

DUŠEVNE MOTNJE IN STISKE V STAROSTI

Aleš Kogoj

Naslov publikacije:

Duševne motnje in stiske v starosti

Avtor:

Aleš Kogoj

Izdaja:

2011

Ime in sedež založnika:

Visoka zdravstvena šola v Celju

Mariborska cesta 7, 3000 Celje

Nosilec avtorskih pravic:

Aleš Kogoj

Spletna lokacija publikacije:

<http://www.vzsce.si>

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

616.89-053.9(0.034.2)

KOGOJ, Aleš

Duševne motnje in stiske v starosti [Elektronski vir] /
Aleš Kogoj. - El. knjiga. - Celje : Visoka zdravstvena
šola, 2011

Način dostopa (URL): <http://www.vzsce.si>

ISBN 978-961-6889-00-1 (pdf)

260817664

Vsebina:

UVOD	3
DEMENCA	3
Epidemiologija	4
Simptomi	4
Začetne spremembe	6
Nadaljevanje bolezni	7
Končni stadij	8
Zdravljenje in pomoč bolniku z demenco	9
Demenca pri Alzheimerjevi bolezni	10
Vaskularna demenca	11
Demenca z Lewyjevim telesci in demenca pri Parkinsonovi bolezni	11
Frontotemporalne demence	12
DELIRIJ	12
Epidemiologija	13
Klinična slika	13
Etiologija	14
Zdravljenje in prognoza	15
BLAGA KOGNITIVNA MOTNJA	15
DEPRESIJA	16
Simptomi in znaki	16

Samomorilnost v starosti	18
DUŠEVNE POTREBE IN STISKE V STAROSTI	20
Izgube	20
Osamljenost.....	21
Odvisnost od tuje pomoči.....	22
Smrt.....	22
Potrebe in pomoč	23
ZLORABA IN NASILJE NAD STAREJŠIMI	24
Pogostnost zlorab	24
Svetovni problem	25
Zakaj prihaja do zlorab?	25
Oblike zlorabe starejših	26
Fizično nasilje	26
Čustvene/duševne zlorabe.....	27
Zanemarjanje	28
Finančne zlorabe	29
Zlorabe v družini	30
Zloraba starejših v zavodih	30

Uvod

Ker se življenjska doba hitro podaljšuje, je čedalje več tudi starejših z duševnimi motnjami. Duševne motnje se lahko pojavijo v starosti prvič v življenju, ali pa predstavljajo nadaljevanje duševne motnje iz mlajših življenjskih obdobj. V starosti so v primerjavi z mlajšimi življenjskimi obdobji precej pogostejše organske duševne motnje, vendar pa so pogoste tudi endogene duševne motnje. S staranjem se lahko spreminja tudi klinična slika duševnih motenj. Skupaj z mnogimi ustaljenimi, a napačnimi prepričanji o staranju to pripomore k podcenjevanju pogostnosti in teže duševnih motenj v starosti.

Zlasti v starosti je zelo izrazito prepletanje telesnih bolezni in duševnih motenj. Mnoge telesne bolezni lahko sprožijo duševno motnjo (npr. delirij ali depresijo). Prav tako lahko duševno motnjo sprožijo tudi mnoga zdravila, ki jih uporabljamo za zdravljenje telesnih bolezni in teh starejši pogosto prejemajo veliko. Velja pa tudi obratno. Duševne motnje in psihotropna zdravila lahko pomembno vplivajo na potek telesnih bolezni. Zaradi tega je vedno potrebna celostna obravnava bolnika.

In nenazadnje, ne smemo pozabiti vloge socialnih dejavnikov, ki neredko neposredno vplivajo na potek duševne motnje ali pa vsaj posredno na to, da starejši in njihovi bližnji iščejo pomoč tudi v zdravstvenih ustanovah. Starejši z duševno motnjo so pogostejše socialno izolirani. Po drugi strani pa starejši in njihovi bližnji pogostejše potrebujejo pomoč družbe s servisi v domačem okolju ali v zavodu.

Izmed duševnih motenj v starosti so tukaj opisane le najpomembnejše: demenca, blaga kognitivna motnja, delirij in depresija. Ostale duševne motnje v starosti tukaj niso zajete, kar pa ne pomeni, da niso pomembne za klinično prakso.

Demenca

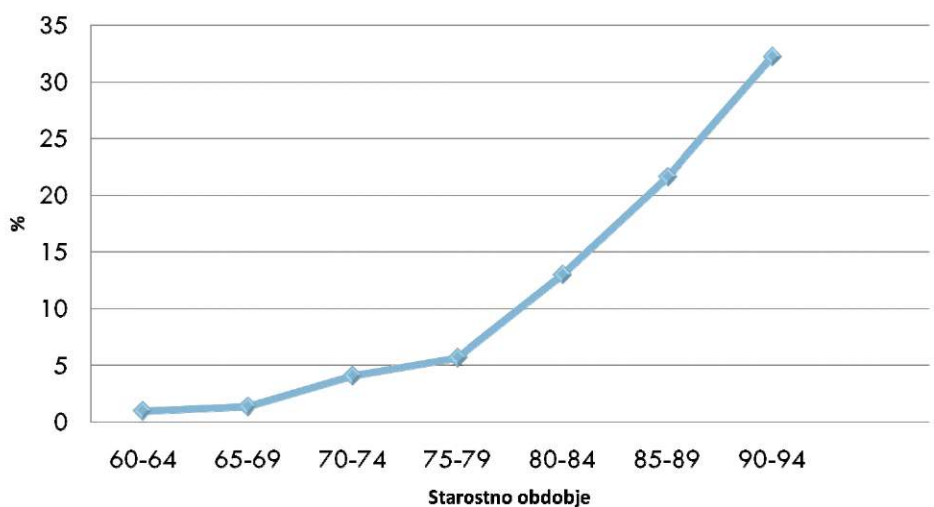
Demenca je opredeljena kot sindrom z upadom spoznavnih sposobnosti, ki ga povzroča možganska bolezen, navadno kronična ali progresivna. Upad

slednjih prizadene dnevne aktivnosti, sposobnost za obvladovanje čustev, socialnega vedenja ali motivacije.

Epidemiologija

Tabela 1: Prevalenca demence

Prevalenca demence



EURODEM

Simptomi

Prevladujoči simptomi in njihov vrstni red pojavljanja je odvisen od vrste demence. Za demenco je značilen:

- **upad spominskih sposobnosti**, ki se običajno nanašajo na pomnjenje in priklic novih informacij, čeprav je z napredovanjem bolezni prizadet tudi spomin za davne dogodke. Zato bolniki običajno ne vedo tekočega datuma ali starosti, dolgo časa pa še vedo letnico rojstva.
- Poleg motenj spomina je prisoten upad **sposobnosti govornega izražanja** (afazija). Prizadeto je tako izražanje, kot razumevanje govora in pisanega teksta. Običajno je najprej prizadeto simbolno izražanje (razumevanje pregovorov, prispodob, tujk, zaimkov). Že v začetnem

stadiju, ali pa kasneje, imajo bolniki težave pri poimenovanju predmetov (nominalna afazija), uporabljajo spremenjene besede ali napačne (parafazije) ali – kar je redko - popolnoma nove besede (neologizmi) govorni tok postane inkohherenten, pri pisanju izpuščajo ali ponavljajo črke, zloge, besede. Težave z izražanjem se tekom razvoja bolezni stopnjujejo, tako da v poznem stadiju uporabljajo le še nekaj različnih besed, ponavljajo posamezne besede ali zloge (palilalija), ponavljajo besede, ki ji slišijo (eholalija) ali postanejo popolnoma afazični. Neverbalna komunikacija pa ostane vsaj deloma ohranjena tudi, ko verbalna komunikacija ni več mogoča.

- Tudi brez okvare gibal **niso zmožni uporabe motoričnega aparata** (apraksija). Zato imajo težave pri upravljanju z aparati v gospodinjstvu, ne znajo se več obleči, še vedno pa lahko urno odidejo zdoma. V poznem stadiju niso več sposobni niti samostojnega hranjenja, v terminalnem stadiju pa so lahko popolnoma nepomični.
- **Težave imajo z zaznavanjem**, tudi brez okvare čutil (agnozija). Bolniki ne prepoznajo svojih bližnjih, svoje podobe v ogledalu in predmetov. Sliko na televiziji zaznavajo kot živo dogajanje v prostoru, dvodimenzionalno podobo pa kot trodimenzionalno, npr. vzorec na tleh.
- **Izvršitvene funkcije** (vključujejo predvidevanje, izbor ciljev, načrtovanje, integracija informacij v času in prostoru, spremljanje aktivnosti in izkoriščanje povratnih informacij) omogočajo namerno (k cilju orientirano) in avtonomno vedenje. Običajno so zgodaj prizadete, čeprav je zaradi opuščanja posameznih dejavnosti in pomoči bližnjih njihov upad lahko sprva prikrit.
- Upad zgoraj omenjenih spoznavnih sposobnosti je zadosten, da **prizadene** prej utečene **dnevne aktivnosti**.
- Kot posledica demence se pojavi pri praktično vseh bolnikih v enem ali drugem stadiju bolezni, katera izmed **vedenjskih ali psihičnih sprememb**. Te pogosto še izraziteje poslabšajo kvaliteto življenja kot samo upad spoznavnih sposobnosti. Vedenjski simptomi (običajno določeni s pomočjo opazovanja) so: nasilno vedenje, kričanje, preklinjanje, jokanje, nemir, vznemirjenost, tavanje, socialno neustrezno vedenje, spolno dezinhibirano vedenje, zbiranje zalog, ponavljajoča

vprašanja, spremljanje svojcev. Tem lahko dodamo še motnje hranjenja, vsiljivost in odklonilno vedenje. Psihični simptomi (običajno opredeljeni po pogovoru z bolnikom ali svojci) so: tesnoba, depresija, apatija, nespečnost, blodnje, napačno prepoznavanje in halucinacije.

- **Zavest pri demenci ni motena.** So pa v sklopu demence pričakovana tudi delirantna stanja.

Začetne spremembe

Začetni znaki so včasih podobni nekaterim telesnim ali drugim duševnim boleznim. Razdražljivost, depresivno razpoloženje in izgubo interesov lahko opazimo tako pri demenci kot tudi pri depresiji. Bolniki ne kažejo več zanimanja za dogajanja v okolici ali za družabna srečanja, raje se zadržujejo v družinskem krogu, ki jim je poznan in jim zato nudi občutek varnosti. Postanejo lahko pretirano natančni ali pretirano površni, zavzeti so s posameznimi idejami ali dejanji, tudi neustreznimi v danem trenutku. Nekdaj resni in zadržani lahko postanejo nenavadno šegavi s pogostejšimi neustreznimi dovtipi, oslavljenim občutkom za oliko, oblačenje ali osebno nego. Ob smrti svojcev ali drugih izgubah ne pokažejo običajno prisotne stiske ali pa postanejo celo sumničavi.

Težave s spominom se običajno zgodaj pojavijo. Bolniki povečini uspešneje opišejo doživetja iz zgodnejših življenjskih obdobj, vendar pa je pri tem časovno zaporedje dogodkov pogosto neustrezno. Izrazitejše težave opazimo, ko naj bi se spomnili nedavnih dogodkov. Čeprav pravilno povedo, kje so živeli, delali, kdaj so se poročili ali pa brez težav navedejo rojstne datume otrok, se morda ne bodo spomnili, kaj so počeli pred pol ure. Pogosteje pozabljajo imena ali založijo posamezne predmete. Med pogovorom teže najdejo posamezne besede ali jih izpuščajo, teže sledijo dolgim zahtevnim pogovorom in imajo težave z dojemanjem simbolnega izražanja. Pozabljivost in pešanje umskih sposobnosti lahko opazijo tudi bolniki sami, zaradi česar upade samospoštovanje, pogosto so depresivni, razdražljivi in jezavi.

Nerazumevanje za težave bolnikov v začetnem obdobju ni redko, saj lahko v kratkem pogovoru ali domačem okolju delujejo urejeno. Izrazitejše motnje se pokažejo šele po delu, ki traja dalj časa in ob katerem se sicer hitro utrudijo. Začetne spremembe svojci sicer večkrat zaznajo, vendar jih težko natančneje

opišejo ali določijo njihovo trajanje. V tem obdobju težave običajno niso dovolj moteče, da bi poiskali pomoč bolniki ali njihovi svojci.

Nadaljevanje bolezni

Kasneje se težave s spominom stopnjujejo, bolniki pa lahko težave prikrivajo ali jih celo odločno zanikajo. Naloge, ki so jih prej z lahkoto opravili, kasneje zahtevajo od njih vse večje napore. Ob opravljenih enostavnih nalogah kažejo pretirano zadovoljstvo. Pri tistih, ki so še zaposleni, sodelavci že opazijo zmanjšano delovno uspešnost, zlasti na delovnih mestih, ki zahtevajo prožnost, zbranost, prilagajanje in nasploh večje umske obremenitve. Ponavljajoče se, rutinske vsakodnevne aktivnosti lahko uspešno opravljajo dalj časa.

Sposobnost razumevanja in presoje je oslABLJena, pri pogovoru hitreje zaidejo s teme. Besedni zaklad se opazno zmanjša, govor postane inkohenten, pojavijo se tudi motnje pri branju in pisanju. Pri pisanju izpuščajo posamezne črke ali besede ali pa jih večkrat ponovijo oziroma zamenjajo z neustreznimi. Računanje je nepravilno ali povsem onemogočeno, otežene so miselne predstave.

Ne morejo več samostojno urejati finančnih zadev ali samostojno potovati. Brez pomoči gredo le še do bližnje trgovine. Zaradi težav, ki jih imajo z orientacijo hitro zatavajo. Potrebujejo vedno več nadzora in tudi več vzpodbud pri aktivnostih, ki jih veselijo in jih še zmorejo. Ob vztrajnem ponavljanju posameznih aktivnosti te preidejo v navado, ki jo ohranijo še nekaj časa. Po drugi strani predstavlja postopno opuščanje posameznih zahtevnejših aktivnosti prilagoditev ob zmanjšanih sposobnostih. Nekateri bolniki se sicer zavedajo upada sposobnosti, vendar so zaradi slednjih običajno bolj vznemirjeni in zaskrbljeni svojci.

Z napredovanjem bolezni popuščajo naučene socialne zavore, bolniki razkrivajo zaupne stvari, brezbržni postanejo do napak in omejitev, zaradi katerih bi bili prej v zadregi. Posamezne osebnostne poteze lahko postanejo izrazitejše. Lahko pa se, nasprotno, značilne osebnostne poteze izgubijo ali pa prevzamejo povsem nove navade in začno goljufati, spremenijo spolne navade ali postanejo nasilni.

Izbruhi jeze so posledica stisk, ki jih bolnik z demenco doživljajo v vsakdanjem življenju. Lahko pa so tudi znak nanašalnih ali preganjalnih blodenj, vidnih ali slušnih halucinacij. Nenadni izbruhi se lahko pojavijo tudi ob stikih s tujci, ob nalogah katerim niso kos, ob hitrih spremembah v okolju. Preganjalne blodnje so lahko zelo izražene, vendar so le redko urejene v sistem blodenj. Ker se počutijo ogroženi, so ob tem napeti, nezaupljivi, sumničavi, jezni, izjemoma tudi fizično agresivni. Bolniki z demenco postanejo čustveno labilni. Skrajna oblika čustvene labilnosti, ki pa je značilnejša za pozne stadije bolezni, je čustvena inkontinenca. Hitro se zjočejo ali razjezijo, vendar pa se tudi hitro umirijo, kot da se ne bi nič zgodilo. Nekateri ne pokažejo niti primerne veselja niti žalosti. Čeprav ne opazimo mimike, ki bi izrazila čustvovanje, lahko izrazijo ugodje ali nezadovoljstvo s posameznimi besedami, glasovi ali telesnimi gibi. Njihovi odzivi so nam morda nerazumljivi, vendar kažejo, da na omejen način še vedno zaznajo občutek toplote in varnosti ali negotovo, spreminjajoče se okolje.

Ne smemo pozabiti, da so nebesedna sporočila pogosto ključ k oblikovanju prvega vtisa o določeni osebi. Dementni bolnik s hudimi spominskimi motnjami pa živi vedno znova v svetu prvih vtisov.

Končni stadij

Spominske sposobnosti povsem odpovedo. Ne uspejo več priklicati niti informacij iz mlajših življenjskih obdobj. Zgodi se, da bolniki ne prepoznajo niti najbližjih sorodnikov ali pa prepoznajo povsem neznane osebe kot znanke iz preteklosti. Za partnerja ali svojce menijo, da so tujci, ki so prišli s slabimi nameni. Pogovarjajo se z navideznimi osebami ali z lastno podobo, ki jo vidijo v ogledalu. Živijo v zmotnem prepričanju, da so še zaposleni, da so starši še živi, otroci pa da hodijo v šolo. Bolniki se ne znajdejo več niti v lastnem domu. Najpogosteje ne vedo pravilnega datuma, niti ne leta, kot tudi ne mesta kjer se nahajajo. Čeprav še ne potrebujejo pomoči pri hranjenju in osebni negi, imajo težave pri oblačenju. Čevelj si nataknejo na napačno nogo ali pa srajco oblečejo preko pižame.

Kljub temu, da še samostojno hodijo in imajo dovolj moči, so povsem odvisni od pomoči svojcev. Vedno potrebujejo stalen nadzor. Nadzor je potreben tudi v nočnih urah, saj so pogosto nespečni. Stalen nadzor in skrb za

bolnika z demenco obremenjuje svojce, ki niso vedno kos vsem naporom. Čeprav je za bolnika najprimernejše domače okolje, v katerem so preživeli večino življenja, je včasih potrebno poskrbeti za nastanitev v ustanovi, kjer lahko zanje ustrezno poskrbijo.

Dementni bolniki pogosto tavajo in so nemirni. Tisti, ki so bili vse življenje aktivni in so fizično še dovolj močni, skušajo nadaljevati s podobnimi aktivnostmi, katerih posamezne elemente lahko ponavljajo ure in ure. Odpravijo se na obisk k morda že pokojnemu prijatelju, pri tem pa jih z običajne poti lahko zvabijo številni dražljaji. Delirij je pri starejših, še zlasti pri dementnih bolnikih, pogost vzrok dezorientiranosti.

Ob napredovanju bolezni postajajo vse bolj neokretni, upočasnjeni, gibljejo se le malo ali povsem nepomično stojijo. Govor je upočasnen, postanejo redkobesedni in lahko ponavljajo samo še posamezne fraze. Pogovora ali napisanega besedila ne razumejo več. Pojavijo se lahko težave z zadrževanjem blata in/ali vode. Zaradi oslabelega apetita ali motenj požiranja pogosto izrazito shujšajo. Oslabel občutek za žejo lahko povzroči izsušitev, še zlasti ob vnetjih. Včasih je ustrezno hranjenje mogoče zagotoviti le s pomočjo želodčne sonde. Nazadnje lahko ostanejo vezani na posteljo, občutljivejši za vnetja, zaradi katerih tudi najpogosteje umrejo.

Zdravljenje in pomoč bolniku z demenco

Poleg zdravljenja z zdravili so za bolnike z demenco pomembni tudi ostali ukrepi (kadar je le mogoče v domačem okolju s pomočjo ustreznih služb):

- vzdrževanje preostalih sposobnosti bolnika z umsko, telesno in socialno aktivnostjo,
- lajšanje stisk bolnika in podpora pri dnevnih aktivnostih,
- prilagajanje okolja potrebam bolnika, tudi ob upoštevanju varnostnih ukrepov,
- pomoč družini in skrbnikom.

Primerno izbrane dnevne, telesne in socialne aktivnosti omogočajo boljše obvladovanje običajnih dnevnih življenjskih aktivnosti. Pri tem pa moramo upoštevati zmožnosti in hitro utrudljivost bolnikov. Previsoko postavljeni

cilji lahko izzovejo izgubo samospoštovanja, obupanost, odpore in s tem neuspeh. Premalo zahtevne naloge pa nimajo želenega učinka. Poleg tega je potrebno zaradi napredovanja bolezni stalno prilagajati zahtevnost terapevtskih aktivnosti. Mnenja glede učinkovitosti različnih tehnik spodbujanja spoznavnih (kognitivnih) sposobnosti so različna.

Vse aktivnosti se med seboj prepletajo in med njimi ni meje, ki bi jih ločevala na samo telesne, spoznavne ali socialne. Tako pri družabnih igrah vadimo psihične in motorične spretnosti, vključena pa je tudi socialna komponenta. Na prehodu v naravo, se bolniki razgibajo, ob tem pa tudi opazujejo okolico in se pogovarjajo. S pravilno izbiro aktivnosti lahko tudi omejimo vedenjske težave.

Primerne oblike aktivnosti so tudi orientacija v realnost s katero želimo vzdrževati sposobnosti s pomočjo različnih stimulacij, ki se nanašajo na osebno, prostorsko in časovno orientacijo. Terapija reminiscence in validacije je primerna za napredovane stadije bolezni, ko so preostale spoznavne sposobnosti preskromne za druge tehnike. Uporaba preprostih instrumentov ali poslušanje znanih skladb, spodbujata tudi daljni spomin. Kdor ne zmore več odgovoriti na zastavljeno enostavno vprašanje še lahko zapoje poznano pesem.

Koristne oblike pomoči za svojce, ki pri dolgotrajni skrbi potrebujejo kar največ podpore so:

- seznanjanje z bolezenskimi znaki za hitrejše prepoznavanje, pravilno ukrepanje, prilagajanje okolja potrebam bolnika vključno z zagotavljanjem varnosti,
- skupine za samopomoč svojcev bolnikov,
- svetovalna služba po telefonu in medmrežju,
- službe za pomoč na domu (hrana, pomoč pri negi in nadzoru),
- informacije glede možnosti dnevnega varstva ali oskrbe v zavodu.

Demenca pri Alzheimerjevi bolezni

Alzheimerjeva bolezen je primarna degenerativna možganska bolezen neznane etiologije, z značilnimi nevropatološkimi in nevrokemijskimi posebnostmi. V redkih družinah se deduje avtosomno dominantno.

Običajno se razvija počasi, enakomerno, do 10 let. Alzheimerjeva bolezen je najpogostejši vzrok demence (50-60% vseh demenc).

Mikroskopsko so opazne amiloidne lehe, nevrofibrilarne pentlje in granulovakuolarne degeneracije. Amiloid sestavljajo agregati netopnih fibril amiloidnega proteina beta (β AP), ki je polipeptid z 39-43 aminokislinami. Nastane po proteolitičnem odcepu od predstopnje amiloidnega prekursorskega proteina (APP).

Vaskularna demenca

Najpogosteje se prične med 60. in 70. letom starosti in je vzrok za 15 % vseh primerov demenc. En sam inzult običajno ne povzroči demence. Ta se razvije po številnih zaporednih inzultih v področju malih do srednje velikih možganskih žil. Začetek je lahko nenaden z značilnim stopničastim upadom spoznavnih sposobnosti, ki pogosto niso prizadete vse v enaki meri. Kadar pa so inzulti manjši je lahko začetek dokaj neopazen, potek pa bolj ali manj enakomeren. Slikovne metode pokažejo številne infarktne lezije skorje in globljih struktur.

Demenca z Lewyjevim telesci in demenca pri Parkinsonovi bolezni

Osnovni simptomi so:

- izrazita nihanja pozornosti, budnosti in spoznavnih sposobnosti tekom ur, dni ali tednov,
- ponavljajoči prividi, običajno kompleksni, scenski,
- parkinsonizem se pojavi v začetnem stadiju demence. Po definiciji govorimo o demenci z Lewyjevim telesci, kadar se pojavi demenca najkasneje v roku enega leta po znakih parkinsonizma. Če se pojavi kasneje, je to demenca pri Parkinsonovi bolezni.

- neobičajna občutljivost za neželene učinke antipsihotikov (najprimernejša sta kvetiapin in klozapin).
- Diagnozo podpirajo:
- ponavljajoči padci ali sinkope,
- prehodne nepojasnjene izgube zavesti,
- disfunkcija avtonomnega živčevja,
- ostale oblike halucinacij in sistemizirane blodnje,
- depresija.

Frontotemporalne demence

Skupina frontotemporalnih demenc (FTD) predstavlja 5-7 % vseh demenc. Ker se začnejo 10 let bolj zgodaj kot Alzheimerjeva bolezen predstavljajo v starostni skupini do 70 let 8-17 % bolnikov. Pri približno 40 % bolnikov so opisane podobne motnje v najožjem sorodstvu, kar daje dednosti bistveno večji pomen kot pri Alzheimerjevi bolezni.

Osebnostne spremembe so lahko sprva dokaj zakrite. Pogosto je dezinhbirano in socialno neustrezno vedenje (kraje, vznemirjenost, izbruhi nasilnega vedenja, tavanje, ...), neustrezno spolno vedenje, izguba občutka za neustreznost vedenja, izguba občutka za izgled in osebno higieno, motnje hranjenja (zgolj določena vrsta hrane, neužitni dodatki, ekscesivno kajenje, ...), oralna fiksacija, izguba interesov (apatija, socialni umik), motnje govora in jezika, kompulzivno in ponavljajoče vedenje (drgnjenje rok, prepevanje iste pesmi, nakupovanje, zbiranje določenih stvari ...). Izguba spomina običajno ni prvi znak se pa pojavi kasneje v poteku bolezni.

Delirij

Delirij je etiološko nespecifični sindrom z motnjami pozornosti in zavesti, ki se hitro razvije in ima običajno nihajoči potek.

Epidemiologija

Delirantna stanja so med hospitaliziranimi bolniki dokaj pogosta. Različni avtorji navajajo, da 10-15% vseh hospitaliziranih bolnikov oziroma 10-30% starejših bolnikov v različnih splošnih in intenzivnih enotah bolnišnic prestane bolj ali manj izrazite oblike delirija. S staranjem se povečuje verjetnost delirija, ki ni posledica psihoaktivnih snovi.

Klinična slika

Včasih se delirij prične s prodromalnimi znaki, kot so nemir, anksioznost, prestrašenost, preobčutljivost na svetlobo ali zvok.

- Delirij vedno spremljajo **motnje pozornosti in motnje zavesti** (od somnolence do kome, oslabljena je sposobnost hotenega usmerjanja, vzdrževanja in preusmerjanja pozornosti). Miselni tok je običajno upočasnen in bolj ali manj inkoherenten. Razumevanje je oteženo ali povsem onemogočeno.
- Pacienti so običajno **dezorientirani**. Najprej je prizadeta orientacija v času, kasneje v prostoru. V najhujših primerih bolnik ne prepozna niti sorodnikov.
- Izmed zaznavnih motenj so najpogostejše prisotne optične ali optične in slušne **halucinacije** z elementarnimi ali kompleksnimi scenskimi doživetji, mogoče so iluzije. Čustvovanje in vedenje ustrezata vsebini doživetij, ki so pogosto neprijetna, zaradi česar so vznemirjeni, prestrašeni in napeti. Značilne so pogoste in hitre spremembe razpoloženja.
- **Blodnje** z običajno preganjalno vsebino so pogosto ne pa tudi nujno prisotne. Vsebina blodenj je slabo organizirana in se glede na spremembe v bolnikovem okolju lahko hitro spremeni.
- **Spominske motnje** prizadenejo tako pomnjenje kot tudi priklic. Spominske vrzeli lahko izpolnjujejo s konfabulacijami. Bolniki so amnestični za obdobje izrazitega delirantnega stanja, se pa lahko spominjajo doživetij iz obdobja manj prizadete zavesti.

- **Ritem spanja** in budnosti je lahko povsem obrnjen ali pa je izražena zgolj nespečnost. Podnevi so pogosto zaspani, ponoči pa budni in vznemirjeni. Moreče sanje se lahko povezujejo s halucinacijami v budnosti.
- **Disfunkcija avtonomnega živčevja** spremlja predvsem tista delirantna stanja, ki nastanejo kot posledica zastrupitve z antiholinergiki oziroma odtegnitve alkohola in/ali sedativov. Opazna je bledica ali rdečica kože, izrazitejše znojenje, tahikardija, zvečan krvni tlak, midriaza, navzeja, bruhanje in hipertermija. Pogosto so inkontinentni.
- Simptomi delirija so izrazitejši ponoči ali v zgodnjih jutranjih urah. Simptomi lahko **izrazito nihajo** in zlasti pri blažjih oblikah niso redka obdobja bistre zavesti in primerne orientiranosti.
- **Psihomotorno** so lahko zavrti, celo mutacistični, neopazni ali pa je nasprotno izražen zaposlitveni nemir z glasnim in hitrim govorom, ki hitro zbudi pozornost. Prevladuje lahko:
 - **hiperaktivna** (aktivirana) oblika s stanjem povečane budnosti ali
 - **hipoaktivna** (somnolentna) oblika s stanjem zmanjšane budnosti.

Hiperaktivna oblika predstavlja delirij v ožjem pomenu besede, kot se običajno uporablja pri nas za obliko kvalitativne motnje zavesti, druga pa ustreza kvantitativnim motnjam zavesti. Ti dve obliki nista samostojna podtipa saj se lahko izmenično pojavljata pri istem bolniku obe obliki delirija. Hiperaktivno obliko delirija pogosteje spremljajo halucinacije, blodnje, agitiranost in neustrezno vedenje. Pri hipoaktivni obliki je pogostejša zmedenost in zmanjšana budnost, redko pa se pojavijo halucinacije.

Etiologija

Tipični bolezenski znaki so pogosto drugačni pri starejših bolnikih, ki se velikokrat odzovejo z manjšo spremembo telesne temperature ali imajo manj izrazite bolečine, kot ostali odrasli bolniki. Delirij pogosto predstavlja nespecifični znak bolezni, ki bi ga lahko primerjali z vročino pri mlajših bolnikih.

Delirij je najpogostejše posledica skupka različnih vzročnih dejavnikov, od katerih vsak sam zase še ne bi povzročil delirija. Starejši bolnik ima lahko že amiloidne lehe in levkopatijo, prisotno je začetno popuščanje srca z intermitentnimi aritmijami, kronični osteoartritis si blaži z analgetiki. Ob tem pa je infekt kaplja čez rob, ki povzroči delirij.

Najpogostejši vzroki delirija so različne bolezni in poškodbe možganov, zdravila, strupi, različne telesne bolezni, infekti in sepsa, elektrolitske motnje in dehidracija, pooperativna stanja in stanja po reanimaciji.

Zdravljenje in prognoza

Delirij je prehodna motnja, ki običajno traja nekaj dni do nekaj tednov, lahko tudi dlje. Zdravljenje je v prvi vrsti vzročno. Z odstranitvijo osnovnega vzroka bodisi s kirurškim zdravljenjem, medikamentozno terapijo ali prekinitvijo terapije delirij spontano izzveni. Poleg tega je potrebno bolnikom zagotoviti primerno udobje, počitek, primerno prehrano in bilanco tekočin ter elektrolitov. Koristno je spodbujati primerno orientiranost.

Blaga kognitivna motnja

Za blago kognitivno motnjo je značilna motnja spoznavnih sposobnosti kot so spominske sposobnosti, težave pri učenju, motnje zbranosti pri določeni nalogi za več kot le kratka obdobja. Vendar motnja ni toliko izrazita, da bi lahko govorili o demenci, amnestičnem sindromu ali deliriju. Često se pojavlja močan občutek duševne utrujenosti, pri reševanju umskih nalog, učenje novega pa se subjektivno občuti kot težko, čeprav je objektivno uspešno in ne vpliva na dnevne aktivnosti.

Prevalenca je 12 do 15 % med starejšimi od 65 let. Vsako leto 10 do 12 % oseb z blago kognitivno motnjo preide v demenco, pri 5 % letno pa težave izzvenijo.

Glede na prevladujoče motnje spoznavnih sposobnosti razlikujemo:

- amnestično obliko, ki pogosto napreduje v Alzheimerjevo bolezen,

- amnestično oblika s pridruženimi motnjami drugih spoznavnih sposobnosti, ki pogosto napreduje v Alzheimerjevo bolezen ali vaskularno demenco,
- neamnestično oblika s pridruženimi motnjami drugih spoznavnih sposobnosti, ki pogosto napreduje v demenco z Lewyjevimimi telesci ali vaskularno demenco in
- neamnestična oblika z motnjo samo ene izmed spoznavnih sposobnosti, ki pogosto napreduje v frontotemporalno demenco.

Depresija

Depresija je najpogostejša duševna motnja v starosti in neglede na telesne, socialne in druge izgube, ki pogosto prizadenejo starejše, ni običajen del staranja. Tako je na primer 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 oziroma 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.

Depresija se lahko pojavi prvič v starosti, ali pa predstavlja le nadaljevanje večkrat ponovljenih epizod iz mlajših življenjskih obdobj. Pojavlja se tudi v sklopu bipolarne motnje, prilagoditvene motnje ali kot organska razpoloženska motnja.

Simptomi in znaki

Ker se nekateri vidiki klinične slike lahko razlikujejo od depresije v mlajših življenjskih obdobjih, obstaja nevarnost, da jo hitreje spregledamo.

Najpomembnejše so sledeče razlike:

- 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.

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.

Depresija se prepleta z mnogimi telesnimi boleznimi. Razvije se pri najmanj 20 % bolnikov v prvem letu po možganski kapi, najpogosteje v obdobju treh do šestih mesecev po kapi. 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. Pričakovano je tudi, da pravočasno zdravljenje lahko uspešno ublaži depresivno razpoloženje, izboljša spoznavne in funkcionalne sposobnosti in celo nevrološke motnje. Morda manj poznano pa je dejstvo, 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. Brez duševnega zdravja torej ni telesnega zdravja in obratno.

Za bolnike z blagimi do hudimi oblikami depresije je relativno tveganje za srčno smrt 1,6 do 3,0 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.

Depresija je pogostejša pri bolnikih s sladkorno boleznijo in kronično obstruktivno pljučno boleznijo (KOPB). Neredko se pojavi pred motoričnimi znaki Parkinsonove bolezni in je pogosta tudi kasneje v poteku bolezni. Nobeno presenečenje ni, da je depresija pogosta tudi pri bolnikih z rakom. Izpostavljena sta zlasti rak pljuč in trebušne slinavke, kjer se lahko pojavi

depresija že preden je postavljenja diagnoza rakavega obolenja. Nejasno pa ostaja ali morda lahko depresija pospeši nastanek nekaterih vrst raka. Med telesnimi boleznimi, ki so pogost vzrok motenj razpoloženja je potrebno omeniti še endokrine (bolezni ščitnice, Cushingova bolezen) in metabolne motnje (hiperkalcemija). Depresija je pogostejša tudi pri starejših po zlomu stegenice.

Depresija zelo pogosto spremlja demenco, kar lahko še dodatno prizadene že tako okrnjene sposobnosti bolnikov. Kronična depresija je verjetno tudi dejavnik tveganja za demenco. Neredko se pojavi kot prodrom demence in drugih nevrodegenerativnih bolezni.

Depresija spremeni doživljanje bolečine. Depresivni bolniki navajajo hujše bolečine, težje se aktivno spopadajo z bolečino, invalidnost kot posledica bolečine pa je hujša.

Pomembni pa so tudi vplivi nekaterih zdravil, ki lahko pospešijo nastanek depresije. Čeprav je težko dokazati neposredno vzročno zvezo, pa je veliko zdravil, ki jih povezujejo z depresijo. Najpogostejše so izpostavljeni neselektivni blokatorji beta adrenergičnih receptorjev, kalcijevi antagonisti, kortikosteroidi in benzodiazepini. Prav tako pomemben je tudi vpliv nekaterih antidepresivov na poslabšanje telesnih znakov. Seveda ne smemo zanemariti niti medsebojnih interakcij antidepresivov in ostalih zdravil.

Depresija pri telesnih boleznih (npr. miokardnem infarktu) poslabša prognozo in poveča število hospitalizacij. Med telesno bolnimi, ki pogosteje koristijo zdravstvene usluge in med stanovalci domov starejših občanov je depresija pogostejša.

Iz vsega naštetega je jasno, da je potrebno starejšega človeka obravnavati kot celoto, kar vključuje tako zdravljenje telesnih težav kot tudi duševnih motenj.

Samomorilnost v starosti

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. Dejstvo pa je, da je samomor najpogostejši ravno med starejšimi. 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.

Samomori v starosti so običajno dolgo načrtovani, manj impulzivni in niso posledica trenutne odločitve. Splošno sprejeto je dejstvo, da je v starosti bistveno manj samomorilnih poskusov na število samomorov, žal pa je količnik samomora bistveno višji, kot je povprečje v Sloveniji.

Depresija je daleč najpomembnejši dejavnik tveganja za samomore v starosti. Po mnenju nekaterih je 75 % samomorov v starosti posledica motenj razpoloženja. Zato je nujno dobro prepoznavanje in uspešno zdravljenje depresije v starosti. Samomorilno ogroženi starejši redkeje uporabijo možnost klica v duševni stiski v primerjavi z mlajšimi, vendar tudi mnogi starejši obiščejo zdravnika v mesecu pred smrtjo.

Samomorilno ogroženi starejši redkeje uporabijo možnost klica v duševni stiski v primerjavi z mlajšimi, vendar 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?" tudi o suicidalni ideaciji: "Ali se vam kdaj zdi, da ni vredno živeti?". Žal depresija in samomorilna ogroženost v takih primerih pogosto nista prepoznani.

Že zaradi narave depresije bolniki pogosto dvomijo v uspešnost zdravljenja, kot tudi sicer lahko dvomijo, da obstaja kakršna koli 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. 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.

Duševne potrebe in stiske v starosti

Doživljanje starosti je odvisno od ohranjenih telesnih in duševnih sposobnosti, občutka varnosti in podpore v družinskem in širšem socialnem okolju, v marsičem pa tudi od pričakovanj in predhodnih življenjskih izkušenj ter drugih dejavnikov. Kljub temu, da je starost pričakovana pa marsikoga preseneti. Starost prinaša številne spremembe, ki so lahko vir različnim stiskam, še zlasti kadar se te pojavijo istočasno.

Če sodimo po vsebinah, ki se pojavljajo v različnih oblikah psihoterapevtskih metod dela so najpogostejši vir stisk starostnikov različne izgube in odvisnost od tuje pomoči, ki se stopnjuje v visoki starosti zaradi telesnih bolezni in duševnih motenj, običajno še zlasti v zadnjih trenutkih življenja. Starostnikom pomembna področja so tudi: občutki krivde in sprava, možnost novega začetka, smrt, osamljenost, življenjska naveličanost, dolgčas, zavoženost življenja, bojazen pred višjo starostjo, strah pred umiranjem, strah pred smrtjo, posmrtno življenje in smisel življenja. S temi se delno prekrivajo potrebe starostnikov, kot jih opredeljuje Ramovš: potreba po materialni preskrbljenosti, osebnem medčloveškem odnosu, predajanju življenjskih izkušenj, doživljanju smisla starosti, negi, ohranjanju telesne, duševne in delovne svežine ter nesmrtnosti.

Izgube

Izgube nas prizadenejo v različnih življenjskih obdobjih, v starosti pa so bolj številne. Kadar se pojavi več izgub istočasno lahko usodno prizadenejo posameznika, ki ne vidi več izhoda in zato obupa. Med izgubami s katerimi se starejši pogosteje soočajo kot ostali so: medosebne (smrt partnerja, prijatelja, vrstnika, odhod otrok od doma), telesne (zmanjšanje telesnih sposobnosti, telesne bolezni, slabljenje sluha in vida, slabša gibljivost), duševne (spominske motnje, težave pri mišljenju, izguba veljave v domačem okolju, izguba zaupanja vase in izguba samospoštovanja), socialne

(upokožitev, manjši dohodki, socialni umik, sprememba bivališča ali preselitev v dom starejših občanov). Izgubam se ne moremo izogniti, lahko pa se nanje pripravimo. Kdor zna sprejeti izgube kot nekaj, kar sodi k življenju, bo lažje vzdržal tudi ob pomembnih življenjskih mejnikih.

Osamljenost

Ko umirajo vrstniki, partner, sorodniki, ostajajo starejši vedno bolj sami. Vendar niso nujno osamljeni, vsi ki živijo sami ali imajo malo stikov. Vsekakor pa se lahko samoti pridruži tudi občutek osamljenosti, zlasti ob depresivnem razpoloženju, morebitni telesni boleznim ali onemoglosti.

Večje število družinskih članov običajno pomeni manjšo možnost za osamljenost. Družine na podeželju imajo tradicionalno nekoliko več otrok, kot družine v mestih. Vendar pa so na podeželju pogoste dnevne migracije v bližnja mesta, ki ponujajo več možnosti za zaposlitev. V nekaterih podeželskih okoljih se zelo hitro zmanjšuje število prebivalcev, zlasti mlajših, ki se zaradi zaposlitve trajno odselijo. Starejši ostajajo pogosto osamljeni tako v mestih, kot tudi na podeželju, vendar se število samskih gospodinjstev hitreje povečuje na podeželju.

Starejši pari se pogosto, zlasti ob boleznih soočajo z realno možnostjo izgube partnerja. Če živijo sami, ker nimajo otrok ali odnosi z njimi niso dovolj pogosti oziroma jim ne vlivajo zaupanja, je negotovost še večja, osamljenost pa bolj grozeča.

Malo verjetno je, da bi ljudje, ki so vse življenje živeli sami, v starosti želeli spremeniti način življenja. Tudi, če se preselijo v dom starejših občanov raje živijo v sobi v kateri so sami. Za tiste, ki si želijo družabnih dejavnosti, je dobro poskrbljeno. Med drugim deluje v domovih starejših občanov in v bivalnem okolju več kot 400 skupin za samopomoč.

Dokler imajo starejši ohranjene socialne stike, ki jim omogočajo občutek varnosti, lahko živijo zadovoljno, pa čeprav so sami. Predvsem v urbanih področjih pa se dogaja, da je kljub množici sosedov posameznik socialno neviden.

Odvisnost od tuje pomoči

Odvisnost od tuje pomoči je posledica tako telesnih bolezni kot tudi duševnih motenj, zlasti demence in depresije. Možnost morebitne odvisnosti je za večino starostnikov moreča, vendar jo pogosto sprejmejo kot del življenja. Lahko pa je tudi vzrok izrazitim stiskam in povod za samomor. Zavedati se moramo tudi, da so zlorabe starejših pogostejše, kadar so odvisni od pomoči drugih.

Pri nesamostojnosti in odvisnosti je običajno najpomembnejša pomoč ožje družine. Starejši ljudje brez otrok ali družine v katerih so medsebojni odnosi povsem porušeni, ostanejo brez najpomembnejše oblike pomoči, pogosto osamljeni, ko umirajo sovrstniki in prijatelji. Večje število družinskih članov običajno pomeni lažje organiziranje pomoči za družinskega člana, ki pomoč potrebuje.

Zlasti v mestnem okolju je na voljo nekaj organiziranih oblik pomoči, kot so možnost prehrane na domu, pomoč na domu, patronažna služba, dnevno varstvo in bivanje v zavodih. Nema lokrat potrebujejo starostniki katero izmed teh oblik pomoči le začasno po hujši bolezni ali poškodbi, kasneje pa še lahko živijo samostojno.

Smrt

Ne moremo mimo dejstva, da je smrt starejšim bližja, na kar jih pogosto, vsakodnevno opozarjajo hude telesne bolezni in pogoste izgube bližnjih, prijateljev in znancev. S smrtjo so povezani tudi strah pred umiranjem, strah pred smrtjo in upanje v posmrtno življenje. Nekateri starejši se drugi težko sprijaznijo že s samim staranjem, še težje pa z realno bližajočo se smrtjo. Tesnobe, ki je posledica strahu pred smrtjo morda ob tem niti ne prepoznajo. Drugi pa si želijo smrti, kot odrešitve v življenju, ki jim ne more več prinesiti zadovoljstva.

Večina starejših, ki jih je strah umiranja, slednje povezujejo z bolečinami in trpljenjem. S strahom pred smrtjo, umiranjem in še bolj s strahom pred odvisnostjo zaradi posledic bolezni se prepleta bojazen pred višjo starostjo.

Potrebe in pomoč

Če hočemo pomagati, moramo realno oceniti potrebe starostnikov. Zaznati je treba ne samo, česa ne zmorejo več, ampak tudi, kaj še zmorejo. Včasih je to praktična pomoč, na primer pri nakupovanju. V reševanje stiske je treba vključiti vse tiste, ki lahko pomagajo na specifičnih področjih te stiske. Nekatere stiske lahko s pravočasnim ukrepanjem zmanjšamo. Upokojitev je tako npr. povsem natančno določena, pa vendar preseneti marsikoga.

Skrb za starejše in bolne običajno prevzamejo ženske, ki pa so pri nas večinoma zaposlene. Po upokojitvi imajo več časa za pomoč bližnjim, vendar nemalokrat tudi same potrebujejo pomoč. Ker pa se življenjska doba nezadržno povečuje niso več redki primeri, ko že upokojeni otroci skrbijo še za svoje bolne starše. Očiten je pomik družbenih vlog iz skrbi za vnuke, izraziteje v skrb za partnerja ali celo starše.

V različnih družbah so bili starejši dolgo odvisni zgolj od pomoči znotraj družine, ki je bila običajno številčna z več generacijami. Z razvojem industrijskih družb so postali številčnejši zavodi za ogrožene skupine ljudi in domovi za starejše. Kljub temu pa ostaja temelj skrbi za starejše znotraj družine. Obseg te skrbi ni odvisen le od razvitosti družbe, temveč predvsem od splošno sprejetih družbenih norm. Zavedati se moramo, da so nemalokrat tudi svojci v stiski, še posebno ob hitrem pešanju sposobnosti starostnika in večjih lastnih obremenitvah. Če jim nudimo ustrezno pomoč, tudi sami lažje in ustrezneje poskrbijo za bližnjega in s tem posredno razbremenijo socialno in zdravstveno službo.

Mnogi starostniki lahko s pomočjo svojcev in primarne zdravstvene oskrbe živijo doma. Svojci, ki so pravilno poučeni o bolezenskih težavah in tisti, ki imajo več pomoči, lažje in dlje časa skrbijo za svoje bližnje v domačem okolju. Pogosto lahko izpeljemo diagnostični postopek in zdravljenje ambulantno, s tem pa prihranimo starejšim občutek stigmatizacije. Že sama premestitev v drugo okolje lahko sproži prilagoditveno motnjo, depresivno razpoloženje, poslabša sposobnosti osebe z demenco ali prispeva k pomanjkljivi orientiranosti. Za vse starejše ni niti mesta v zavodih, niti ni dejanske potrebe za to. Vedno pa se ni mogoče izogniti zdravljenju v bolnišnici. Zato je toliko bolj pomembno, da je zdravljenje čim krajše in vrnitev v domače okolje čim hitrejša. Brez ustreznega sodelovanja s svojci,

domovi starejših občanov ali drugimi službami pa to ni mogoče. Včasih se je treba odločiti za pogosto najmanj zaželen izhod, ki je preselitev v dom starejših občanov. Selitev starostniki doživljajo zelo raznoliko, le redko pa jo sprejmejo z zadovoljstvom. Pomembno vlogo pri pomoči starejšim z duševnimi motnjami in njihovim svojcem imajo tudi različne nevladne organizacije in društva.

Težav, ki jih prinašajo duševne motnje v starosti so zelo raznolike. Za vsakega posameznika je treba poiskati najboljšo možno obliko pomoči, ki zagotavlja še največjo možno stopnjo samostojnosti ob zagotovljeni zadostni varnosti. Za to so potrebne številne oblike pomoči na različnih nivojih tako v vladnih kot tudi v nevladnih organizacijah. Starejšim je zelo pomemben občutek pripadnosti in občutek, da niso osamljeni, kar še zlasti velja za tiste, ki so izgubili partnerja, nimajo otrok ali jih svojci ne obiskujejo. Zato je koristno vključevanje v različne oblike dejavnosti še zlasti, če je to povezano z učenjem (n.pr. izobraževanja, skupine za samopomoč, terapevtske skupine, ...).

Zloraba in nasilje nad starejšimi

Pogostnost zlorab

Prevalenca zlorab pri starejših znaša verjetno okoli 4%. Ocene o številu zlorabljenih starejših se v različnih študijah precej razlikujejo. V Kanadi je na podlagi telefonske ankete postavljena ocena prevalence 4%. Od tega znaša prevalenca finančnih zlorab 2,5%, stalnega verbalnega nasilja 1,4%, fizičnega nasilja 0,5% in zanemarjanje 0,4%. Nekatere študije navajajo manjše vrednosti (1% - 3,2%), medtem ko druge navajajo bistveno pogostejše zlorabe (tudi 10 %).

Starejši so redkeje žrtve kaznivih dejanj, kot mlajši. Se pa kljub temu pogosto počutijo ogrožene. Strah pred kriminalom s starostjo rahlo narašča, precej bolj pa je ta strah odvisen od stila življenja. Zlorabam in nasilju so izpostavljeni zlasti telesno in duševno bolni. Ogroženi so tako moški kot ženske. Zlorabe puščajo predvsem duševne in čustvene posledice.

Starejše lahko zlorablajo partnerji, otroci, drugi sorodniki, negovalci, skrbniki, zaposleni v ustanovah. Pogosteje zlorablajo tisti, ki so finančno odvisni od starejših, nagibajo k nasilnemu vedenju, so odvisni od alkohola ali drog in imajo psihične probleme. Pogosteje poročajo o zlorabah tudi v družinah s slabšim socio-ekonomskim statusom.

Svetovni problem

Napačno je prepričanje da se zlorabe starejših dogajajo samo v moderni družbi, kjer ni več tradicionalnih vrednot in kjer se izgubljajo družinske vezi. V resnici so se zlorabe vedno dogajale. S podaljševanjem življenjske dobe in večanjem deleža starejših, kar je najbolj očitno v visoko razvitih deželah, pa so zlorabe vsekakor bolj očitne. Tudi v državah, kjer je majhen delež starejših poročajo o težavah, ki so ji deležni starejši. V državah, kjer zaradi slabo razvitega pokojninskega sistema starejši nimajo lastnih dohodkov, so bolj izpostavljeni zlorabam.

Zakaj prihaja do zlorab?

Nekaj dejavnikov, ki so povezani s pogostejšimi zlorabami:

- Pogosteje zlorablajo tisti, ki so finančno odvisni od starejših, pa tudi tisti, ki nagibajo k nasilnemu vedenju, so odvisni od alkohola ali drog in imajo psihične probleme.
- V nekaterih družinah je nasilje lahko dokaj običajen vzorec odgovora na stres in obremenilne okoliščine.
- Dolgotrajna pomoč, ki jo potrebujejo oslabei starejši povečuje možnosti za zlorabe. Zaradi podaljševanja življenjske dobe se obremenitve svojcev še povečujejo.
- Ekonomski problemi, kot je visoka brezposelnost povečujejo stiske svojcev in povečujejo možnost za finančne zlorabe. V času ekonomske recesije je poleg tega na voljo tudi manj različnih oblik pomoči namenjenih starejšim, kar dodatno povečuje obremenitve svojcev. Pogosteje poročajo o zlorabah v družinah s slabšim socialnim in ekonomskim statusom.

- Tudi pomanjkanje ustreznih bivališč lahko tudi prispeva k pogostejšim zlorabam. To je še zlasti pomembno, če imajo ostali družinski člani občutek, da so zaradi prisotnosti starejšega člana družine prikrajšani, ker se morajo pogosto prilagajati.
- Kulturne spremembe, ki vodijo k manjšemu spoštovanju starejših povečajo verjetnost za zlorabe starejših.
- Pogostost zlorab pri starejših je odvisna tudi od tega, koliko nasilnih dejanj dopušča posamezna družba oziroma okolje.
- Z naraščanjem števila osamljenih starejših se veča tudi možnost za zlorabe.
- Pogostejše so zlorabe žensk, vsaj delno že zgolj zato, ker jih je v starosti več. Poleg tega so ekonomsko pogostejše odvisne od drugih.
- Zavodi, kjer je osebje slabo izurjeno, preobremenjeno in slabo plačano ustvarja okoliščine, ki lahko prispevajo k pogostejšim zlorabam.

Oblike zlorabe starejših

Fizično nasilje

Najpogostejše je povzročitelj fizičnega nasilja partner, oziroma oseba, ki je odvisna od alkohola ima telesne ali duševne težave in je finančno odvisna od žrtve. Moški so pogostejše žrtve fizičnega nasilja.

Oblike fizičnega nasilja so zelo raznolike. Od najbolj očitnih in nasilnih oblik pretepanja, do prerivanja, puljenja las in najmanj nasilnih oblik kot je stresanje, ki pa je še vedno kljub temu nasilna reakcija. Manj očitna oblika nasilja je lahko tudi uporaba pretirane sile pri hranjenju ali negi. Seveda smo pri tem včasih tudi v dilemi. Ali lahko starejšega, ki odklanja hrano in tekočino in je zaradi tega že življenjsko ogrožen, nahranimo tudi proti njegovi volji z uporabo fizične sile? Starejši, zlasti telesno oslabei, so pogosto omejeni v gibanju.

Med fizične oblike zlorabe starejših sodi tudi omejevanje možnosti gibanja. Seveda ni nujno, da gre pri tem za fizično omejevanje z vrvjo, pasovi in podobnimi pripomočki. Omejevanje gibanja je lahko že, če starejšim, ki

lahko hodijo le s pomočjo bergel slednje skrijemo ali, če starejšim ne priskrbimo invalidskega vozička, ko bi ga zaradi napredovanja telesne bolezni potrebovali.

Vendar se moramo zavedati tudi, da vsako omejevanje gibanja še ne predstavlja zlorabe. Omejevanje gibanja uporabljamo kot enega izmed postopkov pri zdravljenju zlomov in nekaterih drugih poškodbah. Vsi se najbrž strinjamo, da je tako omejevanje potrebno in koristno. Prav tako je včasih potrebno omejevanje pri nekaterih bolnikih z demenco, ki bi sicer lahko zgubili ali zašli na nevarna področja (cesta, železnica).

Posebno obliko fizičnega nasilja predstavlja prekomerna uporaba zdravil, običajno pomirjeval. Ne smemo pozabiti, da so starejši lahko izpostavljeni tudi spolnemu nadlegovanju.

Ozka je včasih ločnica med koristmi starejšega in zlorabami. Če bomo imeli v mislih predvsem koristi starejšega, je le malo možnosti, da bi zašli na pota zlorab, četudi se bomo kdaj morali odločiti za nepriljubljene ukrepe. Če pa bomo imeli v mislih predvsem, kako bi si olajšali delo smo že na poti zlorab.

Uporaba fizične sile pogosto pusti znake kot so odrgnine, modrice, otekline, rane, notranje poškodbe, krvavitve (tudi iz predelov spolovil), omejeno gibljivost, bolečine. Zdravstveni delavci moramo pri takih znakih vedno pomisliti tudi na možnost fizičnega nasilja.

Čustvene/duševne zlorabe

Žrtve verbalnega nasilja so poročeni starejši, enako pogosto moški in ženske. Povzročitelj je običajno partner.

Ker ne puščajo vidnih posledic jih težje opazimo in dokažemo, kar pa ne pomeni, da ne predstavljajo problema.

Med bolj očitnimi oblikami so poniževanje, žaljenje, psovanje, kričanje, zastraševanje, grožnje. Bolj prikrite oblike pa predstavlja obravnava starejših kot nesamostojnih oseb, tudi kadar so še sposobni skrbeti zase in se ustrezno odločati. Kadar se bližnji ali skrbniki odločajo o stvareh, ki so pomembne za starejše, pri tem pa se z njimi ne posvetujejo oziroma ne upoštevajo njihove volje imamo tudi opravka z duševnim zlorabljanjem. Na vprašanja, ki jih

zastavljamo starejšim tako odgovarjajo spremljevalci, starejšim ni dana možnost, da bi lahko bili prisotni pri družinskih srečanjih, niti nimajo možnosti, da bi imeli obiske.

Zlasti ponavljajoča zloraba pušča duševne posledice, ki se kažejo z manjšim samospoštovanjem, motnjami spanja, pasivnostjo, umikanjem. Starejše je lahko strah v prisotnosti oseb, ki jih zlorablajo ali pa je opazno zgolj popuščanje taki osebi.

Zanemarjanje

Žrtve so običajno ženske, še zlasti, če imajo zaradi zdravja omejene možnosti aktivnosti.

Zanemarjanje je lahko namerno ali nenamerno. Kaže se lahko z odrekanjem zdravil, zdravniških pregledov in fizičnih oblik pomoči, ki jih starejši potrebuje. Nezadostna količina in slaba kvaliteta hrane, neustrezna oblačila in neprimerno bivališče, ki je na voljo starejšemu je lahko tudi posledica zanemarjanja. Zaradi telesnih ali duševnih bolezni lahko starejši potrebujejo nadzor, včasih tudi neprekinjen. Da bi preprečili možnost nesreč je potrebno poskrbeti za varnost. Opuščanje in podcenjevanje ustreznih ukrepov predstavljata zanemarjanje.

Na zanemarjanje lahko pomislimo, kadar so starejši podhranjeni, neprimerno oblečeni, neustrezno negovani, zanemarjenega videza, nimajo zobne proteze ali slušnega aparata, kadar ga potrebujejo, prejemajo preveč ali premalo zdravil glede na predpisan odmerek in živijo v neustreznem bivališču.

Včasih je tudi med zdravstvenimi delavci (zdravniki) prisotna dokaj prikrita in nenamerna oblika zanemarjanja. Jasno je, da so potrebne neke razumske meje pri obravnavi bolnikov, kajti ni je zdravstvene blagajne, ki bi lahko krila toliko stroškov, kot jih lahko ustvari medicina z vsemi sodobnimi metodami zdravljenja. Zato je včasih potrebno postaviti strokovne kriterije, kdaj je določen poseg še smiseln in kdaj ne. Žal se zgodi, da slišimo, kako se določena oblika zdravljenja ne splača, ker je bolnik že star. Določen poseg lahko prinese enako (majhno) korist tako v starosti 50 let kot tudi v starosti 70 let. Morda se res lažje sprijaznimo s smrtjo nekoga, ki je dočakal 70 let kot s smrtjo 50 letnika. Vendar se moramo vprašati ali je kronološka starost

ustrezen kriterij za zdravljenje (če izvzamemo otroke) ali predstavlja le obliko zanemarjanja starejših? S kakšno pravico lahko odrečemo nekomu poseg samo zato, ker je star 65 let ali več? Namesto tega bi morali razmišljati o pričakovanih koristih in možnih zapletih glede na telesno in duševno stanje bolnika. Če bi se že morali omejevali na starost, bi bila edinole biološka starost sprejemljiv kriterij.

Še bolj prikrita oblika zanemarjanja pa je podcenjevanje nekaterih bolezenskih sprememb v starosti. Če sprejmemo pozabljivost, otožnost in pomanjkanje volje kot nekaj kar je v starosti običajno pričakovano, potem bomo starejšim odrekli ustrezno obravnavo in zato seveda tudi potrebno zdravljenje. Resda vsaka pozabljivost v starosti še ni znak bolezni, vendar pa je dejstvo, da ostajata demenca v začetnem stadiju in depresija pri starejših pogosto neprepoznani. Odveč je govoriti o nepotrebnih stiskah, ki jih morajo v takem primeru prestopati bolniki in njihovi svojci.

Finančne zlorabe

Finančne zlorabe so najpogostejše. Žrtve so najpogostejše neporočeni, enako pogosto moški in ženske, telesno oslabei, socialno izolirani in malodušni. Error! Bookmark not defined.

Ker najpogostejše skrbijo za starše hčerke, se slednje pogosto znajdejo v vlogi osebe, ki zlorablja. Starejši le neradi prijavijo dejanja, ker se bojijo sramote in jeze s strani storilca. Raje kot, da bi ostali sami in s tem izgubili morebitno pomoč, ko bi jo potrebovali, se vdajo v usodo in odpišejo izgubljeni denar. Hujša od izgube denarja je izguba občutka varnosti in občutek osamelosti. Možnosti zlorabe so različne: neupravičeno ravnanje z denarjem starejšega, prodaja lastnine pod prisilo, kraja denarja ali lastnine, zloraba pooblastil, goljufije, ponarejanje. Tudi nekateri starejši, ki prepustijo svoje premoženje v zameno za pomoč in skrb, včasih ugotovijo, da so bile obljube skrbnikov daleč od dejanske pomoči.

Nekaj okoliščin, ki nam dajo slutiti, da je šlo za zlorabo: starejši, ne morejo več plačevati računov in za to nimajo ustreznega pojasnila, nepričakovano pričnejo dvigovati prihranke, izginja premoženje brez pametne razlage, bivalne razmere ne ustrezajo premoženjskemu stanju.

Najbolj zanesljivo sredstvo proti zlorabam je, da starejši sami skrbijo za svoje premoženje in denar. Včasih zadošča, če starejšim samo razložimo druge možnosti za upravljanje z denarjem. Vendar to žal vedno ni mogoče, zlasti kadar imajo težave z omejeno gibljivostjo zaradi telesnih bolezni ali invalidnosti. Še zlasti izpostavljeni pa so tisti starejši, pri katerih so interes, možnosti presoje in odločanja oslabele zaradi duševnih motenj, kot sta demenca in depresija.

Zlorabe v družini

V družinah je najpogostejše duševno nasilje in finančne zlorabe. Medtem, ko so žrtve telesne in psihične zlorabe pogosteje poročeni starejši in starejši, ki živijo z otroci, pa so žrtve finančnih zlorab pogosteje ovdoveli in tisti starejši, ki živijo sami. Vdoveli starejši so tudi pogosteje zanemarjeni. Starejši, ki so slabotnega zdravja, socialno izolirani in imajo le malo pomoči, so bolj izpostavljeni zlorabam. Število žrtev med ženskami je bistveno večje, kot med moškimi, delno tudi zato, ker je njihov delež med starejšimi večji.

Vendar pa družinski člani, ki imajo težave z različnimi oblikami odvisnosti pogosteje zlorablajo starejše. Tudi med tistimi družinskimi člani, ki so čustveno ali finančno odvisni od starejših je več takih, ki nastalo situacijo poskušajo izkoristiti sebi v prid. Breme, ki ga prinaša skrb za starejšega je lahko vzrok zanemarjanju. Pogosteje zlorablajo starše tisti otroci, ki sami niso bili deležni primerne vzgoje ali so bili celo sami žrtve družinskega nasilja. Seveda niso samo otroci tisti, ki zlorablajo.

Več kot polovico primerov nasilja zakrivijo partnerji. Resda se s starostjo zmanjšuje pogostnost nasilnega vedenja nad partnerjem, vendar ne poneha povsem. Nasilni partnerji nadaljujejo svoje vedenje tudi v starosti. Dejavniki tveganja za nasilje med partnerji v starosti so podobni kot so pri mlajših: revščina, nezaposlenost, odvisnost od drog in alkohola in nagibanje k nasilniškemu vedenju.

Zloraba starejših v zavodih

Večina primerov zlorab je fizičnih. Mogoče pa so tudi spolne zlorabe, denarno izkoriščanje ali primeri neustreznih postopkov zaposlenih pri oskrbi

starejših, ki imajo lahko škodljive posledice, kot je poškodovanje s škarjami pri odstranjevanju povoja. Pri bolj izrazitih oblikah so možne so tudi trajne posledice.

Verjetno pa so pogostejši primeri prikritega nasilje nad starejšimi, ki se kažejo kot nadlegovanje ali nadziranje s pomočjo zdravil ali ovirnic. Nedvomno je kdaj potrebna umiritev vznemirjenega starejšega z zdravili, da bi preprečili poslabšanje telesne bolezni, telesno poškodbo ali celo samomor. Prav tako bi bilo nerazumljivo, da ne bi uporabljali sredstev, ki vznemirjenim lahko izboljšajo počutje, če imamo te možnosti. Včasih je potrebno, da umirimo zelo nasilne do te mere, da sploh lahko pričnemo uporabljati tudi druge postopke. Ni pa primerna uporaba takih sredstev samo zato, da bi si olajšali delo. Prav tako uporaba zdravil s katerimi dosežemo umiritev ni primerna pri blažjih oblikah agresivnosti ali pri bolnikih pri katerih smo že dosegli umiritev.

Dodatna literatura

Ramovš J. Kakovostna starost. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka in Slovenska akademija znanosti in umetnosti, 2003.

Ziherl S. Starostnik v stiski. V: Tekavčič-Grad O, ed. Pomoč človeku v stiski. Ljubljana: Litterapicta, 1994: 125-130.