

Avtorji priročnika želijo prispevati k pospeševanju Medgeneracijskih projektov in skozi procese učenja in asimilacije znanja s formalnimi, neformalnimi ali naključnimi postopki povečati medgeneracijsko solidarnost na vseh življenjskih področjih.

Priporočila

Medgeneracijska solidarnost so politični in administrativni dogovori, kot so družbeni varnostni sistem, gre pa tudi za družinske in družbene solidarnosti. Medgeneracijske prakse so same po sebi potencialna stvaritev novih zaposlitvenih priložnosti in tudi novih storitev, ki jih je treba raziskati. Solidarnost med generacijami, kot podporni zid družbenega razvoja, ne more biti vsiljena z zakonom. Zato je naloga vsakega izmed nas, da vadimo in prispevamo majhen delež k človeški solidarnosti.

Slavica Valenčak

Vir: Birrer R.B., DeLisi M., Dadoyan T.A., 2007. *Depression in the Elderly*. V: *P&T*, letnik 32, št. 3, str. 168 – 180. <http://www.pharmscope.com/ptJournal/fulltext/32/3/PTJ3203168.pdf> (sprejem 6. 6. 2013)

DEPRESIJA PRI STAREJŠIH

Depresija je bolezen, ki se pri starejših ljudeh dokaj pogosto pojavlja. Kljub temu pa v večini primerov ostane nediagnosticirana in zato tudi nezdravljena. Depresija ni sestavni del normalnega staranja. Vpliva na kvaliteto življenja in življenjsko dobo tako starih ljudi kot njihovih svojcev. Pomembno se je zavedati, da je depresijo mogoče uspešno zdraviti. V tem prikazu se bomo seznanili s tem, kaj depresija je, kako pogosto se pojavlja, na kratko pa se bomo ustavili tudi pri zdravljenju te bolezni.

Depresija je motnja v delovanju možganov, ki vpliva na človeka v celoti. Simptomi so pri ljudeh različni, kažejo pa se v razpoloženju, počutju, mišljenju, vedenju pa tudi v telesnem počutju. Depresija ni le prehodna slaba volja ali bežna žalost. Prav tako ni posledica človekove

šibkosti, zato je ni mogoče premagati le z močno željo in voljo. Pojavnost depresije pa v zadnjih letih strmo narašča tudi med starejšimi ljudmi. V Ameriki je pojavnost depresije med ljudmi, starejšimi od 65 let, ocenjena na 15 – 25 %. To pomeni, da ima depresijo okoli 7 milijonov starejših Američanov, 1 milijon od le-teh pa trpi za hudo obliko depresije. Še natančnejši pogled pa pokaže, da je prevalenca depresij najvišja pri ljudeh, ki po zdravljenju osnovne bolezni z rehabilitacijo nadaljujejo na različnih negovalnih in rehabilitacijskih oddelkih (60 – 70 %), in pri ljudeh v institucionalnem varstvu (12 – 30 %). Odstotek je najnižji pri ljudeh, ki so sicer zdravi in živijo v domačem okolju (3 %).

Dejavniki tveganja za depresijo so pri starejših ljudeh naslednji:

- predhodne depresije,
- kronične bolezni,
- ženski spol,
- vdovstvo, samski stan ali ločenost,
- bolezni možganov,
- alkoholizem ali dolgotrajno uživanje nedovoljenih drog,
- kajenje,
- določene terapije z zdravili,
- stresni življenjski dogodki (izguba sozакonca, hospitalizacije, brezposelnost, pomanjkljiva socialna podpora),
- samovalstvo,
- pomanjkanje družbenih aktivnosti oziroma ne vključenost vanje.

Do 15 % ovdovalih posameznikov trpi za potencialno hudo obliko depresije še eno leto po izgubi bližnjega. Hujše oblike depresije so pogostejše pri ljudeh, pri katerih so prisotna še druga obolenja in so starejši od 70 let ter so hospitalizirani ali živijo v ustanovah za dolgotrajno oskrbo.

Depresija vodi v višjo obolevnost in smrtnost, po drugi strani pa so za razvoj depresije pri posamezniku dejavniki tveganja tudi različne bolezni in smrt bližnjih. Bolezni in stanja, ki so povezana v višjo pojavnostjo depresije, so naslednji:

- kronično ledvično ali pljučno obolenje (15 – 30 %),
- bolezni vezivnih tkiv (15 – 45 %),
- kap (30 – 60 %),
- artritis (20 – 35 %),
- koronarna in ishemična srčna obolenja (8 – 44 %),
- rak (1 – 40 %),
- endokrinopatije (30 – 40 %),
- Parkinsonova bolezen (40 %),
- spalne apneje (15 – 25 %),
- debelost,
- Alzheimerjeva bolezen (20 – 40 %),
- demenca (17 – 31 %),
- številne avtoimunske, infekcijske in vnetne bolezni.

Pomembna je tudi povezava med depresivnim obolenjem in samomorilnostjo. Po podatkih nacionalnega inštituta za mentalno zdravje je depresija pri starejših ljudeh najpogostejše obolenje, ki je povezano z samomorilnostjo v Ameriki. Starejši ljudje v Ameriki tvorijo 15 % celotnega prebivalstva, toda skupno predstavljajo 18 % vseh samomorov. Najbolj so ogroženi starejši moški, belci, medtem ko je pri starejših ženskah verjetnost samomora nižja kot pri mlajših. Raziskave kažejo, da je večina (75 %) ljudi, ki so uspešno izvedli samomorilno dejanje, v mesecu pred tem obiskala osebnega zdravnika, ki pa simptomov in znakov ni prepoznal.

Depresijo lahko izzovejo tudi nekatera zdravila. Številna obolenja starejših ljudi zahtevajo uživanje več različnih zdravil hkrati, kar poveča tveganje za neželene učinke in interakcije med zdravili. Pri starejših ljudeh je pri predpisovanju zdravil zato potrebna previdnost, da se izognemo zdravstvenemu tveganju.

Prepoznavanje depresije med zdravstvenimi delavci niha med 19 in 94 %. Pri starejših so pogostejša kognitivna odstopanja in prisotnost več bolezni hkrati, kar otežuje pravilno in pravočasno diagnosticiranje bolezni. Poleg tega pa diagnosticiranje otežujejo tudi predsodki in

stereotipna prepričanja zdravstvenih delavcev o starejših ljudeh.

Starejši ljudje pogosto ne prepoznajo, da so zboleli za depresijo, zato lahko simptome in znake le-te zanikajo, če so po njih konkretno vprašani. Pogosto so tudi bolj pozorni na telesne spremembe, kot so motnje spanja, nihanja v apetitu in telesni teži.

Zdravniki in ostalo zdravstveno osebje bi moralo aktivno iskati psihotične simptome, ki so povezani z nasiljem in samomorilnostjo. Ko npr. bolnika povprašamo po počutju s preprostim vprašanjem - 'kako ste?', je odgovor pogosto povsem avtomatičen - 'v redu'. Tega odgovora pa ne bi smeli jemati kot zadosten kazalec počutja posameznika. Prav tako bi morali biti zdravstveni delavci pozorni na držo in način hoje pri starejšem človeku, saj sta krajši korak in počasnejša hoja pri depresivnih ljudeh precej pogosta.

V skladu s četrto dopolnjeno izdajo priročnika *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* je depresija pri posamezniku prisotna, če večino dni v dvotedenski periodi izkazuje vsaj 5 spodaj naštetih simptomov, od katerih je vsaj eden anhedonija (nezmožnost občutenja zadovoljstva, sreče, veselja) ali potrtost.

- Depresivno razpoloženje, ki se dnevno pojavlja in ga zazna oboleli posameznik sam (npr. občutki žalosti, praznine) ali njegovi bližnji (npr. jok).
- Znatno manjše zanimanje za dogajanje v okolju oziroma nezmožnost občutenja zadovoljstva ob opravljanju različnih aktivnosti večino dni in ves dan (to lahko zazna bolnik sam ali pa njegovi svojci).
- Znatna izguba telesne teže brez poskusov izgube le-te ali pridobivanje teže (npr. več kot 5 % sprememba v telesni teži v enem mesecu) ali spremembe v apetitu vsak dan.
- Nespečnost ali prekomerna zaspanost vsak dan.
- Psihomotorični nemir ali upočasnjenost skoraj vsak dan (tu ne gre samo za subjektivne

občutke nemira oziroma upočasnenosti, gre za simptomatiko, ki jo opazijo tudi drugi ljudje).

- Utrujenost ali pomanjkanje energije skoraj vsak dan.
- Občutki manjvrednosti ali pretirane oz. neutemeljene krivde skoraj vsak dan.
- Zmanjšana sposobnost mišljenja, koncentriranja ali odločanja skoraj vsak dan.
- Ponavljajoče se misli o smrti (ne samo strah pred smrtjo), razmišljanje o samomoru brez izdelanega načrta za to dejanje, poskus samomora ali načrtovanje le-tega.
- Simptomi ne izpolnjujejo kriterijev za mešano epizodo (vsebuje elemente depresivnega in maničnega sindroma).
- Simptomi povzročajo klinično pomembno stisko ali prizadetost na socialnem, delovnem ali katerem izmed drugih pomembnih področij.
- Simptomi niso posledica neposrednih fizioloških vplivov zaužitja različnih substanc (droge, zdravila) ali drugega telesnega obolenja (hipertiroidizem).
- Simptomov ne moremo pojasniti zgolj z žalovanjem (npr. ob smrti bližnjega); simptomi vztrajajo dlje kot 2 meseca, pojavlja se znatna funkcionalna prizadetost, bolezenska preobremenjenost z občutki manjvrednosti, samomorilna nagnjenja, psihotični simptomi ali psihomotorna upočasnenost.
- Številne napačne predstave lahko vodijo do tega, da starejši človek o simptomih depresije ne govori, zdravniki pa je ne prepoznajo oziroma pri posamezniku postavijo napačno diagnozo. Normalen potek staranja ne vključuje izjemne utrujenosti, nenadnih sprememb v apetitu ali povečano razdražljivost, ki vodi celo v socialno izolacijo. Depresija je lahko zgodnji znak demence, lahko se pojavlja skupaj z njo ali pa je dejavnik tveganja zanjo.

65 – 75 % primerov depresij je ozdravljivih. Depresija lahko vodi v smrt v približno

15 %, če ostane nezdravljena. Pri bolnikih z subsindromalnim depresivnim stanjem, ki nimajo zadostne socialne podpore oziroma je njihova samostojna skrb za opravljanje dnevnih življenjskih aktivnosti pomembno okrnjena, je potrebno takojšnje zdravljenje. Pri takšnih bolnikih samo opazovanje razvoja bolezni in njenih simptomov ni indicirano. Glede uporabe placeba pri zdravljenju depresije pri starejših se pojavljajo številne etične dileme zaradi heterogenosti vzrokov bolezni in odzivov nanjo. Večina napak pri zdravljenju je posledica neuporabe ali napačne uporabe zdravil, ne pa predoziranja. Za zdravljenje depresij je na trgu veliko zdravil. Seveda pa vsa zdravila niso primerna za vsakega bolnika.

Pri zdravljenju depresij z zdravili naj bi veljalo naslednje pravilo: *začnite z malo in nadaljujte počasi*. To pomeni, da naj bi zdravljenje začeli z nizkimi odmerki zdravil in pri tem vztrajali nekaj tednov. Če se simptomi po nekaj tednih ne bi izboljšali, potem bi odmerek povečali. Neželeni učinki zdravil so pri starejših ljudeh precej pogosti, ker uživajo več zdravil hkrati in so pri jih prisotne številne telesne spremembe, med njimi manj proteinov, ki nase vežejo zdravila, manjša mišična masa ter zmanjšana funkcija ledvic, jeter in srca.

Pri izbira antidepresivnega zdravila za posameznega bolnika je potrebno biti zelo previden. Previdnost narekuje izogibanje zdravilom z izrazitimi antiholinergičnimi stranskimi učinki in sedativnim antidepresivom, ki lahko povečajo tveganje za padce. Strokovnjaki priporočajo učinkovine, kot so sertralin, bupropion s prirejenim sproščanjem in citalopram hidrobromid, ker zmanjšajo možnost problematičnih interakcij z drugimi zdravili. Triciklični antidepresivi (TCA) niso več prva izbira za zdravljenje depresij pri starejših, čeprav naj bi bili pri njih enako učinkoviti kot pri mlajših generacijah. TCA se manj uporabljajo, ker pogosto povzročajo antiholinergične stranske učinke, pogoto pa

prihaja tudi do neupoštevanja priporočil glede odmerkov.

Selektivni zaviralci ponovnega prevzema serotonina (SSRI) so pogosto zdravila prvega izbora za zdravljenje depresij. Selektivni zaviralci ponovnega prevzema serotonin-norepinefrina (SNRI) pa so pogosto zdravila, ki jih predpišejo, ko začetna monoterapija ni učinkovita. Pogosti stranski učinki antidepresivov SSRI so nemir, nespečnost, utrujenost, suha usta, izguba teže, glavoboli, zaskrbljenost, slabost, driska in zaprtje. Prehodno vzdraženost prebavi lahko zmanjšamo s počasno titracijo zdravil in uživanjem zdravil med obroki. V 15 – 30 % pa se pri bolnikih, ki jemljejo SSRI, pojavi spolna disfunkcija.

Sertralin, citalopram in escitalopram so zdravila, ki povzročajo nizko stopnjo interakcij z drugimi zdravili, so dostopna v različnih odmerkih, bolniki pa jih dobro prenašajo.

Alternativna zdravila, kot sta mirtazapin in venlafaksin, so se pokazala za enako učinkovita kot sertralin. Vanlafaksin je primeren za starejše bolnike, pri katerih je prisotna depresija, odporna na zdravljenje. Ob jemanju tega zdravila pa se priporoča skrbno spremljanje krvnega tlaka pri bolnikih s srčno-žilnimi obolenji. Tudi učinkovitost bupropiona naj bi bila enaka učinkovitosti TCA in SSRI zdravil. Bupropion je bil umaknjen iz kanadskih in evropskih trgov, ker ga povezujejo z odpovedjo jeter, v državah, kjer pa ga še vedno uporabljajo, pa smernice za spremljanje jetrne funkcije še niso sprejete. Spolna disfunkcija je ob jemanju mitrazapina, nefazodona in bupropiona manj pogosta.

Zaviralci MAO imajo med zdravniki pogosto negativen prizvok, vendar pa naj bi bile te učinkovine za starejše varne in učinkovite. Da z zdravilom dosežemo popolno terapevtsko učinkovanje, ga moramo jemati vsaj 5 do 7 tednov. Bolniki, ki že jemljejo katerega izmed psihotropnih zdravil, morajo pred začetkom jemanja zaviralcev MAO imeti vsaj dvotedensko 'očiščevalno obdobje'. To pomeni, da v tem času ne jemljejo psihotropnih

zdravil ali drugih zdravil, ki bi z zaviralci MAO lahko imeli škodljive interakcije. Prav tako je dvotedensko 'očiščevalno obdobje' potrebno, če je bolnik prenehal z jemanjem katerega zdravila izmed zaviralcev MAO in bo začel jemati katerega izmed vrst antidepresivov.

Sindrom povezan z odtegnitvijo serotonina (tremor, driska, vročina, slabša koordinacija, mioklonus, vznemirjenje, drgetanje, spremembe v mentalnem počutju, hiperfleksija in prekomerno potenje) lahko spremlja hkratno jemanje zaviralcev MAO in TCA ali SSRI.

Ko je bolniku predpisano zdravilo za zdravljenje depresije, ga je potrebno skrbno spremljati. Cilji zdravljenja naj bi vključevali izboljšanje v socialnem in družinskem funkcioniranju, zmanjšanje nelagodja in povečanje zadovoljstva z življenjem na splošno. Ko ocenjujemo, ali je terapija učinkovita, se lahko opremo na kazalce izboljšanja apetita, spalnih vzorcev, povečanja energije ... Nekaterim bolnikom se na začetku zdravljenja stanje celo poslabša, zato jih moramo na to možnost opozoriti. Učinki terapije naj bi bili vsaj delno opazni že po treh do štirih tednih jemanja zdravil, toda za dosego popolnega terapevtskega učinka so potrebi meseci rednega jemanja zdravil. Za okrevanje po hudi obliki depresije je pogosto potrebnih šest mesecev do enega leta. Prvi obisk pri zdravniku naj bi bil po dveh tednih jemanja zdravil. Pri ogroženih pacientih se celo priporoča telefonski pogovor po enem tednu jemanja antidepresivov. Ti zgodnji obiski so namenjeni uravnavanju odmerka zdravila in odkrivanju morebitnih stranskih učinkov. Zdravnik naj bi odmerek povečal šele po štirih do šestih tednih rednega jemanja zdravila, če ne pride do izboljšanja stanja. Bolnik naj bi s terapijo nadaljeval vsaj še pol leta po izboljšanju znakov in simptomov bolezni. Strokovnjaki priporočajo, naj se zdravila ne bi ukinila v zimskem času zaradi možne povezave med sezonsko afektivno motnjo in depresijo.

Elektrokonvulzivna terapija (EKT) kot način zdravljenja je lahko ena izmed možnosti pri bolnikih s hudo obliko depresije (samomorilska nagnjenja, psihoza, zavračanje hrane). Po končani elektrokonvulzivni terapiji naj bi pacient užival antidepresive in zdravila za uravnavanje razpoloženja, ker se bolezen po zdravljenju zgolj z EKT ponovi pri skoraj vseh bolnikih. Redna elektrokonvulzivna terapija je potencialno stroškovno bolj učinkovita kot terapija z zdravili. Seveda pri bolnikih, ki so se nanjo dobro odzivali.

Bolnikom z depresijo je potrebno svetovati tudi glede življenjskega sloga. Fizična in psihična aktivnost, manjši kalorijski vnos in uživanje določenih hranil so povezani z boljšim telesnim in duševnim zdravjem. Na voljo so tudi številne vrste psihoterapij. Osební zdravniki lahko z rednim izobraževanjem bolnikov in s pomočjo kognitivno vedenjske terapije dosežejo, da bolniki zdravila jemljejo bolj redno. Nekaterim bolnikom pa pri zdravljenju bolezni pomaga tudi redno udejstvovanje v duhovnih aktivnostih.

Tina Lipar

BAGSO (2012). *Entlastung für die Seele: ein Ratgeber für pflegende Angehörige*. 3. izd., Bonn; <http://www.bagso.de/publikationen.html> (sprejeto 28. 1. 2013)

PRIROČNIK ZA DRUŽINSKE OSKRBOVALCE

Nemška seniorska organizacija BAGSO je skupaj z Nemškim združenjem psihoterapevtov lansko leto izdala zelo koristno knjižico z naslovom *Razbremenitev za dušo: priročnik za svojce oskrbovalce* (*Entlastung für die Seele: ein Ratgeber für pflegende Angehörige*). Knjižica je namenjena vsem, ki oskrbujejo stare in onemogle družinske člane. Govori o duševnih obremenitvah in težavah, ki se lahko pojavijo pri družinskih oskrbovalcih, in vsebuje številne praktične nasvete, kaj lahko sami storijo za to, da bi ohranili ali celo izboljšali svojo psihofizično kondicijo.

Oskrbovanje bolnega svojca je zelo zahtevno in pogosto pomeni iskanje možnosti, kako uskladiti nudenje pomoči z oblikovanjem lastnega vsakdana, še zlasti, če so družinski oskrbovalci zaposleni in imajo lastno družino. Čeprav je skrb za drugega izpolnjujoča, pa lahko sčasoma vodi v preobremenjenost, posebej, kadar je dolgotrajno oskrbovanje povezano z ogromnimi telesnimi in duševnimi obremenitvami. Duševne obremenitve se še vedno pogosto podcenjujejo, čeprav niso nič manj škodljive od telesnih in lahko povzročajo resne telesne težave. Poleg tega so družinski oskrbovalci izpostavljeni tudi duševnim konfliktom, ki jim jemljejo moči in energijo; običajno jih sami ne zmorejo reševati, ampak jih potlačijo ali pasivno prenašajo. Kot posledica tega se pojavita stres in izčrpanost, kar je znak za to, da je treba poiskati strokovno pomoč.

Knjižica je po vsebini razdeljena na dva dela. Prvi del obravnava najpogostejše obremenitve in duševne težave pri družinskih oskrbovalcih. V večini družin se pri oskrbovanju zamenjajo vloge v družini: ostareli starši, ki potrebujejo pomoč, postanejo »otroci«, skrb zanje prevzamejo njihovi odrasli otroci, s čimer se številni starejši ljudje le s težavo sprijaznijo. Bolezensko spremenjeno duševno stanje onemoglih starih ljudi zahteva od oskrbovalcev tudi veliko potrpljenja in zmožnosti vživljanja. Obe strani se morata naučiti prilagajati se spremembam in oblikovati nov medsebojni odnos. Včasih stari nepredelani konflikti znova priplavajo na površje. V takšnem položaju lahko oskrbovalci doživljajo tudi agresivne in odklonilne misli in čustva, ki se jih sramujejo in ob katerih jih preveva občutek krivde. Vendar to ni nič neprimerne, je le znak za preobremenjenost – v takem primeru morajo poiskati pomoč in poskušati spremeniti situacijo.

Za normalno delovanje organizma je potrebna dinamična izmenjava napetosti in sprostitve: v fazi napetosti porabimo energijo, kar vodi k utrujenosti in naravni sprostitvi, med katero se porabljene zaloge energije znova obnovijo. Večja,