



## XI. KONGRES in 141. SKUPŠČINA SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA STAROST, STARANJE IN SKRIB ZA STARE

Ljubljana, 15. in 16. oktober 2004

# PSIHOLOŠKE POTREBE V STAROSTI

## PSYCHOLOGICAL NEEDS IN OLD AGE

*Aleš Kogoj*

Enota za gerontopsihiatrijo, Psihiatrična klinika, Studenec 48, 1260 Ljubljana Polje

Prispelo 2004-08-16, sprejeto 2004-09-16; ZDRAV VESTN 2004; 73: 749-51

**Ključne besede:** starost; stiske; psihiatrija

**Izveček** – Izhodišča. Starost prinaša številne stiske, pogoste pa so tudi duševne motnje, kakršni sta depresija in demenca. Te pomembno vplivajo ne le na bolnika, temveč na celotno družino. V prispevku so podana nekatera za starostnike pomembna področja, kot so izgube, odvisnost od tuje pomoči, občutki krivde in sprava, možnost novega začetka in druga priložnost, osamljenost, življenjska naveličanost ter smrt.

### Uvod

Starostniki so najbolj heterogena populacijska skupina. V starosti je marsikdo še dovolj zdrav za kakovostno, tudi še ustvarjalno in samostojno življenje. Po drugi strani pa ni zanemarljiv delež tistih, ki so že povsem odvisni od pomoči bližnjih zaradi posledic različnih bolezni. Kot so različne ohranjene zmožnosti starostnikov, so tudi različne njihove potrebe. Nekaterim zadošča že samo občutek, da se lahko, v primeru hujših težav, zanesejo na skrbne otroke in vnuke, drugim pa ni več mogoče zagotoviti dovolj kakovostnega življenja v domačem okolju in so zato prisiljeni odločiti se za bivanje v domovih starejših občanov.

Starost prinaša številne spremembe, ki so lahko vir različnim stiskam, še zlasti kadar se te pojavijo naenkrat. 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. Starostnikom pomembna področja so tudi: občutki krivde in sprava, možnost novega začetka, smrt, osamljenost, življenjska naveličanost, dolgčas, zavoženost življenja, bojazen pred visoko starostjo, strah pred umiranjem, strah pred smrtjo, posmrtno življenje in smisel življenja (1-3). 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 (4).

V starosti so pogoste tudi duševne motnje, ki so bodisi nadaljevanje duševnih motenj iz mlajših življenjskih obdobij (npr. shizofrenija in ostale psihoze, bipolarna afektivna motnja, depresija, nevrotske in somatoformne motnje), bodisi novonastalih duševnih motenj (zlasti depresija, demenca ter ostale organske duševne motnje in delirij). Skupna značilnost du-

**Key words:** old age; fears; mental disorders

**Abstract** – Background. Old age is defined by numerous stress and mental disorders such as depression and dementia which do not only affect the patient but the whole family. This article describes some important topics for the elderly such as losses, dependence, feeling of guilt and reconciliation, a new beginning and second chance, loneliness, life weariness and death.

ševnih motenj v starosti je, da ne prizadenejo le bolnika, temveč posredno izrazito obremenjujejo celotno družino.

### Izgube

Med izgubami, s katerimi se starejši pogosteje soočajo kot ostali, so: smrt partnerja, prijatelja, vrstnika, odhod otrok od doma, zmanjšanje telesnih sposobnosti, telesne bolezni, slabljenje sluha in vida, slabša gibljivost, spominske motnje, težave pri mišljenju, izguba veljave v domačem okolju, izguba zupanja vase in izguba samospoštovanja, upokojitev, manjši dohodki, socialni umik, sprememba bivališča ali preselitev v dom starejših občanov (5). 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. Klevišarjeva opisuje: »Kdor se uči izpuščati, postaja vedno bolj svoboden« (6).

### Avtonomnost in odvisnost od tuje pomoči

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

Najpogostejši duševni motnji, ki odločilno vplivata na zmožnost samostojnega življenja ali odvisnosti v starosti, sta depresija in demenca. Depresija je v starosti pogosto atipična, z manj izraženo žalostjo, zato se pogosteje spregleda, čeprav ni redko vzrok samomoru. Pogosteje pa depresivni starostni-

ki navajajo številne telesne težave in pozabljivost. Na srečo lahko depresijo zelo uspešno zdravimo tudi v starosti.

Manj uspešni smo zaenkrat pri zdravljenju različnih oblik demenc. Vendar je tudi tu zdravljenje smiselno, saj pogosto vsaj začasno izboljša kakovost življenja ne le bolnikov, temveč tudi njihovih družin. Žal se še vedno dogaja, da svojci, neredko pa tudi zdravniki razumejo otožnost, pomanjkanje interesa ali težave s pomnjenjem kot običajni, neizogibni del starosti. V zadnjih letih vendarle opažamo postopno spreminjanje mišljenja in prakse. Pohvalno je, da prihaja po pomoč čedalje več starejših, ko imajo še blage motnje spoznavnih sposobnosti. Ker pa je večina bolnikov nekritična za bolezenski upad spoznavnih sposobnosti, je naloga zdravnikov, da pomislijo tudi na možnost upada spoznavnih sposobnosti in svetujejo pregled pri nevrologu ali psihiatru.

S številnejšim in predvsem zgodnejšim obiskom bolnikov v psihogeriatrični ambulanti Psihiatrične klinike smo uspeli nekoliko zaustaviti število hospitalizacij ob sicer čedalje večjem številu bolnikov. Žal pa sedaj potrebe že presegajo naše zmožnosti, zaradi česar se soočamo s predolgo čakalno dobo. Rešitev vidimo predvsem v nujnem povečanju ambulantne dejavnosti in začetku uvajanja dnevnega hospitala z željo, da bi omogočili bolnikom, da bi čim dlje lahko živeli v domačem okolju. Kaj pa preventiva? Znani dejavniki tveganja za nastanek možganskih kapi in s tem možnih vaskularnih demenc so morda tudi dejavniki tveganja za Alzheimerjevo demenco. Čedalje več je tudi dokazov, da redno urjenje intelektualnih sposobnosti lahko zmanjša hitrost upada spoznavnih sposobnosti pri demenci. Bennett je s sodelavci objavil študijo, v kateri so potrdili že dalj časa poznano dejstvo, da ima Alzheimerjeva bolezen pri ljudeh z visoko izobrazbo ugodnejši potek. V povprečju osem mesecev pred smrtjo so 130 preiskovancem testirali spominske in vidnoprstorske sposobnosti ter hitrost zaznavanja. Po njihovi smrti so določili število bolezenskih sprememb, tipičnih za Alzheimerjevo bolezen (senilnih leh in nevrofibrilarnih pentelj). Če je dosegla 84-letna oseba brez senilnih leh z visoko izobrazbo 98,1% povprečja in enako stara oseba z nižjo, srednjo izobrazbo 96,8% povprečja, se je rezultat na testih ob ugotovljenem številu senilnih leh, ki že zadošča za diagnozo Alzheimerjeve bolezni, precej spremenil. Pri visoko izobraženih se je uspešnost le rahlo znižala (96,2%), pri tistih z nižjo izobrazbo pa je bil padec zelo izrazit (82%). Raziskovalci menijo, da višja izobrazba predstavlja rezervo, ki jo možgani izkoristijo, ko se že začnejo bolezenski procesi. Zato najbrž lahko priporočamo čim več učenja v vseh možnih oblikah vse življenje (7). Socialni stereotipi o starejših in njihov družbeni položaj (družbena izločenost) vplivajo na to, do kakšne mere starejši uporabljajo svoje sposobnosti, torej tudi do kakšne mere uporabljajo sposobnost pomnjenja (8). Kjer je to mogoče, priporočamo vključevanje v izobraževalne programe (npr. Univerza za tretje življenjsko obdobje), ki nudijo hkrati tudi možnost druženja.

Pri nesamostojnosti in odvisnosti je običajno najpomembnejša pomoč ožje družine. Ob hitrem podaljševanju življenjske dobe nemalokrat oskrbo prevzamejo otroci, ki pa so tudi že sami upokojeni. 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. Starejšim je potrebno ponuditi toliko pomoči, kolikor je potrebujejo. Ne toliko, kolikor mi mislimo, da je potrebujejo, da ne bi po nepotrebem zmanjševali njihovega občutka samospoštovanja. Komur zadošča možnost, da nekdo prinese hrano iz trgovine, še ne potrebuje nastanitve v domu. 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. Nemalokrat potrebujejo starostniki katero od teh oblik pomoči le začasno po hujši bolezni ali poškodbi, kasneje pa še lahko živijo samostojno.

## Občutki krivde in sprava

Če ne bi bilo življenje, kakršno pač je, vključno z zlobnimi nameni, nasilnim vedenjem in resnično neprimernim odnosom posameznikov do drugih, bi lahko starejše samo pomirili s tem, da se preveč obremenjujejo z občutki krivde. Tako pa so občutki obžalovanja včasih resnično prisotni in tudi utemeljeni. Kostnapfel navaja, da je bilo v skupini 64 starostnikov 13% takih z občutki krivde in poudarja, da bi bilo težko in neprimerno »vrtati« vanje (3). Zdravnik ne more biti razsodnik, lahko pa posluša, resnično posluša in preverja realnost. Vsi starejši, še zlasti pa tisti z občutki krivde, potrebujejo dobrega poslušalca.

## Nov začetek in druga priložnost

Nekateri starejši spontano naredijo osebno življenjsko bilanco, iščejo smisel življenja in se soočajo s smrtjo. Ob pogledu v preteklost si lahko rečejo: »Ko se ozrem nazaj, sem zadovoljen s svojim življenjem.« Nekateri pa ne izražajo takega zadovoljstva in si želijo urediti/spremeniti življenje, najti osebno zadovoljstvo in izkoristiti novo, morda tudi zadnjo življenjsko priložnost. Nekaterim se zdi življenje monotono, zapravljeno in bi ga, če bi imeli to možnost, ponovno začeli drugače. Tudi v starosti lahko oblikujejo nove interese in si zastavijo nove cilje. Kostnapfel je v svoji skupini starostnikov z zadovoljstvom ugotavljal, da jih je manj kot ena petina imela občutek, da niso živeli prav (3).

## Osamljenost

Ko umirajo vrstniki, partner, sorodniki, ostajajo starejši vedno bolj sami. Kostnapfel navaja, da se je 36% starostnikov počutilo osamljene (3). Vendar niso nujno osamljeni vsi, ki živijo sami ali imajo malo stikov. Vsekakor pa se lahko vse večji samotni pridruži tudi občutek osamljenosti, zlasti ob depresivnem razpoloženju, morebitni telesni bolezni ali onemoglosti, ki ovira ali onemogoča stik z okoljem. Dodatno omejuje možnosti komunikacij tudi pomanjkanje zaupanja vase, ki je pogost spremljevalec depresivnosti.

Starejši pari se pogosto, zlasti ob boleznih, soočajo s stvarno nevarnostjo, da 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 bolj grozeča, izguba podpore bolj boleča, konec lastnega življenja pa se zdi še bližji.

Malo verjetno je, da bi ljudje, ki so vse življenje živeli sami, v starosti želeli spremeniti način življenja. Tak način življenja pa kljub vsemu zmanjšuje možnosti za vzdrževanje stikov s svojci ali prijatelji. Tudi če se bodo preselili v dom starejših občanov, bodo raje živeli v sobi, v kateri bodo sami. Vsi si ne želijo družbe v domu in prav tako se ne želijo vsi vključevati v skupinske dejavnosti v domovih. Za tiste, ki si želijo družabnih dejavnosti, pa je zanje dokaj 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, bodo starejši lahko zadovoljno živeli, čeprav bodo sami. Predvsem v urbanih področjih pa se dogaja, da je kljub množici sosedov posameznik socialno neviden. Moški redkeje iščejo ali sprejmejo možnosti, kjer bi se lahko pogovarjali o svojih stiskah, in imajo tudi sicer manj medsebojnih stikov.

## Življenjska naveličanost

V omenjeni študiji Kostnapfel navaja, da je 48% starostnikov izražalo, da so naveličani življenja, pogosteje so to bili dom-

ski oskrbovanci (3). Upadel jim je interes, zanimanje za dogajanja. Le upamo lahko, da je v splošni populaciji starostnikov brez duševnih motenj to manj pogost problem. Občutek naveličnosti življenja se lahko stopnjuje tudi v samomorilne misli, poskuse ali celo uspešne samomora. Seveda to ni nujno. Veliko starejših, ki so naveličani življenja, ne razmišlja o samomoru, pač pa pasivno pričakujejo smrt kot odrešitev. Koeficient samomora je v starosti približno enkrat višji kot v splošni populaciji in kaže po desetletjih rasti zadnje leta rahlo tendenco zmanjševanja (9). Bojazan, da bi pogovor o samomorilnih mislih sprožil poskus samomora, je odveč. Lahko pa nam seveda potrdijo samomorilne misli, ki jih niso spontano zaupali niti najbližjim svojcem. Slednji so, ko izvejo zanje, razumljivo presenečeni.

## Smrt

Ne moremo mimo dejstva, da je smrt starejšim bližja, na kar jih pogosto, vsakodnevno opozarjajo hude telesne bolezni. Na izgube, kot posledice smrti bližnjih, so vezani tudi strah pred smrtjo, strah pred umiranjem in upanje v posmrtno življenje. Nekateri starejši uspejo razrešiti osebne stiske ob smrti bližnjih, medtem ko se drugi težko sprijaznijo že s samim staranjem, še težje pa z dejansko bližajočo se smrtjo. Tesnobe, ki je posledica strahu pred smrtjo, morda ob tem niti ne prepoznajo.

Kostnapfel navaja, da je strahu pred smrtjo pri starostnikih očitno zelo malo. Med 32 domskimi oskrbovanci z duševnimi motnjami ni bilo nikogar strah smrti, med dispanzerskimi bolniki pa jih je 16% izražalo strah pred smrtjo, in to kljub temu, da je le ena petina teh starostnikov verovala v posmrtno življenje. V nasprotju s tem pa je strah pred umiranjem pogostejši. V omenjeni študiji je bilo 38% starostnikov strah umiranja. Večina tistih, ki jih je bilo strah umiranja, slednje povezujejo z bolečinami in trpljenjem (3). S strahom pred smrtjo, umiranjem in še bolj s strahom pred odvisnostjo zaradi posledic bolezni se prepleta bojazan pred višjo starostjo, ki je bila v omenjenem vzorcu prisotna pri 25% starostnikov (3). Z generacijami se spreminja odnos do smrti. Klevišarjeva navaja, da je bila v prejšnjih časih smrt ljudem bolj domača. Že kot otroci so se soočili z umiranjem v sorodstvu in soseščini, z vsemi običaji in obredi, ki so bili s tem povezani. Družine so bile večje, skupaj je živelo več generacij, zato so umiranje in žalovanje doživljali skupaj. Spremljanje umirajočega je ena najtežjih stvari v življenju, ki da človeku pečat in ga kljub temu obogati (6). Pomembno je, da starejši najdejo nekoga, ki mu lahko zaupajo, bodisi v krogu domačih, prijateljev ali znancev. Pogovori o lastni smrti so pogosto težji mlajšim kot starejšim.

Dandanes je umiranje vedno bolj potisnjeno v bolnišnice in domove starejših občanov, čeprav si večina ljudi želi umreti

doma. Ob tem ugotavljajo, da se v zdravstvu porabi nesorazmerno veliko sredstev za zadnjih nekaj dni življenja. Kljub vsemu ne moremo pričakovati, da bi ob sedanjem načinu mišljenja in dela prevzel večji del svojcev skrb za umirajočega v domačem okolju (infuzije, parenteralna uporaba zdravil). Ob intenzivnejši podpori negovalnih služb, edukaciji svojcev in hkratnem uveljavljanju drugačnih pogledov pa bi to lahko bilo drugače.

## Zaključki

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 (npr. izobraževanja, skupine za samopomoč, terapevtske skupine ...). Pogrešamo razvit sistem družjenja prostovoljcev s starostniki.

Starejši imajo obilo znanja in izkušenj, včasih tudi predsodke. Pogosti pa so še vedno tudi predsodki, ki se nanašajo na starejše. Pozabljivost in motnje razpoloženja ter volje so lahko bolezenski znaki, ki zahtevajo diagnostično razjasnitev. Za uspešnejšo pomoč obolelim družinskim članom bo potrebno povečati možnosti ambulantne obravnave ter razviti širši, lažje dostopen sistem izobraževalnih programov, kakršen je npr. program Ne pozabi me za svojce bolnikov z demenco.

## Literatura

1. Smyer MA, Zarit SH, Qualls SH. Psychological intervention with the aging individual. In: Birren JE, Warner Schaie K eds. Handbook of the psychology of aging. San Diego: Academic Press, 1990: 375-404.
2. Finkel SI, Metler P, Wasson W, Berte K, Bailey N, Brauer D, Gandy J. Group therapy in the elderly. In: Chiu E, Ames D. Functional psychiatric disorders of the elderly. Cambridge: Cambridge University Press, 1994: 478-98.
3. Kostnapfel J. Nekateri psihološke kategorije posameznikov. Zdrav Vestn 1981; 50: 341-4.
4. Ramovš J. Kakovostna starost. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka in Slovenska akademija znanosti in umetnosti, 2003.
5. Ziherl S. Starostnik v stiski. In: Tekavčič-Grad O ed. Pomoč človeku v stiski. Ljubljana: Litterapicta, 1994: 125-30.
6. Klevišar M. Smrt kot pravni zaključek življenja. In: Hojnik-Zupanc I. Dodajmo življenje letom. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije, 1997: 149-57.
7. Bennett DA, Wilson RS, Schneider JA et al. Education modifies the relation of AD pathology to level of cognitive function in older persons. Neurology 2003; 60: 1909-15.
8. Krajnc A. Izobraževanje in spominjanje v tretjem življenjskem obdobju. In: Kogoj A. Spomin. 3. psihogeriatrsko srečanje; 2003, 13.-14. marec; Otočec. Ljubljana: Spominčica - Združenje za pomoč pri demenci, 2003: 111-23.
9. Grad OT, Kogoj A, Trontelj J. Elderly suicide in Slovenia. In: De Leo D. Suicide and euthanasia in older adults: a transcultural journey. Seattle: Hogrefe and Huber Publishers, 2001: 77-88.