Janko Kersnik, dr. med.
Katedra za družinsko medicino MF UM in UL


Ko se naberejo leta in pridemo v tretje (in nato v četrto) življenjsko obdobje, ko so za nami skrbi za družino, ko odidejo otroci, ko začno zares odhajati tudi naši najbližji, ko se marsikdo sooči tudi z lastno boleznijo in nemočjo, se človek, pogosto nepripravljen, znajde v popolnoma novih razmerah. Tedaj stopi v ospredje razmišljanje o sebi, o smislu življenja, o prehojenih poteh, izpolnjenih, pa tudi neuresničenih željah in pričakovanjih. Še bolj kot prej postane pomembna naša samopodoba pa tudi način odzivanja in ravnanja, ki ju nosimo s seboj iz mladosti in prejšnjih let. V iskanju smisla življenja tudi v teh novih pogojih marsikateri med nami potrebuje prijateljsko, človeško, zlasti pa tudi strokovno pomoč, da ne ga ne bi povsem preplaval brezup. Iskanje znakov in simptomov depresije in pravočasno zaznavanje samomorilnega vedenja pri starejših ljudeh so zato vsekakor vprašanja, ki zaslužijo vso pozornost. To potrjujejo epidemiološki in drugi podatki, navedeni v priročniku, ki je pred nami.

V njem avtorji pravilno ugotavljajo, da si mora znanja in ustrezne veščine za zaznavanje teh stanj pridobiti predvsem osebni zdravnik. Iz prispevkov, ki sestavljajo priročnik, tako zdravnik lahko razbere podatke, navodila in napotke za zaznavanje in odkrivanje znakov depresije in samomorilnega vedenja in za ustrezno zdravljenje oziroma ukrepanje, s katerim bo starejšemu človeku omogočil bolj kakovostno nadaljevanje življenja. Pomembna se mi zdi tudi ugotovitev o koristnosti oziroma uspešnosti psihoterapevtskih postopkov. Osebnemu zdravniku v pomoč bi dodala, da morajo biti za zaznavanje teh stanj bolj občutljivi tudi njegovi sodelavci v ekipi in drugi, ki prihajajo v stik s starejšim človekom, saj so znaki in sporočila o pravi težavi pogosto bežni, zabrisani ali prekriti s telesnimi tegobami.




Bistvenega pomena je torej, ali znamo prisluhniti človeku in iz njegovega vedenja in besed razbrati tudi ta, navadno prikrita in bežna, a bistvena sporočila o stvarni težavi. Nedvomno tudi podatek, da je marsikatera starejša oseba, ki si je bila vzela življenje, v mesecu ali tednu pred tem obiskala svojega zdravnika, govori sam zase. Vem, da je zdravnikov čas za posameznega bolnika res največkrat skopo odmerjen, a tudi v minutah, ki so na voljo, je mogoče s pravilno vodenim pogovorom in pazljivim poslušanjem odkriti, kaj človeka v resnici teži. Nedvomno pa se je tudi tega mogoče naučiti, če le vemo, da je pomembno.

Pričujoči priročnik vsebuje veliko podatkov, razlag, napotkov in drugih koristnih pripomočkov in informacij o tem, kako naj ravna strokovnjak, pa tudi, kje lahko starejši človek v stiski najde dodatno oporo in pomoč. Namenjen je zlasti osebnim zdravnikom in drugim, ki delajo s starejšimi bolniki, pa tudi članom njihovih ekip. Vsak bo gotovo v njem našel nekaj, kar bo prispevalo k boljšemu poznavanju tematike, zaznavanju težav in izboljšanju kakovosti dela s starimi, posledično pa tudi boljši kakovosti življenja starejšega človeka.



Meta Mencej, upokojena dr. med.
Gerontološko društvo Slovenije





I. del: **OD TEORIJE** (*k praksi*)



1 RAZVOJNO OBDOBJE STAROSTI

doc. dr. Saška Roškar, univ. dipl. psih.
mag. Jerneja Svetičič, univ. dipl. psih.

Na pomembnost razvojnega obdobja starosti in njegovega položaja v današnji družbi opozarjajo statistični podatki o življenjski dobi. Pričakovana življenjska doba se podaljšuje in že pred dvajsetimi leti je približno 50 % posameznikov doseglo starost vsaj 75 let (1). V Evropski uniji se je v letih 1995–2005 pričakovana življenjska doba posameznikov nad 65 let v povprečju podaljšala za 1,3 leta (2), v Sloveniji pa se je pri starejših od 60 let v letih 1996–2006 povečala za 2,4 leta (3). V letu 2008 je bilo v Sloveniji po podatkih Statističnega urada RS 16,4 % prebivalstva starejšega od 65 let, 0,3 % pa starejšega celo od 90 let. Pričakovana življenjska doba ob rojstvu se je v desetih letih povečala pri moških za 3,83 leta in ženskah za 3,27 leta, leta 2005 je bila za moške 73 let in za ženske 81 let. Kljub hitremu naraščanju deleža starejših prebivalcev se družbeni pogledi, pričakovanja in odnos posameznikov do staranja in starejših oseb spreminjajo počasneje (4). O starosti namreč še vedno prevladujejo negativni stereotipi, ki to življenjsko obdobje povezujejo s splošnim nezadovoljstvom, usmerjenostjo v preteklost, depresivnostjo in razmišljanjem o smrti (5).

Starost je naraven pojav vsakega živega bitja, ki je neizogibno povezan z upadom biološkega, psihološkega in socialnega delovanja. Kadar govorimo o starosti, imamo v mislih nekaj statičnega, obdobje v človekovem razvoju, medtem ko pojem staranje opredeljujemo kot dinamičen proces z najrazličnejšimi spremembami v strukturi organizma (6). Temeljna značilnost staranja je upočasnitev procesov, ki vzdržujejo ravnotežje v telesu, kar posledično privede do zmanjšanja funkcijske sposobnosti organov, to pa povzroči, da se organizem težje prilagaja spremenjenim pogojem in večjim obremenitvam. Za to obdobje je značilno zmanjševanje določenih, čeprav ne vseh, duševnih in telesnih sposobnosti (medtem ko se npr. upočasni hitrost obdelave informacij in enostavni reakcijski čas, ostaja kreativnost relativno stabilna skozi življenje), h katerim prispevajo normalen fiziološki upad in številne kronične bolezni ter stanja (7).

Glede na *starost* posameznika ločimo tri vrste starosti (8):

- *kronološko starost*, ki jo opredeljuje rojstni datum; kronološki začetek starosti je danes pri 65. letih, kar običajno sovпада z upokojitvijo;
- *funkcionalno starost*, ki se kaže v tem, koliko je človek sposoben samostojno opravljati osnovna življenjska opravila in koliko je zdrav;
- *doživljajsko starost*, ki se kaže v tem, kako človek sprejema in doživlja svojo trenutno starost in z njo povezane spremembe.

Medtem ko kronološko staranje pri vseh ljudeh in v vseh starostnih obdobjih poteka enako hitro, prihaja v funkcionalni in doživljajski starosti med posamezniki do razlik. Na funkcionalno starost lahko človek vpliva z načinom življenja (jo npr. "zniža", če živi aktivno), doživljanje starosti pa je odvisno od ohranjanja telesnih in duševnih sposobnosti, občutka varnosti in podpore v družinskem in širšem socialnem okolju, v marsičem pa tudi od pričakovanj in predhodnih življenjskih izkušenj.

Podobno kot starost lahko tudi *stiranje* razdelimo na tri obdobja (8):

- *zgodnje starostno obdobje* od 65. do 75. leta, ko se človek privaja na upokojsko življenje in je običajno precej zdrav in trden ter živi dejavno;
- *srednje starostno obdobje* od 76. do 85. leta, v katerem človek svoje dejavnosti in doživljanja prilagaja upadanju svojih moči in zdravja ter se privaja na izgubljanje prijateljev in znancev;
- *pozno starostno obdobje* po 86. letu starosti, v katerem postaja posameznik predvsem prejemnik pomoči in opravlja naloge zadnjega življenjskega obdobja v skladu s svojimi fizičnimi in duševnimi zmogljivostmi.

O tem, zakaj se ljudje staramo, obstaja več teorij, ki so si enotne v tem, da je stiranje posledica različnih vplivov skozi življenje, kot so npr. dejavniki okolja, dednosti, kulture, prehrane in telesne aktivnosti. Staranje je zelo kompleksen proces, ki se razlikuje od človeka do človeka in celo od enega telesnega sistema do drugega (9). Kronološko gledano v povprečju moški del populacije svoj višek doživi v poznih 20. letih, ženski del pa sredi 30. let. Takrat je telo popolnoma zrelo, je na vrhuncu svojih moči in človek ima najbolj izostren um. Nekje okrog 30. leta večina ljudi doseže prelomno točko, po kateri se začne upad mnogih bioloških funkcij (10).

Čeprav podatki nekaterih raziskav kažejo, da starostniki kljub številnejšim telesnim in socio-ekonomskim težavam niso v povprečju nič bolj depresivni niti bolj nezadovoljni kot mlajši od njih oz. odrasli v aktivni populaciji (11; 12), zaradi posameznih značilnosti, ki jih prinaša to razvojno obdobje, vendarle sodijo med bolj ogrožene populacije za razvoj določenih duševnih bolezni, predvsem depresije, in posledično samomorilnega vedenja. V naslednjih poglavjih si bomo podrobno ogledali značilnosti in dejavnike, ki povečujejo tveganje za razvoj depresije in samomorilnega vedenja pri starejših ter razmišljali o možnostih preventivnega ravnanja.

Literatura

1. Brock DB, Guralnik JM, Brody JA. Demography and epidemiology of aging in the United States. In: E. L. Schneider in J. W. Rowe, editors. Handbook of the biology of aging. San Diego: Academic Press, 1990: 3–23.
2. Pridobljeno 5. 7. 2010 s spletne strani:
http://www.stat.si/tema_demografsko_prebivalstvo.asp.
3. Pridobljeno 5. 7. 2010 s spletne strani:
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu>.
4. Zupančič M, Colnerič B, Horvat M. Poznavanje dejstev in zmotna prepričanja o starejših osebah: implikacije za izobraževanje in delo s starejšimi. Poslano v objavo v Kakovostna starost, 2010.
5. Zupančič M. Predstave in dejstva o pozni odraslosti (starosti). Panika 2002; 7-14.
6. Accetto B. Starost in staranje. Ljubljana: Cankarjeva Založba, 1986.
7. Petek-Šter M, Kersnik J. Obravnava starostnika v družinski medicini. Zdrav Vest 2004; 73: 767-771.
8. Ramovš J. Kakovostna starost. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka in Slovenska Akademija Znanosti in Umetnosti, 2003.
9. Weinert BT, Timiras PS. Theories of aging. J Appl Physiol 2003; 95: 1706-1716.
10. Young A. Ageing and physiological functions. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci 1997; 352: 1837-1843.
11. LaRue A. Aging and neuropsychological assessment. New York: Plenum Press, 1992.
12. Staudinger UM, Freund AM, Linden M, Mass I. Self, personality, and life regulation: Facets of psychological resilience in old age. In: Baltes PB, Mayer KU, editors. The Berling Aging Study. Aging from 70 to 100. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1999: 302–328.

2 OPREDELITEV DEPRESIJE IN SAMOMORILNEGA VEDENJA

asist. Alenka Tančič Grum, univ. dipl. psih.

DEPRESIJA

Pri opredelitvi depresije se opiramo na Mednarodno klasifikacijo bolezni 10 (MKB-10), ki jo uporabljamo v Evropi in je uveljavljena tudi v Sloveniji, ter ameriški Diagnostični in statistični priročnik IV (DSM-IV).

Depresija kot enkratna epizoda je v MKB-10 (1) uvrščena med motnje razpoloženja pod šifro F32 (Depresivna epizoda), ponavljajoča se oblika pa pod šifro F33 (Ponavljajoča se depresivna motnja) s pripadajočimi kategorijami. Posamezne kategorije se znotraj omenjene klasifikacije ločijo po svoji intenziteti (blaga, zmerna in huda) in svoji povezanosti s psihotičnimi simptomi. Navajamo jih v tabeli 1 na naslednji strani:

Tabela 1: *Klasifikacija depresije po MKB-10 (1)*

ŠIFRA	KATEGORIJA
F32	Depresivna epizoda
F32.0	Blaga depresivna epizoda
F32.1	Zmerna depresivna epizoda
F32.2	Huda depresivna epizoda brez psihotičnih simptomov
F32.3	Huda depresivna epizoda s psihotičnimi simptomi
F32.8	Druge depresivne epizode
F32.9	Depresivna epizoda, neopredeljena
F33	Ponavljajoča se depresivna motnja
F33.0	Ponavljajoča se depresivna motnja, trenutna epizoda je blaga
F33.1	Ponavljajoča se depresivna motnja, trenutna epizoda je zmerna
F33.2	Ponavljajoča se depresivna motnja, trenutna epizoda je huda, brez psihotičnih simptomov
F33.3	Ponavljajoča se depresivna motnja, trenutna epizoda je huda, s psihotičnimi simptomi
F33.4	Ponavljajoča se depresivna motnja, trenutno v remisiji
F33.8	Druge ponavljajoče se depresivne motnje
F33.9	Ponavljajoča se depresivna motnja, neopredeljena

Klasifikacija MKB-10 (1) navaja, da je za bolnika z depresivno epizodo značilno poslabšano razpoloženje, zmanjšanje energije in manjša aktivnost. Med depresivne simptome uvršča: vztrajno slabo razpoloženje, motnje spanja in apetita, zmanjšano sposobnost za uživanje/zanimanje in koncentracijo, izrazito utrujenost, upad samospoštovanja in prisotnost krivde ter občutkov ničvrednosti, psihomotorično upočasnjenost ali nemir. V skladu s številom in izrazitostjo simptomov depresivno epizodo opredeljuje kot blago, zmerno ali hudo. Pri *blagi* depresivni epizodi je prisotnih dvoje ali troje naštetih simptomov, bolnik je vseeno sposoben nadaljevati z večino svojih običajnih aktivnosti. Pri *zmerni* depresivni epizodi se pojavljajo vsaj štiri od naštetih simptomov, ki bolnika precej ovirajo pri vsakodnevnih aktivnostih. Pri *hudi* depresivni motnji brez psihotičnih simptomov pa je prisotna večina naštetih simptomov, ki so zelo izraziti in odločilno vplivajo na bolnikovo delovanje. Običajno doživlja mučne občutke ničvrednosti in krivde, pogoste pa so tudi samomorilne ideje in samomorilno vedenje.

Za ponavljajočo se depresivno motnjo (F33) je značilno, da se epizode depresije (opredeljene pod šifro F32) ponavljajo, brez anamneze o neodvisnih epizodah razpoloženske privzdignjenosti in povečane energije (manija). Motnja se lahko pojavi v katerem koli življenjskem obdobju akutno ali prikrito, traja pa od nekaj tednov do več mesecev.

Zaradi svoje preglednosti je pri postavljanju klinične diagnoze depresije prav tako lahko v pomoč ameriški Diagnostični in statistični priročnik IV, DSM-IV, ki opredeljuje veliko depresivno motnjo in druge depresivne motnje. V tabeli 2 navajamo tudi njegova diagnostična merila.

Tabela 2: *Diagnostična merila za veliko depresivno motnjo po DSM-IV (2)*

VELIKA DEPRESIVNA MOTNJA	
A.	Vsaj 2 tedna mora biti prisotnih pet (ali več) spodaj naštetih simptomov, med katerimi mora biti nujno vsaj eden od prvih dveh: <ol style="list-style-type: none">1. depresivno razpoloženje;2. upad zanimanja ali veselja do aktivnosti;3. pomembna izguba telesne teže;4. nespečnost ali hipersomnija;5. psihomotorični nemir ali upočasnjeno;6. utrujenost ali upad energije;7. občutki ničvrednosti ali pretirani/neustrezni občutki krivde;8. težave s koncentracijo ali razmišljanjem, ali neodločnost;9. ponavljajoče razmišljanje o samomoru.
B.	Simptomi ne ustrezajo merilom za mešano epizodo (z manijo).
C.	Simptomi pomembno poslabšajo posameznikovo delovanje na socialnem, delovnem ali drugih pomembnih področjih.
D.	Simptomi niso posledica delovanja določenih substanc (npr. zdravil, drog) ali zdravstvenega stanja (npr. hipotiroidizem).
E.	Simptomi niso posledica normalnega žalovanja, tj. vztrajajo dlje kot 2 meseca, spremlja pa jih opazna funkcionalna oviranost, občutki ničvrednosti, samomorilne misli, psihotični simptomi ali psihomotorična upočasnjeno.

V našem priročniku vzporedno uporabljamo pojma depresija in depresivna motnja, pri čemer mislimo na motnjo, ki izpolnjuje kriterije za postavitev diagnoze depresivne epizode/ponavljajoče se depresivne motnje (po MKB-10) oz. velike depresivne motnje (po DSM-IV). Z izrazom depresivni simptomi pa opredeljujemo skupek simptomov, ki so značilni za depresijo, vendar ne izpolnjujejo nujno diagnostičnih meril.

SAMOMORILNO VEDENJE

V MKB-10 (1) so samomoru pripisane šifre od X60 do X84, ki se ločujejo glede na metodo, s katero je bil izvršen. Z izrazom samomor v priročniku opredeljujemo namensko samopoškodovanje oz. jemanje lastnega življenja, ki se konča s smrtjo.

Z izrazom **samomorilno vedenje** pa opisujemo proces, ki lahko zajema različne oblike oz. stopnje. Najblažjo obliko samomorilnega vedenja, ki je običajno začetna, predstavljajo *samomorilne misli*, ko začne posameznik razmišljati o končanju lastnega življenja. Misli se lahko stopnjujejo v *samomorilni namen*, ko je pri posamezniku prisotna želja in odločitev, da bo končal svoj življenje. Naslednja stopnja je *samomorilni načrt*, ki pomeni časovno opredelitev ter načrtovanje zaporedja aktivnosti in načina, kako končati lastno življenje (posameznik izbere čas in metodo prekinitve svojega življenja). Samomorilnemu načrtu lahko sledi *samomorilni poskus*, ki ima dva možna zaključka. Lahko se konča s smrtjo oz. z izvedenim *samomorom* ali pa posameznik poskus preživi. Potem se lahko znova vrne v samomorilni proces, pri čemer lahko začne na katerikoli stopnji. Med pojmi je potrebno izpostaviti še samomorilno metodo, s katero poskuša posameznik storiti samomor in ki je lahko bolj ali manj smrtna.

Poudariti moramo, da samomorilno vedenje ne pomeni nujno izpeljave celotnega samomorilnega procesa, nekateri posamezniki lahko ostanejo pri njegovih začetnih oblikah (npr. samomorilnih mislih). Izraz samomorilno vedenje zato v priročniku uporabljamo širše – z njim se navezujemo na katerokoli od omenjenih stopenj samomorilnega procesa.

Literatura

1. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene: MKB-10: deseta revizija. Moravec Berger D, editor. Ljubljana: IVZ RS - Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2005.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.) (Text Revision). Washington, D.C.: Author, 2000.



3 DEPRESIJA IN SAMOMORILNO VEDENJE MED STAREJŠIMI

3.1 Epidemiologija depresije in samomora med starejšimi

doc. dr. Saška Roškar, univ. dipl. psih.

DEPRESIJA

Ocene življenjske prevalence depresije se razlikujejo med posameznimi državami in so odvisne od metode posamezne študije, vendar se večinoma gibljejo med 4 % do 10 % (1). Še večja je prevalenca depresivnih simptomov (ki ne dosegajo kriterijev za postavitev diagnoze), posebej med starejšimi od 75 let, kar avtorji pripisujejo večji prisotnosti telesnih bolezni, pogostejši prisotnosti kognitivnih težav in večjemu deležu žensk med najstarejšim delom populacije (2). Med spoloma namreč obstajajo razlike glede pogostosti depresije, saj je ta med ženskami vsaj dvakrat pogostejša (3). Razmerje v pogostosti depresivne motnje med spoloma se ohranja tudi v starosti, razen v zelo visoki starosti (nad 80 let), kjer se razlika v nekoliko zmanjša (4). Podobno razmerje med spoloma je prisotno tudi v primeru depresivne simptomatike, saj so v študiji EURODEP ugotovili, da je depresivna simptomatika v povprečju prisotna pri 14,1 % starejših žensk in 8,6 % starejših moških. Razlika v pogostosti pojavljanja simptomov med spoloma se zmanjša pri težjih oblikah depresije (5).

Kljub razmeroma visokemu deležu starejše populacije z depresivnimi simptomi se klinična depresija pojavlja le pri 1 do 5 % splošne starejše populacije (2; 6; 7; 8; 9). Ob tem je potrebno poudariti, da nekatere pregledne študije navajajo višje odstotke (okrog 10 %). Omenjena neskladja so verjetno posledica metodoloških razlik med posameznimi študijami, kar onemogoča konsistentne zaključke o prevalenci depresije med starejšimi (4).

Epidemiološke raziskave kažejo, da je med starostniki z depresivno motnjo od 52 do 71 % takih, ki so za depresijo zboleli prvič v življenju (9). Epidemioloških podatkov o prevalenci depresivnih motenj med starejšimi osebami v Sloveniji žal nimamo.

Odstotek starejših, ki dosegajo kriterije za veliko depresivno motnjo, je precej višji med stanovalci različnih institucionalnih oblik bivanja (npr. domovi za starejše), kjer je prevalenca depresije ocenjena na 12–42 %, ter med hospitaliziranimi (10–12 %) in bolnimi starostniki (5–10 %) (2; 4).

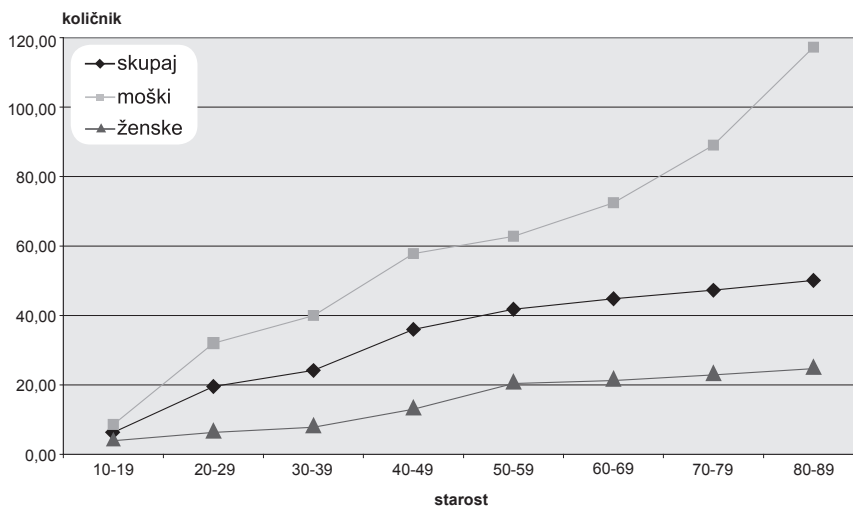
Čeprav starejši sodijo med bolj ogrožene skupine prebivalstva, kronološka starost sama po sebi ni dejavnik tveganja za razvoj depresije (10). Da odnos med starostjo in depresijo ni enoznačen in linearen, temveč so v ozadju tudi drugi pomembni dejavniki tveganja, potrjuje dejstvo, da obstoječa literatura o povezanosti depresije in starosti ne daje konsistentnih rezultatov. Medtem ko so v nekaterih raziskavah poročali o naraščanju depresije pri starejši populaciji, so v drugih študijah prišli do ravno nasprotnih rezultatov (11). Nekatere študije so odnos med depresijo in starostjo predstavile celo v obliki krivulje – po visoki korelaciji v srednji in pozni odraslosti sledi padec v starosti. Podobna razhajanja najdemo med rezultati raziskav, v katerih so skušali določiti starostno skupino, pri kateri nastopi najvišja verjetnost obolevnosti za depresijo, saj študije poročajo o različnih starostih, katerih razpon se giblje od 25 do 69 let (12; 13; 14; 15). Snowdon (10) zaključuje, da razpoložljivi rezultati nakazujejo, da imajo depresivne motnje podobno prevaleco med starejšimi kot med mlajšimi.

Za problematiko, ki jo obravnavamo v našem priročniku, so pomembne ugotovitve raziskav, v katerih so primerjali prisotnost depresivnih motenj znotraj posameznih podskupin starejše populacije. Roberts, Kaplan, Shema in Strawbridge (16) poročajo o naraščanju prevalece depresivne motnje v posameznih starostnih skupinah – od 8,1 % v obdobju od 50. do 59. leta, 6,9 % v obdobju od 60. do 69. leta, 10,4 % v obdobju od 70. do 79. leta, do 12,7 % pri starejših nad 80. letom. Bergdahl, Gustavsson, Kallin, von Heideken Wagert, Lundman in dr. (17) so na švedskem vzorcu starejših nad 85. letom odkrili, da se prevalenca depresije v visoki starosti strmo vzpenja z višanjem starosti (16,8 % med 85-letniki in 32,2 % med 95-letniki). Na osnovi dosedanjih študij se je tako izoblikovalo mnenje, da depresivne motnje po največji prevalenci v srednji odraslosti dosežejo ponovni vrh v pozni starosti, kar v mnogih državah sovпада s strmo naraslimi količinami samomorilnosti med starostniki (18).

SAMOMOR

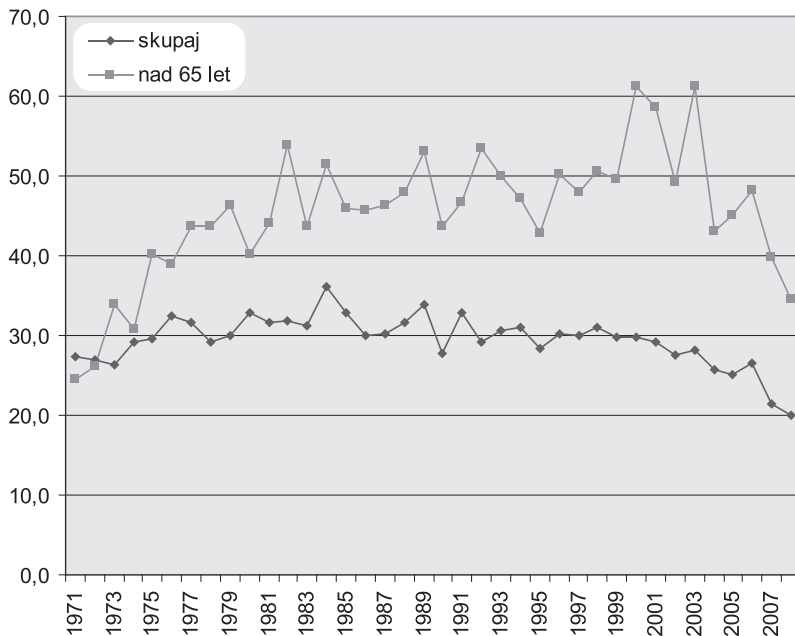
Slovenija glede visokega samomorilnega količnika med starejšimi ni izjema, saj se glede na primerljive podatke o umrljivosti zaradi samomora v starostni skupini nad 65. letom uvrščamo v sam evropski in svetovni vrh (19). Podatki iz baze Svetovne zdravstvene organizacije (20) kažejo, da imajo slovenski starostniki vsaj 2-krat višji količnik samomora kot skupno povprečje vseh 27 članic Evropske Unije – med 1985 in 2007 je bilo povprečje v Sloveniji 52/100.000, v EU pa 23/100.000.

V Sloveniji, kot tudi drugod po svetu, tveganje za samomor s starostjo narašča, kar je razvidno iz slike 1. Tveganje je izrazito povečano pri moških nad 65 let.



Slika 1: Naraščanje samomorilnega količnika glede na posamezne starostne razrede



V primerjavi s celotno populacijo v Sloveniji je samomorilnost starejših bistveno višja (21). Iz slike 2 je razvidno, da je samomorilni količnik (število umrlih zaradi samomora na 100.000 prebivalcev na leto) med starejšimi nad 65 let mnogo višji od slovenskega povprečja – med letoma 1971 in 2008 je povprečni samomorilni količnik v starostni skupini nad 65 let znašal 45, slovensko povprečje za isto obdobje pa je bilo okrog 29/100.000 (22).



Slika 2: Količnik samomora, Slovenija, 1971–2008

Literatura

1. Waraich P, Goldner EM, Somers JM, Hsu L. Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry* 2004; 49: 124-138.
2. Blazer DG. Depression in late life: Review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003; 58A: M249 - M265.
3. Payke ES, Brugha T, Fryers T. Size and burden of depressive disorders in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005; 1: 411-423.
4. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: A review. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113: 372-87.
5. Lindsay J, Briggs K, Murphy E. The Guy's/Age Concern survey. Prevalence rates of cognitive impairment, depression and anxiety in an urban elderly community. *Br J Psychiatry* 1989; 155: 317-329.
6. NIH Consensus Development Conference: Diagnosis and treatment of depression of late life. *JAMA* 1992; 268: 1018-1029.
7. Cole MG, Yaffe MJ. Pathway to psychiatric care of the elderly with depression. *Int J Geriatr Psychiatry* 1996; 11: 157-161.
8. Blazer D. Depression in the elderly. *N Engl J Med* 1989; 320: 164-166.
9. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol* 2009; 5: 363-389.
10. Snowdon J. Is depression more prevalent in old age? *Aust N Z J Psychiatry* 2001; 35: 782-787.
11. Jorm AF. Does old age reduce the risk of anxiety and depression? A review of epidemiological studies across the adult life span. *Psychol Med* 2000; 30: 11-22.
12. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN, George LK, Karno M, Locke BZ. One-month prevalence of mental disorders in the United States: based on five Epidemiologic Catchment Area sites. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 88: 35-47.
13. Romanovski AJ, Folstein MF, Nestadt G, Chahal R, Merchant A, Brown CH, Gruenberg EM, McHugh PR. The epidemiology of psychiatrist-ascertained depression and DSM-III depressive disorders. Results from the Eastern Baltimore Mental Health Survey clinical reappraisal. *Psychol Med* 2002; 22: 629-655.
14. Bland RC, Newman SC, Om H. Prevalence of psychiatric disorders in the elderly in Edmonton. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 77: 57-63.

- 
15. Lehtinen V, Joukamaa M, Lahtela K, Raitasalo R, Jyrkinen E, Maatela J Aromaa A. Prevalence of mental disorders among adults in Finland: basic results from the Mini Finland Health Survey. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 81: 418-425.
 16. Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ, Strawbridge WJ. Prevalence and correlates of depression in an aging cohort: The Alameda County study. *J Geront: Social Sciences* 1997; 52B: 252-258.
 17. Bergdahl E, Gustavsson JM, Kallin K, von Heideken Wagert P, Lundman B, Bucht G, Gustafson Y. Depression among the oldest old: The Umea 85+ study. *Int Psychogeriatr* 2005; 17: 557-575.
 18. Snowdon J. Suicide rates and methods in different age groups: Australian data and perceptions. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997; 12: 253–258.
 19. Svetičič J, Marušič A, Kravanja M. Slovenija z najvišjim količnikom samomorov med starejšimi na svetu. Zbornik strokovnih prispevkov srečanja: Izobraževalni program iz javnega zdravja IV: socialne determinante zdravja “Zdravo staranje, iluzija ali realnost?”. Maribor: ZZZV Maribor in IVZ RS, 2006.
 20. HFA Database. Pridobljeno 5. 7. 2010 s spletne strani: <http://www.euro.who.int>.
 21. Grad TO, Kogoj A, Trontelj J. Elderly suicide in Slovenia. In: de Leo D, editor. *Suicide and euthanasia in older adults: A transcultural journey*. Seattle: Hogrefe & Huber Publishers, 2001: 77 – 88.
 22. Baza umrlih IVZ, 2010.
- 

3.2 Dejavniki tveganja za razvoj depresije in samomorilnega vedenja med starejšimi

asist. Alenka Tančič Grum, univ. dipl. psih.

DEPRESIJA

Etiologija depresivne motnje med starejšimi podobno kot pri osebah z depresivno motnjo v drugih življenjskih obdobjih ni povsem pojasnjena, verjetno pa je povezana z različnimi dejavniki tveganja in njihovim medsebojnim prepletom. Pregledi raziskav na področju dejavnikov tveganja za depresijo med starostniki (npr. Cole in Dendukuri (1)) so odkrili večje število pomembnih dejavnikov tveganja, niso pa mogli odgovoriti na vprašanje, ali hkratna prisotnost več dejavnikov tveganja kumulativno povečuje tveganje za razvoj depresije. Vseeno so pokazali, da imajo različni dejavniki tveganja dopolnjujočo in tudi interaktivno vlogo pri nastanku depresivne motnje.

Tako pri morebitnih vzrokih za razvoj depresivne motnje kot pri njenih značilnostih je pomembno upoštevati čas njenega prvega pojava, saj prihaja do razlik med skupino starostnikov, pri katerih se je depresija pojavila prvič v tem obdobju, in skupino starostnikov, ki so se z njo spoprijemali že kdaj prej v življenju. Zgodnejši pojav depresivne motnje je npr. bolj povezan z genetskimi dispozicijami, medtem ko naj bi imeli na kasnejši pojav depresije (po 65. letu starosti) več vpliva zunanji dejavniki (2). Za namene našega priročnika se bomo bolj posvetili dejavnikom, ki vplivajo na nastanek depresivne motnje v starosti. Za večjo preglednost jih razvrščamo v štiri skupine: biološke, psihološke, socialne in ostale dejavnike tveganja.

Biološki dejavniki tveganja

Med biološke dejavnike tveganja smo uvrstili genetske predispozicije, telesne spremembe in bolezni, ki se pojavijo v starosti, izpostavljene pa so tudi motnje spanja.

Genetske predispozicije

Genetski vpliv na razvoj depresivne motnje se s starostjo manjša, saj so raziskave pokazale, da je družinska zgodovina depresivne motnje v

večji meri prisotna pri starostnikih, pri katerih se je depresija pojavila že prej v življenju, kot pa pri starostnikih s poznim pojavom depresivne motnje. Pri poskusu identifikacije genov, ki imajo pomembno vlogo pri prisotnosti depresije v starosti, so se raziskave osredotočale predvsem na gene povezane s tveganjem za žilna obolenja (npr. APOE4), vendar niso dale enoznačnih rezultatov (3).

S starostjo povezane telesne spremembe

Negenetski biološki dejavniki tveganja za razvoj depresije v nasprotju z genetskimi igrajo v starostnem obdobju zelo pomembno vlogo, saj mnoge srčno-žilne, nevrološke in tudi druge telesne spremembe, ki se pojavijo ob normalnem staranju, povečajo ranljivost za razvoj depresije. Veliko raziskav o sprožilcih depresije v starosti se je osredotočilo na spremembe v možganih. Pokazalo se je, da je depresija povezana s hipoaktivnostjo v možganski skorji in hiperaktivnostjo v limbičnih strukturah, zmanjšana povezljivost amigdale s strukturami v talamusu in skornji čelnega režnja pa naj bi regulirala čustvene procese, ki lahko vplivajo na vzdrževanje depresije v starosti (4). Razvoj depresije v starosti so nekateri razlagali tudi s hipotezo "vaskularne depresije". Pri tem naj bi poškodbe žilja, ki dovaja kri subkortikalnim predelom, povzročile motnje delovanja neurotransmiterjev, kar naj bi imelo vpliv na uravnavanje razpoloženja, posledično pa tudi na pojav depresije (5). Kasneje so izraz vaskularna depresija nadomestili z izrazom "depression-executive dysfunction syndrome of late life", da bi bolje opisali disfunkcijo v možganih, pri kateri vzrok ni izključno vaskularna bolezen (6).

Z depresijo so povezane še druge telesne spremembe, saj se npr. tveganje za razvoj depresije poveča pri hiper- in hipotiroidizmu, kar kaže, da porušeno ravnotežje v endokrinem sistemu vpliva na razvoj depresije v starosti. Spregledati se ne sme tudi vloge določenih prehranskih primanjkljajev kot posledice posameznikove neustrezne prehrane ter izgube apetita in teže, kar v starosti ni redek pojav. Nizka raven vitamina B12 in razmerje med omega-6 in omega-3 maščobnimi kislinami naj bi bilo namreč povezano s pojavom depresije v starosti (7).

Raziskave so prav tako odkrile, da naj bi različni biološki dejavniki vplivali tudi na pojav različne simptomatske slike. Medtem ko naj bi bili vaskularni dejavniki povezani z motnjami spanja, psihomotoričnimi spremembami in izgubo energije, naj bi bili neuroanatomski bolj povezani z motnjami in koncentraciji in psihomotoriki.

Telesne bolezni

Poleg telesnih sprememb je potrebno posebej izpostaviti tesen odnos depresivne motnje s telesnimi boleznimi, še posebej s kroničnimi stanji. Največkrat se pojavlja pri srčno-žilnih obolenjih in določenih nevroloških stanjih, čeprav lahko katerakoli resna akutna ali kronična bolezen sproži depresivno reakcijo.

Z depresijo se sooča okoli 20-25 % bolnikov s srčno boleznijo, nadaljnjih 20-25 % bolnikov pa poroča o depresivnih simptomih (8). Povezavo med srčno boleznijo in depresijo razlagajo z različnimi mehanizmi, npr. s skupnimi genetskimi vplivi, disfunkcijami v simpatičnem, nevroendokrinem, avtonomnem in imunskem sistemu in cerebrovaskularno boleznijo (6). Depresija je pogostejša pri bolnikih s sladkorno boleznijo in naj bi bila prisotna pri okoli 15 % bolnikih s sladkorno boleznijo tipa II (6). Pojavlja se tudi pri kronični obstruktivni pljučni bolezni (KOPB) (5) in neredko pred motoričnimi znaki Parkinsonove bolezni, pogosta pa je tudi kasneje v poteku bolezni. Depresija je povezana tudi z rakavimi obolenji, pri čemer sta izpostavljena zlasti rak pljuč in trebušne slinavke, kjer se lahko pojavi depresija, že preden je postavljena diagnoza rakavega obolenja. Nejasno pa ostaja, ali morda lahko depresija pospeši nastanek nekaterih vrst raka. Poleg prej omenjenih bolezni ščitnice je med vzroki za motnje razpoloženja potrebno omeniti še druge endokrine in metabolne motnje (npr. Cushingovo bolezen in hiperkalcemijo). Depresija se razvije pri najmanj 20 % bolnikov v prvem letu po možganski kapi, najpogosteje v obdobju treh do šestih mesecev po kapi (9), pogostejša pa je tudi pri starejših po zlomu stegenice (10).

Depresija zelo pogosto spremlja demenco, njun odnos pa ni povsem jasen. Demenca lahko predstavlja dejavnik tveganja za depresivno motnjo zaradi psiholoških reakcij na kognitivne in vedenjske spremembe, ki so ob demenci prisotne. Po drugi strani pa je lahko depresija tudi dejavnik tveganja za razvoj demence ali pa se pojavi kot prodrom demence (6).

Podobno kot pri demenci je potrebno vlogo psihosocialnih dejavnikov izpostaviti tudi pri povezanosti drugih telesnih bolezni in depresije. Težave in spremembe, ki se pojavljajo ob mnogih telesnih boleznih, kot so bolečina, izguba vida ali sluha, zahteve in omejitve povezane z zdravljenjem, lahko izzovejo depresivno reakcijo. Pomemben psihosocialni mediator, ki lahko nastopa v odnosu med telesnimi boleznimi in depresijo, je funkcionalna oviranost. Ker so za pojav funkcionalne oviranosti poleg telesnih bolezni lahko odgovorni tudi drugi vzroki, je podrobneje opredeljena med ostalimi dejavniki tveganja.

Motnje spanja

V okviru bioloških dejavnikov je potrebno omeniti še motnje spanja, ki imajo v starostnem obdobju poseben pomen, saj povečujejo tveganje za razvoj depresije, predstavljajo pa tudi njen simptom. Tudi rezultati meta-analize dejavnikov tveganja, ki sta jo izvedla Cole in Dendukuri (1), postavljajo težave s spanjem med najpomembnejše dejavnike tveganja za nastanek depresije. Z depresijo je med motnjami spanja najtesneje povezana nespečnost, ki je v starosti zelo pogosta, saj naj bi se z njo soočala četrtnina starejših moških in kar 40 % žensk nad 80. letom starosti (11). Nespečnost predstavlja dejavnik tveganja tako za pojav depresije kot tudi njeno vzdrževanje (12). Rezidualni simptomi nespečnosti so pogosto prisotni tudi po remisiji depresije in napovedujejo njen zgodnejši relaps. Vlogo nespečnosti pri depresivni motnji so izpostavili tudi obetavni rezultati nekaterih raziskav na sicer starostno mešanih vzorcih, ki so pokazali, da ima hkratno zdravljenje nespečnosti tudi pozitiven vpliv na zdravljenje depresije (13).

Psihološki dejavniki tveganja

V skupino psiholoških dejavnikov tveganja smo umestili določene osebnostne značilnosti ter prisotnost posameznih duševnih motenj.

Osebnostne značilnosti

Osebnostne značilnosti, ki imajo lahko vpliv na nastanek depresivne motnje pri starejših, se večinoma ne razlikujejo od tistih, ki so vključene v razvoj depresije v mlajši dobi. Na depresijo lahko vplivajo tako neposredno (nagnjenost k negativističnemu razmišljanju in depresivnemu razpoloženju) kot posredno, preko modifikacije učinkov stresnih življenjskih dogodkov. Osebnostna poteza, ki jo pogosto povezujejo z depresijo, je nevroticizem, ki opredeljuje osebo kot čustveno labilno, neuravnoteženo in negotovo, to pa jo posledično naredi bolj dovzetno za stres (6).

Enega izmed psiholoških modelov ranljivosti za razvoj depresije predstavljajo *kognitivne distorzije*, ki pomenijo selektivno ali pretirano posploševanje negativnih informacij o sebi, drugih ljudeh in dogodkih. Po načinu gledanja in interpretaciji življenjskih dogodkov se posamezniki med seboj močno razlikujejo, in v primeru, ko starostnik okoljskim in stresnim dejavnikom pripisuje pretirano negativen pomen, to lahko vodi v depresijo (14).

Pomembno vlogo pri nastanku depresije ima tudi posameznikov način soočanja s stresom in težavami. *Ruminacija* pomeni neprestano, a pasivno (brez ukrepanja), razmišljati o problemih in predstavlja zelo neučinkovit način spoprijemanja, ki se je pri starostnikih pokazal kot pomembno povezan z depresijo (15). Podobno neučinkovit način spoprijemanja s težavami razlaga koncept *naučene nemoči*. Posameznik, za katerega je značilna naučena nemoč, je ponotranjil vedenjski vzorec pasivnosti ob soočanju s problemi, kar pomeni, da ima ob težavi takoj občutek, da je ne bo zmožel rešiti, zato je niti ne poskuša aktivno reševati. Verjetnost pojavljanja stresnih dogodkov se s starostjo poveča in posamezniki, ki se nanje odzovejo z nemočjo, imajo večjo verjetnost obolevnosti za depresijo (14).

Duševne motnje

Posamezniki z drugimi duševnimi motnjami so bolj ranljivi za razvoj depresije. Med njimi je potrebno izpostaviti predvsem anksiozne motnje, ki so velikokrat prepletene z depresijo in se tako kot v mlajši dobi tudi v starosti pogosto pojavijo pred njo. Ocene komorbidnosti so visoke, po nekaterih raziskavah (16) ima kar okoli 50 % posameznikov z depresivno motnjo tudi klinično pomembne simptome anksiozne motnje, medtem ko okoli 25 % posameznikov z anksiozno motnjo izpolnjuje tudi kriterije za diagnozo depresivne motnje. Pojav obeh motenj je povezan z določenimi osebnostnimi potezami in nekaterimi dolgotrajnejšimi dejavniki ranljivosti, kot je npr. družinska zgodovina. Ob prisotnosti anksiozne motnje je depresija resnejša, vztrajnejša in jo je težje zdraviti. Med posamezniki z obema motnjama so pogostejši telesni simptomi in funkcionalna oviranost, povečano pa je tudi tveganje za kognitivni upad (6).

Pri razvoju depresivne motnje ima pomembno vlogo tudi prisotnost depresije v mlajši dobi. Meta-analiza dejavnikov tveganja (1) je pokazala, da je verjetnost za pojav depresivne motnje v starosti povečana za kar 2,3 krat, kadar je imel posameznik že kdaj prej v življenju depresivno epizodo. Izpostaviti je potrebno še povezanost zlorabe alkohola oz. zasvojenosti z alkoholom in depresivne motnje, ki mnogokrat nastopata skupaj tudi pri starostnikih. Pri tem smer povezave ni povsem pojasnjena. Zloraba oz. celo zasvojenost z alkoholom lahko prispeva k nastanku depresije ali pa predstavlja destruktiven način spoprijemanja s simptomi razvite depresivne motnje (17).

Socialni dejavniki tveganja

Med socialne dejavnike tveganja smo razvrstili značilnosti zakonskega stanu in socialno-ekonomskega statusa, pomanjkanje ustrezne socialne podpore in izpostavili skrb za bolnega svojca.

Zakonski stan in socialno-ekonomski status

Raziskave so pokazale, da so starejši posamezniki, ki živijo sami, predvsem zaradi ovdovelosti ali ločitve, bolj izpostavljeni tveganju za razvoj depresivne motnje (5). To je v veliki meri povezano s pomanjkanjem socialne podpore in žalovanjem, česar se bomo dotaknili v nadaljevanju. Pomembno vlogo pri nastanku depresije v starosti pa imajo tudi socialno-ekonomski dejavniki. Starostniki se pogosto srečajo z znižanjem finančnega statusa, kar poveča verjetnost za nastanek depresivne motnje, še posebej, ker imajo nizki prihodki kronične posledice, kot so stalni finančni pritiski in izpostavljenost nestabilnemu finančnemu položaju (18). Poleg tega lahko slab finančni položaj pomembno vpliva tudi na dostopnost in uspešnost zdravljenja depresije. Prav tako je potrebno izpostaviti pomen nizkega socialno-ekonomskega statusa, ki je bil prisoten že prej v življenju. Starostniki, ki so se vse življenje soočali s finančnimi težavami, so bolj ranljivi za razvoj depresije tudi zaradi učinkov nezadostne in neustrezne prehrane, manjših možnosti za izobrazbo, manjše dostopnosti do zdravniške oskrbe ipd. Ta ranljivost postaja s starostjo še bolj izrazita, saj se ekonomskim neenakostim pridružijo tudi neenakosti v zdravju (6).

Socialna podpora

Kot smo omenili v prejšnji točki, predstavlja samsko življenje enega izmed dejavnikov tveganja za razvoj depresije, saj ti posamezniki pogosto nimajo dovolj socialne podpore in so osamljeni. S starostjo se socialni krog posameznika manjša, zato je pogosto pomanjkanje socialnih stikov in prihaja tudi do socialne izolacije. Socialna podpora je tako velikokrat mediator pri nastanku depresije, pri čemer so raziskovalci odkrili, da je bolj kot število socialnih stikov in količina socialne podpore pomembna njena kvaliteta. Pokazalo se je celo, da je socialna podpora, ki jo posamezniki doživljajo kot pretirano, lahko dejavnik tveganja za razvoj depresije. V raziskavi, v kateri so sodelovali starejši odrasli s fizično oviranostjo, se je pri tistih z veliko željo po neodvisnosti prejemanje socialne podpore izkazalo kot pomembno povezano z večanjem depresivnih simptomov (19).

Pomemben socialni dejavnik, ki lahko vpliva na tveganje za razvoj depresivne motnje pri posameznikih, ki ne živijo sami, so tudi težave v medsebojnih odnosih. Konflikti v partnerskem odnosu, doživljanje kritike s strani družine in spremenjene družinske vloge lahko izzovejo depresivne simptome, pomembno vlogo pa ima tudi prisotnost depresije pri svojcu (20).

Skrb za bolnega svojca

Izkazalo se je, da je med socialnimi dejavniki tveganja potrebno izpostaviti tudi skrb za bolnega svojca. Odrasli v poznem starostnem obdobju se pogosto znajdejo v vlogi skrbnika ostarelih staršev ali bolnega zakonca oz. drugega svojca. Ta vloga je za posameznika običajno zelo obremenjujoča in lahko prispeva k razvoju depresivne motnje, še posebej, kadar je tudi svojec, za katerega skrbijo, depresiven ali je njegovo vedenje težavno (5). Bolj pogosta je depresija med posamezniki, ki za bolnega svojca skrbijo dolgo časa in kadar pri tem nimajo socialne podpore (21) ter je bolj značilna za tiste, ki skrbijo za osebo z demenco, kot za tiste, ki skrbijo za osebo z okvaro telesnih funkcij. Ena od raziskav (22) je npr. odkrila, da je bilo kar 25 % posameznikov, ki so skrbeli za bolnika z demenco, depresivnih, pri mnogih od njih so bili simptomi dolgotrajni. Povezavo med resnostjo bolezni oskrbovanca in depresijo pri skrbniku nekateri razlagajo s stopnjo omejitve skrbnikovih običajnih aktivnosti (6).

Ostali dejavniki tveganja

Med ostalimi dejavniki je potrebno omeniti tudi stresne dogodke in določena zdravila, ki vplivajo na pojav depresivnih simptomov.

Stresni dogodki

Stresni dogodki predstavljajo pomemben dejavnik tveganja za razvoj depresivne motnje in so lahko tako biološkega, psihološkega kot tudi socialnega izvora, zato jih nismo mogli uvrstiti v samo eno od zgornjih skupin. Medtem ko lahko npr. telesne spremembe in težave, določene prej opisane osebnostne značilnosti in samski zakonski stan opredelimo kot predispozicijske dejavnike oz. dejavnike večje ranljivosti za razvoj depresije, so stresni dogodki večkrat v vlogi sprožilnih dejavnikov, najpomembnejši vpliv naj bi imeli znotraj prvih šestih mesecev po svojem pojavu (6).

Med stresnimi dogodki, ki so povezani z nastankom depresije, je potrebno najprej izpostaviti žalovanje. Izguba zakonca oz. partnerja ali druge bližnje osebe je v starosti vse pogostejši stresni dogodek. In čeprav so nekatere raziskave pokazale, da starostniki bolje razrešujejo žalovanja povezana z izgubo od mlajših odraslih (6), pa je meta-analiza dejavnikov tveganja (1) odkrila, da žalovanje kar za trikrat poveča tveganje za nastanek depresije pri odraslih starejših od 50 let in da tako predstavlja celo najpomembnejši dejavnik tveganja za depresivno motnjo. Primerjava moških in žensk je pokazala, da obstaja za moške ob izgubi zakonskega partnerja večja verjetnost, da bodo razvili depresijo in tudi, da bo depresija trajala dlje časa. Razlike med spoloma so lahko povezane tudi z različnimi vlogami žensk in moških v zakonu, na katere ima izguba različen vpliv – za ovdovele ženske je finančno breme najpogostejši mediator depresivnih simptomov, medtem ko za ovdovele moške največkrat predstavlja najtežje breme skrb za gospodinjstvo (23).

Zelo pomemben stresni dogodek je tudi funkcionalna oviranost, s katero se sreča mnogo starostnikov, in ki pomeni doživljanje težav pri izvajanju osnovnih vsakodnevnih nalog, potrebnih za neodvisno življenje (mobilnost, skrb za lastno higieno in prehrano, upravljanje z denarjem, jemanje zdravil ...). Pojav funkcionalne oviranosti je močno povezan z višanjem starosti in prisotnostjo kroničnih bolezni, pa tudi z nizkim socialno-ekonomskim statusom in šibko socialno mrežo (24).

Omejenost starostnika v neodvisnem opravljanju osnovnih življenjskih funkcij in okrnjenost socialnih stikov, ki je pogosto povezana s tem, lahko pomembno vplivata na razvoj depresije.

Mnogi starejši odrasli se v obdobju starosti srečajo tudi s spremembo načina bivanja in odhodom v dom starejših občanov. Izguba lastnega doma in s tem povezana zmanjšana avtonomija predstavljata močan stresni dogodek, ki je lahko povezan tudi z razvojem depresije (6). Kot smo omenili že v poglavju o epidemiologiji, je v povprečju prevalenca depresije v institucionaliziranih oblikah bivanja višja kot med doma živječimi starostniki.

Drugi pomembni stresni dejavniki, ki lahko vplivajo na nastanek ali poslabšanje depresivne motnje, so še: spremembe v socialni vlogi in socialni mreži ter izguba delovne identitete in pojav finančnih težav zaradi upokojitve (21).

Poudariti je potrebno tudi, da odnos med depresijo in stresnimi dogodki ni enoznačen in da niso vsi stresni dogodki sprožilci depresivne motnje ter obratno – niso vse depresije povezane s stresnimi dogodki. To zavedanje je pomembno, saj bi lahko napačno pripisovanje nastanka depresivne motnje nekemu zunanjemu sprožilcu vplivalo na spregledanost morebitnih telesnih vzrokov (5).

Zdravila

K nastanku depresivne motnje lahko prispevajo tudi določena zdravila, kar je še posebej pomembno za starejše, saj se uporaba zdravil s starostjo večja. Nizozemska raziskava (25) je med analizo 395 zdravil odkrila 26 individualnih zdravil in 10 skupin zdravil, ki vplivajo na razvoj ali poslabšanje depresivnih simptomov. Za posamezne skupine zdravil so izračunali PAR % (Population Attributable Risk percentage) – za povezanost depresije z njihovo rabo. Za benzodiazepine je bila PAR % 15,42 %, za kalcijeve antagoniste 5 % in za neselektivne blokatorje beta adrenergičnih receptorjev 2,5 %. Navajamo kratko tabelo najpogostejših zdravil, ki jih povezujejo z depresijo.

Tabela 3: Z depresijo najpogosteje povezana zdravila (5; 26)

ANTIHIPERTENZIKI	ANTIPARKINSONIKI
<ul style="list-style-type: none"> • Blokatorji beta adrenergičnih receptorjev • Metildopa • Reserpin • Klonidin • Nifedipin • ACE inhibitorji 	<ul style="list-style-type: none"> • L-dopa • Amantadin • Tetrabenazin
ZDRAVILA ZA ZDRAVLJENJE DUŠEVNIH MOTENJ	ANALGETIKI
<ul style="list-style-type: none"> • Benzodiazepini • Antipsihotiki 	<ul style="list-style-type: none"> • Opioidi • Indometacin • Kodein • COX-2 inhibitorji
DRUGA ZDRAVILA	
<ul style="list-style-type: none"> • Kortikosteroidi (prednisolon) • Sulfonamidi • Oralni kontraceptivi • Digoksin • Hipolipemiki 	

SAMOMORILNO VEDENJE

Potrebno je izpostaviti, da, tako kot pri depresiji ali še bolj izrazito, ni razvoj samomorilnega vedenja nikoli posledica enega samega dejavnika tveganja, ampak je to običajno preplet različnih dejavnikov ranljivosti in sprožilnih dejavnikov.

Vseeno lahko govorimo o tem, da najpomembnejše tveganje za pojav samomorilnega vedenja predstavlja prisotnost duševne motnje, med osebami starejšimi od 65 let, ki so storile samomor, naj bi namreč 71 do 95 % posameznikov trpelo za eno od duševnih motenj (27). Med njimi ima največjo vlogo depresivna motnja, ki vpliva na razvoj samomorilnega vedenja v vseh starostnih obdobjih, s samomorom pa je še značilneje povezana v starosti (28). Raziskave so pokazale, da je depresivna motnja najmočnejši napovedni dejavnik tako izvedenih samomorov kot tudi samomorilnih poskusov in samomorilnih misli pri starejših posameznikih

in naj bi kar 40-krat povečala tveganje za samomorilnost (17). Izpostaviti je potrebno tudi tveganje za pojav samomora, ki je povezano z značilnostmi zdravljenja depresije (stranski učinki antidepressivov, izboljšanje samo nekaterih simptomov ipd.), in ki jih navajamo v poglavju o spremljanju zdravljenja (5.3.1). Med duševnimi motnjami, ki lahko vplivajo na pojav samomora, moramo omeniti tudi shizofrenijo, ki naj bi bila prisotna pri 6 do 17 % starostnikov, ki so storili samomor, ter anksioznost, ki pa se velikokrat pojavlja skupaj z depresijo (17).

Zaradi ključne vloge depresije pri pojavu samomora (pogosto je namreč v vlogi mediatorja) vsi dejavniki tveganja, ki vplivajo na njen razvoj in smo jih opisali zgoraj, pomenijo tudi večjo nevarnost za pojav samomorilnega vedenja med starostniki.

Poleg omenjenih dejavnikov je potrebno izpostaviti še nekatere, ki so vezani predvsem na samomor. Med njimi je najpomembnejša zgodovina samomorilnega vedenja. Starostnik, ki je samomor poskusil storiti že kdaj prej v življenju, je izpostavljen večjemu tveganju, da ga bo ponovno poskušal ali izvedel v starosti, še posebej, če so prisotni tudi drugi dejavniki tveganja (npr. osamljenost, telesna bolezen, duševna motnja) (17).


S samomorom se pomembno povezujejo tudi nekatere osebnostne značilnosti, med katerimi raziskave največkrat omenjajo nezmožnost prilagajanja, anksioznostne osebnostne poteze in agresivnost (28). Osebnostne značilnosti lahko delno razložijo tudi večjo prevalenco samomorov med starejšimi moškimi v primerjavi s starejšimi ženskami. Ženske v poznem starostnem obdobju imajo morda večjo sposobnost prilagajanja spremembam, s katerimi se soočajo ob staranju, lahko bolje ustvarjajo in ohranjajo socialno mrežo in so bolj predane otrokom in vnukom (17).

Ne smemo spregledati tudi dostopa do sredstev, s katerimi lahko posamezniki izvršijo samomor (npr. dostop do strelnega orožja, velike količine zdravil). Preprečevanje dostopa do sredstev je med najučinkovitejšimi načini preventive samomora.

Literatura

1. Cole GM, Dendukuri N. Risk Factors for Depression Among Elderly Community Subjects: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1147-1156.
2. Bulut S. Late life depression: A literature review of late-life depression and contributing factors. *Anales de psicología* 2009; 25 Suppl; 1: 21-26.
3. Heun R, Papassotiropoulos A, Jessen F, Maier W, Breitner JC. A family study of Alzheimer disease and early- and late-onset depression in elderly patients. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 190-196.
4. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet* 2005; 365: 1961-70.
5. Baldwin R. Depressive disorders. In: Jacoby R., Oppenheimer C, editors. *Psychiatry in the elderly*. Oxford: Oxford University Press, 2002: 627-676.
6. Fiske A, Loebach Wetherell J, Gatz M. Depression in Older Adults. *Annu Rev Clin Psychol* 2009; 5: 363-389.
7. Tiemeier H. Biological risk factors for late life depression. *Eur J Epidemiol* 2003; 18: 745-50.
8. Carney RM, Freedland KE. Depression, mortality, and medical morbidity in patients with coronary heart disease. *Biol Psychiatry* 2003; 54: 241-7.
9. Paranthaman R, Baldwin RC. Treatments of psychiatric syndromes due to cerebrovascular disease. *Int Rev Psychiatry* 2006; 18 Suppl; 5: 453-70.
10. Baldwin RC, Chiu E, Katona C, Graham N. *Guidelines on depression in older people*. London: Martin Dunitz Ltd, 2002.
11. Lichstein KL, Stone KC, Nau SD, McCrae CS, Payne KL. Insomnia in the elderly. *Sleep Med Clin* 2006; 1: 221-9.
12. Perlis ML, Smith LJ, Lyness JM, Matteson SR, Pigeon WR, Tu, X. Insomnia as a risk factor for onset of depression in the elderly. *Behav Sleep Med* 2006; 4: 104-13.
13. Manber R, Edinger JD, Gress JL, San Pedro-Salcedo MG, Kuo TF, Kalista T. Cognitive behavioral therapy for insomnia enhances depression outcome in patients with comorbid major depressive disorder and insomnia. *Sleep* 2008; 31: 489-95.

14. Svetičič J. Preplet med depresivnostjo in nekaterimi Indikatorji telesnega zdravja starostnikov v Domu za starejše. Magistrska naloga. Ljubljana: Filozofska fakulteta, 2010.
15. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Pers Individ Dif* 2006; 40: 1659–69.
16. Beekman ATF, de Beurs E, Van Balkom JLM, Deeg DJH, van Dyck R van Tilburg W. Anxiety and Depression in Later Life: Co-Occurrence and Communalities of Risk Factors. *Am J Psy* 2000; 157: 89-95.
17. De Leo D, Draper B, Kryszynska K. Suicidal elderly people in clinical and community settings. In: Wasserman D, Wasserman C. editors. *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. New York: Oxford University Press, 2009: 703-714 .
18. Mojtabai R, Olfson M. Major depression in community-dwelling middle-aged and older adults: Prevalence and 2-year and 4-year follow-up symptoms. *Psychol Med* 2004; 34: 623–34.
19. Martire LM, Stephens MAP, Druley JA, Wojno WC. Negative reactions to received spousal care: Predictors and consequences of miscarried support. *Health Psychol* 2002; 21: 167–76.
20. Nolen-Hoeksema S, Davis CG. “Thanks for sharing that”: Ruminators and their social support networks. *J Pers Soc Psychol* 1999; 4: 801–14.
21. Attapurath R, Menon RC, Nair SV, Muralee S, Tampi RR. Late-Life Depression. *Annals of Long-Term Care: Clinical Care and Aging* 2008; 16. Pridobljeno 5. 7. 2010 s spletne strani:
<http://www.annalsoflongtermcare.com/content/late-life-depression>.
22. Ballard CG, Eastwood C, Gahir M, Wilcock G. A follow-up study of depression in the carers of dementia sufferers. *Br Med J* 1996; 312: 940-947.
23. Umberson D, Wortman CB, Kessler RC. Widowhood and depression: Explaining long-term gender differences in vulnerability. *Journal of Health and Social Behavior* 1992; 33: 10–24.
24. Rodrigues MAP, Facchini LA, Thume E, Maia F. Gender and incidence of functional disability in the elderly: a systematic review. *Cadernos de Saúde Pública* 2009; 25: S464-S476.

- 
- 
25. Dhondt TD, Beekman AT, Deeg DJ, Van Tilburg W. Latrogenic depression in the elderly: results from a community-based study in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37: 393-398.
26. Page K. Late-life depression. *Complement Med* 2006: 23-29.
27. Conwell Y, Duberstein P. Suicide in older adults: determinants of risk and opportunities for prevention. In: Hawton K. editor. *Prevention and treatment of suicidal behaviour: From science to treatment*. Oxford: Oxford University Press, 2005: 221-238.
28. De Leo D, Scocco P. Treatment and Prevention of Suicidal Behaviour in the Elderly. In: Hawton K. in van Heeringen K, editors. *The International Handbook of Suicide and attempted suicide*. West Sussex: Willey, 2002: 553-570.

3.3 Zaščitni dejavniki pred razvojem depresije in samomorilnega vedenja med starejšimi

asist. Alenka Tančič Grum, univ. dipl. psih.

Kljub prisotnosti številnih dejavnikov tveganja, s katerimi se sooča večina posameznikov v obdobju starosti, mnogi ne razvijejo depresivne motnje. Raziskave, ki so poskušale odgovoriti na vprašanje, kaj zmanjšuje tveganje za pojav depresije med starejšimi, so izpostavile predvsem tri glavne skupine zaščitnih dejavnikov: ustrezni podporni viri, učinkovite strategije pri spoprijemanju s stresorji in vključenost v osmišljene aktivnosti (1). Prva skupina zaščitnih dejavnikov predstavlja podlago za ohranjanje duševnega zdravja starostnika. Starostniku pri tem pomembno pomaga dobro telesno zdravje in kognitivno funkcioniranje, ki ga mora vzdrževati z ustrežno telesno in miselno aktivnostjo ter zdravo prehrano. Primerna podlaga je tudi višji socialno-ekonomski status, ki posameznika ščiti pred določenimi finančnimi stresorji in mu omogoča kvalitetno zdravstveno oskrbo. Omeniti je potrebno še socialno podporo, ki, če je prisotna v pravi meri in na ustrezen način, ključno prispeva k blaženju dejavnikov tveganja.

Druga skupina dejavnikov, ki posameznika v starosti varujejo pred razvojem depresivne motnje, se nanaša na njegovo uspešno prilagajanje na spremembe in spoprijemanje s težavami ter stresnimi situacijami. Mnogi starostniki se bolje odzovejo na stresne dogodke in so sposobni boljše emocionalne regulacije kot mlajši odrasli, kar je povezano z njihovimi življenjskimi izkušnjami. Pomembno je tudi, kako doživljajo sebe in svoje sposobnosti, saj sta se občutek kontrole nad lastnim življenjem in pozitivna samopodoba izkazala kot pomembni mediatorski spremenljivki tudi v povezanosti med funkcionalno oviranostjo in depresijo (2).

Zadnja skupina zaščitnih dejavnikov izpostavlja pomembnost starostnikove vključenosti v aktivnosti, ki mu osmišljujejo bivanje. Med njimi predstavlja največjo zaščito religija. Starostniki, ki so aktivni verniki, so manj izpostavljeni tveganju za razvoj depresije, kar delno pojasnjujejo z večjim doživljanjem smisla v posameznikovem življenju. Pomembna pa je tudi vpetost v druge aktivnosti, ki starostnika veselijo in se mu zdijo pomembne – hobiji, prostovoljno delo, izobraževanja, varovanje vnukov ipd.

Zgoraj navedeni dejavniki so pomembni tudi pri samomorilnem vedenju med starejšimi, saj preprečitev razvoja depresivne motnje najbolj ključno vpliva na znižanje tveganja za pojav samomora. Raziskave namreč podobno kot pri depresiji med zaščitnimi dejavniki za zmanjševanje samomorilnega tveganja navajajo religijo, dobre medosebne odnose in podporo ter vključenost v socialne in osmišljujoče aktivnosti (3).

Literatura

1. Hendrie HC, Albert MS, Butters MA, Gao S, Knopman DS, Launer LJ et al. The NIH Cognitive and Emotional Health Project: Report of the Critical Evaluation Study Committee. *Alzheimers Dement* 2006; 2: 12–32.
2. Fiske A, Loebach Wetherell J, Gatz M. Depression in Older Adults. *Annu Rev Clin Psychol* 2009; 5: 363-389.
3. De Leo D, Draper B, Kryszynska K. Suicidal elderly people in clinical and community settings. In: Wasserman D, Wasserman C. editors. *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. New York: Oxford University Press, 2009: 703-714 .

Tabela 4: *Najpomembnejši dejavniki tveganja in zaščitni dejavniki za depresijo med starostniki*

DEJAVNIKI TVEGANJA	ZAŠČITNI DEJAVNIKI
Biološki	Ustrezni podporni viri
<ul style="list-style-type: none"> • genetske predispozicije • telesne spremembe • telesne bolezni <ul style="list-style-type: none"> - srčno-žilne bolezni - sladkorna bolezen - demenca - endokrine motnje - nevrološke motnje - rakava obolenja ... • motnje spanja 	<ul style="list-style-type: none"> • dobro telesno zdravje • dobro kognitivno procesiranje • visok socialno–ekonomski status • ustrezna socialna podpora
Psihološki	Učinkovite strategije pri spoprijemanju s stresorji
<ul style="list-style-type: none"> • osebnostne značilnosti • duševne motnje 	<ul style="list-style-type: none"> • fleksibilnost v razmišljanju • občutek kontrole nad življenjem • pozitivna samopodoba
Socialni	Vključenost v aktivnosti
<ul style="list-style-type: none"> • socialno-ekonomski status • značilnosti socialne podpore • skrb za bolnega svojca 	<ul style="list-style-type: none"> • religija • hobiji • prostovoljno delo • izobraževanja • pomoč družinskim članom
Ostali	
<ul style="list-style-type: none"> • stresni dejavniki • zdravila 	

3.4 Značilnosti depresije in samomorilnega vedenja med starejšimi

asist. Vita Poštuvan, univ. dipl. psih.

DEPRESIJA

Zgodnejše študije, ki so preučevale posebnosti depresivnih motenj med starejšimi, so raziskovale predvsem hospitalizirane posameznike (ki so trpeli za težjimi oblikami bolezni). Na podlagi rezultatov teh študij se je oblikovalo mnenje o tipični sliki depresije v starostnem obdobju, ki naj bi zajemala pogostejše telesne pritožbe, povečano hipohondrijo ter večji nemir, pogostejše blodnje, zmedenost in bolj *endogeno* sliko v primerjavi z mlajšimi bolniki. Izsledki teh študij so vplivali tudi na stereotipe o depresivni motnji med starostniki. Kasneje se je izkazalo, da je ta tipična slika depresije v starosti pravzaprav težja oblika depresije in naj bi bila prisotna le pri približno eni tretjini primerov (1).

Primerjava kliničnih slik depresije glede na kriterije DSM-IV med mlajšimi odraslimi in starostniki je pokazala, da starostniki, ki zbolijo za depresivno motnjo, poročajo o več telesnih simptomih (motnje spanja, psihomotorična retardacija), pogosteje čutijo izgubo interesov, želje do življenja in zaupanja v prihodnost, v večji meri mislijo na smrt in si tudi želijo umreti. Iz primerjanja mlajših odraslih in starostnikov z depresijo je razvidno še, da se, presenetljivo, spominske motnje pojavljajo v večji meri pri mlajših, čeprav je ta simptom skupaj s slabšo koncentracijo prisoten tudi med starostniki. Poleg tega mlajši odrasli pogosteje poročajo o občutkih krivde, občutkih manjvrednosti in nesreče.

Glede na klinično sliko med spoloma ni velikih razlik. Starejše ženske, ki trpijo za depresijo, v primerjavi z moškimi doživljajo več motenj apetita, medtem ko je pri moških pogostejši psihomotorični nemir (1; 5).

Proučevanje kliničnih slik depresije je pokazalo, da lahko starejše osebe z depresijo kategoriziramo predvsem v dve skupini, pri katerih so poudarjene različne značilnosti (1; 5):

- a) Čustveno trpljenje: poudarjeno je depresivno razpoloženje, jokavost, želja po smrti. Te značilnosti se kažejo predvsem med ženskami.

- b) Upad motivacije: poudarjeni so upad interesov, slaba koncentracija, anhedonija. Te značilnosti pomembno naraščajo s starostjo. To vrsto depresivnega vedenja imenujemo tudi *depresija brez žalosti*.

Kot smo omenili že v prejšnjem poglavju, lahko starostnike z depresijo ločimo tudi glede na podatek, ali so imeli depresivno motnjo že v prejšnjih obdobjih svojega življenja (zgodnji nastop depresije, najpogosteje pri 40. letih) ali je ta nastala v starosti (pozni nastop depresije). Pri posameznikih z zgodnjim nastopom depresije je bolj verjetno, da imajo v anamnezi pretekle depresivne motnje, kar nakazuje na močno genetsko predispozicijo za bolezen. Prav tako imajo te osebe večjo prevalenco osebnostnih motenj ali bolj poudarjene nekatere osebnostne poteze, npr. nevroticizem (5). Po drugi strani pa se je izkazalo, da imajo osebe s poznim pojavom depresije večjo verjetnost za vaskularne bolezni in zgodovino cerebrovaskularnih bolezni. Nekateri študije nakazujejo tudi na večjo verjetnost za kognitivne deficite in razvoj demence. Pozen nastop depresije lahko razlagamo tudi s hipotezo *vaskularne depresije*, ki smo jo opisali v poglavju o dejavnikih tveganja. Za to obliko depresije naj bi bili značilni predvsem zmanjšana motivacija in apatija. Kljub določenim razlikam med starostniki, ki so povezane s časom prvega nastopa depresije, pa ima lahko oseba z zgodnjim nastopom tudi lastnosti depresije značilne za pozni nastop.

Za prepoznavo depresije pomembne značilnosti

Depresija je glede na klinične znake, ki smo jih opredelili v poglavju *Opredelitev depresije in samomorilnega vedenja*, v vseh življenjskih obdobjih ista bolezen. Vendar je nekaj dejavnikov, ki vplivajo na specifično sliko depresivne motnje v starosti. Nekateri dejavniki so povezani s procesom staranja, nekateri nastajajo zaradi razlik med generacijami glede razumevanja duševnega in telesnega zdravja ter zaradi prepletanja telesnih in duševnih bolezni. Nekateri dejavniki naredijo določene simptome depresije bolj vidne, drugi jo zamaskirajo, zaradi česar jo je težje prepoznati.

Specifična slika depresije v starosti se kaže skozi naslednje značilnosti:

Prekrivanje telesnih simptomov, ki so lahko posledica depresije ali telesne bolezni

Kot smo omenili že v poglavju o dejavnikih tveganja, je nastop depresivne motnje in telesnih bolezni pogosto hkraten. Telesne bolezni lahko spodbudijo depresivno motnjo, prav tako pa lahko depresija poslabša simptome in razvoj telesne bolezni. Največja težava pri prepoznavanju nastopi pri ločevanju izvora telesnih simptomov, saj je v praksi zelo težko ločiti, ali npr. utrujenost, zmanjšanje apetita, nespečnost povzroča depresija ali telesna bolezen. Posameznik z revmatoidnim artritisom lahko npr. doživlja nespečnost, utrujenost in ima slab apetit. Ti simptomi so lahko enako verjetno posledica njegove fizične bolezni ali z njo povezane depresije.

Izvor telesnih simptomov je pomembna informacija za klinično delo, saj se lahko število depresivnih epizod precenjuje (če telesne simptome pripisujemo predvsem depresiji) ali podcenjuje (če simptome pripisujemo predvsem telesnim boleznim) (1). O tem, s katerimi vprašanji lahko ločimo izvor telesnih simptomov praksi, pišemo v drugem delu priročnika.

Somatizacija ali pretirane pritožbe zaradi telesnih težav

Na depresijo pri starostniku je potrebno pomisliti tudi v primeru bolečine, ki nima telesne osnove, zato je pomembno poznavanje bolnikove zgodovine bolezni. Podobno lahko bolnikovo pretirano pritoževanje zaradi telesnih težav, ki ni skladno z njegovim stanjem ali značilnostmi prisotnih bolezni, izhaja iz depresivne motnje, ki je v ozadju težav.

Minimalno izražanje žalosti

Depresivna motnja je lahko spregledana tudi zato, ker starostniki redko izražajo občutke žalosti. Razlog je verjetno generacijski. Starejši ljudje so pogosto prepričani, da se zdravnikom ne sme pritoževati zaradi čustvenih težav. Takšno vedenje bi nekateri starostniki namreč videli kot neprimerno nadlegovanje zdravnika, zato v ambulantni največkrat navajajo le fizične težave. Ravno zaradi teh prepričanj je še posebej pomembno povprašati starostnike o anhedoniji (nezmožnosti doživljanja ugodja) in depresivnih mislih (npr. zmanjšano samospoštovanje, zmanjšan občutek lastne vrednosti, občutki krivde, samomorilne težnje) (1).

Prisotnost izrazite tesnobe

Kadar pri starostnikih, ki prej niso bili nagnjeni k tesnobi, opazimo nagel pojav tesnobnih ali drugih nevrotičnih simptomov (obsesivno-kompulzivni znaki, disociativni znaki ali hipohondrija), je potrebno podrobneje preveriti možnost depresivne motnje. Kot smo omenili že v poglavju o dejavnikih tveganja, podobno kot v vseh starostnih obdobjih depresijo zelo pogosto spremlja tesnoba, zato je lahko ob njenem prevladovanju v klinični sliki depresivna motnja tudi spregledana (1).

Počasnejše kognitivno procesiranje

Ob depresiji je pogosto počasnejše kognitivno procesiranje, zato moramo biti pri starostniku pozorni, da tega ne pripišemo drugim vzrokom ali boleznim, ki so značilne za to starostno obdobje (npr. demenci). Starostniki z depresijo se pogosto pritožujejo tudi zaradi težav s spominom in koncentracijo (5).

Vedenjske motnje

Depresija, za katero so značilne predvsem vedenjske motnje, je v kliničnem delu zelo pogosta, vendar je pogosto pripisana drugim vzrokom. Takšne motnje se kažejo predvsem kot: zavračanje hrane, posebna oblika inkontinence (zmožnost uriniranja povsod razen na stranišču, kar ni značilno za demenco), kričanje in nenavadno agresivno vedenje. Poleg deviantnega vedenja se kot simptomi lahko pojavijo tudi socialni umik, izguba zanimanja zase in za okolico. Vedenjske spremembe so še posebej pogoste, kadar se depresija pojavlja skupaj z demenco (1).

Vpliv na izražanje nekaterih osebnostnih potez

Depresivna motnja lahko poudari določene premorbidne osebnostne poteze. Med značilnimi vedenji so vpadljiv izgled, dramatična teatralnost, nenehno nadlegovanje različnih ljudi oz. inštitucij, možne drobne tatvine v trgovinah ali sindrom odvisnosti od alkohola, ki se pojavi prvič v življenju. Pomembno je prepoznati, ali spremembe indicirajo prisotnost depresije (1).

SAMOMORILNO VEDENJE

Samomorilno vedenje se pojavlja na kontinuumu od pasivnih samomorilnih misli do aktivnega načrtovanja in/ali izvedbe samomorilnega dejanja. Pri posameznih oblikah samomorilnega vedenja za starostnike veljajo nekatere značilnosti, o katerih pišemo v nadaljevanju.

Pogostost *samomorilnih misli* je težko oceniti, saj je odvisna od subjektivne ocene posameznika in za merjenje ni ustaljenih merskih pripomočkov. Kot smo že navedli, starostniki v manjši meri izražajo občutke depresivnega počutja, zato tudi o samomorilnih mislih manj poročajo. Ne glede na pogostost izražanja so raziskave pokazale, da med 2,3 in 17 % starostnikov doživlja občutke brezupa, brezizhodnosti, nezadovoljstva z življenjem ali ima samomorilne misli (4). Samomorilne misli se pogosto pojavljajo pri starostnikih, ki imajo določeno duševno motnjo, med katerimi še posebej izstopa depresija.

Samomorilni namen je pri starostnikih pogosto bolj resen kot pri mlajših. Njihova želja in odločitev, da bodo končali svoje življenje, sta zato bolj preiščeni kot pri mlajših. Resnost samomorilnega namena v veliki meri vpliva na izbor metode in izvedbo samomora.

Samomorilnih poskusov je med starostniki manj kot med mlajšimi oz. se ti pri starostnikih pogosteje končajo s smrtjo. Medtem ko je razmerje med poskusi samomora in izvršenimi samomori v splošni populaciji ocenjeno na razponu med 8 : 1 in 20 : 1, med mladostniki pa celo 200 : 1, je to razmerje pri starostnikih bistveno nižje, namreč 4 : 1 (2; 4). Razlogov za omenjene razlike je več: starostniki so običajno za samomor bolj odločeni in so zato njihovi poskusi načrtovani bolj preiščeno (resnost samomorilnega namena), okolico pa manj pogosto opozarjajo o svojih samomorilnih namenih. Samomorilni poskusi so pri njih redkeje želja po opozarjanju ali manipulaciji. Hkrati imajo starostniki zmanjšane telesne zmogljivosti, zaradi česar težje okrevajo po poškodbah. Tudi zmanjšana socialna mreža in izolacija zmanjšujeta možnost preživetja, saj je verjetnost pravočasnega posredovanja drugih veliko manjša (6; 7; 8).

Za *izvedene samomore* med starostniki je značilno, da so bile uporabljene bolj smrtonosne *samomorilne metode*. Med najpogostejšimi metodami

so uporaba strelnega orožja, skok iz višine (običajno iz stavb, kjer starostniki živijo), obešanje in uporaba velikih odmerkov zdravil (hipnotiki, analgetiki in antidepresivi), razlikujejo pa se glede na različne države (3; 6). V Sloveniji je najpogostejša metoda samomora starostnikov obešanje, v obdobju 2005–2009 je bilo od 52 do 70 % vseh samomorov storjenih s obešenjem (7).

Podobno kot pri mlajših generacijah so tudi v tej starostni skupini opazne razlike med spoloma, saj starejši moški uporabljajo bolj smrtonosne metode samomorilnega vedenja kot ženske (6; 8).

Ena izmed razlik med samomorilnim vedenjem mlajših odraslih in starostnikov je, da so pri mlajših *sprožilci samomorilnega vedenja* običajno konflikti v medosebnih odnosih, pravne ter finančne težave in problemi z delom. Pri starostnikih so med sprožilci pogostejše fizične bolezni in druge izgube, npr. žalovanje (9; 7). Starostniki, ki poskušajo narediti samomor, bolj verjetno trpijo za katero od duševnih bolezni kot mlajši odrasli (6).

Ker starostniki o depresivnih in samomorilnih misli redkeje poročajo, je tudi prepoznavanje depresije in samomorilnega vedenja težje – na voljo imamo namreč *manj opozorilnih znakov*. Pri nejasnih kliničnih slikah je najbolj pomembno, da izvemo, ali so pri starostniku prisotne samodestruktivne težnje. Teža depresivne motnje (ali drugih duševnih bolezni) ni zanesljiv napovedovalec samomorilnega vedenja. Največ starostnikov, ki storijo samomor, namreč ne trpi za hudo depresijo, temveč za zmerno obliko depresije. Tiste starostnike, ki samomorilne težnje izražajo, moramo nujno vključiti v psihiatrično zdravljenje (8).

V zadnjih letih raziskave opozarjajo na pojav *adolescence starostnikov*, ki naj bi se pojavljala predvsem v mlajših generacijah starostnikov (3). Primerjava epidemioloških podatkov o samomorilnem vedenju mlajših starostnikov (65-74) in starejših starostnikov (nad 75 let) je namreč pokazala, da se pri mlajših v načinih vedenja v večji meri pojavljajo odgovori na stres, ki so podobni tistim iz adolescence. Med temi izstopajo samomorilna vedenja, ki kot v adolescenci predstavljajo *krik na pomoč* (torej način iskanja pomoči), oz. manipulativna samomorilna vedenja. Adolescenca starostnikov je tako povezana s pogostejšim pojavljanjem neusodnih oblik samomorilnega vedenja.

Pomembno vlogo pri samomorilnem vedenju starostnikov igrajo tudi *stališča do samomora*. Javnost samomor med starostniki pogosto vidi kot racionalno odločitev, ki jo oseba sprejme zaradi težke fizične bolečine ali neozdravljive bolezni. Pogosto seveda ni tako, saj so psihološke avtopsijske pokazale, da je imelo med 71 in 95 % starostnikov, ki so storili samomor, duševno bolezen (8). Podobno smo v slovenski študiji (10) ugotovili, da se je ljudem samomor zaradi starosti zdel bolj sprejemljiv kot samomor zaradi drugega razloga, npr. zaradi osamljenosti. Težava takšnih stališč je dvojne narave: na eni strani stališča družbe odobravajo samomor kot način zaključevanja življenja starostnikov, na drugi strani si starostniki sami bolj želijo smrti oz. o njej več premišlujejo. Začaran krog, ki na ta način nastane, je težko prekiniti, saj se stališča med seboj dopolnjujejo.

Prav tako je potrebno omeniti, da so starostniki lahko nagnjeni k vedenju, ki povečuje možnosti za smrt, čeprav ga ne bi mogli opredeliti kot samomorilno vedenje. To imenujemo *indirektno samodestruktivno vedenje*. Med temi vedenji so predvsem zavračanje hrane z namenom stradanja, opuščanje jemanja zdravil ipd. Takšno vedenje je pogostejše v institucionalnih okoljih in nadomešča odkrito oz. očitno samomorilno vedenje pri tistih, ki so fizično bolni in odvisni od drugih. Še posebej je takšno vedenje značilno za ženske v zelo visoki starosti (8).

Literatura

1. Baldwin R. Depressive disorders. In: Jacoby R. Oppenheimer C, editors. *Psychiatry in the elderly*. Oxford: Oxford University Press, 2002: 627-676.
2. Convell Y. Suicide in later life: A review and recommendations for prevention. *Suicide and Life-Threatening behaviour*, 2001; 31: 32-47.
3. De Leo D, Draper B Krysinska K. Suicidal elderly people in clinical and community settings. V Wasserman D, Wasserman C. editors. *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. New York: Oxford University Press, 2009: 703-714 .
4. De Leo D, Scocco P. Treatment and Prevention of Suicidal Behaviour in the Elderly. In: Hawton K. in van Heeringen K. editors. *The International Handbook of Suicide and attempted suicide*. West Sussex: Willey, 2002: 553-570.
5. Fiske A, Loebach Wetherell J, Gatz M. Depression in Older Adults. *Annu Rev Clin Psychol* 2009; 5: 363-389.
6. Harwood D, Jacoby R. Suicidal Behaviour Among the Elderly. In: Hawton K. in van Heeringen K. editors. *The International Handbook of Suicide and attempted suicide*. West Sussex: Willey, 2002: 275-291.
7. Baza umrlih IVZ, 2010.
8. Harwood D. Suicide in older persons. In Jacoby R in Oppenheimer C, editors. *Psychiatry in the elderly*. Oxford: Oxford University Press, 2002: 677-682.
9. Pišljarič M. Preprečevanje samomora med starejšimi. In Marušič A in Rožkar S, editors. *Slovenija s samomorom ali brez*. Ljubljana: DZS, 2003: 104-115.
10. Poštuvan V, Svetičič J, Marušič A in Bernik B. Stališča do samomora in destigmatizacija samomorilno ogroženih skupin v MOL (končno vsebinsko poročilo raziskovalnega projekta). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja (neobjavljeno); 2007.



II. del: (Od teorije) K PRAKSI



4 POSEBNOSTI OBISKOV STAREJŠIH V AMBULANTI ZDRAVNIKA DRUŽINSKE MEDICINE

4.1 Izzivi obravnave depresije in samomorilnega vedenja med starejšimi v ambulanti zdravnika družinske medicine

asist. Alenka Tančič Grum, univ. dipl. psih.

doc. dr. Saška Roškar, univ. dipl. psih.

Podatki iz prvega dela priročnika o pogostosti, značilnostih ter posledicah depresije in samomorilnega vedenja med starostniki opozarjajo na resnost te problematike. Tuje raziskave, ki navajajo, da je med starejšimi bolniki v ambulantah zdravnikov družinske medicine kar 5-10 % takšnih, ki imajo depresijo (1) in slovenska statistika o pogostosti ambulantnih obiskov starejših oseb pa govorijo o potrebi in priložnosti za njeno reševanje na primarni ravni zdravstvene dejavnosti. Pokazalo se je celo, da so starostniki, ki trpijo zaradi depresije, bolj pripravljene sprejeti in sodelovati pri njenem zdravljenju, kadar le-to poteka v okviru primarne ravni (2).

Žal pa rezultati raziskav kažejo, da ostajajo številni starostniki z depresijo v ambulanti zdravnika družinske medicine neprepoznani in posledično nezdravljeni (3). Med starejšimi osebami, ki so zbolele za depresivno motnjo, naj bi jih bilo prepoznanih in ustrezno zdravljenih manj kot 20 % (4). Tudi domača raziskava Presejanje, sistematično odkrivanje in celostna obravnava depresij v Sloveniji (2006-2008) (5), ki pa se ni osredotočala samo na starostnike, je pokazala podobno, da namreč ostaja velik del bolnikov z depresivno motnjo spregledanih (ocene deleža verjetno spregledanih posameznikov z depresivno motnjo v ambulantah zdravnikov družinske medicine se gibljejo med 43 % in 64 %).

Spregledanost je še bolj zaskrbljujoča, kadar je pri bolniku prisotno tudi samomorilno vedenje. V več študijah so dosledno ugotavljali, da je večina oseb, ki so storile samomor, v mesecu ali celo tednu pred samomorom, imela pogostejši stik s svojim zdravnikom v primerjavi z osebami, ki samomora niso storile (6; 7). Med bolniki starejšimi od 55 let, ki so umrli zaradi samomora, jih je skoraj 70 % obiskalo zdravnika družinske medicine v zadnjem mesecu pred svojo smrtjo (8).

Nevarnost spregledanosti je pri starostnikih visoka zaradi večje verjetnosti prekrivanja klinične slike depresije s številnimi telesnimi težavami (tožijo npr. nad bolečinami, prebavnimi motnjami, utrujenostjo ipd.) ali kroničnimi boleznimi. Poleg tega, kot smo že omenili, starostniki svojemu zdravniku pogosto ne poročajo o depresivnih simptomih, ker mislijo, da so telesnega izvora. Neporočanje pa je verjetno velikokrat povezano tudi z negativno konotacijo in stigmo, ki jo nosi depresija. Mnoge starejše osebe imajo o depresiji zmotna prepričanja, ki jih ovirajo pri tem, da bi prepoznali (in si priznali) doživljanje depresije ter poiskali pomoč. Nekateri pa so celo prepričani, da je depresija naravni del staranja. Vse to lahko zdravniku družinske medicine preprečuje pravočasno odkrivanje depresivne motnje pri starostniku, pomembno oviro pa lahko predstavlja tudi pomanjkanje ustreznih orodij, ki bi olajšala prepoznavo.

Ker je delo zdravnika družinske medicine nepogrešljiv in nujen del preventive ter zgodnje obravnave depresije in samomorilnega vedenja med starostniki, je naš priročnik, in še posebej njegov drugi del, zato namenjen pomoči pri premostitvi zgoraj omenjenih ovir s praktičnimi smernicami.

Literatura

1. Lyness JM., Caine ED, King DA, Conwell Y, Duberstein PR, Cox C. Depressive disorders and symptoms in older primary care patients: one-year outcomes. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002; 10: 275-282.
2. Attapurath R, Menon RC, Nair SV, Muralee S, Tampi RR. Late-Life Depression. *Annals of Long-Term Care: Clinical Care and Aging* 2008; 16. Pridobljeno 5. 7. 2010 s spletne strani:
<http://www.annalsoflongtermcare.com/content/late-life-depression>.
3. Lepine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee, A. Depression in the community: The first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *International Clinical Psychopharmacology* 1997; 12: 19–29.
4. Cole GM, Dendukuri N. Risk Factors for Depression Among Elderly Community Subjects: A Sytematic Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1147-1156.
5. Zaključno poročilo o rezultatih opravljenega raziskovalnega dela na projektu v okviru ciljnega raziskovalnega programa "Konkurenčnost Slovenije 2006-2013". Presejanje, sistematično odkrivanje in celostna obravnava depresij v Sloveniji. Ljubljana: Zdravstveni dom, 2008 (neobjavljeno).
6. Andersen UA, Andersen M, Rosholm JU, Gram LF. Contacts to the health care system prior to suicide: a comprehensive analysis using registers for general and psychiatric hospital admissions, contacts to general practitioners and practising specialists and drug prescriptions. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102: 126-34.
7. Rodi PM, Roškar S, Marušič A. Suicide victims' last contact with the primary care physician: report from Slovenia. *Int J Soc Psychiatry* 2010; 56: 280-7.
8. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 909-16.

4.2 Značilnosti ambulantnih obiskov starejših v Sloveniji

doc. dr. Marija Petek Šter, dr. med., spec. spl. med.

Delež oseb starih nad 64 let, ki sodijo v skupino starejših, je vse večji in se bo ob podaljševanju življenjske dobe še povečeval, večal se bo tudi delež starih (76 do 90 let) in zelo starih (več kot 90 let) starostnikov (1). Telesne, psihične in socialne težave zmanjšujejo funkcionalno sposobnost starostnika in vplivajo na povečano potrebo po storitvah zdravstvene in socialne oskrbe.

Pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe starostnikov v osnovnem zdravstvu moramo slediti cilju, ki je zagotoviti čim boljše funkcionalno stanje in kakovost življenja in ne zgolj podaljševanje le-tega. Doseganje omenjenega cilja zahteva od zdravnika družinske medicine kompleksno obravnavo, ki jo omogoča biopsihosocialni model oskrbe. Bolnika in njegovo bolezen obravnava v kontekstu posameznika, družine in okolja (2). Celosten pristop k obravnavi starostnika pomeni pogostejše in daljše obiske, ki se po vsebini razlikujejo od obiskov mlajših obiskovalcev ambulant (3; 6).

Bolniki starejši od 64 let v Sloveniji predstavljajo skoraj tretjino vseh obiskov v dejavnosti splošne medicine (1; 7). Po podatkih presečne raziskave, ki je bila izvedena v Sloveniji v letih 2003/04, smo ugotovili naslednje značilnosti starostnikov kot obiskovalcev ambulant: povprečna starost je bila 74 let, dve tretjini je bilo žensk, več kot polovica je imela le osnovnošolsko izobrazbo. Glavni razlog za obisk so bile kronične bolezni. Čas posveta v ambulanti je bil daljši kot pri mlajših obiskovalcih, še vedno pa zelo kratek (7,9 minute, povprečje za vse obiske 7,1 minuta) (8). Razlike v vsebini in trajanju ambulantnega obiska ter v pogostosti obiskov med starostniki in mlajšo populacijo so posledica številnih dejavnikov: večjega števila zdravstvenih problemov pri starostnikih, ki se tudi razlikujejo od zdravstvenih problemov pri mlajših, slabšega zdravstvenega stanja, pogosto prisotne psihosocialne problematike in razlik v prioritetah pri obravnavi (9).

Pomembna dejavnika, ki pripomoreta k pogostejšim obiskom starostnikov v ambulanti, sta tudi slabo socialno-ekonomsko stanje ter osamljenost. Starostniki, ki so pripadali najnižjemu socialno-ekonomskemu sloju, so v primerjavi s starostniki, ki so pripadali najvišjemu socialno-ekonomskemu sloju, opravili za 14 % več ambulantnih obiskov, pogostost hišnih obiskov pa je bila več kot dvakrat večja (10).

S starostnikom, ki ima duševne motnje, se običajno naprej sreča osebni zdravnik. Depresija se pri starostnikih, ki imajo sočasno prisotne kronične telesne bolezni, pojavlja v do 40 %. Omejen čas obravnave v ambulantni in majhen delež hišnih obiskov (le 2 % vseh obiskov) ter spremenjena klinična slika depresije (bolnik se pritožuje nad telesnimi težavami in ne nad depresivnim razpoloženjem) predstavljata omejujoč dejavnik pri prepoznavi depresivnih motenj in samomorilne ogroženosti starostnikov (8).

Literatura

1. Šelb-Šemerl J, Rok-Simon M, Kelšin N, Ivas N. Staranje prebivalstva v Sloveniji: Demografske spremembe in nekaj posledic za zdravstveno varstvo. Zdrav Vestn 2004; 73: 527-31.
2. Petek Šter M, Kersnik J. Obravnava starostnika v družinski medicini. Zdrav Vestn 2004; 73: 767-71.
3. Blumenthal D, Causino N, Chang JC, Culpepper L, Marded W, Saglam D et al. The duration of ambulatory visits to physicians. J Fam Pract 1999; 48 Suppl 4: 264-71.
4. Andersson SO, Ferry S, Mattsoso B. Factors associated with consultation length and characteristics of short and long consultation. Scand J Prim health Care 1993; 11 Suppl 1: 61-7.
5. Andersson SO, Mattsoso B. Length of consultation in general practice in Sweden: views of doctors and patients. Fam Pract 1989; 6 Suppl 2: 130-4.
6. Deveugele M, Derese A, Van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maesseneer J. Consultation length in general practice. Cross sectional study in six European countries. BMJ 2002; 325: 472-5.
7. Švab I, Petek Šter M, Kersnik J, Klan Živčec G, Car J. Presečna študija o delu zdravnikov splošne medicine v Sloveniji. Zdrav Var 2005; 44: 183-192.
8. Petek Šter M, Petek D. Samomor pri starostnikih-vloga zdravnika družinske medicine. Pogled 2008; 4 Suppl 1-2: 75-82.
9. Callahan EJ, Stange KC, Zyzanski SJ, Meredith AG, Goodwin MA, Flocke SA, Bertakis KD. Physician-Elder Interaction in Community Family Practice. J Am Board Fam Pract 2004; 17: 19-25.
10. Mc Niece R, Majeed A. Socioeconomical difference in general practice consultation rates in patients aged 65 and over: prospective cohort study. BMJ 1999; 319: 26-8.



5 MOŽNOSTI UKREPOV V AMBULANTI ZDRAVNIKA DRUŽINSKE MEDICINE

5.1 Posebnosti pristopa k starejšim – pogled zdravnika družinske medicine

doc. dr. Marija Petek Šter, dr. med., spec. spl. med.

Uvod

Naraščanje življenjske dobe v razvitem svetu v zadnjih dveh stoletjih je privedlo do naraščanja pričakovane življenjske dobe ter posledično vedno večjega števila starostnikov s telesnimi in psihičnimi težavami, ki trpijo zaradi oviranosti in odvisnosti (1). Starost je življenjsko obdobje, ki ga starostniki različno doživljajo, kar vpliva na odnos do zdravja in zdravnika. Pozitiven vidik starosti predstavlja občutek zadovoljstva, da so se izpolnila življenjska pričakovanja, negativen pa številne izgube (izguba zdravja, partnerja, prijateljev, zmanjšanje dohodkov ...).

Zdravnik družinske medicine se pri svojem delu vsakodnevno srečuje s starejšimi. Celostna in v bolnika usmerjena oskrba starostnika od zdravnika družinske medicine zahteva poznavanje značilnosti in osnovnih pristopov k obravnavi starostnikov, ki se glede na značilnosti populacije starostnikov razlikujejo od pristopov, ki veljajo za mlajšo populacijo (2). To še toliko bolj velja v skupini starih (več kot 75 let) in zelo starih starostnikov (več kot 90 let) ter starostnikov, ki so zaradi pretežno slabega zdravstvenega stanja in funkcionalne oviranosti nameščeni v domovih starejših občanov.

Za starostnika so značilne kronične bolezni, običajno gre za prisotnost več kot ene kronične bolezni, govorimo o multimorbidnosti (3). Prepletanje različnih bolezenskih stanj ter spremenjen odziv organizma pri starostnikih vodita v neznačilen potek bolezni, kar otežuje prepoznavo pravega vzroka težav. Sočasna prisotnost več bolezni pomeni potrebo po hkratnem predpisu več zdravil, pogosto nas privede do polifarmakoterapije (4), ki ob zmanjšani funkcijski rezervi organov, zlasti tistih (jeter, ledvic), ki skrbijo za metabolizem in izločanje zdravil, privede do neželenih učinkov zdravil.

Prisotnost kroničnih telesnih bolezni, osamljenost, ekonomske težave in izpostavljenost zlorabam in zanemarjanju so dejavniki, ki pripomorejo k večji pogostosti psihopatologije, zlasti depresije. Visoka starost pa

predstavlja glavni dejavnik tveganja za pojav sindroma demence, ki jo ob organski oškodovanosti možganov opredeljuje mentalni upad, ki ima za posledico zmanjšano sposobnost za opravljanje vsakodnevnih opravil (2).

V prispevku je podan pregled najpogostejši težav, s katerimi se srečujejo starostniki, ter pristopov zdravnika družinske medicine v zagotavljanju čim boljše kakovosti življenja starostnika in njegove družine.

Pregled težav v starosti in pristopov k njihovi obravnavi

Somatske težave

Za starostnike je značilna prisotnost kroničnih degenerativnih bolezni, ki prizadenejo več organskih sistemov. Kar 55 % starostnikov ima pomembne simptomatske degenerativne spremembe sklepov, 45 % visok krvni tlak, 40 % okvaro sluha, 35 % bolezni srca in 25 % motnje vida. Dobra tretjina starostnikov ima vsaj tri od navedenih bolezni, s starostjo pa delež oseb z omenjenimi boleznimi narašča, pridružijo pa se še za starost specifične težave (inkontinenca urina in blata, obstipacija, preležanine, slaba prehranjenost ...) (5).

Kronične bolezni so neozdravljive. Neznačilen potek bolezni pri starostniku bi za razjasnitev vzroka pogosto zahteval številne, tudi invazivne preiskave. V primerih, ko dodatne preiskave ne vplivajo na terapevtsko ukrepanje, s katerim bi vplivali na prognozo in potek bolezni, se jim moramo odpovedati in sprejeti določeno stopnjo diagnostične nejasnosti (6). Prepoznavna in odpravljanje reverzibilnih dejavnikov, ki vodijo v poslabšanje kronične bolezni, sta za ohranjanje bolnikove funkcije izjemno pomembna. Pogosta vzroka za nenadno poslabšanje telesnega in/ali psihičnega stanja pri starostnikih so okužbe, ki se kažejo z neznačilnim potekom (pogosto brez povišane telesne temperature in tipičnih simptomov in znakov), ter neželeni učinki zdravil, ki so pri starajočem se organizmu ob sočasni uporabi več zdravil pogosti in nepredvidljivi.

Socialne težave

Odnosi z družino in v družini lahko ključno vplivajo na starostnikovo splošno zdravje in dobro počutje. Družina lahko predstavlja vir pomoči za starostnika in s tem pripomore k zdravljenju, po drugi strani pa lahko

predstavlja družina oz. njeni člani vir stresa, omejevanje bolnikove avtonomije in okolje, v katerem se dogajajo zlorabe in zanemarjanje starostnika. Družinski člani, ki skrbijo za starostnika, so izpostavljeni stresu in pogosto predstavljajo skritega bolnika. Pogosteje obolevajo za depresijo in drugimi psihičnimi težavami ter svoje zdravje ocenjujejo slabše kot tisti, ki niso negovalci. Njihovo psihično stanje se večkrat izraža kot srčno-žilna preodzivnost ali kot pogoste virusne infekcije, ki so posledica vpliva stresa na imunski sistem. Negovalci so izpostavljeni s stresom povezanim vzorcem vedenja: uporabi psihotropnih substanc, zlorabi alkohola, kajenju in pomanjkanju telesne aktivnosti. Zdravnik družinske medicine, ki praviloma skrbi za celo starostnikovo družino, mora družinske člane, ki negujejo starostnika, povprašati po morebitnih simptomih in znakih, ki so posledica stresa zaradi nege družinskega člana. Prepoznavna in zdravljenja težav negovalca ter ukrepi za zmanjšanje stresa, ki ga nega bolnika predstavlja za negovalca, izboljšajo zdravstveno stanje negovalca in počutje starostnika (7).

Starostniki so v določenih značilnostih (odvisnost od drugih, nesposobnost uveljavljanja svojih pravic in volje ...) podobni otrokom, zato so izpostavljeni zlorabi in zanemarjanju. Med oblikami nasilja so najpogostejši: fizično in spolno nasilje, čustveno nasilje, zastraševanje, socialna izolacija, neustrezno dajanje zdravil, ki vodi v pod- ali predoziranje zdravil, in finančno izkoriščanje. Zanemarjanje je lahko pasivno – negovalec ne zna ali ni sposoben določenih opravil ali prepoznave stanja, aktivno – negovalec se zaveda potrebnosti določenih postopkov in tveganj, vendar nič ne ukrene, ter samozanemarjanje, kjer starostnik sam odklanja pomoč zdravstvene in socialne službe (v tem primeru ni vključena druga oseba). Zdravnik družinske medicine ima ključno vlogo pri prepoznavi zlorabljanja in zanemarjanja. Pomembna je prepoznavna dejavnikov tveganja in pozornost na simptome in znake, ki lahko govorijo o zlorabi in zanemarjanju. Dejavniki tveganja pri starostniku so: ženski spol, visoka starost, odvisnost od pomoči drugih, demenca; in pri negovalcih: nasilno vedenje v preteklosti, zloraba alkohola in drugih substanc, psihiatrična obolenja, okvara kognitivnih funkcij, nasilje v družini pa tudi pomanjkanje znanja o bolezni in njenem poteku, nerealna pričakovanja in frustracije ter ekonomska odvisnost od starostnika. Pogoste poškodbe starostnikov na neobičajnih mestih, modrice v različnih fazah resorpcije, spolno prenosljive bolezni, znaki pod- ali predoziranja zdravil, infantilizacija, slaba higiena, podhranjenost in dehidracija, zanemarjene rane in preležanine ter socialna izolacija lahko opozarjajo na zlorabo in/ali zanemarjanje.

Ob sumu, da je starostnik zlorabljen ali zanemarjan, mora zdravnik spoštovati bolnikovo avtonomijo in ob privolitvi bolnika oz. njegovega zakonitega zastopnika o zlorabi in/ali zanemarjanju obvestiti socialno službo, ki nadaljuje z vodenjem postopka.

Osamljenost je ena izmed tegob, za katero se starostniki pogosto potožijo zdravniku družinske medicine. Vključenost v socialno omrežje, ki ga določa število in jakost socialnih vezi, pozitivno vpliva na splošno zdravje. Domnevajo, da ljudje fizično in psihično zbolijo zaradi pomanjkanja socialnih stikov in ne obratno, tj. da so osiromašeni socialni stiki posledica bolezni (8).

Pri načrtovanju zdravljenja moramo upoštevati tudi ekonomske možnosti starostnika. Zdravo življenje v starosti zahteva materialna sredstva, ki pa jih starostniki, ki so po večini upokojeanci, nimajo dovolj. Finančne zmožnosti starostnika moramo upoštevati, ko predlagamo vrsto zdrave prehrane, oblike rekreacije, oblike prostočasnih aktivnosti in stikov z okoljem, različne oblike pomoči (pri gospodinjskih opravilih, gibanju, vzdrževanju osebne higiene) (9).

Psihične težave

Starostnik s težavami, tudi če gre za duševne motnje, običajno najprej obišče osebnega zdravnika in le redki v začetku iščejo pomoč pri psihiatru. Zaradi pogosto neznačilne klinične slike ostaja depresija, o kateri podrobneje pišemo v drugih poglavjih priročnika, med najpogostejše neprepoznanimi geriatričnimi sindromi, kar pogosto vodi v polipragmazijo in še poveča funkcionalno oviranost starostnika, ter predstavlja dejavnik tveganja za samomor pri starostnikih (10).

Ugotavljajo, da dve tretjini bolnikov v zadnjem mesecu pred samomorilnim poizkusom obišče osebnega zdravnika, vendar je ob obisku pogosto težko prepoznati, da gre za samomorilno ogroženega bolnika. Obisk pogosto ni povezan z depresivnim razpoloženjem, ampak se bolnik oglašča s telesnimi pritožbami in če pogovor ne nanese na vprašanje o ogroženosti za samomor, ustrezno temu ne stečejo nadaljnji postopki za preprečevanje samomorilnega vedenja (11).

Med pomembnejšimi psihičnimi težavami, s katerimi se ob starostniku pogosto sreča zdravnik družinske medicine, je tudi demenca. Opredeljena je kot (hujši) upad intelektualnih sposobnosti brez motenj zavesti, do česar pride zaradi organske okvare ali bolezni in se v vedenju kaže kot socialna in delovna nezmožnost. Demenca prizadane 1 % oseb starih

60 let in 30-45 % oseb starih 85 let (12). Večina demenc je neozdravljivih in ima progresiven potek, ki vodi v psihičen in kasneje tudi fizičen propad. Prepoznavna demence je v začetnem stadiju težavna, vendar pomembna za načrtovanje farmakoloških ukrepov, potrebe po nadzoru v domačem okolju in kasnejše namestitve v domu upokojencev. Danes predstavlja demenca enega glavnih razlogov za sprejem v dom upokojencev. Demenca je prisotna pri skoraj polovici vseh stanovalcev v domovih upokojencev v Sloveniji (13).

Usmeritve pri obravnavi starostnika

A. Anamneza in klinični pregled

Pregled starostnika olajša domače vzdušje, ki ga dosežemo s povezanostjo med zdravnikom in bolnikom skozi trajni odnos. Za pregled starostnika si je potrebno vzeti dovolj časa. Med bolnikovim spontanym pripovedovanjem zdravnik opazuje tudi mimiko in neverbalno govorico telesa. V primeru, da bolnika spremlja tretja oseba, je ta lahko dober vir informacij za heteroanamnezo, vendar to bolnika ne sme izključiti iz pogovora in odločanja. Posebno moramo paziti na vprašanja zaupnosti pri posredovanju informacij o zdravstvenem stanju v prisotnosti tretje osebe. Anamnezo nadaljujemo s postavljanjem kratkih vprašanj po organskih sistemih, med tem pa opazujemo bolnikovo funkcionalno in mentalno stanje. Okvara sluha, ki je bolniki pogosto ne priznajo ali pa odklanjajo uporabo slušnega aparata, ker jim "šumi in brni", ovira pogovor, bolnikovi neustrezni odgovori pa lahko dajejo lažen vtis, da je bolnik psihično prizadet.

Bolniku postavimo vprašanja o najpogostejših težavah, ki se v starosti pojavljajo (uhajanje vode, padci, težave z vidom in sluhom ...). Povprašamo ga o žalosti, po potrebi ocenimo samomorilno ogroženost. Pomembno je vprašanje o zdravilih, ki jih jemlje, tudi tistih brez recepta. Povprašamo o socialni anamnezi, kamor sodi tudi potreba po tuji pomoči. Ocenimo morebitne vire pomoči: družino, socialne službe, druge organizacije, potrebo po namestitvi v domsko oskrbo. Zavedati se moramo, da bolniki svoje zmanjšane sposobnosti pogosto podcenjujejo, svojci pa precenjujejo (14; 15).

Pri oceni bolnikove psihe si pomagamo z preprostimi vprašanji (*“Kako razumete svoje zdravje?”*, *“Kaj za vas predstavlja največji problem?”*, *“Ali poznate koga, ki je imel ali ima take težave kot vi?”*, *“Kako jih je reševal?”*, *“Kaj pričakujete, da se bo v prihodnosti zgodilo in kaj bi to pomenilo za vas?”* ...). Z napredovanjem bolezni je smiselno vprašanja ponovno zastaviti in ponovno oceniti poglede bolnika in družine. Obravnava zaskrbljenosti in občutkov bolnika in svojcev je lahko že sama po sebi terapevtska (16).

Klinični pregled se začne že ob pogledu na bolnika. Splošen izgled in urejenost nakazujeta funkcionalno in mentalno stanje. Klinični pregled se v ostalih elementih ne razlikuje bistveno od pregleda pri mlajših, usmerjen pa je v patologijo, ki se pri starostnikih pogosto pojavlja (npr. pazljivo si oglejemo tudi kožo, da ne spregledamo ran, preležanin in kožnih tumorjev, krvni tlak merimo tudi v stoječem položaju zaradi izključitve ortostatske hipotenzije ...).

B. Diagnostični in terapevtski pristop

Ob koncu pregleda starostnika sledi ocena funkcionalnega stanja starostnika, ki opisuje delovanje starostnika na različnih področjih: duševnem, telesnem, socialnem in čustvenem. Na osnovi ocene funkcionalnega stanja se moramo vprašati, če lahko z našimi postopki diagnostike, zdravljenja in ureditve okolja izboljšamo funkcionalno stanje starostnika in kakovost njegovega življenja. Vprašati se moramo, če bo diagnostičnemu postopku v primeru patološkega izvida sledilo terapevtsko ukrepanje (npr. če bo bolnik sposoben za zahtevno kirurško zdravljenje), ali bomo z operacijo (npr. sive mreže) izboljšali kakovost bolnikovega življenja, ali vsa zdravila, ki jih predpišemo, bolniku res koristijo, ali bo uporaba tehničnega pripomočka bolniku res izboljšala kakovost življenja in ali je z ureditvijo okolja ter sodelovanjem profesionalnih in laičnih organizacij, ki skrbijo za pomoč na domu, res mogoče zagotoviti, da starostnik še naprej ostane v domačem okolju. Temeljna značilnost bolezni v starosti je, da je njihov potek neznačilen, pogosto zapleten in povezan z dolgotrajnim okrevanjem, večkrat pa vodi v trajno invalidnost ali smrt. Pri zdravljenju bolezni v starosti z zdravili velja osnovno pravilo, ki pravi, da zdravimo le tiste zdravstvene probleme, ki bolniku delajo težave in pri katerih je zdravljenje podprto z dokazi. Pri tem se srečujemo s problemom, saj je malo raziskav, ki potrjujejo upravičenost zdravljenja z novejšimi zdravili pri starostnikih (17).

C. Hišni obisk pri starostniku

Ena od pomembnih oblik dela zdravnika družinske medicine je hišni obisk. Hišni obisk je pri starostnikih potreben takrat, ko posameznik zaradi svojega zdravstvenega ali funkcionalnega stanja ni sposoben opraviti obiska v ambulanti ali pa kadar je zaradi načrtovanja zdravljenja ali nege potrebno celostno oceniti možnosti, ki jih ima bolnik na svojem domu. Na hišnem obisku se srečamo z ostalimi člani družine in ocenimo medsebojne odnose v družini, ocenimo pogoje, v katerih živi starostnik, ugotovimo, kdo je glavni oskrbovalec starostnika in kakšne so možnosti za oskrbo bolnika na domu. Predlagamo lahko ergonomске izboljšave v stanovanju, ki povečajo varnost starostnika, in ugotovimo potrebo po tehničnih pripomočkih. Obisk na domu da zdravniku dragocene podatke o funkcioniranju družine in ima za starostnika ter njegovo družino posebno težo (2).

Prednosti in težave zdravnika družinske medicine pri obravnavi bolnika z depresijo

Naloga zdravnika družinske medicine je prepoznavati in zdravljenje depresije ter samomorilnih stanj in koordinacija skrbi za starostnike, ki pripadajo samomorilno bolj ogroženim skupinam (osamljeni, socialno šibki, telesno bolni, funkcionalno ovirani ...). Zdravnik družinske medicine ima nekaj prednosti pred specialistom psihiatrom, ko gre za obravnavo depresivnih in samomorilno ogroženih bolnikov, vendar pa se srečuje s težavami, ki zmanjšujejo njegovo uspešnost v prepoznavi in zdravljenju depresije ter preprečevanju samomora (10).

Prednosti



- Dostopnost (bolnik lahko pride k zdravniku takrat, ko ima občutek, da ga potrebuje).
- Dolgotrajen odnos, ki zdravniku omogoči, da bolnika spozna kot celovito osebnost in z bolnikom vzpostavi zaupen in empatičen odnos.
- Celostna obravnava usmerjena v bolnika, ki vključuje bolnikove telesne in duševne težave znotraj njegove družine in širšega okolja.

Težave

- Neizbrani bolniki prihajajo z različnimi, pogosto telesnimi pritožbami, zato je prepoznavna tistih z duševnimi motnjami lahko težavna.
- Klinična slika depresije v starosti je neznačilna, manj izraženo je depresivno razpoloženje in samomorilno razmišljanje, pogosto se depresivno razpoloženje skriva za telesnimi pritožbami, motnjami spomina in koncentracije, večkrat kot pri mlajših pa je depresija povezana s psihotičnimi simptomi, kar opažamo kot spremembe v vedenju in doživljanju.
- Pomanjkanje časa je verjetno eden od pomembnih dejavnikov, ki na primarnem nivoju v Sloveniji omejuje prepoznavo in ustreznejšo obravnavo depresivnih motenj pri starejših. Čeprav je čas posveta pri bolnikih z duševnimi motnjami daljši kot pri ostalih bolnikih, 10 minut, kolikor je znašal čas posveta pri bolnikih z duševnimi motnjami v presečni raziskavi (18), verjetno ne zadošča za kakovostno obravnavo teh bolnikov. Pomanjkanje znanj zdravnika družinske medicine verjetno ni tako pereč problem, kot se pogosto navaja. V raziskavi, ki je bila objavljena leta 2006, v kateri so s pomočjo pripravljenega primera preverili ukrepanje ob depresivnem bolniku in odločitev glede zdravljenja, so ugotovili, da je več kot 90 % zdravnikov prepoznalo duševno motnjo, pravilno pa bi ukrepalo le 61 % zdravnikov (18).
- Starejši zaradi stigme, ki jo imajo duševne motnje v družbi in je prisotna zlasti med starejšimi bolniki, pogosto ne sprejemajo duševne motnje kot možnega vzroka težav in odklanjajo obravnavo pri psihiatru, ko so možnosti obravnave pri zdravniku družinske medicine izčrpane (npr. težka stopnja depresije s psihotičnimi simptomi, ki se ne odzove na običajno zdravljenje, prisotnost samomorilnih misli ...). Odklonilen odnos do duševnih motenj in psihiatrije vpliva na zdravnika tako, da se le ta ne odloči za hospitalizacijo, ko bi bilo to že potrebno.
- Pogosto so kronične bolezni, zlasti tiste, ki so povezane z bolečinskimi sindromi neustrezno obravnavane v domačem okolju.
- V prilogi (6.1) je na primeru dveh bolnikov prikazan postopek obravnave depresivnega bolnika v ambulanti zdravnika družinske medicine.

Literatura

1. Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupe JW. Ageing population: the challenges ahead. *Lancet* 2009; 374: 1196-1208.
2. Petek Šter M, Kersnik J. Obravnava starostnika v družinski medicini. *Zdrav Vestn* 2004; 73 (10): 767-71.
3. Petek Šter M, Švab I. Bolniki s sočasnimi boleznimi v družinski medicini. *Med Razgl* 2008; 47: 205-11.
4. Petek Šter M, Cedilnik Gorup E, Klančič D. Polifarmacija in neprimerno predpisovanje zdravil pri starostnikih v domovih starejših občanov. *Zdrav Vestn* 2009; 78: 231-40.
5. Šabovič M. Sodobna načela internistične geriatrije. *ISIS* 2004; 13 (8-9): 37-40.
6. Adelman AM. Managing chronic illness. In: Adelman AM, Daly MP, Weiss BD, editors. 20 common problems in Geriatrics. New York: McGraw Hill 2001: 4-15.
7. Fredman L. Caregiver Issues. In: Adelman AM, Daly MP, Weiss BD, editors. 20 common problems in Geriatrics. New York: McGraw Hill 2001: 53-68.
8. Dragoš S. Bo skrb za starost ženskega spola? *Zdrav Vestn* 2004; 73: 531-4.
9. Toth M. Ekonomske dimenzije starosti in starostnikov in njihove družbene in zdravstvene posledice. *Zdrav Vestn* 2004; 73: 535-6.
10. Petek Šter M, Petek D. Samomor pri starostnikih-vloga zdravnika družinske medicine. *Pogled* 2008; 4(1-2): 75-82.
11. Milton J. Risk assessment and suicide prevention in primary care. *Crisis* 1999; 4: 171-7.
12. Daly MP. Dementia. In: Adelman AM, Daly MP, Weiss BD, editors. 20 common problems in Geriatrics. New York: McGraw Hill 2001: 237-60.
13. Petek Šter M. Cepljenje proti gripi in pnevmokoku pri starostnikih v domovih starejših občanov. *Zdrav Var* 2008; 47: 117-25.
14. Kocijan M. Obravnava starostnika. In: Švab I, Rotar Pavlič D, editors. *Družinska medicina*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, Slovenskega zdravniškega društva, 2002: 678-82.
15. Brenneman KS. The Office Visit In: Yoshikawa TT, Cobbs EL, Brummel-Smith K, editors. *Practical Ambulatory Geriatrics*. Mosby; 1998: 11-18.

- 
- 
16. Cobbs EL. Goals of care. In: Yoshikawa TT, Cobbs EL, Brummel-Smith K, editors. Practical Ambulatory Geriatrics. Mosby; 1998: 3-10.
 17. Poredoš P. Značilnosti zdravstvene obravnave starostnika. Zdrav Vestn 2004; 73: 536-9.
 18. Švab I, Petek Šter M, Kersnik J, Živčec Kalan G, Car J. Presečna študija o delu zdravnikov splošne medicine v Sloveniji. Zdrav Var 2005; 44(4): 183-92
 19. Car J, Kersnik J, Švab I, Rotar Pavlič D. Ugotavljanje in zdravljenje depresije v slovenski družinski medicini. Zdrav Var 2006; 45: 90-95.

5.2 Odkrivanje starejših, ki so ogroženi

doc. dr. Aleš Kogoj, dr. med., spec. psih.

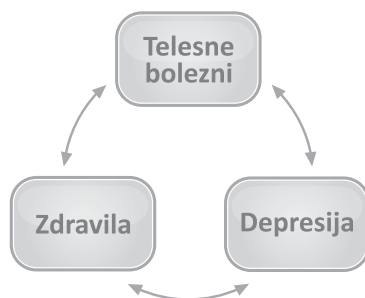
Kot je bilo v priročniku že večkrat omenjeno, je depresija najpogostejša duševna motnja v starosti in ne glede na telesne, socialne in druge izgube, ki pogosto prizadenejo starejše, ni običajen del staranja. Tako je npr. žalost po smrt bližnjega pričakovana čustvena reakcija. Drugače pa je, če se ta žalost prevesi v depresijo. Čeprav lahko razumemo depresivno razpoloženje starejšega po smrti partnerja, s katerim je preživel večino življenja, ali depresivno reakcijo zaradi hude telesne bolezni oz. preselitve v zavod, pa je depresija, če je prisotna, še vedno depresija, ki potrebuje zdravljenje in ne zgolj samo po sebi umevno stanje nevredno zdravljenja.

Med duševnim in telesnim

Odkrivanje in zdravljenje depresivne motnje je tesno povezano tudi s telesnim zdravjem starostnika. Že v poglavjih o dejavnikih tveganja in značilnostih depresije v starosti je bilo poudarjeno, da se depresija prepleta z mnogimi telesnimi boleznimi, njena povezanost pa gre v več smereh.

Depresija se npr. pogosto pojavlja pri bolnikih po možganski kapi, kar ima lahko različne posledice. Lahko si predstavljamo, da depresivni bolniki težko sodelujejo v programih rehabilitacije in zato niti najmanj ne preseneča, da pojav depresije po možganski kapi napoveduje slabšo kvaliteto življenja, večji upad spoznavnih sposobnosti in slabše funkcionalne sposobnosti (1). Pričakovano je tudi, da pravočasno zdravljenje lahko uspešno ublaži depresivno razpoloženje, izboljša spoznavne in funkcionalne sposobnosti in celo nevrološke motnje (2). Morda manj poznano dejstvo pa je, da je depresija tudi dejavnik tveganja za nastanek možganske kapi. Kaže, da je depresija z izrazitimi simptomi pomembnejši dejavnik tveganja, kot sta kajenje in sladkorna bolezen (3). Podobno se je pokazalo tudi pri sladkorni bolezni, saj rezultati raziskav prikazujejo, da je tveganje za razvoj sladkorne motnje pri posameznikih z depresijo precej visoko, kar nakazuje, da je morda depresija pomembnejši dejavnik tveganja za nastanek sladkorne bolezni kot obratno (4). Prav tako velja za obojestransko povezanost srčne bolezni in depresije. Za bolnike z blagimi do hudimi oblikami depresije je relativno tveganje za srčno smrt 1,6- do 3- krat večje ne glede na predhodno prisotnost

ali odsotnost bolezni srca. Največje dodatno tveganje pa prinese depresija v prvem letu po miokardnem infarktu. Mogoči mehanizmi za večjo smrtnost vključujejo spremembe avtonomnega živčevja, ki so pri depresiji prisotne (5).



Tudi bolečina je z depresijo v večdimenzionalnem odnosu. V poglavju o dejavnikih tveganja smo bolečino, ki se pojavlja ob boleznih, omenili kot možen dejavnik tveganja za nastop depresije, hkrati pa depresija spremeni tudi doživljanje bolečine. Depresivni bolniki navajajo hujše bolečine, težje se aktivno spopadajo z bolečino, invalidnost kot posledica bolečine pa je hujša (6). Poudariti je potrebno tudi, da depresija pri telesnih boleznih (npr. miokardnem infarktu) poslabša prognozo in poveča število hospitalizacij.

Kot je zapisano že v poglavju o dejavnikih tveganja, tudi funkcionalna oviranost pomembno vpliva na razvoj depresije. Hkrati pa je pogosto tudi obratno – da depresija preko psihobioloških mehanizmov, ko omeji posameznikove kognitivne in motivacijske sposobnosti ter vpliva na čustvovanje in zaznavo socialnega okolja, prispeva k funkcionalni oviranosti posameznika (4). Zato je pomembno, da ob funkcionalno oviranem posamezniku pomislimo tudi na vlogo depresije.

Brez duševnega zdravja torej ni telesnega zdravja in obratno.

V prepletu duševnega in telesnega pa ne smemo pozabiti tudi na vpliv nekaterih zdravil, ki lahko pospešijo nastanek depresije. Že med dejavniki tveganja smo omenili veliko zdravil, ki jih povezujejo z depresijo, čeprav je težko dokazati neposredno vzročno zvezo. Prav tako pomemben je tudi vpliv nekaterih antidepresivov na poslabšanje telesnih znakov.

Seveda ne smemo zanemariti niti medsebojnih interakcij antidepressivov in ostalih zdravil, še posebej ob zavedanju, da starostnik običajno jemlje širok razpon različnih zdravil za številne telesne težave, s katerimi se sooča. Za starostnika tudi ni neobičajno, da jemlje podobna zdravila za iste težave, predpisana s strani različnih zdravnikov ali specialistov, ki niso imeli podatkov o tem, kaj starostnik že uporablja, kar lahko še poveča vpliv na razvoj ali poslabšanje depresije (8).

Iz vsega naštetega je jasno, da je potrebno starejšega človeka obravnavati kot celoto, kar vključuje tako zdravljenje telesnih težav kot tudi duševnih motenj. Že Hipokrat je napisal: *“Kot naj ne bi poskušali zdraviti oči ločeno od glave ali glave brez telesa, tako tudi nikar ne zdravite telesa, dušo pa da bi pri tem puščali vnemar.”* To še zlasti velja za starejše bolnike z duševno motnjo. Tega dejstva se načeloma vsi zavedamo, pa vendar ga v praksi neredko prezremo. Samo celostna obravnava starejšega bolnika, ki vključuje tako telesno kot duševno stanje in zdravila ter učinke njihovega medsebojnega prepletanja, lahko prinese zadovoljive rezultate.

5.2.1 Prepoznavanje depresije

Najbolj značilni znaki in simptomi

Ker se nekateri vidiki klinične slike lahko razlikujejo od depresije v mlajših življenjskih obdobjih, kar smo omenili med značilnostmi depresije v starosti, obstaja nevarnost, da jo hitreje spregledamo.

Najpomembnejše so sledeče razlike (7):

- starejši ljudje z depresijo redkeje navajajo žalost,
- pogostejše so pritožbe glede različnih telesnih težav,
- pogosto navajajo težave s spominom, mogoč pa je tudi dejanski upad spoznavnih sposobnosti,
- depresijo v starosti pogosteje spremlja izrazitejša tesnoba,
- pogostejši sta apatija in pomanjkanje motivacije,
- depresija se v sklopu demence kaže tudi z vedenjskimi spremembami.

Pri ločevanju izvora določenih telesnih simptomov si lahko pomagamo z (9):

- zgodovino bolezni: posebno pozornost namenimo novim simptomom;
- prilagodimo vprašanja o energiji stanju starostnika, namesto: *“Ali ste brez energije?”* vprašamo: *“Ali se počutite utrujeni tudi, ko počivate?”*;
- mnenjem drugih ljudi (svojcev, bližnjih), če bolniki zavrnejo možnost pojava depresivne motnje.

Odsotnost opazne žalosti še ne pomeni odsotnosti depresije. Tudi starejši človek, ki je globoko depresiven in razmišlja o smislu življenja, se v pogovoru lahko še nasmehne. Prav zaradi tega starejši pogosto ne izpolnjujejo enega izmed osnovnih simptomov različnih diagnostičnih kriterijev za depresijo, kar pa ne pomeni, da depresije nimajo.

Razlike v klinični sliki dobro ponazori primer 73-letne gospe štiri leta po samomoru moža. *“Dokler sem lahko jokala, je še šlo. Potem pa so se začele bolečine v trebuhu, glavoboli, težave s spanjem in hujšanje. Včasih sem pomislila tudi na samomor.”*

Razlikovanje med žalovanjem in depresijo ni vedno enostavno. V prvih tednih po smrti bližnjega je običajno žalovanje, za katerega zadošča suportiven pristop. O zdravljenju je potrebno razmisliti, če po šestih mesecih ni opaznega izzvenevanja žalovanja ali kadar se temu pridružijo samomorilne misli, želja, da bi se pridružili pokojnemu, občutki krivde, zavrtost in odklanjanje sprememb, ki jih je smrt prinesla (7).

Mnogi starejši ljudje imajo več bolezni in prejemajo številna zdravila. Tudi kadar navajajo telesne težave, ki so odraz depresije, je pozornost pogosto usmerjena v telesne bolezni in preiskave, medtem ko se depresija poglablja. Ena izmed tipičnih telesnih težav bolnikov z depresijo je zaprtje, ki je tudi sicer neredko težava starejših. Njihovo doživljanje pa presega objektivne podatke (trdijo npr. da niso odvajali blata dva tedna). Skupaj s podcenjevanjem vloge depresije in njenih možnosti zdravljenja so to pomembni razlogi, da depresivni starejši niso deležni ustreznega zdravljenja.

Orodja za odkrivanje depresije pri starejših

Starejši, ki zaslužijo še posebno pozornost glede depresije, so tisti, ki imajo enega izmed dejavnikov tveganja, ki smo jih opisali v poglavju 3.2 (smrt bližnjega, nespečnost, odvisnost od pomoči drugih, hude telesne bolezni v zadnjih treh mesecih, hude kronične bolezni, predhodne epizode depresije, socialno izoliranost in občutek osamljenosti). Zlasti pri teh je smiselna uporaba presejalnih vprašalnikov za depresijo. Nekateri avtorji celo izpostavljajo, da bi bilo pri starostnikih smiselno izvajati rutinsko letno presejanje depresije in demence, da se teh dveh s starostjo pomembno povezanih bolezni ne spregleda (10).

Poudariti pa je potrebno, da presejalni vprašalniki in lestvice ne morejo nadomestiti kliničnega intervjuja. Na rezultatih takih vprašalnikov ne moremo postaviti diagnoze depresije, omogočajo pa nam, da z večjo verjetnostjo odkrijemo ogrožene posameznike.

Ker se klinična slika depresije v starosti lahko razlikuje od tiste v mlajših življenjskih obdobjih, so razvili posebne presejalne lestvice. Pogosto uporabljena Hamiltonova lestvica depresivnosti za uporabo pri starejših ni primerna, saj vključuje veliko telesnih simptomov. Pri starejših od 70 let je bilo na tej lestvici zaradi objektivno prisotnih telesnih bolezni lažno pozitivnih polovica izmed odgovorov, ki se nanašajo na telesne simptome depresije (11).

Za pomoč pri prepoznavanju depresije v starosti navajamo in na kratko opisujemo dve orodji, Geriatrično lestvico depresivnosti, ki je namenjena prav odkrivanju depresije pri starostnikih, in Vprašalnik PHQ-9, ki je bil razvit za uporabo v splošni populaciji.

Geriatrična lestvica depresivnosti (Geriatric depression scale) (12)

Ena izmed najpogosteje uporabljenih lestvic je Geriatrična lestvica depresivnosti. Predvidena je za samoocenjevanje, pogosteje pa jo uporabimo kot običajno lestvico, za katero potrebujemo malo časa. Na tak način je primerna tudi za uporabo pri bolnikih v začetnih stadijih demence. V splošni praksi se je že izkazala za koristno (13). Pomembna prednost lestvice je tudi, da je v javni uporabi. V uporabi so verzije s 4, 5, 10, 12, 15 in prvotna verzija s 30 vprašanji. Specifičnost in občutljivost se spreminjata glede na to, kateri rezultat upoštevamo kot mejno vrednost. Prava mejna vrednost pa je odvisna od tega, kaj

je cilj uporabe testa. Kadar želimo bolj zanesljivo zajeti vse ogrožene, uporabimo nižjo mejno vrednost. V tem primeru bo vključenih tudi več starejših, ki v resnici niso depresivni. Pri vrednosti 4/5 (za verzijo s 15 vprašanji) znaša občutljivost 90 %, specifičnost pa 65 %, kar pomeni, da bo veliko lažno pozitivnih, vendar bomo zajeli tudi skoraj vse osebe z depresijo. Pri vrednosti 6/7 znašata tako občutljivost kot specifičnost 80 % (7). V tem primeru izgubimo nekaj v resnici depresivnih, med zajetimi pa je manj takih, ki niso depresivni. V presejalne namene je bolje uporabiti nižjo vrednost, možnost depresije pa je potrebno oceniti s kliničnim intervjujem.

Geriatrična lestvica depresivnosti (kratka, s 15 vprašanji) se skupaj z navodili za vrednotenje nahaja v prilogi 6.4, pri čemer je potrebno poudariti, da ne gre za uradni prevod originalne lestvice.

Vprašalnik o bolnikovem zdravju-9 – PHQ-9 (Patient Health Questionnaire 9) (15)

Vprašalnik PHQ-9 ni bil razvit specifično za uporabo na populaciji starostnikov, temveč je namenjen odkrivanju depresije v splošni populaciji, na primarni ravni zdravstvene dejavnosti. Kljub temu je uporaben tudi pri starostnikih, saj se je izkazal kot veljavna lestvica tako za odkrivanje velike depresivne motnje kot tudi podpraznih oblik depresivnih motenj v splošni populaciji (14).

Vprašalnik o bolnikovem zdravju-9 je modul Vprašalnika o bolnikovem zdravju, ki je samoocenjevalna verzija PRIME-MD (15). PHQ-9 je torej podlestvica, ki obsega devet simptomov depresije (skladno z devetimi kriteriji DSM-IV). Bolnik ali ocenjevalec na 4-stopenjski lestvici označi, koliko časa v zadnjih dveh tednih je bil posamezen simptom prisoten. Vprašalnik je relativno kratek, enostaven za izvedbo, vrednotenje ter interpretacijo, omogoča tudi več načinov uporabe, saj se lahko izvaja bodisi samoocenjevalno, bodisi ga izvaja zdravnik ali drugi usposobljeni zdravstveni sodelavec. Dostopen je za javno uporabo in ima ustrezne psihometrične karakteristike (občutljivost in specifičnost sta 88 %).

Vprašalnik PHQ-9 se skupaj z navodili za vrednotenje nahaja v prilogi 6.5, pri čemer je potrebno poudariti, da ne gre za uradni prevod originalnega vprašalnika.

5.2.2 Preverjanje samomorilne ogroženosti

Mnogi starejši razmišljajo o smrti, ki jim je realno gledano blizu. Nekateri tudi razmišljajo o smislu življenja, ali si celo želijo smrti kot končne rešitve, pa kljub temu odklanjajo samomor kot možno rešitev. Med starejšimi niso redke take in podobne navedbe: *“Ne razmišljam o samomoru. Ampak, če bi mi nekdo rekel, da bom jutri umrl, bi si mislil: ‘Hvala bogu’.”* Že v poglavju o epidemiologiji smo izpostavili, da je samomor pri starostnikih (tudi v Sloveniji) zelo pogost. Pri nekaterih je samomorilno vedenje zelo prikrito, v obliki zanemarjanja, pri posameznikih tudi kot aktivno odklanjanje pomoči ali celo hrane, kar je pri telesno oslabeledih ali celo huje bolnih starejših hitro lahko usodno.

Samomor je absolutno gledano kljub vsemu relativno redek dogodek, zato ni smiselno presejanje celotne populacije starejših glede samomorilne ogroženosti. Poleg tega raziskovalci še niso razvili dovolj občutljivega in specifičnega pripomočka, ki bi bil klinično uporaben kot vprašalnik za oceno samomorilnega tveganja. Ker je depresija najpomembnejši dejavnik tveganja za samomorilno vedenje v starosti, je uporaba presejalnih testov za depresijo istočasno koristna tudi kot možnost odkrivanja samomorilno ogroženih starejših. Pri tem so vsaj ženske lažje dostopne takemu presejanju, saj so pogosteje v stiku z zdravstveno službo (16).

Samomorilno ogroženi starejši redkeje uporabijo možnost klica v duševni stiski v primerjavi z mlajšimi, vendar, kot smo že omenili, mnogi obiščejo zdravnika v mesecu pred smrtjo. Zato moramo pri depresivnih starejših in tistih, pri katerih posumimo zaradi ostalih dejavnikov tveganja na večjo samomorilno ogroženost, empatično pristopiti: *“Kaže, da imate težke čase ...”*, in poizvedovati: *“Ali mi lahko razložite, kaj vas skrbi?”* V takih primerih moramo starostnika o samomorilnem vedenju na ustrezno občutljiv, a dovolj direkten, način tudi vprašati. Naš namen naj bo odkriti, kako pogoste so misli na smrt, kako resen samomorilni namen ima posameznik in ali je že izdelal samomorilni načrt, zato morajo biti vprašanja specifična. Če nam direktni pristop ne ustreza, lahko postopoma prehajamo od manj direktnih k bolj direktnim vprašanjem. Navajamo nekaj primerov vprašanj o samomorilnih misli in namenu (v moški obliki), pri katerih se neposrednost stopnjuje.

Manj direktna vprašanja:

- *“Ste v zadnjem času žalostni ali nesrečni?”*
- *“Ali se vam kdaj zdi, da ni vredno živeti?”*
- *“Pogosto razmišljate o tem, da vaše življenje nima (več) smisla?”*

Bolj direktna vprašanja:

- *“Si kdaj želite, da se zjutraj ne bi več zbudili?”*
- *“Občutek imam, da ste v hudi stiski. Ali razmišljate o tem, da bi končali svoje življenje?”*
- *“Razmišljate o samomoru?”*

Če starostnik na ta ali podobna vprašanja odgovori pritrdilno, je pomembno, da raziščemo, ali je o izvedbi samomora razmišljal tudi konkretno – ali ima izdelan načrt, kako natančen je in ali ga je že kdaj poskušal izvesti. Kakor smo pisali že v prejšnjih poglavjih, je namreč samomorilno vedenje proces, ki se stopnjuje od samomorilnih misli, namena, načrta do samomorilnega poskusa ali dejanja; bolj je posameznik napredoval po teh stopnjah, večje je tveganje, da bo samomor tudi izvedel. Še toliko bolj to velja za samomorilno vedenje pri starostnikih, saj je zanje značilen resen samomorilni namen in skrbno načrtovanje izvedbe.

Literatura

1. Evans DL, Charney DS, Lewis L, et al. Mood disorders in the medical ill: scientific review and recommendations. *Biol Psychiat* 2005; 58: 175-89.
2. Gonzalez-Torrecillas JL, Mendlewicz J, Lobo A. Effects of early treatment of poststroke depression on neuropsychological rehabilitation. *International Psychogeriatrics* 1995; 7: 547-560.
3. Jonas BS, Mussolino ME. Symptoms of depression as a prospective risk factor for stroke. *Psychosom Med* 2000; 62:463–71.
4. Fiske A, Loebach Wetherell J, Gatz M. Depression in Older Adults. *Annu Rev Clin Psychol* 2009; 5: 363-389.
5. Penninx BWJH, Beekman ATF, Honig A, et al. Depression and cardiac mortality results from a community-based longitudinal study. *Arch Gen Psychiat* 2001; 58: 221-7.

6. Fisher BJ, Haythornthwaite JA, Heinberg LJ, Clark M, Reed J. Suicidal intent in patients with chronic pain. *Pain* 2001; 89 (2-3), 199–206.
7. Baldwin RC, Chiu E, Katona C, Graham N. Guidelines on depression in older people. London: Martin Dunitz Ltd; 2002.
8. Dhondt TD, Beekman AT, Deeg DJ, Van Tilburg W. Iatrogenic depression in the elderly: results from a community-based study in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002; 37: 393-398.
9. Baldwin R. Depressive disorders. In: Jacoby R, Oppenheimer C, editors. *Psychiatry in the elderly*. Oxford: Oxford University Press, 2002: 627-676.
10. Attapurath R, Menon RC, Nair SV, Muralee S, Tampi RR, Late-Life Depression. *Annals of Long-Term Care: Clinical Care and Aging* 2008; 16. Pridobljeno 5. 7. 2010 s spletne strani:
<http://www.annalsoflongtermcare.com/content/late-life-depression>.
11. Katona C, Livingstone G. Comorbid depression in older people. London: Martin Dunitz; 1997.
12. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey MB, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983; 17: 37-49.
13. Starina M, Kogoj A. Uporaba geriatrične lestvice depresivnosti v ambulanti družinske medicine. In: Novak-Grubič V, Štrukelj KB, Groleger U, editors. *Psihiatrija v 21. stoletju. 3. slovenski psihiatrični kongres z mednarodno udeležbo; 2004 sep 23-25; Portorož. Združenje psihiatrov SZD, 2004; 9.*
14. Martin A, Rief W, Klaiberg A, Braehler E. Validity of the Brief Patient Health Questionnaire Mood Scale (PHQ-9) in the general population. *Gen Hosp Psychiatry* 2006; 28(1): 71-7.
15. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA* 1999; 282(18): 1737-44.
16. Starina-Zupan M, Kogoj A. Geriatric depression scale in screening for suicidal ideation in general practice. *Prim Care Commun Psychiatr* 2008; 13(3): 115-8.

5.3 Obravnavna starejših z depresijo in samomorilnim vedenjem

5.3.1 V ambulantni zdravnik družinske medicine

doc. dr. Aleš Kogoj, dr. med., spec. psih.

Zaradi prepletanja telesnih bolezni in mogočih organskih vzrokov depresije priporočajo, da se ob prvem pregledu bolnika z depresijo opravi tudi osnove laboratorijske preiskave (hemogram, hepatogram, sečnina in kreatinin, elektroliti, kalcij, ščitnični hormoni ter vitamina B12 in folat), po potrebi pa tudi druge preiskave, ki bi lahko razjasnile morebitno organsko etiologijo depresije (1). Koristna je tudi osnovna ocena spoznavnih, zlasti izvršitvenih funkcij. Eden izmed najpogosteje uporabljenih testov, *Kratek preizkus spoznavnih sposobnosti*, je slabo občutljiv za motnje izvršitvenih funkcij. *Test risanja ure* kljub temu, da je zelo kratek, vključuje različne spoznavne funkcije in je občutljiv tudi za motnje izvršitvenih funkcij.

Farmakološko zdravljenje

V ambulantni zdravnik družinske medicine je najpogostejša obravnava depresivne motnje pri starostnikih farmakološko zdravljenje. Zaradi številnih sprememb v organizmu starejšega človeka se spremeni tudi presnova zdravil. Posledica tega so predvsem pogostejši neželeni učinki. Pri izbiri antidepresivov zato velja nekaj previdnostnih ukrepov. Izogibamo se zdravilom z izrazitim antiholinergičnim, antiadrenergičnim (alfa 1) in sedativnim delovanjem ter zdravilom, ki močno zavirajo P450. Pri posameznih bolnikih pa izkoristimo prav sedativne učinke zdravil. Praviloma začnemo z nižjimi odmerki kot pri mlajših bolnikih. Manjši začetni odmerek običajno ni potreben pri selektivnih zaviralcih privzema serotonina. Izogibamo se istočasni uporabi več psihotropnih zdravil, kar pa vedno ni mogoče.

Širok izbor dostopnih antidepresivov omogoča v dobršni meri izbor zdravila prilagojenega posamezniku. Pri tem so vodilo prevladujoči klinični znaki. Zlasti pri starejših pa tudi dejstvo, kateri neželeni učinki glede na ostale bolezni niso zaželeni in možnost interakcij z zdravili, ki jih že prejemajo.

Kadar se odločimo za sočasno uporabo benzodiazepinov, naj bo ta časovno omejena. Tudi benzodiazepini imajo dodatne neželene učinke,

med njimi so tudi motnje spomina. Zavedati se moramo, da se razpolovni čas benzodiazepinov v starosti podvoji in npr. pri diazepamu znaša tri dni! Zato običajno uporabljamo tiste s krajšim razpolovnim časom, da tako preprečimo akumulacijo in s tem pretirano sedacijo.

Selektivni zaviralci privzema serotonina (SSRI) (citalopram, escitalopram, fluoksetin, paroksetin, sertralin) so najpogosteje predpisani antidepresivi pri starejših. Prednost predstavlja predvsem relativno malo neželenih učinkov, med katerimi so najpogostejši: siljenje na bruhanje, diareja, nespečnost in vznemirjenost. Povečajo verjetnost krvavitve pri bolnikih, ki prejemajo nesteroidne antirevmatike. Povzročijo lahko sindrom neustreznega izločanja natriuretičnega hormona. Ob dolgotrajni uporabi morda vplivajo tudi na gostoto kostnine. Nekateri antidepresivi iz te skupine zavirajo delovanje sistema P450. Njihova prednost je v enostavni uporabi, začetni odmerek je praviloma enak odmerku, ki ga uporabljamo pri mlajših, in je pogosto tudi že končni. Pri zelo starih bolnikih in tistih, ki imajo zelo majhno telesno težo, je smiselno začeti tudi z manjšim odmerkom.

Antidepresivi iz skupine SNRI zavirajo privzem serotonina in noradrenalina. Z delovanjem na dva neurotransmitterska sistema pomembna za čustvovanje naj bi povečali njihovo učinkovitost, imajo pa tudi več neželenih učinkov. Venlafaksin lahko poveča krvni tlak in ni priporočljiv pri bolnikih, pri katerih obstaja nevarnost ventrikularne aritmije, duloksetin pa ima več interakcij z drugimi zdravili.

Izmed reverzibilnih inhibitorjev (RIMA) monoaminoksidaze A je v uporabi samo moklobemid. Neželeni učinki tudi pri uporabi pri starejših niso pogosti, jih pa ne smemo uporabljati sočasno z SSRI, SNRI, tricikličnimi antidepresivi ter inhibitorjem monoaminoksidaze B selegilinom.

Izmed antidepresivov iz ostalih skupin imata mianserin in mirtazepin izrazitejšo sedativno delovanje, kar lahko izkoristimo pri nespečnosti, poleg tega povečujeta apetit. Bupropion deluje na noradrenalin in dopamin, kar je zlasti ustrezno pri bolnikih, pri katerih je v ospredju depresije hipobulija. Tianeptin se ne metabolizira preko P450 sistema, kar je ugodno za starejše bolnike. Manj ugodno pa je dejstvo, da je potrebno odmerjanje dvakrat dnevno. Z najnovejšim agomelatinom, ki tudi poveča sproščanje noradrenalina in dopamina, pa pri starejših še nimamo veliko kliničnih izkušenj. Čeprav so učinkoviti, triciklične antidepresive pri starejših redko uporabljamo zaradi pogostejših neželenih učinkov (antiholinergični, kardiotoksični, posturalna hipotenzija, sedacija).

Tabela 5. *Odmerki najpogosteje uporabljenih antidepresivov pri starejših (prirejeno in dopolnjeno po (1))*

	OBIČAJNI ZAČETNI ODMEREK (mg)	POVPREČNI DNEVNI ODMEREK (mg)
Zaviralci privzema serotonina		
citalopram	20	20-40
escitalopram	10	10
fluoksetin	20	20
paroksetin	20	20
sertralin	50	50-150
Ostali antidepresivi		
bupropion	150	300
duloksetin	30	60
mirtazepin	15	30
moklobemid	300	300-400
venlafaksin	75	150

Informiranje in podpora ob farmakološkem zdravljenju

Že zaradi narave depresije bolniki pogosto dvomijo v uspešnost zdravljenja, kot tudi sicer lahko dvomijo, da obstaja možna rešitev zanje. Dvomi v uspešnost zdravljenja so lahko še toliko večji, kadar navajajo telesne težave, predlagamo pa jim zdravljenje z antidepresivi. Zato je pomembno, da jim razložimo naravo depresije in telesnih težav. Prav tako je nujno poudariti, da je depresijo mogoče uspešno zdraviti, da morajo zdravila redno jemati in nadaljevati z zdravljenjem tudi, ko depresija že izzveni. Dodatno lahko bolnike v njihovem napačnem prepričanju o nesmiselnosti zdravljenja utrdi še dejstvo, da se učinek antidepresivov pokaže šele po dveh do štirih tednih. Na zamik učinka moramo bolnike vedno opozoriti. Nekateri že predpisanih zdravil ne jemljejo zaradi strahu pred neželenimi učinki (ki so jih prebrali v navodilih priloženih zdravilu). Prav tako je pogosto prepričanje, da antidepresivi povzročajo odvisnost, kar seveda ne drži, prisotna pa so lahko tudi druga zmotna prepričanja (najpogostejši miti o depresiji se nahajajo v prilogi 6.2). Pogoj za uspešno

zdravljenje je dober terapevtski odnos, ki je osnova za potrebno zaupanje v predlagane rešitve. Terapevtski nihilizem, ki je občasno še prisoten tudi med strokovnimi delavci, nikakor ne zagotavlja dobrega začetka zdravljenja.

Spremljanje zdravljenja

Zdravljenje depresije je v starosti načeloma enako uspešno kot v mlajših življenjskih obdobjih. Pogosteje so rezistentne in več je ponovitev, kadar so posledica organskih dejavnikov, ki jih ne moremo odpraviti. Zdravljenje depresije v starosti naj bi po prvi epizodi trajalo eno leto, po drugi epizodi vsaj dve leti in po tretji vsaj tri leta, bolj verjetno pa doživljenjsko. Trajanje zdravljenja je kljub vsemu individualno. Prvi učinki zdravljenja z antidepresivi se običajno ne pokažejo prej kot v dveh tednih, do popolnega okrevanja pa lahko kljub temu mine tudi tri mesece ali celo več. Prvih šest do dvanajst mesecev so priporočljivi mesečni kontrolni pregledi, kasneje običajno zadoščajo na tri mesece. Odmerka antidepresiva, ki je bil potreben za vzpostavitev remisije, tudi v vzdrževalnem obdobju običajno ne zmanjšujemo (2). V tem obdobju pa glede na klinično sliko postopoma zmanjšujemo odmerke morebitnih antipsihotikov ali benzodiazepinov.

Pri bolnikih s hudimi oblikami depresije in samomorilno ogroženostjo je bolje, da prejemajo zdravila dalj časa kot tisti z manj izrazito klinično sliko. Mnogi bolniki raje prejemajo zdravila dalj časa, kot pa da tvegajo ponovitev bolezni, ki je zanje zelo mučna. Nekateri starejši prejemajo deset in tudi več vrst zdravil. V takih primerih je nujno potrebno razmisliti o racionalizaciji terapije, vendar pa ne bi bilo primerno, če bi v te namene žrtvovali zgolj antidepresive, saj depresija, kot že opisano, lahko pomembno vpliva tudi na potek telesnih bolezni.

Pri spremljanju napredovanja zdravljenja depresije moramo biti posebej pozorni tudi na samomorilno ogroženost, še posebej pri starostnikih, ki so že prej kazali znake samomorilnega vedenja. Začetno delovanje antidepresivov, ki lahko izboljša nekatere telesne simptome (npr. poveča aktivnost in energijo posameznika), ne vpliva pa npr. na posameznikove občutke obupa, lahko poveča tudi tveganje za izvedbo samomora. Posameznik, ki je prej pasivno razmišljal o samomoru, lahko namreč z izboljšanjem telesnega počutja dobi dovolj moči, da samomorilni načrt

tudi udejanji. Paziti je potrebno tudi na to, kako bolnik prenaša neželene učinke antidepresivov, saj npr. nespečnost in psihomotorni nemir povečujeta tveganje za samomorilno vedenje, pomisliti pa moramo tudi na možnost zaužitja prevelikega odmerka zdravil. Prav tako nenadno izboljšanje razpoloženja pri posamezniku, ki je bil dalj časa depresiven, še ne pomeni, da ni več izpostavljen tveganju za samomor. Posamezniku, ki trpi za depresijo, lahko namreč dokončna odločitev za samomor pomeni olajšanje in se zato kaže kot izboljšanje počutja. Zato je zelo pomembno, da smo pozorni na spremembe razpoloženja, ki niso skladne s potekom zdravljenja (tudi izboljšanje počutja, ki se pojavi prehitro).

Literatura

1. Baldwin RC. Depression in later life. Oxford: Oxford Psychiatric Library; 2010.
2. Birrer RB, Vemuri SM. Depression in later life: a diagnostic and therapeutic challenge. *Am Fam Physician* 2004; 69: 2375-82.

5.3.2 Napotitev/usmeritev na nadaljnjo obravnavo

5.3.2.1 Na psihiatrično obravnavo

doc. dr. Aleš Kogoj, dr. med., spec. psih.

Zaradi stigmatizacije zlasti starejši bolniki večkrat odklanjajo pregled pri psihiatru. Poleg tega število bolnikov z depresijo presega možnosti specialistične obravnave pri vseh. Za to pa tudi ni potrebe, saj se lahko večino bolnikov ustrezno obravnava na primarnem nivoju. Napotitev k specialistu je potrebna v primerih hudo izražene depresije:

- ob prisotnosti psihotičnih simptomov,
- ob ogroženosti zdravja zaradi odklanjanja hranjenja,
- ob samomorilni ogroženosti,
- ob rezistentnosti depresije,
- ob možnostih zapletov pri spremljajočih telesnih boleznih.

K specialistu pa je napotitev smiselna tudi v primerih nejasne diagnoze (npr. diferencialno diagnostične dileme možne demence).

5.3.2.2 Na psihoedukativne delavnice

asist. Dejan Kozel, univ. dipl. psih.

doc. dr. Saška Roškar, univ. dipl. psih.

Izhodišča

Psihološka in psihosocialna oblika zdravljenja depresivnih motenj je ob farmakološkem opredeljena kot ena izmed glavnih načinov zdravljenja (1), ki se je izkazala kot učinkovita tudi v primeru depresije pri starejših osebah (2). Lahko gre za alternativo farmakološkemu zdravljenju ali pa za kombinacijo obojega. Raziskave kažejo, da je učinek psiholoških in psihosocialnih metod dolgoročen (3), bolniki z depresivno motnjo pa so takšnim oblikam zdravljenja v primerjavi z farmakološkim zdravljenjem pogosto tudi bolj naklonjeni (3).

Angleške klinične smernice za obravnavo depresije (NICE) (3) navajajo ter priporočajo več vrst psiholoških in psihosocialnih intervencij, ki jih uvrščajo v dve skupini, in sicer nizko intenzivne (low-intensity) in visoko intenzivne (high-intensity). Med visoko intenzivne intervencije so umeščene različne oblike psihoterapije, ki jih bomo obravnavali v drugem poglavju, zato bomo na tem mestu izpostavili le nizko intenzivne intervencije. Mednje se uvrščajo tudi: računalniško podprta kognitivna vedenjska psihoterapija, vodena samopomoč na osnovi zakonitosti kognitivno vedenjske psihoterapije in program telesne aktivnosti.

Vse oblike nizko intenzivnih intervencij za depresijo naj bi izvajal kompetenten strokovnjak, temeljile naj bi na ustreznem priročniku, ki določa strukturo in trajanje intervencije. Zagotovljena naj bi bila supervizija za izvajalce, evalvacija napredka oz. učinka obravnave (ki vključuje tudi oceno udeležencev) ter evalvacija sodelovanja udeleženca in kompetentnosti izvajalca.

Po NICE razdelitvi bi lahko med nizko intenzivne intervencije uvrstili tudi psihoedukativne delavnice, ki so bile za bolnike z depresijo in njihove svojce, za bolnike z anksioznimi motnjami ter bolnike s stresno motnjo razvite leta 2002 na Psihiatrični kliniki Ljubljana. Delavnice uporabljajo principe kognitivno vedenjske psihoterapije (4; 5) in redno potekajo na Polikliniki Ljubljana.

V skladu s problematiko, ki jo obravnavamo v našem priročniku, se bomo v nadaljevanju omejili na podrobnejši opis omenjenih psihoedukativnih delavnic za osebe z depresijo.

Opis psihoedukativnih delavnic

Psihoedukacija je pristop, ki izobražuje o simptomih in znakih duševne motnje in je namenjen povečanju prepoznavanja težav, podpiranju strategij spoprijemanja in zagotavljanju sodelovanja pri zdravljenju. Omogoča prepoznavati simptome in znake ponovnega poslabšanja. Udeležence nauči, kaj lahko sami storijo za svoje zdravje.

Izvajanje psihoedukativnih delavnic v trenutni obliki temelji na priročnikih za udeležence (4; 5) in na priročnikih za izvajalce delavnic (6). V skladu s priporočili NICE (3) priročniki opredeljujejo strukturo in trajanje delavnic. Glavni namen gradiva je seznaniti udeležence, ki trpijo za depresijo, z osnovnimi značilnostmi težav, s potekom in načinom zdravljenja, z različnimi oblikami samopomoči, ter jim omogočiti, da lahko spregovorijo o svojih težavah, si izmenjajo izkušnje in se medsebojno podprejo. Udeležence se spodbuja, da se med seboj družijo in da tudi po koncu delavnic obdržijo stike med seboj.

Za lažjo predstavitev psihoedukativnih delavnic bolnikom v nadaljevanju navajamo opis delavnice (4):

Delavnica obsega štiri srečanja, ki se izvajajo enkrat tedensko. Posamezno srečanje traja uro in pol. Na delavnici dobijo bolniki in svojci delovne zvezke, v katerih je povzetek programa in naloge, ki so usmerjene v povečanje zavedanja simptomov ter njihovo premagovanje. Delavnico izvaja/vodi diplomirana medicinska sestra, psiholog, zdravnik ali drug strokovnjak zdravstvene smeri, ki ima opravljeno usposabljanje za vodenje psihoedukativnih delavnic za področje depresije in redno opravlja supervizijo.

Posamezni sklopi delavnice:

1. Prvo srečanje je namenjeno prepoznavanju dejavnikov, ki so vplivali na razvoj depresije pri posamezniku. Udeleženci spoznajo simptome in znake depresije.
2. Drugo srečanje je namenjeno seznanjanju z različnimi vrstami terapije depresije, med katerimi je zdravljenje z antidepresivi le eden od načinov. Velik poudarek je na aktivaciji ob podpori svojcev.
3. Tretje srečanje je namenjeno prepoznavanju posebnosti miselnih vzorcev pri depresiji in povečanju fleksibilnosti mišljenja.
4. Četrto srečanje je usmerjeno v preprečevanje poslabšanj in ponovitev bolezni.

Vključitev in napotitev na psihoedukativne delavnice

Delavnice so namenjene bolnikom, ki trpijo za blago do zmerno obliko depresivne motnje. Njihova vsebina je primerna tako za podporo farmakološkemu zdravljenju kot tudi za bolnike z blažjo obliko depresije, ki se ne zdravijo z antidepresivi. Na delavnici so zaželeni tudi svojci bolnikov, saj predstavljajo pomemben vir opore.

Psihoedukativne delavnice so brezplačne, za vključitev je potrebna le napotnica osebnega zdravnika z navedbo storitve, na katero pošilja bolnika (vključitev v psihoedukativne delavnice). Za izvajalce psihoedukativnih delavnic je dobrodošlo, če je na napotnici naveden tudi razlog napotitve s krajšim opisom težav bolnika.

Za vključitev v psihoedukativne delavnice lahko bolniki pokličejo na 01 522 24 68 (Nataša Stevanovič, prof. zdrav. vzgoje) ali 01 522 24 69 (centrala poliklinike; prositi za prevezavo do gospe Stevanovič). V delavnice so vključeni ob prvem prostem terminu.

Literatura

1. Kunnamo I, editor. Na dokazih temelječe medicinske smernice. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, 2006.
2. Bartels SJ, Coakley EH, Zubritzky C, Ware JH, Miles KM, et al. Improving access to geriatric mental health services: A randomized trial comparing treatment engagement with integrated versus enhanced referral care for depression, anxiety, and at risk alcohol use. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1455–62.
3. National Institute for Health and Clinical Excellence 2007. Depression: management of depression in primary and secondary care. Clinical Guideline No 23. Pridobljeno 5. 7. 2010 s spletne strani: <http://www.nice.org.uk/guidance/CG23>.
4. Dernovšek MZ, Tavčar R. Prepoznavmo in premagajmo depresijo: priročnik za osebe z depresijo in njihove svojce. Ljubljana: IVZ RS, 2005.
5. Dernovšek MZ, Petek A. Izobraževanje bolnikov z anksioznostjo in njihovih svojcev. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, 2008.
6. Dernovšek MZ, Mišček I, Jeriček H, Tavčar R. Skupaj premagajmo depresijo. Priročnik za vodje delavnic in predavatelje. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana in Zavod za zdravstveno varstvo, 2005.

5.3.2.3 Na psihoterapevtsko obravnavo

asist. Alenka Tančič Grum, univ. dipl. psih.

Pomembno obliko psihosocialnega zdravljenja depresije in preprečevanja samomorilnega vedenja med starostniki predstavlja tudi psihoterapevtska obravnavo. V primerjavi s psihoedukativnimi delavnicami, ki smo jih opisali v prejšnjem poglavju, predstavlja psihoterapija visoko intenzivno intervencijo. To pomeni, da je dolgotrajnejša (običajno več kot 4 srečanja), da zahteva višjo motiviranost in sodelovanje s strani bolnika in da njen namen ni edukacija, ampak depresijo pogosto obravnava širše (skozi raziskovanje in odpravljanje vzrokov, ki so posameznika privedli v depresivno stanje in ki vplivajo na njegovo vzdrževanje).

Številne raziskave (1; 2; 3; 4) so potrdile, da je psihoterapevtska obravnavo depresije pri starejših zelo učinkovita. Rezultati raziskav, ki so primerjali farmakološko in psihoterapevtsko zdravljenje depresije v starejši populaciji, so pokazali tudi, da je v nekaterih primerih psihoterapija celo bolj učinkovita od uporabe antidepresivov (5; 6). Še posebej to velja za blago in zmerno depresivno motnjo, medtem ko naj bi pri hudi obliki depresivne motnje najboljše rezultate dala sočasna uporaba zdravil in psiholoških intervencij (7). Psihoterapija je še posebej ustrezna za starejše bolnike, ki odklanjajo farmakološko zdravljenje, ali za tiste, ki antidepresive slabo tolerirajo oz. je njihova uporaba zanje celo kontraindicirana – npr. pri nekaterih oblikah težav s srcem (1). Seveda je pri napotitvi bolnika na psihoterapevtsko zdravljenje pomembno tudi njegovo stališče do take oblike zdravljenja ter njegove želje in motivacija.

Psihoterapevtsko zdravljenje starejših se v svojih metodah večinoma ne razlikuje od zdravljenja mlajše populacije, več razlik je le v temah, ki se v terapiji pogosteje pojavljajo. Teme, ki so bolj značilne za pozna leta in se povezujejo tudi z depresijo, so namreč: prilagajanje na izgube bližnjih in spreminjanje življenjskih vlog, sprejemanje omejitev povezanih s staranjem in boleznijo ter priprava na zaključevanje življenja. Zato ima psihoterapevtska obravnavo starostnikov z depresijo pogosto vedenjske komponente, ki se usmerjajo na težave povezane s funkcionalno oviranostjo, na pomanjkanje smiselnosti v aktivnostih, ki jih starostnik izvaja, in na način razmišljanja, ki slabša in vzdržuje depresivne simptome (2). Starostnikom pomaga pri spoprijemanju z omenjenimi temami in čustvenimi težavami, ki jih spremljajo, ter pri razumevanju

čustvovanja in vedenja (ki je pri depresiji še posebej spremenjeno) in njegovem vplivu na druge. Rezultati psihoterapije se zato lahko vidijo v zvišani samozavesti in samospoštovanju, zmanjšanem občutku nemoči in jeze, izboljšanih medosebnih odnosih, občutku večje smiselnosti bivanja ... in posledično v večji kvaliteti življenja (8).

Kljub dokazani učinkovitosti se pri zdravljenju depresije starostnikov psihoterapija uporablja veliko redkeje kot farmakološka terapija. Med glavnimi razlogi za to raziskave navajajo: nepoznavanje uspešnosti psihoterapevtske obravnave depresije pri starostnikih s strani zdravnikov družinske medicine, majhno število gerontopsihiatrov in geriatrov ter prisotnost s starostjo povezanega neupravičenega stereotipa, ki ga je vpeljal Freud. V skladu z njegovim mnenjem naj bi imeli namreč starostniki premalo mentalne plastičnosti, ki bi jim omogočala spremembo, zato naj psihoterapija zanje ne bi imela toliko koristi (1). Pomembno oviro pri napotovanju starejših bolnikov na psihoterapevtsko obravnavo naj bi imelo še eno zmotno prepričanje, in sicer, da starostniki ne želijo take oblike zdravljenja. Raziskava, ki se je osredotočala na sprejemanje psihološkega in farmakološkega zdravljenja depresije med starostniki, je v nasprotju s tem prepričanjem pokazala, da starostniki obe obliki zdravljenja doživljajo kot sprejemljivi. Zanimiv je bil tudi rezultat, da so starostniki s hujšimi depresivnimi simptomi kognitivno psihoterapijo navajali kot bolj sprejemljivo od antidepresivov (9).

Za psihoterapevtsko pomoč starostnikom, ki trpijo zaradi depresije, so primerne različne oblike psihoterapije. Učinkovitost kognitivno-vedenjske, interpersonalne in psihodinamske psihoterapije je bila največkrat preverjana in je pri vseh pokazala pozitivne rezultate (10).

Ker se lahko z vprašanji o značilnostih ali primernosti posameznih oblik psihoterapije posamezniki v stiski obračajo tudi na zdravnika družinske medicine (oz. da jih ta zna usmeriti), v nadaljevanju na kratko predstavljamo štiri glavne psihoterapevtske skupine oz. paradigme, v katere lahko umestimo skoraj vse vrste psihoterapij.

Psihoanalitična (psihodinamska) paradigma

Psihoanalitična paradigma temelji na prepričanju, da v ozadju posameznikovih psihičnih težav (tesnobe, depresivnosti ...) ležijo konflikti in vzorci vedenja, ki se jih posameznik ne zaveda in ki so običajno

povezani z zgodnjimi razvojnimi izkušnjami. Psihoterapija je usmerjena na prepoznavanje in razumevanje nezavednih pomenov ter ostankov pretekle izkušnje, ki vplivajo na posameznikovo trenutno funkcioniranje in vedenje. Klient s pomočjo terapevta preko prepoznavanja teh nezavednih vzorcev vedenja in reagiranja ter preko predelave morebitnih bolečih preteklih izkušenj bolje razume sedanje težave in ima zato tudi možnost za bolj konstruktivno ravnanje. Razumevanje vplivov preteklih izkušenj (običajno iz otroštva) in nezavednih pomenov lastnega vedenja tako prispeva k posameznikovi sposobnosti za večjo zavestno kontrolo svojega življenja.

Te oblike psihoterapije so običajno dolgotrajnejše, razen kratke dinamične psihoterapije, ki je namenjena reševanju točno določenega problema in traja od 12 do 20 srečanj. Namenjene so posameznikom, ki želijo raziskati izvor svojega trenutnega funkcioniranja in težav ter z njegovim razumevanjem spreminjati vplive iz preteklosti.

V to paradigmo uvrščamo naslednje šole:

- Freudova psihoanaliza,
- Jungova analitična terapija,
- novejše smeri psihoanalitične psihoterapije (npr. razvojno analitična psihoterapija, kratka dinamična psihoterapija).

Kognitivno-vedenjska paradigma

Kognitivno-vedenjska paradigma z učenjem pojasnjuje človekovo vedenje in njegove težave. Posamezniki se namreč skozi otroštvo in življenjske situacije naučijo bolj ali manj funkcionalnih oblik vedenja ter dojemanja sebe in sveta. V kognitivno-vedenjskih pristopih terapevti pomagajo bolnikom pri spreminjanju specifičnih načinov razmišljanja in vedenja, ki vzdržujejo njihov problem. V tem pristopu je bistveno, da se jasno opredeli oz. identificira problem, zaradi katerega bolnik prihaja po pomoč. Velik poudarek je na psihoedukaciji bolnika in na njegovem opolnomočenju.

Te oblike terapije so običajno kratkotrajnejše – skupno število srečanj je običajno od 10 do 15. Namenjene so posameznikom, ki se želijo soočiti s specifično življenjsko težavo oz. boleznijo (npr. fobije, panične motnje, depresija). Učinkovitost kognitivno-vedenjske paradigme je bila znanstveno največkrat preučevana in potrjena.

Šole znotraj kognitivno vedenjske paradigme so:

- vedenjska terapija,
- kognitivna terapija,
- kognitivno-vedenjska terapija,
- racionalno-emotivna vedenjska terapija.

Humanistično-eksistencialna paradigma

Humanistična paradigma zajema različne oblike psihoterapij, ki jim je skupno poudarjanje razvoja potencialov pri vsakem posamezniku. Posamezniku pomagajo pri odpravljanju težav in njegovi aktualizaciji z vzpodbujanjem njegovih sposobnosti za zavedanje lastnih občutkov, potreb, kapacitet ter s poudarjanjem njegove odgovornosti in avtonomije. Pri gestalt terapiji npr. terapevt s klientom raziskuje njegovo doživljanje, mu pomaga, da ozavešči lastne potrebe in občutke, bolje razume svoje življenjske situacije, sprejema lastne odločitve ipd.

Realitetna terapija pomaga posameznikom pri učenju, kako upravljati s svojim življenjem, kako izbrati bolj zadovoljive odločitve. Temelji na teoriji izbire – ne glede na pretekle izkušnje in vedenje lahko posameznik v sedanosti vedno izbere vedenje, ki mu bo pomagalo bolje zadovoljiti potrebe zdaj in v prihodnosti.

Transakcijska analiza se ukvarja zlasti s spreminjanjem življenjskega scenarija, to je nezavednega načrta, ki ga človek oblikuje v zgodnjem otroštvu in po katerem živi vse življenje. Ta scenarij je lahko v odrasli dobi neustrezen in vpliva tudi na razvoj težav.

Trajanje terapij je odvisno od posamezne šole. Namenjene so posameznikom, ki si želijo bolje zavedati in razumeti svoje doživljanje/način funkcioniranja ter ga na podlagi tega spreminjati in se spoprijemati s težavami.

Humanistično-eksistencialne šole so:

- gestalt terapija,
- transakcijska analiza,
- realitetna terapija,
- eksistencialna terapija,
- logoterapija.

Sistemska paradigma

Sistemska paradigma temelji na predpostavki, da posameznik ne živi izolirano, zato ga bolje razumemo in mu pomagamo, če raziščemo njegove odnose z drugimi in z okoljem, v katerem živi. V tej paradigmi je vsak sistem (npr. družina, partnerska zveza) razumljen kot sklop medsebojno povezanih enot (družinskih članov). Zato je vsaka težava/simptom posameznika povezan oz. je odraz akutne ali kronične težave celotnega sistema. Tako so npr. težave posameznika pomembno povezane s težavami, ki jih ima njegova družina ali partner. Ker so svetovalni oz. terapevtski cilji in metode usmerjeni na celoten sistem, se v tovrstno obravnavo vključita oba partnerja ali pa celotna družina. Skupaj skušajo spregovoriti o problemih, ki jih doživljajo drug z drugim, in skozi svetovalni proces razviti nove oblike sporazumevanja, reševanja problemov in medsebojne podpore. Družinska in partnerska terapija omogočata članom družine življenje v manj konfliktnih in motečih odnosih ter s tem prispevata tudi k izboljšanju stanja posameznika oz. reševanju njegovih težav.

Te oblike terapije so lahko kratkotrajnejše, še posebej, če so usmerjene samo na določen problem, ali dolgotrajnejše (spreminjanje trajnejših vzorcev ali težav v družini/paru). Namenjene so parom ali družinam, ki živijo v konfliktnih ali nezadovoljujočih medsebojnih odnosih, oz. se zavedajo, da lahko težave posameznega člana izvirajo iz skupnih težav.

Šole znotraj sistemske paradigme:

- družinska terapija,
- partnerska terapija,
- nekatere skupinske oblike psihoterapije.

Čeprav smo predstavili različne psihoterapevtske pristope kot ločene skupine, je potrebno poudariti, da v praksi mnogo svetovalcev in psihoterapevtov uporablja integrativne oblike obravnave, pri čemer kombinirajo različne svetovalne in psihoterapevtske pristope glede na problematiko posameznika. Poleg tega bi radi izpostavili tudi, da so lahko pri zdravljenju depresije učinkovite različne oblike psihoterapije, pri čemer je pomembno predvsem, da posamezniku ustreza način dela oz. značilnosti posamezne vrste terapije, še posebej pa odnos, ki ga vzpostavi s psihoterapevtom.

V Sloveniji, še posebej v ljubljanski regiji, se izvajajo številne različne oblike psihoterapij, nekaj kontaktov oz. spletnih strani s kontakti psihoterapevtov navajamo v prilogi 6.3.

Literatura

1. Laidlow K. Depression in Older adults. In: Power M, editor. Mood disorders: a handbook of science and practice. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd, 2004: 337-353.
2. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol* 2009; 5: 363–389.
3. Attapurath R, Menon RC, Nair SV, Muralee S, Tampi RR, Late-Life Depression. *Annals of Long-Term Care: Clinical Care and Aging* 2008; 16. Pridobljeno 5. 7. 2010 s spletne strani: <http://www.annalsoflongtermcare.com/content/late-life-depression>.
4. Yohannes AM, Baldwin RC. Late-Life Depression. *Psychiatric Times* 2008; 25: 13-17.
5. Thompson LW, Coon DW, Gallagher-Thompson DG, Sommer BR, Koin D. Comparison of desipramine and cognitive behavioral therapy in the treatment of elderly outpatients with mild-to-moderate depression. *Am J Geriat Psych* 2001; 9: 225–240.
6. Pinquart M, Duberstein PR, Lyness JM. Treatments for later-life depressive conditions: A meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. *Am J Psych* 2006; 163: 1493–1501.
7. Consensus Guidelines fo Assesment and Management of Depression in Elderly. North Sydney: NSW Health Department, 2001.
8. Woods B, Lamers C. Psychological problems of older people. In: A. Carr in M. McNulty, editors, *The Handbook of Adult Clinical Psychology. An Evidence – Based Practice Approach*. New York: Routledge, 2006: 941 – 977.
9. Landreville P, Landry J, Baillargeon L, Guerette A, Matteau E. Older adults' acceptance of psychological and pharmacological treatments for depression. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2001; 50B: 285–291.
10. Baldwin RC. *Depression in later life*. Oxford: Oxford University Press, 2010.

5.4 Predlogi preventivnih aktivnosti za starejše

asist. Vita Poštuvan, univ. dipl. psih.

Aktivnosti tako v obliki primarne kot sekundarne preventive lahko pomembno prispevajo k preprečevanju in boljšemu spoprijemanju z depresivno simptomatiko med starejšimi. Zdravnik družinske medicine lahko pri tem sodeluje na več nivojih. Spodbuja lahko k zdravemu življenjskemu slogu in je opora vsem ljudem pri soočanju z obdobjem staranja. To je še posebej pomembno v času njihovega upokojevanja (2). Prav tako zdravnik družinske medicine pomaga posameznikom, ki sodijo v ranljive skupine za razvoj depresivnega in samomorilnega vedenja (1), in sicer tako, da jih prepozna in jih spodbuja k preventivnim aktivnostim. Iste aktivnosti lahko pomagajo tudi ljudem, ki okrevajo po depresiji ali samomorilnemu poskusu, ljudem, pri katerih skušamo preprečevati ponovitev bolezni, ali pri svojcih, kjer želimo omiliti stisko zaradi depresije ali samomorilnega vedenja njihovih bližnjih. Želimo si, da bi v optimalnih delovnih pogojih osebje na primarni zdravstveni ravni uspelo bolnike sistematično spodbujati k ohranjanju telesnega in duševnega zdravja na različnih področjih, ki jih opisujemo v nadaljevanju.

Skrb za telesno zdravje

Skrb za telesno zdravje pomembno prispeva k preprečevanju telesnih bolezni, ki predstavljajo dejavnik tveganja za depresijo in samomorilno vedenje (več v poglavju 3.2), zato je priporočljivo, da zdravnik družinske medicine starejšim bolnikom pomaga s konkretnimi nasveti o vzdrževanju telesne odpornosti. Pri tem jih lahko spodbuja k večji pozornosti na naslednje vidike (4):

- Skrb za zdravo in uravnoteženo prehrano.
- Skrb za počitek in zdravo mero spanja.
- Ustrezne oblike sproščanja in relaksacije.
- Redno in načrtovano telesno aktivnost, da se telesna kondicija vzdržuje skozi celotno obdobje starosti.
- Fizioterapijo, masažo ali delovno terapijo, ki lahko starostnikom povečajo mobilnost, moč, funkcionalnost in telesni užitek.
- Obvladovanje bolečin s primernim doziranjem zdravil in spremljanje vzrokov za bolečine.

Vzdrževanje hobijev

Hobiji imajo več različnih funkcij, z njihovo pomočjo npr. ljudje krepijo telesno kondicijo, ohranjajo socialne stike, izražajo lastne potenciale ipd. Pomembni so predvsem zato, ker vplivajo na dobro počutje. Zato je potrebno starostnike spodbujati, da ohranjajo svoje hobije oz. da jih ponovno obudijo. Ljudem, ki so zboleli za depresijo in ki pogosto nimajo veselja do aktivnosti, se ob vedenjski reaktivaciji priporoča postopno vpeljevanje dejavnosti, s katerimi se je oseba z veseljem ukvarjala že v preteklosti.

Med aktivnostmi in hobiji, ki so lahko primerni za starostnike, so npr.:

- Ukvarjanje s hortikulturo: vrtnarjenje in/ali negovanje rastlin so aktivnosti, ki mnogim starostnikom pomagajo ohranjati dobro počutje (4).
- Ukvarjanje z malimi živalmi: psi, mačke ali druge domače živali lastnikom pogosto dajejo veliko ljubezni in hkrati stimulirajo njihova čutila (mehkoba dlak, toplota). Skrb za žival lahko vliva tudi občutek smisla in odgovornosti (4) in vzdržuje ritem vsakdanjega življenja starostnika.
- Ukvarjanje s glasbo: poslušanje, petje ali igranje inštrumentov, ki so posamezniku všeč, se močno povezujejo z dobrim počutjem (4).
- Ukvarjanje z ročnimi spretnostmi in kulinariko: učenje novih spretnosti ali poučevanje mlajših tistih spretnosti, ki jih starostnik dobro pozna, lahko ustvarja ljudem nov izziv in viša samopodobo.
- Branje ali poslušanje literature lahko spodbuja ljudi k zdravemu življenjskemu slogu in jim daje znanje in upanje v težkih življenjskih situacijah.
- Ukvarjanje s telesno vadbo: za vzdrževanje motivacije se priporoča vadba v skupini, gibanje pa mora biti prilagojeno telesnim zmožnostim posameznika.

Pomembno je tudi, da zdravnik spodbuja ustvarjalnost in nove aktivnosti starostnikov ter jim pojasni, zakaj so le-te koristne. Ljudje, ki se ukvarjajo z ustvarjalnimi aktivnostmi, so manj depresivni, redkeje obiskujejo zdravnike, uporabljajo manj zdravil, imajo boljše telesno zdravje, boljše počutje in zadovoljstvo v življenju (4).

V prilogi 6.3 navajamo različne kontakte organizacij, ki izvajajo dejavnosti za starejše.

Vzdrževanje avtonomije

Starostniki pogosto postanejo odvisni od drugih pri vzdrževanju svojih potreb, zato je dobro, da zdravnik spodbuja ohranjanje čim višje stopnje starostnikove avtonomije in skrbi zase (4):

- Ljudem, ki zbolijo za depresijo, pogosto *ni mar* zase, za svojo higieno ali druge potrebe. Četudi jim moramo za nekaj časa pri tem pomagati in jih spodbujati, naj se jim avtonomijo vrne kolikor hitro se le da.
- S starostjo ljudje za nekatera opravila potrebujejo več časa kot običajno. Potrebno se je tega zavedati in jim dati čas. Z nepotrpežljivostjo in prevzemanjem nalog lahko starostniku odvzamemo del avtonomije in tudi samozavesti.
- Pomembno je podpiranje osebne moči in kontrole pri starostnikih. Občutek njihove vrednosti se spodbuja s samostojnimi aktivnostmi, sprejemanjem odločitev, vključenostjo v obravnavo (tudi pri zdravniku). Če je le mogoče, jim ponudite izbiranje med možnimi rešitvami, tako da postavljate vprašanja zaprtega tipa (*“Mi lahko nekaj stvari pojasnite sedaj ali bova o tem govorila kasneje?”*, *“Ali je za vas lažje, da pridete na naslednji pregled dopoldan ali popoldan?”*).
- Potrebno se je zavedati, da uspešno opravljanje tudi najbolj preprostih aktivnosti spodbuja občutek *zmožnosti* (da je oseba zmožna narediti nekaj), ki je močno povezan z občutkom lastne vrednosti. Pomoč pri samostojni skrbi zase in pri aktiviranju starostnikov preprečuje nastanek depresije in samomorilnih misli.

Vzdrževanje socialne mreže

Mreža ljudi, ki posamezniku nudi druženje in oporo, lahko vzdržuje občutek koristnosti in smisla življenja. Hkrati je tudi protitež neugodnim življenjskim dogodkom. Ljudje, ki so storili samomor, navadno niso uspeli ustvariti ali obdržati svoje socialne mreže (3). Ker starostniki zaradi smrti svojih vrstnikov pogosteje ostajajo sami, lahko osebni zdravnik prevzame pomembno vlogo v njihovi socialni mreži in jim daje občutek, da niso popolnoma sami. Zdravnik lahko tudi spodbuja, da si ljudje v isti skupnosti med seboj pomagajo, se združujejo ali poiščejo družbo v organiziranih oblikah druženja, kot so npr. društva upokojencev. Starostnikom

lahko pomaga tudi s treningom socialnih veščin, ki je dobrodošel pri vzpostavljanju novih odnosov med ljudmi.

Za vzdrževanje socialne mreže je pomembno (4):

- Zavedanje, da se socialna mreža lahko oblikuje v okviru formalnih ali neformalnih okolij, zato jo ljudje lahko gradijo iz širokega spektra (družinski člani, prijatelji, sosedje, člani lokalnih društev, župnij, prostovoljci).
- Spodbujanje družinskih članov, da poiščejo za starostnika pomembne osebe in jih prosijo za njihovo bolj aktivno druženje. To je lahko v obliki osebnih kontaktov, telefonskih klicev, pisem ali drugih načinov komuniciranja.

Pomen socialne mreže je predvsem v zmanjševanju občutkov osamljenosti in izoliranosti, ki sta pomembna dejavnika tveganja za depresijo in samomorilno vedenje.

V prilogi 6.3 navajamo različne kontakte organizacij, ki izvajajo dejavnosti za starejše in omogočajo druženje.

Izražanje čustev in pozitiven način razmišljanja

Primerno izražanje čustev dobro vpliva na človekovo počutje. Nekateri starostniki (podobno kot tudi mlajši) imajo težave s postavljanjem meja ali izražanjem tega, kar čutijo. Moški imajo več težav z izražanjem žalosti in strahu, medtem ko imajo ženske več težav z izražanjem jeze. Zdravnik lahko s svojim odnosom nudi okolje, kjer lahko ljudje izrazijo svoja čustva. Hkrati pa lahko spodbuja ljudi k asertivnemu vedenju, verbaliziranju občutkov in njihovem izražanju.

Ohranjanje optimizma in pozitiven način razmišljanja sta pomembna za ohranjanje dobrega počutja. Zdravnik lahko to spodbuja na različne načine (4):

- Identificira močna področja: medtem ko nudi pomoč starejšemu, lahko prepozna njegova močna področja (npr. da nekdo lepo skrbi zase, ima smisel za humor, vidi pozitivno stran življenja). Zdravnik naj poudari in spodbuja k starostnikovemu ohranjanju teh vrlin.
- Gradi moč starostnikov: pogovor o interesih ali preteklih izkušnjah lahko spodbudi pozitivna čustva. Hkrati tudi opolnomoči posameznika, spodbuja njegovo samozavest in mu da moč za naprej.

- Pogovor o preteklih dogodkih lahko pomaga osebi, da ponovno odkrije pozitivne misli in čustva (npr. veselje), ki so nasprotje občutkom brezvrednosti in nemoči.

Vedenjske in miselne strategije

Dobrodošlo je, da zdravnik družinske medicine uporablja tudi vedenjske in miselne strategije, ki lahko pozitivno vplivajo na preprečevanje depresivnega in samomorilnega vedenja, tako da dvigujejo razpoloženje starostnika. Med temi lahko zdravnik uporabi naslednje:

- **Vedenjska reaktivacija** želi povečati produktivna vedenja starostnika. Izvajamo jo tako, da starostnik (lahko tudi s pomočjo družinskih članov) beleži počutje in aktivnosti, ki jih trenutno izvaja. S tem dobi zdravnik vpogled v obstoječe stanje. Zdravnik in starostnik se nato pogovorita o aktivnostih, ki bi starostnika še lahko veselile ali so ga že veselile v preteklosti, pa jih trenutno ne izvaja, in bi jih zato lahko začela vpeljevati v vsakodnevno življenje. Zdravnik in bolnik skupaj načrtujeta vpeljevanje novih aktivnosti za določeno časovno obdobje, npr. za vsak dan v naslednjem tednu. Bolnik mora pred in po izvajanju beležiti, kakšen je njegov predviden in realen užitek (počutje) ob določenih aktivnosti (npr. na lestvici od 1 do 5). Aktivnosti se določajo s postopnimi obremenitvami – torej se reaktivacija prične z nalogami, ki jim je bolnik kos in zaradi česar doživi občutek uspeha, šele nato se aktivnosti stopnjujejo. Pomembno je, da bolnik zazna, da se po izvedenih aktivnostih počuti bolje. Tehnika se lahko uporablja pri ljudeh, ki so pasivni in predstavljajo za depresijo ranljive posameznike, ali pri tistih, kjer je depresija že prisotna.

Primer: *Gospa z depresijo ves dan gleda televizijo in ne počne ničesar drugega. Spodbudimo jo, da naslednji dan naredi vsaj eno aktivnost. Skupaj poiščemo, katera aktivnost bi to bila in gospa se odloči, da bi lahko odšla na sprehod. Za začetek se dogovorimo, da bo sprehod omejila samo na kratko razdaljo, npr. okoli njenega bloka. Pogovorimo se tudi o strahovih in morebitnih dvomih ob takšni spremembi. Postopno aktivnosti stopnjujemo.*

- **Spreminjanje kognitivnih distorzij** predstavlja miselno strategijo, s katero skušamo spreminjati nefunkcionalna prepričanja starostnikov. To so tista prepričanja, ki jih ima posameznik o sebi in o svetu, vendar niso realna in vzdržujejo pesimističen pogled pri osebah z depresijo. Sprva je potrebno identificirati ta prepričanja. Pri ljudeh, ki imajo visoko tveganje za depresijo, so takšne npr. misli: *“Ničesar ne zmorem.”*, *“Nič nisem vreden.”*, *“Nihče me ne mara.”* Oseba lahko opiše nedavni dogodek, ki je pri njej sprožil negativna čustva, mi pa poskušamo identificirati še, kakšne *misli so šle osebi skozi glavo*, torej, kako si je razlagala situacijo. Nato je potrebno starostnika skozi način sokratskega dialoga soočiti, ali so njegove razlage dogodka realne in ga spodbuditi, da za dogodek poišče alternativne razlage. Starostnika lahko vprašate: *“Ali mislite, da bi tudi vaš prijatelj/partner/otrok podobno videl situacijo?”*, *“Če bi se nekomu drugemu podobno zgodilo, kaj bi mu rekli?”* Pri tem naj starostniki tudi opišejo, koliko verjamejo svojim alternativnim odgovorom v primerjavi s prvotnimi.

Primer: *Starostnik ni več uspel podaljšati svojega vozniškega dovoljenja, zato je prepričan, da v življenju ničesar več ne zmore. Navkljub svojemu prepričanju naj vam starostnik našteje vse, kar je naredil ta teden. Ko imate nanizanih nekaj aktivnosti, soočite starostnika z njegovim prepričanjem, da ničesar ne zmore. “Kako sedaj vidite svojo misel, da ničesar ne morete? Ali se vam zdi, da še vedno drži?”*

- Vedenjske in miselne strategije je priporočljivo kombinirati, kajti med seboj so povezane, se dopolnjujejo ali si nasprotujejo. Reaktivacija in strukturiranje ter zapis izvedenih aktivnosti lahko dobro vplivajo na spreminjanje miselne distorzije. Oseba, ki je prepričana, da *ničesar ne zmore*, dobi protidokaze za svojo prepričanje, zdravnik pa lahko spodbuja vsidranje alternativnega prepričanja pri osebi, npr.: *“Tudi jaz nekaj zmorem.”* ali *“Navkljub odvzemu vozniškega dovoljenja, lahko še veliko naredim.”*

Literatura

1. Baldwin R. Depressive disorders. In: Jacoby R. Oppenheimer C, editors. Psychiatry in the elderly. Oxford: Oxford University Press, 2002: 627-676.
2. De Leo D, Scocco P. Treatment and Prevention of Suicidal Behaviour in the Elderly. In: Hawton K. in van Heeringen K, editors. The International Handbook of Suicide and attempted suicide. West Sussex: Willey, 2002: 553-570.
3. Heikkinen M, Hillevi A, Lönnqvist U. Life events and social support in suicide. Suicide Life Threat 1993; 23: 343-58.
4. Smith M. Depression in Older Adults. Supportive Materials. Iowa: The John A. Hartford Center of Geriatric Nursing Excellence (HCGNE), 2006.

6 PRILOGE

6.1 Primera obravnave bolnikov z depresijo v ambulanti zdravnika družinske medicine

doc. dr. Marija Petek Šter, dr. med., spec. spl. med.

Primer 1

80-letna kmetica je bila po zlomu kolka sprejeta v dom starejših občanov (DSO), ker je postala odvisna od tuje pomoči, ki je v domačem okolju niso mogli zagotoviti. Sprejem v DSO je zelo težko sprejela, saj se je po smrti moža pred več kot 20 leti navadila na umirjeno življenje na manjši kmetiji, kjer je živela sama in skrbela za nekaj živali in njivico. Ob koncu tedna so jo obiskali otroci z družino, bila je v dobrih odnosih z bližnjo sosedo, drugih socialnih stikov pa ni imela. Do prihoda v DSO ni bila resneje bolna, zdravnika je obiskala le zaradi bolečin v sklepih in hrbtenici, ki so jo občasno pestile.

V DSO, kamor je bila sprejeta na željo svojcev, sama pa si tega ni želela, ni našla prave družbe, pa tudi dan, ki je na kmetiji minil zelo hitro, se je v domu vlekel. Svojcem je zamerila in odklanjala njihove obiske.

Po prihodu v DSO je bolnica pogosto prihajala v ambulanto, ker je kljub redno predpisani analgetični terapiji navajala bolečine, omenjala je, da slabo spi in tudi misliti ne more več tako kot pred sprejemom v DSO.

Osebe jo je opisalo kot zelo zahtevno in vedno nezadovoljno, ponoči nespečo in zmedeno. Delovna terapevtka je opažala, da ne želi sodelovati pri delih, ki bi jih glede na svoje telesno in psihično stanje še zmogla. Vključena je bila v proces rehabilitacije, ki pa jo je ob kronični bolečini odklanjala.

Ob bolničinih pritožbah (bolečine, utrujenost, nespečnost, motnje koncentracije in spomina) in heteroanamnezi osebja je zdravnik po natančnem telesnem pregledu in dodatnih preiskavah izključil organski vzrok bolničinih težav. Bolečino je z uporabo vizualne analogne skale objektiviziral in prilagodil zdravljenje bolečine, ki še ni bila zadostno obravnavana. Pomislil je, da gre za možnost depresije. Uporabil je Geriatrično lestvico depresivnosti, kjer je bolnica zbrala 22 točk, kar

najverjetneje govori o hudi depresiji (1). Glede na podatke o bolničnih težavah s spominom in koncentracijo je izvedel tudi Kratek preskus spoznavnih sposobnosti (KPSS), kjer je bolnica dosegla 29 točk, kar je pomenilo, da diagnoza demence ni bila verjetna (2).

Bolnici je predstavil, da so težave, ki jih navaja, posledica bolezni, ki se imenuje depresija. Povprašal jo je po morebitnih samomorilnih mislih, o katerih je bolnica že razmišljala, vendar je bila z zdravnikom pripravljena skleniti antisuicidalni pakt. Napotitve k psihiatru si ni želela.

Zdravnik je bolnici razložil, da je bolezen ozdravljiva in ji predstavil možnosti zdravljenja, ki poleg zdravil vključuje tudi podporno psihoterapijo. Vanjo bi se poleg osebja, s katerimi je bolnica v dnevnem stiku, po svojih zmožnostih vključevali tudi svojci, s katerimi se je o njenih težavah in možnih pristopih pogovoril.

Zdravnik je bolnici po predhodnem pogovoru s svojci, ki so se strinjali, da ob izboljšanju telesnega in psihičnega stanja bolnici omogočijo bivanje v domačem okolju, nakazal možnost, da se bo njeno zdravstveno stanje do te mere izboljšalo, da bo postala ponovno sposobna za samostojno življenje. Bolnica je sedaj imela motiv in je bila pripravljena sodelovati.

Zdravnik je bolnico seznanil z predpisanimi zdravili – antidepresivi iz skupine zaviralcev ponovnega privzema serotonina (SSRI), njihovimi neželenimi učinki ter časom, ki je potreben za začetek delovanja zdravila.

Bolnica je postala po 14-dnevnem zdravljenju z antidepresivi bolj vedra, bolečine so se zmanjšale, zavzeto je sodeloval pri fizioterapiji. Zdravila je po prehodnih težavah dobro prenašala, dobro je spala, bolečine, ki so se še občasno pojavile, je veliko lažje prenašala. Samomorilne misli je zaničala. Njeno telesno zdravstveno stanje se je v naslednjih mesecih izboljšalo do te mere, da je postala samostojna.

Devet mesecev po zlomu kolka se je vrnila v svoje domače okolje. Ob zdravljenju z antidepresivom se je počutila varno pred ponovitvijo depresije in ga je želela jemati naprej, čeprav ji je zdravnik predlagal, da bi zdravilo lahko opustila. Glavni razlog za nadaljevanje farmakološkega zdravljenja, ki ga je bolnica navedla, je bil strah pred ponovitvijo bolezni, zaradi katere se je kakovost njenega življenja prehodno zelo poslabšala (3).

Primer 2

65-letni, nedavno upokojeni, poročeni delovodja je imel v preteklosti težave z alkoholom, vendar je sedaj abstiniral. V ambulanto je prihajal le redko, s telesnimi težavami. Bil je vase zaprt, povedal je le malo o sebi. Glavna težava, ki jo je navajal, je bil glavobol, ki je bil zadnje dva meseca vse bolj moteč. Tudi spal je slabo ter poročal o utrujenosti.

Zdravnik družinske medicine je s pomočjo pogovora in pritrdilnih odgovorov na vprašanja o depresivnem razpoloženju, izgubi občutka in veselja za prijetne stvari, izgubi samozavesti in občutkih krivde ocenil, da gre pri bolniku za depresijo. Uvedel je antidepresiv iz skupine selektivnih zaviralcev privzema serotonina (SSRI). Bolnik se je redno oglašal v ambulanti, vendar je poročal, da ga neprestano boli glava ter da mu ni nič bolje, zato se je zdravnik družinske medicine po štirih tednih odločil za menjavo antidepresiva in bolniku dal napotnico za psihiatra, kamor naj bi se bolnik naročil.

Tri dni po zadnjem obisku v ambulanti je zdravnik prejel klic svojcev, da so bolnika našli obešenega na drevesu v bližnjem gozdu. Zdravnik je ugotovil smrt kot posledico samomora z obešenjem. V heteroanamnezi je žena poročala, da je mož že pred 14 dnevi pripravljaval "štrik", vendar ga takrat niso jemali resno, saj je v preteklosti domačim že večkrat grozil s samomorom. Žena je še povedala, da je bil mož zadnje tri dni "boljši" in večer pred dogodkom prav dobre volje, zgovoren. Napovedal je, da bo šel ob 5. uri zjutraj kosit travo.

Bolnik, ki je kasneje naredil samomor, je s svojimi težavami najprej prišel k zdravniku družinske medicine. Ta je bolnikove težave prepoznal kot depresivno stanje in ustrezno začel zdravljenje depresije, vendar pa ni ocenil bolnikove samomorilne ogroženosti. Z bolnikom se verjetno tudi ni dovolj dobro pogovoril o vzrokih za njegove težave in pomenu zdravljenja ter učinkih zdravil. Ne vemo, če je zdravnik bolnika opozoril na možnost neželenih učinkov zdravil ter na zakasnjeno delovanje zdravil. Možno je, da je bil vzrok za neuspeh zdravljenja z zdravili dejstvo, da bolnik zdravil ni jemal, ker ni dobro razumel pomena zdravljenja ter je doživel neželene učinke zdravil, česar pa zdravnik ni sistematično preverjal (4).

Zdravnik bi imel ob bolnikovi privolitvi tudi možnost, da z boleznijo seznaní svojce, jih prosi za njihov pogled na stanje ter jih prosi za pomoč v procesu zdravljenja. Te možnosti ni izkoristil, čeprav bi se bolnik verjetno strinjal, da v proces zdravljenja pritegne tudi družino.

Zdravnik se je sicer odločil za napotitev k psihiatru, vendar pa ni ustrezno ocenil bolnikove ogroženosti. S takojšnjo napotitvijo in ustrežnejšo oceno stanja bi bil izid verjetno drugačen.

Bolnik je že nekaj časa pred izvedbo samomora domačim grozil, da se bo obesil, česar pa ti niso jemali resno, ker je bolnik v preteklosti pogosto grozil s samomorom, vendar do poizkusa samomora ni prišlo. O bolnikovih samomorilnih mislih zdravniku niso poročali, čeprav bi ta podatek zdravniku družinske medicine pomagal pri odločitvi za takojšnjo napotitev k psihiatru.

Bolnik je po pričevanju družine samomor izvedel šele takrat, ko je bil že "boljši", ko se je depresivna simptomatika začela umikati in je bolnik zbral dovolj poguma, da je dejanje, ki ga je očitno načrtoval že dlje časa, tudi izvedel.

Po izvršenem samomoru je zdravnik, ki je zdravil bolnika, prišel še na mrliški ogled. Ob tem se je srečal z bolnikovo družino. Občutki krivde, da za bolnika ni storil vsega potrebnega, predvsem, da ni ustrezno ocenil samomorilne ogroženosti ter ukrepal, so bili tako še večji.

Literatura

1. Pitkala K. Ocenjevanje telesnega in duševnega delovanja. In: Kunnamo I, editor. Na dokazih temelječe medicinske smernice. Ljubljana, Zavod za razvoj družinske medicine, 2006: 653-5.
2. Jensterle J, Mlakar J, Vodušek DB. Uporaba kratkega preizkusa spoznavnih sposobnosti pri ocenjevanju demenc. Zdrav Vestn 1996; 65: 577-82.
3. Dickinson R, Knapp P, O House A, Dimri V, Zermansky A, Petty D e tal. Long-term prescribing of antidepressants in the older population: a qualitative study. Br J Gen Pract 2010; 60: 257-9.
4. Petek Šter M. Adherenca pri zdravljenju kroničnih bolnikov. Med Razgl 2010; 49 (suppl 1): 157-62.

6.2 Miti o depresiji in samomoru

Tako o starosti kot o depresiji in samomoru so se oblikovala nekatera prepričanja in miti, ki stigmatizirajo starejše ter ostale posameznike v stiski in jih ovirajo pri iskanju pomoči. Zdravnik družinske medicine lahko s svojim mnenjem in razlago odločilno vpliva tudi na stališča v okolici. Hkrati lahko spodbuja k sprejemanju starosti, poudarjanju njene vrednosti (v npr. medgeneracijskem učenju in življenjskih izkušnjah starostnikov) in tako destigmatizira staranje.

V spodnjem besedilu navajamo nekaj najpogostejših mitov o depresiji in samomoru s kratkimi razlagami, namenjeni so v pomoč zdravnikom družinske medicine pri njihovi lažji prepoznavi, razlaganju in spreminjanju, ko se z njimi srečajo pri bolnikih.

DEPRESIJA

- ***Za depresijo zbolijo samo šibki posamezniki.***

Depresija ni znak šibkosti posameznika. Tudi močne in pomembne osebnosti lahko trpijo zaradi te motnje, med njimi so (bili) npr. Abraham Lincoln, Ernest Hemingway, princesa Diana, Harisson Ford, Sherly Crow. Za depresijo lahko, torej, zbolijo vsi, starejši in mlajši, moški in ženske, pripadniki različnih socialnih razredov, prepričanj, poklicev ...

- ***Depresija je predvsem dedna.***
Depresijo lahko povzročijo travmatični dogodki.
Posamezniki z depresivno motnjo so zagotovo preživeli težko otroštvo.

Čeprav si želimo najti odgovor na pojav depresije, ji ne moremo pripisati samo enega vzroka pri nobenem posamezniku. Ne moremo preprosto reči, da je depresivna motnja dedna, da se bo z njo zagotovo srečal nekdo, ki je izgubil vse bližnje v prometni nesreči, ali pa da depresije ne more doživeti nekdo, ki je zdrav, ima družino, ustrezno službo in bi po nekih splošnih kriterijih moral veljati za zadovoljnega. Ta motnja je zelo kompleksna, zato na njen razvoj vpliva več dejavnikov.

- ***Nagnjenost k bolj depresivnemu razpoloženju je pri starostnikih normalna.***

Depresija je sestavni del staranja.

Čeprav se lahko posamezniki v starosti srečujejo z mnogimi telesnimi, socialnimi in drugimi izgubami in ovirami, to ne pomeni, da tudi v tem obdobju ne morejo živeti kvalitetno. Depresija vsekakor ni običajen del staranja, ampak duševna motnja, s katero se sreča le določen del starostnikov.

- ***Mladi ne morejo zboleti za depresijo.***

Čeprav je še samo pred nekaj desetletji v javnosti in stroki prevladoval dvom o obstoju depresivnih motenj pri otrocih, se je potrdilo, da se depresivne motnje pojavljajo že od zgodnjega otroštva. Depresija je bolezen vseh starostnih obdobj.

- ***Pri depresiji imajo posamezniki težave samo na čustvenem področju.***

Posamezniki z depresivno motnjo se srečujejo z različnimi težavami, saj depresija odločilno vpliva na naše duševno in telesno funkcioniranje (s težavo opravljamo delo in vsakodnevne aktivnosti ali jih sploh ne moremo) in kvaliteto našega življenja (odsotnost veselja, sposobnosti uživanja ...). Seveda pa niso za vse posameznike značilne enake z depresijo povezane spremembe (pri nekaterih je npr. bolj izražena žalost, pri drugih razdražljivost ali motnje spanja).

- ***Depresija bo izzvenela sama.***
Depresijo lahko premagam z močno voljo.

Depresija je veliko več kakor žalost, pomanjkanje volje ali osebne šibkosti, zato pogosto ne mine kar sama od sebe. Posamezniku lahko pri spoprijemanju z njo pomagajo različne oblike farmakološkega ali psihoterapevtskega zdravljenja.

- ***Antidepresivi so nevarni, saj povzročajo odvisnost.***
Antidepresivi lahko spremenijo posameznikovo osebnost.

Antidepresivi predstavljajo eno od oblik zdravljenja depresije. Priporočljivi so predvsem pri zmerni in hudi depresivni motnji, pri kateri so se izkazali kot varen in učinkovit način zdravljenja. Antidepresivi ne povzročajo odvisnosti in ne spremenijo posameznikove osebnosti.

- ***Psihoterapija ali obiskovanje psihiatra/psihologa je samo za posameznike, ki so nori.***

Psihiater, psiholog, psihoterapevt so strokovnjaki, ki so usposobljeni za terapevtsko obravnavo in lahko pomagajo pri najrazličnejših težavah v okviru duševnega zdravja. Kot pri telesnih težavah poiščemo pomoč pri zdravniku družinske medicine, se je tudi v primeru duševnih stik in obremenitev smiselno obrniti na ustrezne strokovnjake. Psihoterapija in posamezne oblike svetovanja so se pokazale kot uspešen način zdravljenja ali podpore pri depresiji.

SAMOMOR

- ***Spraševanje ali pogovor o samomoru bo posameznika napeljal k dejanju.***

Vprašanje o samomoru ne bo nikogar, ki o tem še ni razmišljal, napeljalo k takšni odločitvi ali razmišljanju. Nekdo, ki o tem ne razmišlja, bo to tudi povedal. Nasprotno pa bo za nekoga, ki je o prekinitvi življenja že kdaj razmišljal ali celo razmišlja ta trenutek, pogovor o tem lahko predstavljal olajšanje in priložnost, da s svojimi težavami ne ostaja sam, ampak jih začne tudi razreševati.

- ***Tisti, ki grozijo s samomorom, ga ne bodo naredili.***

Nevarno je, če grožnje s samomorom razumemo samo kot izsiljevanje in ne verjamemo, da posameznik resno razmišlja o tem, da bi ga dejansko izpeljal. Večina oseb, ki naredijo samomor, namreč svojo namero na nek način nakaže ali o njej celo govori. Zato je treba vse grožnje s samomorom in načrte, kako ga nekdo namerava izpeljati, vedno vzeti resno in se o njih temeljito pogovoriti.

- ***Nekoga, ki je odločen, da bo naredil samomor, ne more nič ustaviti.***

Pogosto začnejo posamezniki razmišljati o samomoru zato, ker ne vidijo druge rešitve za svojo stisko. Večina je do samomora ambivalentna in samomora ne želi narediti, temveč želi le najti način, kako se znebiti stiske, bolečin ali težav, ki jih ima. Če jim prisluhnemo, izrazimo svojo naklonjenost in pripravljenost za pogovor, jim lahko pomagamo, da začnejo morda razmišljati tudi o drugih možnostih.

- ***Samomor je povsem nepričakovano dejanje.***

Ta mit drži le redko, čeprav so nekatera dejanja videti nepričakovana in impulzivna, ker sledijo nekemu hudemu dogodku (prepir, izguba nekoga ali nečesa). Večina ljudi o samomoru premišljuje že dolgo pred dejanjem, čeprav lahko misel vmes večkrat opusti in ponovno obudi. V večini primerov posamezniki tudi predhodno izdelajo načrt, kako izvršiti dejanje. Travmatičen dogodek v takem primeru največkrat predstavlja le sprožilni dejavnik.

- ***Če se posamezniku po daljšem obdobju depresije naenkrat izboljša počutje, ni več v nevarnosti.***

Ta trditev drži le redko in je lahko zelo nevarna. Pogosto namreč ljudem, ki so depresivni in se enkrat odločijo za samomor, ta dokončna odločitev (določitev datuma samomora, načina samomora) pomeni trenutno olajšanje in zato delujejo sproščeni. To se lahko kaže preko nenadnega boljšega razpoloženja pri sicer depresivnem, apatičnem posamezniku, lahko pa opazimo tudi druge oblike vedenja, npr. pisanje oporoke (pri sicer fizično zdravem, mladem človeku) ali razdajanje svojih predmetov.

6.3 Koristni kontakti za področje Ljubljane in okolice

Zdravnik družinske medicine se lahko mnogokrat znajde v situaciji, ko bi želel starejšega bolnika ali njegove svojce napotiti ali usmeriti po dodatno pomoč/podporo, pa ne ve kam. Zato v tej prilogi navajamo kontaktne podatke (za področje Ljubljane in okolice):

- A. specialističnih psihiatričnih ambulant,
- B. psihoterapevtske in svetovalne pomoči,
- C. telefonske pomoči v stiski,
- D. nevladnih organizacij, ki izvajajo dejavnosti za starejše,
- E. dnevnih centrov aktivnosti za starejše,
- F. dnevnega varstva za starejše,
- G. pomoči družini na domu in
- H. centrov za socialno delo.

A. SPECIALISTIČNE PSIHIATRIČNE AMBULANTE

PKM D.O.O.	
Margareta Kocmur, dr. med., spec. psih. Zarnikova ulica 11 1000 Ljubljana	01 232 26 00
ŽZD LJUBLJANA	
Rozalija Schmitzer Sodja, dr. med. Celovška cesta 4 1000 Ljubljana	01 231 02 42
MARTA CERAR LOTRIČ - PSIHIATRIČNA ORDINACIJA	
Marta Cerar Lotrič, dr. med., spec. psih. Metelkova ulica 15 1000 Ljubljana	01 431 04 16
ZDRAVSTVENI DOM DOMŽALE	
Novak Andreja, dr. med. Mestni trg 2 1230 Domžale	01 724 51 00 01 724 52 11
ZDŠ LJUBLJANA	
mag. Vanja F. Rejec, dr. med., spec. psih. Aškerčeva cesta 4 1000 Ljubljana	01 200 74 27 01 200 74 42
ANAMARIJA ZIHERL - PSIHIATRIČNA AMBULANTA	
Anamarija Zihlerl, dr. med., spec. psih. Novi trg 26 1241 Kamnik	01 831 86 19

DIRONA D.O.O.	
mag. Dubravka Trampuž, dr. med., spec. psih. Preglov trg 1 1000 Ljubljana	040 241 315
TEMZA, D.O.O.	
Dragomira Ahlin, dr. med., spec. psih. Irena Korelc, dr. med., spec. psih. in Lilijana Gajič, dr. med., spec. psih. Dunajska cesta 198 1000 Ljubljana	01 569 25 86
ALENKA HELENA PETEK, PSIHIATRINJA	
Alenka Petek, dr. med., spec. psih. Beethovnova ulica 6 1000 Ljubljana	031 620 340
MAJDA ŠERIČ - ZASEBNA ZDRAVNICA	
Majda Šerič, dr. med., spec. psih. Savska cesta 9 1000 Ljubljana	01 437 02 36
BREDA JELEN SOBOČAN - PSIHIATRIČNA ORDINACIJA	
Breda Jelen Sobočan, dr. med., spec. psih. Slomškova ulica 23 1000 Ljubljana	01 283 23 23 031 267 357
JESEJ D.O.O.	
Škraba Krmelj Darja, dr. med., spec. psih. Valburga 35 A 1216 Smlednik	01 516 14 12

SILVIJA SOTOŠEK - PSIHIATRIČNA ORDINACIJA

Silvija Sotošek, dr. med., spec. psih. Komenskega ulica 32 1000 Ljubljana	01 431 80 84
---	--------------

ANJA MARIJA RELJIČ PRINČIČ - SPECIALISTIČNA PSIHIATRIČNA ORDINACIJA**DUŠAN ŽAGAR - PSIHIATRIČNA ORDINACIJA****KLELIJA HROVATIČ - SPECIALISTIČNA PSIHIATRIČNA ORDINACIJA**

Anja Reljič Prinčič, dr. med., spec. psih.	01 430 45 01
prim. Dušan Žagar, dr. med., spec. psih.	01 430 45 02
Klelija Hrovatič, dr. med., spec. psih.	01 430 45 03
Slomškova ulica 35 1000 Ljubljana	01 430 45 00

SVETOVANJE DR.KUHAR D.O.O.

Irma Kuhar, dr. med., spec. psih. Podpeška cesta 208 1351 Brezovica pri Ljubljani	031 357 873
---	-------------

PSIHIATRIČNA ORDINACIJA RUDNIK, D.O.O.

Marjeta Blinc Pesek, dr. med., spec. psih. Rudnik II 4 1000 Ljubljana	01 428 84 06
---	--------------

PREGELJ D.O.O.

doc. dr. Peter Pregelj, dr. med., spec. psih. Zaplana 112 1360 Vrhnika	05 993 49 46
--	--------------

B. PSIHOTERAPEVTSKA IN SVETOVALNA POMOČ

V Ljubljani obstaja pester in bogat nabor različnih oblik psihoterapij ter svetovanj, ki jih izvajajo posamezniki ali potekajo v okviru društev, centrov za socialno delo, inštitutov ipd. Večina je plačljivih, nekatere pa so brezplačne ali le za simbolično plačilo. Zaradi omejitve s prostorom navajamo spletne naslove le nekaterih (krovnejših) organizacij, na katerih so navedeni konkretni podatki terapevtov/društev, na katere se lahko obrne posameznik.

Slovenska krovna zveza za psihoterapijo

www.skzp.org

Združenje psihoterapevtov Slovenije

www.zps.ordinacija.net

Društvo za vedenjsko in kognitivno psihoterapijo Slovenije

www.drustvo-vkt.org

Združenje zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije

<http://zdt.si>

Najdi.psihologa (v okviru Društva psihologov Slovenije)

www2.arnes.si/~dpsih/najdipsi0.htm

Navajamo tudi kontaktne podatke treh posameznih organizacij, ki nudijo (specifično) svetovalno pomoč starejšim in/ali njihovim svojcem.

Posvet – center za psihološko svetovanje	
Mestni trg 8 1000 Ljubljana	01 251 29 50
www.posvet.org	
Spominčica	
Slovensko združenje za pomoč pri demenci Linhartova 13 1000 Ljubljana	01 256 51 11 041 309 200 041 309 202
spomincica.si@gmail.com www.ljudmila.org/~zzppd	
Slovensko društvo Hospic	
Za spremljanje neozdravljivo bolnih in njihovih svojcev Dolenjska cesta 22 1000 Ljubljana	01 420 52 60
hospic@siol.net www.drustvo-hospic.si	
Uradne ure:	
ponedeljek – petek: 9.00 – 13.00 torek: 12.00 – 18.00	

C. TELEFONSKA POMOČ V STISKI

01 520 99 00	Klic v duševni stiski	med 19. in 7. uro zjutraj
116 123	Zaupna telefona Samarijan in Sopotnik (skupna številka)	24h/dan klici so brezplačni
01 422 33 70	Gerontološko društvo Slovenije (telefon za starejše ljudi in njihove svojce)	vsako delovno sredo od 9. do 14. ure
01 528 39 95	Spominčica Slovensko združenje za pomoč pri demenci (svetovalni telefon)	vsak delovni ponedeljek, sredo in četrtek od 15. do 17. ure

D. NEVLADNE ORGANIZACIJE, KI IZVAJAJO DEJAVNOSTI ZA STAREJŠE

Društvo za izobraževanje za tretje življenjsko obdobje	
Univerza za tretje življenjsko obdobje v Ljubljani Poljanska cesta 6 1000 Ljubljana	01 433 20 90
univerza-3@guest.arnes.si www.univerza3.si	
Gerontološko društvo Slovenije	
Linhartova 13 1000 Ljubljana	01 422 33 70
gds@siol.net www.gds.si	

Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje

Resljeva 7

1000 Ljubljana

01 433 93 01

info@inst-antonatrstenjaka.siwww.inst-antonatrstenjaka.si**Društvo za spodbujanje starejših k ponovni vključitvi v aktivno življenje - Društvo SENIOR**

Trg komandanta Staneta 4

1000 Ljubljana

01 510 13 57

drustvo.senior@siol.com**Mestna zveza upokojencev Ljubljana, OSZDU**

Poljanska 14

1000 Ljubljana

01 430 44 10

mzu@siol.netwww.mzu.siwww.mestnazvezaupokojencev.si**Medgeneracijsko društvo za kakovostno starost Ljubljana**

Resljeva 11

1000 Ljubljana

01 433 93 01

E. DNEVNI CENTRI AKTIVNOSTI ZA STAREJŠE

Dnevni centri aktivnosti za starejše ponujajo številne aktivnosti (telovadba, joga, ples, tečaji računalništva, kiparjenje z glino, učenje tujih jezikov, kuhanje, šivanje, ostala ročna dela ipd.), ki pripomorejo k vzdrževanju psihofizične kondicije in k medsebojnemu druženju.

Storitve dnevnih centrov so za uporabnike brezplačne, vključeni običajno prispevajo samo simboličen znesek.

Dnevni centri aktivnosti za starejše Mestne zveze upokojencev Ljubljana
dca@mzu.si
www.mzu.si
www.mestnazvezaupokojencev.si

Dnevni center aktivnosti za starejše v Mostah

Povšetova 20 1000 Ljubljana	01 430 51 52
--------------------------------	--------------

Odprto:

ponedeljek – četrtek: 8.00 - 18.00
petek: 8.00 – 16.00

Dnevni center aktivnosti za starejše za Bežigradom

Puhova 6 1000 Ljubljana	01 534 40 26
----------------------------	--------------

Odprto:

ponedeljek – petek: 7.30 - 18.00

Dnevni center aktivnosti za starejše v centru

Gospodsvetska cesta 4 1000 Ljubljana	01 232 24 21
---	--------------

Odprto:

ponedeljek – petek: 7.30 - 18.00

Dnevni center aktivnosti za starejše osebe z okvarami sluha Društva gluhih in naglušnih Ljubljana

Cesta v prod 8
1000 Ljubljana

01 528 44 93

dgn.ljubljana@siol.net

Odprto:

ponedeljek, torek, četrtek, petek: 8.00 – 14.00
sreda: 8.00 – 20.00

Dnevni center aktivnosti za starejše Doma starejših občanov Ljubljana Šiška (Dnevni center – dnevno varstvo)

Kunaverjeva 15
1000 Ljubljana

01 513 16 40
040 455 622

Odprto:

ponedeljek – petek: 7.00 - 17.00

Dnevni center aktivnosti za starejše Papilot Zavod za vzpodbujanje in razvijanje kvalitete življenja Ljubljana

Zakotnikova ulica 3
1000 Ljubljana

01 542 15 82

info@papilot.si

Odprto:

ponedeljek – petek: 7.00 - 19.00

Dnevni center aktivnosti za starejše Doma za starejše občane Fužine

Nove Fužine 40
1000 Ljubljana

01 587 46 00
051 441 791

amg@dso-fuzine.si
www.dso-fuzine.si

Odprto:

ponedeljek – petek: čas odvisen od dejavnosti

F. DNEVNO VARSTVO ZA STAREJŠE

Dnevno varstvo se izvaja pretežno v domovih za starejše in je namenjeno predvsem tistim starejšim, ki potrebujejo več oskrbe in nege zaradi različnih bolezni, tudi demence, ali zaradi zmanjšane samostojnosti pri vsakodnevni opravilih.

Storitev je plačljiva, socialno šibkejšim pa na osnovi odločbe centra za socialno delo MOL doplača storitev, kadar se izvaja v okviru javne službe.

Dom starejših občanov Ljubljana Šiška (javna služba)

Kunaverjeva 15
1000 Ljubljana

01 513 16 30

siska@ssz-slo.si

Odprto:

ponedeljek – petek: 7.00 - 17.00

Dom starejših občanov Ljubljana Moste – Polje (javna služba)

Ob sotočju 9
1000 Ljubljana

01 584 37 00

dsolmp@siol.net

Odprto:

ponedeljek – petek: 8.00 – 16.00

Papilot Zavod za vzpodbujanje in razvijanje kvalitete življenja Ljubljana

Zakotnikova ulica 3
1000 Ljubljana

01 542 15 82

info@papilot.si

Odprto:

ponedeljek – petek: 7.00 - 19.00

G. POMOČ DRUŽINI NA DOMU

Pomoč je namenjena posameznikom, ki zaradi starosti ali hude invalidnosti ne zmorejo več sami poskrbeti za osebno nego in oskrbo, njihovi svojci pa jim pri tem ne morejo pomagati v zadostnem obsegu. Znotraj mreže javne službe jo v Ljubljani izvajata dve organizaciji, pri čemer MOL subvencionira do 76 % cene storitve.

Zavod za oskrbo na domu Ljubljana (ZOD)	
Ambrožev trg 7 1000 Ljubljana	01 239 65 02
info@zod-lj.si	
Uradne ure:	
ponedeljek: 8.00 – 10.00 in 14.00 – 16.00 sreda, četrtek, petek: 8.00 – 10.00	
Zavod Pristan	
Ulica Gradnikove brigade 11 1000 Ljubljana	01 547 95 79 031 702 698
nada@pristan.si	
Uradne ure:	
ponedeljek – petek: 9.00 - 14.00	

H. CENTRI ZA SOCIALNO DELO V LJUBLJANI

Center za socialno delo Ljubljana Bežigrad

Podmilščakova 20 1000 Ljubljana	01 300 18 00 01 300 18 01
------------------------------------	------------------------------

gpcsd.ljbez@gov.si

Center za socialno delo Ljubljana Center

Dalmatinova 2 1000 Ljubljana	01 475 08 00 01 475 08 16
---------------------------------	------------------------------

gpcsd.ljcen@gov.si

Center za socialno delo Ljubljana Moste - Polje

Ob Ljubljjanici 36a 1000 Ljubljana	01 587 34 00
---------------------------------------	--------------

gpcsd.ljmos@gov.si

Center za socialno delo Ljubljana Vič - Rudnik

Tržaška cesta 2 1000 Ljubljana	01 200 21 40
-----------------------------------	--------------

gpcsd.ljvic@gov.si

Center za socialno delo Ljubljana Šiška

Celovška 195 1000 Ljubljana	01 583 98 00
--------------------------------	--------------

gpcsd.ljsis@gov.si

6.4 Geriatrična lestvica depresivnosti in navodila za njeno vrednotenje

GERIATRIČNA LESTVICA DEPRESIVNOSTI¹ (kratka oblika)

Obkrožite odgovor, ki najbolje opisuje vaše počutje v preteklem tednu:

1. Ste v glavnem zadovoljni s svojim življenjem? **DA / NE**
2. Ste opustili veliko svojih aktivnosti in zanimanj? **DA / NE**
3. Ali se vam zdi, da je vaše življenje prazno? **DA / NE**
4. Se pogosto dolgočasite? **DA / NE**
5. Ste dobro razpoloženi večino časa? **DA / NE**
6. Vas je strah, da se vam bo zgodilo kaj hudega? **DA / NE**
7. Se počutite srečni večino časa? **DA / NE**
8. Se pogosto počutite nemočni? **DA / NE**
9. Rajši ostanete doma, kot da bi šli ven in počeli nove stvari? **DA / NE**
10. Se vam zdi, da imate več težav s spominom kot drugi? **DA / NE**
11. Se vam trenutno zdi, da je čudovito živeti? **DA / NE**
12. Se takšni, kot ste sedaj, počutite precej nevredno? **DA / NE**
13. Se počutite polni energije? **DA / NE**
14. Se vam zdi, da je vaša situacija brezupna? **DA / NE**
15. Se vam zdi, da gre večini ljudi bolje kot vam? **DA / NE**

¹Lestvica je prevedena s strani avtorjev (SR, VP, ATG) in ni uradni prevod izvirnika. V elektronski obliki je dostopna na spletni strani IVZ RS www.ivz.si.

Navodila za vrednotenje Geriatrične lestvice depresivnosti

Vsak **okrepljen** odgovor pomeni 1 točko, njihov skupni seštevek pa nakazuje verjetnost depresije. Čeprav se je v različnih študijah pokazala razlika v občutljivosti in specifičnosti lestvice*, pri uporabi v klinične namene velja kriterij, da rezultat **> 5** točk nakazuje verjetnost depresije in narekuje izvedbo diagnostičnega intervjuja. Rezultat **> 10** točk skoraj vedno pomeni depresijo.

*Pri vrednosti 4/5 znaša občutljivost 90 %, specifičnost pa 65 %, kar pomeni, da bo veliko lažno pozitivnih, vendar bomo zajeli tudi skoraj vse osebe z depresijo. Pri vrednosti 6/7 znašata tako občutljivost kot specifičnost 80 %. V tem primeru izgubimo nekaj v resnici depresivnih, med zajetimi pa je manj takih, ki niso depresivni.

V presejalne namene je bolje uporabiti nižjo vrednost, možnost depresije pa je potrebno oceniti s kliničnim intervjujem.

6.5 Vprašalnik o bolnikovem zdravju-9 (PHQ-9) in navodila za njegovo vrednotenje

VPRAŠALNIK O BOLNIKOVEM ZDRAVJU-9²

1. Kako pogosto so Vas v preteklih 2 tednih mučile naslednje težave?

	Sploh ne	Nekaj dni	Več kot polovico dni	Skoraj vsak dan
a. Malo interesa in zadovoljstva v stvareh, ki jih počnem.	0	1	2	3
b. Potrtost, depresivnost, obup.	0	1	2	3
c. Težko zaspim, spim slabo; ali spim prekomerno.	0	1	2	3
d. Utrujenost in pomanjkanje energije.	0	1	2	3
e. Slabo mnenje o sebi; občutek, da sem neuspešen/a in da sem razočaral/a sebe ali bližnje.	0	1	2	3
f. Slab apetit ali prenajedanje.	0	1	2	3
g. Težave s koncentracijo pri stvareh, kot so branje časopisa ali gledanje televizije.	0	1	2	3
h. Tako upočasnjeno gibanje ali govor, da so drugi ljudje lahko to opazili. Ali nasprotno – velika nervoza in nemir, kot da nimam obstanka.	0	1	2	3
i. Misli o tem, da bi bilo bolje, če bi bil mrtev ali da bi si nekaj hudega naredil.	0	1	2	3

seštevek stolpcev

+

+

SKUPAJ:

2. Če ste označili katerokoli od težav navedenih zgoraj, kako močno so te težave vplivale na vaše delo, na skrb za stvari doma in na odnose z ljudmi:

Ne preveč	Precej močno	Zelo močno	Izredno močno
0	1	2	3

²Vprašalnik je preveden s strani avtorjev (DK, ATG) in ni uradni prevod izvirnika. V elektronski obliki je dostopen na spletni strani IVZ RS www.ivz.si.

Navodila za vrednotenje

Vprašalnik PHQ-9 kot pomoč pri začetni diagnozi

1. Če so označene vsaj 4 postavke v sivem polju (vključno z vprašanji 1 in 2), gre za sum na depresivno motnjo.
2. Sum na veliko depresivno motnjo (po DSM-IV):
če je označenih vsaj 5 postavk v sivem polju (pri tem mora biti označena tudi postavka 1 ali 2).

Sum na drugo obliko depresivne motnje:

če so v sivem polju označene 2 do 4 postavke (pri tem mora biti označena tudi postavka 1 ali 2).

3. Za oceno resnosti motnje je potreben seštevek točk:

0 - 4	Ni prisotna.
5 - 9	Blaga depresija.
10 - 14	Zmerna depresija.
15 - 19	Zmerno huda depresija.
20 - 27	Huda depresija.

4. Pri vrednotenju je potrebno upoštevati:

Če vprašalnik rešuje posameznik sam, mora zdravnik vse odgovore preveriti. Diagnoza mora temeljiti na klinični osnovi in upoštevati, kako dobro je posameznik razumel vprašalnik in tudi vse druge relevantne informacije o njem.

Za diagnozo velike depresivne motnje ali druge depresivne motnje po DSM-IV je potrebno upoštevati tudi odgovor na vprašanje pri drugi točki (eden od diagnostičnih kriterijev je namreč pomembno poslabšanje posameznikovega delovanja na socialnem, delovnem ali drugih pomembnih področjih) ter izključiti normalno žalovanje in zgodovino bipolarnе motnje. Izključiti pa je potrebno tudi vpliv telesnih motenj, zdravil ali drugih drog kot možnega biološkega vzroka za pojav depresivnih simptomov.

