

Barbara Oražem

Depresija: njen obraz v starosti in pot iz nje

POVZETEK

Depresija je zapletena motnja človekovega zdravja z značilnimi spremembami duševnih in telesnih funkcij, ki globoko posega tudi v svet bolnikovih socialnih odnosov. Pri nastanku depresije v starosti so pomembni različni dejavniki, tako nevrobiološki kot psihosocialni. Starejši se večkrat soočajo z izgubami: fizičnimi (telesne bolezni, slabša gibljivost), mentalnimi (upočasnenost mišljenja, manjše samozaupanje), medosebnimi (smrt partnerja in vrstnikov) in socialnimi (upokožitev, manjši dohodki, odhod v dom). Zdravljenje depresij v starosti najpogosteje temelji na uporabi antidepresivnih zdravil in ustreznem psihoterapevtskem pristopu. Zelo pomembno je prepoznavanje znakov klinične depresije, pa tudi vedenje, da se začarani krog trpljenja, ki ga povzroča depresija, lahko uspešno zdravi.

Ključne besede: depresija, stari ljudje, dejavniki tveganja, zdravljenje

AVTORICA: Barbara Oražem je univerzitetna diplomirana psihologinja, zaposlena na Inštitutu Antona Trstenjaka. Je tudi redna sodelavka revije Zdravje, kjer objavlja prispevke s področja psihologije.

ABSTRACT

Old age depression

Depression is a complex disorder of men's health with specific changes in his physical and mental functions. Depression has a deep impact on subject's social sphere. Different factors play their part in etiology of late-life depression, neurobiological as well as psychosocial. The elderly have to face with many losses: physical (a variety of medical illnesses and disabilities), mental (deterioration in mental function, lack of self-trust), interpersonal (death of a spouse, siblings or friends) and social (retirement, financial problems, and relocation of residence). The most common treatments for depression in old age are psychotherapy and antidepressant medication. It is very important to recognize the symptoms of clinical depression and also to be aware of the fact, that the vicious circle of pain, caused by depression, can be successfully treated.

Key words: depression, elderly, risk factors, treatment

AUTHOR: Barbara Oražem is a psychologist, employed at the Anton Trstenjak Institute of gerontology and intergenerational relations. She is also a regular writer of psychological articles in Zdravje review.

»Človek se lahko stara in umre kot gotška katedrala ali kot star čevelj.«

(Gospod, ki je naredil samomor)

UVOD

Depresija ni v nobenem starostnem obdobju normalen del življenja. Razboršek (2000) navaja, da gre pri depresiji za bolezensko spremembo

razpoloženja, katero spremljajo psihični, telesni in socialni simptomi. Depresija ni samo žalostno razpoloženje, temveč resno obolenje, ki prizadane celo telo, prav tako ni znak osebnostne šibkosti

Tabela 1. Razločevanje znakov žalosti in depresije (Gillett 1992).

Žalost	Depresija
Izražanje čustev (jok, hlipanje) prinese olajšanje.	Olajšanje z jokom je komaj zaznavno, lahko je jok tudi odsoten.
Čustva so silovita.	Čustva so topa, prevladuje občutje brezkončne praznine.
Energija in motivacija sta ohranjeni.	Izguba energije in motivacije.
Zmožnosti za smeh in občutenje drugih čustev niso izgubljene. Po končanem žalovanju se dojemljivost za druga čustva lahko celo okrepi.	Izguba smisla za humor. Izguba dovzetnosti za druga čustva.
Samospoštovanje je ohranjeno.	Izguba samospoštovanja.
Žalovanje lahko zbližuje.	Izražena je težnja po socialni izolaciji.

ali značajske pomanjkljivosti. Izraz depresija pogosto zamenjujemo z žalostjo, vendar pa ju ne gre enačiti (Gillett 1992). Bistvo depresije ni žalost, kajti žalost je aktiven proces, depresija pasiven. Povsem naravno je, da človek, ki je nekaj žalostnega doživel, na primer izgubo bližnjega, doživlja žalost, toda proces žalovanja, če poteka po naravni poti, ga sčasoma ozdravi. Pri depresiji pa lahko občutja otopijo ali povsem izginejo. Neprijetnemu občutku nesposobnosti čustvovanja se, kot navaja Žvan (1999), pridružuje značilna anhedonija (izguba zadovoljstva), kar bolezensko depresijo ločuje od normalne žalosti.

Žvan (1999) opozarja, da meje med nekim spremenjenim duševnim stanjem, ki ga še lahko vrednotimo kot normalno, človeško razumljivo reakcijo, in stanjem, ko se začne prava bolezen, ni lahko postaviti, kajti med njima obstajajo tekoči prehodi. Na kratko bi lahko rekli, da je bolezensko tisto, kar traja predolgo, intenzivnost pa je pretirano močna. Pri depresivnih stanjih je to takrat, ko se pojavijo tudi motnje telesnih funkcij, ko prizadeti subjektivno zelo trpi in ko se zmanjša njegova funkcionalna sposobnost (Tabela 2).

Tabela 2. Značilna depresivna simptomatika glede na duševne funkcije (Žvan 1999).

Psihično področje	Opazni znaki
Čustveno in motivacijsko področje	potrtost, brezupnost, zaskrbljenost, občutek nemoči, pesimizma, brezvrednosti, nizkega samospoštovanja, nebogljenosti, občutki krivde, potreba po samokaznovanju...
Spoznavno področje oziroma področje mišljenja	zavrto mišljenje in depresivno razmišljanje, nesposobnost osredotočanja misli...
Telesno oziroma vegetativno področje	brezvoljnost, utrudljivost, motnje apetita in spanja, motnje ritma srca, sprememba krvnega tlaka, slabosti, težko dihanje...

ETIOLOGIJA DEPRESIJE

Depresija se v mednarodni klasifikaciji boleznih uvršča med tako imenovane razpoloženske ali afektivne motnje (Žvan 1999), katerih etiologija ni enoznačna. Pri nastanku depresije se prepleta več dejavnikov (Razboršek 2000): biološki, psihološki in socialni, kar kaže na multifaktorialno pogojeno bolezensko stanje, pri katerem vzroki niso vedno enaki (Žvan 1999). Med **biološke dejavnike** uvrščamo:

1. podedovano nagnjenost; rezultati epidemioloških genetičnih študij afektivnih motenj (Žvan 1999) prepričljivo kažejo, da imajo dedni dejavniki pomembno vlogo (pri ponavljajoči se depresiji je tveganje za obolenost najbližjih sorodnikov bolnikov s to motnjo do trikrat večje kot v splošni populaciji);
2. nevrobiokemične spremembe v možganih; nevrobiokemična hipoteza govori o tem, da pri depresijah nastanejo motnje pri izločanju prenašalcev živčnih impulzov (transmitterjev), ki prenašajo impulze med možganskimi celicami; določene oškodovanosti na teh področjih, povzročene najbrž hereditarno, so tisti dejavnik občutljivosti oziroma ranljivosti neke osebe, pri kateri bo – tudi v soigri z zunanji dejavniki – prišlo do klinično opazne afektivne motnje (Žvan 1999);
3. endokrine motnje; z depresijo so lahko povezane tudi nekatere bolezni žlez z notranjim izločanjem; pri prekomerni aktivnosti nadledvične žleze je depresija pogost simptom (Razboršek 2000).

Psihološki dejavniki

Psihološke koncepcije o nastanku afektivnih motenj temeljijo na predpostavkah, da dispozicija motnje nastane v teku življenja, posebno v času zgodnjega razvoja osebnosti, ki se pokaže kot specifična ranljivost, evocirana v okoliščinah, ki so za to osebo travmatizirajoče. Po teh teorijah torej obstaja psihološko razumljiva vzročna

povezanost med strukturo osebnosti, provokativnimi okoliščinami in kliničnimi manifestacijami. Te razlage najdemo v psihoanalitičnih teorijah, ki trdijo, da je osnovna značajska lastnost k depresijam nagnjenih oseb simbiotična odvisnost od pomembnih objektov in ambivalentno čustvanje do njih. Pomembno je tudi raziskovanje socialnega stresa pri depresiji; pri ponavljajoči se namreč depresivni motnji so v mesecih pred izbruhom bolezenske epizode pogosti psihosocialni stres. To so lahko:

- stresni življenjski dogodki, na primer pomembna sprememba v dosedanem življenju (ločitev, resna bolezen ali smrt v družini, pomembna sprememba premoženjskega stanja, bivališča...)
- kronični stres, ki vključuje npr. trajne gmotne težave, težave v medosebnih odnosih, trajne ogrožujoče situacije...

Našteti stresni dogodki imajo sprožilni vpliv za pojavljanje depresije pri tistih osebah, ki imajo za takšno odzivanje določeno predispozicijo, ki so ranljivi zaradi opisanih biokemičnih primanjkljajev. Pri nekaterih ljudeh pa povezava depresije s psihološkimi dejavniki ni jasna.

Sociokulturni dejavniki

Raziskave kažejo, da obstajajo nekatera geografska področja in sociokulturna okolja, kjer je depresij več kot drugje, vendar vloga teh dejavnikov v etiologiji afektivnih motenj še ni dobro raziskana (Žvan 1999).

DEPRESIJA V STAROSTI

Ocena pogostosti pojavljanja depresije pri starejših je odvisna od raziskovane populacije in od same definicije depresije. Raziskave v splošni populaciji ugotavljajo depresivno simptomatiko pri 10-15-odstotna deležu starejših oseb. Pogostost pojavljanja depresivne simptomatike je višja pri ženskah (Rudolf 2004). Novejše študije

ugotavljajo naraščajočo prevalenco depresije pri starejših od 80 let v povezavi s kroničnimi telesnimi boleznimi in upadom telesnih sposobnosti. Dejavnike tveganja depresije pri starejših predstavljajo različna telesna obolenja s posrednim ali neposrednim delovanjem (Pišljar 2002). Posredni vpliv na razvoj depresije imajo prisotnost neprekinjene bolečine, invalidnosti, kroničnega poteka določene bolezni in zmanjšana aktivnost. Medsebojno sovplivanje posrednih dejavnikov bolezni in depresije je obojestransko in kompleksno. McKenzie (2005) ugotavlja, da je depresija dokaj pogosta po srčnem infarktu, morda tudi zato, ker prizadeti čuti, da se je komaj izognil najhujšemu in se mora soočiti z lastno umrljivostjo. Močna dejavnika tveganja za razvoj depresije v starosti sta po avtorjevem mnenju odvisnost in negotovost. Izguba spanja in kronična bolečina sta med drugim pogosti spremljevalki depresije (Pišljar 2002). Starejši bolniki se počutijo omejeni zaradi izgubljene gibljivosti, strahu pred padci in izgube drugih vlog v življenju, ki so jih imeli do pojava obolenja. Med psihosocialnimi dejavniki tveganja za razvoj depresije pri starejši osebi prevladuje pomembnost izgube socialnih stikov, osamljenost, smrt zakonskih partnerjev, pa tudi določeni pomembni življenjski dogodki, kot so finančne težave, težka bolezen, prisiljena odselitev od doma ipd. Neposredni vpliv na razvoj depresije pa imajo, kot navaja isti avtor, različne nevrološke bolezni, med njimi predvsem Parkinsonova bolezen, Huntigtonova bolezen in Alzheimerjeva demenca. Povišana stopnja depresivnosti je povezana tudi z obolenji ščitnice, nekaterimi karcinomi in motnjami hormonskega delovanja (Cushingonova bolezen).

ZNAČILNOSTI KLINIČNE SLIKE

Vrsto kliničnih simptomov, ki so značilni za depresijo pri mlajših ljudeh (Tabela 2), najdemo tudi pri starejših bolnikih, pri čemer slednji za

razliko od mlajših pogosteje prikrivajo svoje depresivno razpoloženje. Izgubo energije in odsotnost veselja lahko zmotno pripisujejo staranju, pogosteje pa se pritožujejo nad tesnobo in somatskimi simptomi, kar je tudi bolj sprejemljivo (Pišljar 2002). Depresija se tudi v starosti zelo pogosto zamenjuje z žalostjo. Vpliva na človekovo funkcioniranje v celoti, na doživljanje samega sebe in sveta, na razpoloženje, voljo, energetske opremljenost in izražanje (Pišljar 2004). Depresija pri starejših se tako pogosto skriva za različnimi telesnimi simptomi: tožijo nad nemočjo, glavobolom, bolečinami, zaprtostjo in izgubo apetita (Rudolf 2004), pri čemer gre pogosto za t.i. »maskirano depresijo«, ko se depresivna simptomatika maskira v različne fizične simptome, za katere ni opaznega objektivnega vzroka (Zupančič 1996). »Hipohondrične« pritožbe navajata dve tretjini bolnikov, kot začetni simptom bolezni pa so telesne težave pri 30% starejših bolnikov (Kogoj 1999). Pišljar (2002) zato opozarja, da je potrebno posebno pozornost nameniti razlikovanju somatskih simptomov pri depresiji ter psihičnih reakcij ob telesnih obolenjih, saj se obe bolezenski stanji lahko med seboj prepletata. Med pogostejšimi simptomi klinične depresije v starosti so tudi (Gamse 2002): izguba samospoštovanja, volje, interesov in upanja, občutek nesmiselnosti ter vsiljevanje misli na smrt. Samomor je zlasti velik problem med starostniki, ki živijo doma; z njim povezano vedenje se kaže v več smereh, med katerimi ni ostrih meja:

- mučna razmišljanja o možnostih samomora kot izhoda iz težav;
- indirektno samouničevalno vedenje (odklanjanje hrane, pijače, zdravil);
- uspeli samomor, ki je pri starejši populaciji dvakrat pogostejši kot pri ostali populaciji.

Načini samomora, za katere se odločajo starostniki, so po raziskavah sodeč najpogosteje: skok z višine, obešanje in utopitev. Kogoj (1999) podaja podatek, da sta dva izmed treh starejših oseb, ki napravijo samomor, depresivna. Depre-

sija je lahko usodna zaradi pogostejšega telesnega obolevanja in neposredno zaradi samomorilne ogroženosti (Pišljari 2004).

Del depresivnega sindroma so tudi motnje kognitivnih sposobnosti. Motnje kognitivnih funkcij, ki so nastale v okviru depresije, imenujemo psevdodemenca (Rudolf 2004) in jih je potrebno razlikovati od prave demence. Bolniki s psevdodemenco se praviloma zavedajo spominskih primanjkljajev, medtem ko bolniki z demenco ne prepoznajo izgube spomina. Pišljari (2002) navaja, da so v klinični depresiji pri starejših pogosteje odkriti psihotični simptomi; depresivne misli lahko dobijo kvaliteto depresivne blodnje, se pravi prepričanja, ki nima več realnih okvirov. Nema lokrat se pozneje pojavljajo prave preganjalne blodnje. Pri hudo depresivnih starejših osebah se izražajo somatski simptomi in zaznavne motnje v smislu halucinacij, ki potrjujejo njihovo prepričanje, da so resno telesno oboleli.

ZDRAVLJENJE DEPRESIJE V STAROSTI

Depresivni starejši pogosto niso deležni ustreznega zdravljenja (Kogoj 1999). Simptomi depresije ostajajo zaradi opisanih posebnosti neprepoznani ali pa si jih bolniki, njihovi svojci in tudi zdravniki razlagajo kot spremembe, povezane s staranjem kot nujno zlo, za katerega ni pomoči. Bolniki dostikrat ne vedo, da so njihove težave dejansko znak bolezni, ki bi jo lahko zdravili. Včasih tudi ne želijo govoriti o težavah, ki se jih sramujejo, s čimer se poglobi začaran krog depresije. Posebna pozornost pri starejših depresivnih bolnikih se namenja spominskim motnjam in težavam z oslabeo pozornostjo. Depresivni bolniki pogosto tožijo nad izgubo spomina, vendar te težave po zdravljenju depresije izzvenijo (Pišljari 2004). Kot pri mlajših pacientih je tudi pri starejših zdravljenje

depresije odvisno od globine simptomatike. Na splošno ločimo blago, zmerno in hudo depresijo (McKenzie 2005).

1. **Blaga depresija** – pri njej pogosto pomagajo že ukrepi za samopomoč, spremenjen življenjski slog in psihoterapija. Zdravila na tej ravni niso ravno učinkovita in njihovi stranski učinki pogosto presegajo koristne učinke.
2. **Zmerna depresija** – glede na simptome lahko pomagajo bodisi zdravila ali posebne oblike psihoterapije, nekateri zdravniki menijo, da je potrebna kombinacija obeh.
3. **Huda depresija** – praviloma je neizogibno uvajanje medikamentozne terapije, torej zdravljenja z zdravili, antidepresivi. Ljudje s samomorilnimi mislimi in nagibi potrebujejo takojšnjo pomoč in varno zatočišče.

Včasih je simptome depresije težko razlikovati od demence, še posebej, ko se obe bolezni pojavljata istočasno. Depresija se v 40-50% pojavlja ob Alzheimerjevi demenci. Praviloma so simptomi depresije opazni v zgodnejših fazah demence, večinoma v blagih do zmernih oblikah, občasno pa tudi s hudo izraženo simptomatiko. Pišljari (2004) še navaja, da depresijo s poznim začetkom prištevamo k možnim napovednim dejavnikom za demenco, saj je za razliko od zdravih starostnikov povezana s štirikrat večjim tveganjem za razvoj demence.

Medikamentozna terapija

Zdravljenje depresije v starosti zahteva posebno pozornost, saj so starejši ljudje zaradi fizioloških starostnih sprememb mnogo bolj občutljivi na stranske učinke zdravil. V splošnem so antidepresivi pri starejših depresivnih bolnikih enako učinkoviti kot pri mlajših, problem so interakcije z drugimi zdravili, s katerimi se zdravijo (Marinko 2002). Če depresijo spremljajo blodnje in halucinacije, bo bolnik poleg antidepresiva najverjetneje moral dobivati še posebno zdravilo, antipsihotik, ki zdravi te motnje (McKenzie

2005). Seveda je treba poudariti, da so zdravila le del celostnega psihiatričnega zdravljenja, ki upošteva poleg zdravljenja s psihofarmakološkimi zdravili pri vsakem bolniku tudi psihoterapevtski in socioterapevtski pristop (Žvan 1999). Kot je na nedavnem petem psihogeriatričnem srečanju poudarila zdravnica, dr. Marinka Rudolf, so nefarmakološki ukrepi (npr. izvajanje dnevnih družabnih aktivnosti, psihoedukacija, pomoč pri reševanju problemov) pri blagi ali zmerni depresiji prvi korak, medtem ko so pri globji depresiji nujni farmakološki ukrepi. Kot je na istem srečanju poudaril tudi mag. Aleš Kogoj, je pri zdravljenju duševnih bolezenskih stanj v starosti izrednega pomena zavedanje, da le-ta niso nujno trajnega značaja, zato je potrebno v rednih časovnih intervalih preverjati ustreznost izbora zdravil (pomembno zaradi sočasnega jemanja večjega števila različnih zdravil), odmerka in trajanja zdravljenja. (Geriatrično srečanje, 2007).

Psihoterapija

Psihoterapija se nanaša na zdravljenje čustvenih težav s pomočjo psiholoških sredstev (Ziherl 1999), in sicer z namenom, da bi odstranili ali modificirali obstoječe simptome, spremenili moteče oblike vedenja in spodbujali pozitivno osebnostno rast ter razvoj. Obstajajo številne različne vrste psihoterapije, ki temeljijo na različnih teorijah. Pri zdravljenju klinične oblike depresije se kot uspešen pristop potrjuje kognitivno-vedenjski (Pišljarič 2002). Začetnik kognitivne terapije je Aaron Beck, ki je svojo terapevtsko metodo zgradil na kognitivni teoriji depresije. Po njegovem mnenju je posameznikova depresija posledica njegovega napačnega prepričanja (pojmovanja), da je njegovo življenje popolnoma brez smisla in da je sam ničvreden človek, kar izhaja iz napačnega vrednotenja samega sebe. Primer takega vrednotenja je človek, ki je prezahteven do sebe in hoče biti čim bolj popoln. Ko tak posameznik naredi napako, je to zanj dokaz, da ni popoln, pač pa nasprotno:

ničvreden. Kognitivna terapija tako temelji na treh osnovnih predpostavkah:

- Čustva in vedenje so posledica mišljenja.
- Čustvene motnje so posledica negativnega in nestvarnega mišljenja.
- S spreminjanjem tovrstnega mišljenja lahko zmanjšamo čustvene motnje.

Kognitivno-vedenjska terapija je, kot pove že sama beseda, kombinacija elementov kognitivne in vedenjske terapije. Gre predvsem za spreminjanje negativnih misli in prepričanj (t.i. »kognitivnih distorzij«) ter za učenje drugačnega, primernejšega vedenja. Pomaga pri zdravljenju blage in zmerne depresije, kjer so raziskave pokazale, da je enako učinkovita kot antidepresivna sredstva. Bolniki se po njej počutijo bolje in boljše razpoloženje se tudi ohrani. Uporablja se lahko samostojno, nekatere raziskave pa so pokazale, da je kombinacija kognitivno-vedenjske terapije in antidepresivov učinkovitejša kot zdravljenje samo z zdravili ali s psihoterapijo (McKenzie 2005). Obravnava afektivnih motenj v starosti zahteva izkušenega strokovnjaka (Leo 1988), ki ga ne ovira prepričanje, da starejši niso sposobni spremeniti ustaljenega kognitivnega zaznavanja ali vedenjskih vzorcev (Kogoj 1999; v: Tomori, Ziherl 1999). Negativni psihološki stres (distres), ki je v ozadju različnih simptomov depresije starejšega človeka, mora biti obravnavan v kontekstu odnosov, ki jih ima oseba v svojem ožjem okolju in so ponavadi na določen način konfliktni (Leo 1988). Avtor je tudi mnenja, da naj terapevtsko delo pri zdravljenju depresije starejšega (ob ohranjenih kognitivnih funkcijah) temelji na njegovem soočanju z zunanjim svetom, kjer se tudi poskuša najti možen vir socialne podpore. Pri psihoterapevtskem delu s starejšim človekom je potrebno upoštevati določene psihološke poteze in vedenjske vzorce, značilne za to starostno populacijo. Star človek ima na primer večjo potrebo po prejemanju pohval kot mlajši in terapevtova naloga je, da poišče ravno-

težje med zadovoljevanjem omenjene potrebe in tveganjem, da se razvije preveč odvisen odnos. Naslednja zelo pomembna potreba starega človeka je potreba po obujanju preteklosti, ki je pogostokrat zanikana oziroma ne preveč dobro sprejeta v starostnikovem okolju. Njena zadovoljitev je ključnega pomena za terapevtski proces, saj lahko spomini in reminiscence življenjskih izkušenj obudijo tiste sisteme prilagoditve, ki so nekoč dobro funkcionirali, zato naj terapevt vzpodbuja pacienta, da pripoveduje o dogodkih, zlasti tistih, ki so pomembno vezani na čustveno oziroma afektivno sfero. V tem kontekstu govorimo o suportivni (podpirajoči) psihoterapiji, katere namen je krepitev posameznikovih obrambnih sil in spodbujanje tistih lastnosti, ki zmorejo premagati čustvene motnje. To naj bi ga vodilo k ustreznemu in manj motečemu vedenju (Ziherl 1999).

KO ŽIVLJENJE IZGUBI SVOJ SMISEL

V pričujočem prispevku smo že navedli, da je pojavljanje depresivne motnje danes obravnavano kot preplet različnih neugodnih dejavnikov, ki v sovplivanju narušijo celoto telesnega in duševnega. Iz del Viktorja E. Frankla (Zdravnik in duša 1994; Volja do smisla 1994; Kljub vsemu rečem življenju da 1993; Človek pred vprašanjem o smislu 2005), utemeljitelja in začetnika logoterapije, pa je razvidno, da je poleg deficitov na omenjenih ravneh, torej na telesni in duševni, sam v okviru depresivne motnje prepoznaval tudi motnje na tretji ravni, in sicer duhovni. Vir posameznikove duševne stiske vidi Frankl v tako imenovani »bivanjski praznoti« ali »eksistencialnem vakuumu«, ki se kaže kot čedalje močnejši občutek nesmiselnosti, s katerim so povezane nevarne težnje samouničevanja, stopnjevane vse do samomora. Eksistencialni vakuum je vezan na doživljanje duhovne ali bi-

vanjske prikrajšanosti, ki se odraža kot dolgčas, naveličanost, brezciljnost, duhovna otopelost in splošno nezanimanje. Frankl je bil prepričan, da je pozitivna usmerjenost k smislu zdravilno sredstvo. Logoterapija kot psihoterapevtska metoda samo pomaga najti smisel in ni sistem, ki bi sam po sebi dajal smisel. Dobesedno pomeni zdravljenje duševnosti z odkrivanjem smisla. Človeku v stiski skuša pomagati pri aktiviranju njegovih lastnih duhovnih zmožnosti, da bi z njimi odkrival in udeleževal konkretne možnosti za uresničevanje smisla v svojem življenjskem položaju (Frankl 1994). Če potegnemo vzporednico tudi z mislijo Antona Trstenjaka (1960), da so vsi primeri osebne stiske mejni primeri, ki pomenijo mejnike v človekovem osebnem življenju, lahko v tej luči vidimo tudi težka in boleča stanja, ki jih s seboj prinese depresija, pa katerekoli oblike že je. Po diagnosticirani depresiji, četudi je šlo le za eno depresivno epizodo, človek ni nikoli več tak, kot je bil. Poti sta dve: lahko tone v vedno večje osebno trpljenje in trpljenje svojcev ali pa se dvigne nadenj in ga na nek način obvlada, izzide iz »bitke« močnejši, osebnostno, zlasti pa duhovno bolj čvrst.

SKLEPNE MISLI

Depresija je navkljub uspešnemu zdravljenju dandanes še vedno povezana s številni strahovi in tabuji, ki se v starosti še okrepijo. Ker starejši ljudje lažje spregovorijo o svojih telesnih simptomih, je potrebno biti ob nenehnih telesnih pritožbah starega človeka pozoren na prisotnost morebitne depresivne simptomatike, kar velja tako za svojce kot za strokovne delavce. Ljudje naj bi tudi v dandanjem delu svoje življenjske poti težili k osebnemu zadovoljstvu in predvsem k notranjemu miru, čigar temelje pošteno naruši prav razvoj depresivne motnje. Dobro in modro je vedeti, da je le-to tudi v tretjem življenjskem obdobju mogoče zdraviti in da se človek sčasoma spet počuti bolje.

LITERATURA

- Frankl, V. E. (1994). *Zdravnik in duša. Osnove logoterapije in bivanjske analize*. Celje: Mohorjeva družba.
- Gamse, J. (2002). *Starostnik v domu za ostarele*. V: Marinko, P. *Psihogeriatrija, zdravljenje duševnih motenj v starosti*. Ljubljana: Zavod za farmacijo in preizkušanje zdravil – Ljubljana, 97-103.
- Gillet, R. (1992). *Premagovanje depresije*. Britansko holistično medicinsko združenje. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
- Kogoj, A. (1999). *Pojavljanje in značilnosti duševnih motenj v starosti*. V: Tomori, M., Zihlerl, S. (1999). *Psihiatrija*. Ljubljana: Litterapicta: Medicinska fakulteta, 355-359.
- Kogoj, A. *Urgentna stanja v psihogeriatriji: neobjavljeno predavanje*. Peto psihogeriatrično srečanje, Zreče 2007.
- Leo, D. (1988). *Sunset depression*. Leiden: Rijksuniversiteit.
- Marinko, P. (2002). *Pregled učinkovin za zdravljenje depresij v starosti*. V: Marinko, P. *Psihogeriatrija, zdravljenje duševnih motenj v starosti*. Ljubljana: Zavod za farmacijo in preizkušanje zdravil – Ljubljana, 43-55.
- McKenzie, K. (2005). *Kako razumeti depresijo*. Družinski zdravnik. Ljubljana: Pisanica d.o.o., Ljubljana.
- Pišljar, M. (2002). *Depresije v starosti*. V: Marinko, P. *Psihogeriatrija, zdravljenje duševnih motenj v starosti*. Ljubljana: Zavod za farmacijo in preizkušanje zdravil – Ljubljana, 19-28.
- Pišljar, M. (2004). *Depresija v starosti*. V: *Spominčica*, let. 2, št. 6, str.6.
- Pliva (2007). *Mentalno zdravje. Živjeti s depresijo*. <http://mentalno.plivazdravlje.hr/depra/?section=dijagnoza>.
- Razboršek, V. (2000). *Depresije. Kakovostna starost*, letnik 3, št. 1-4. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka, 50-53.
- Rudolf, M. (2004). *Depresija v starosti*. V: Pišljar, M. *Obravnava bolnikov z demenco in starostno depresijo: zbornik*. Idrinja, 39-45.
- Rudolf, M. (2007). *Depresija pri bolniku z demenco: neobjavljeno predavanje*. Peto psihogeriatrično srečanje, Zreče 2007.
- Trstenjak, A. (1960). *Človek v stiski. Prispevki k psihologiji osebnega svetovanja*. Celje: Mohorjeva družba.
- Zihlerl, S. (1999). *Zdravljenje psihiatričnega pacienta*. V: Tomori, M., Zihlerl, S. (1999). *Psihiatrija*. Ljubljana: Litterapicta: Medicinska fakulteta, 377-401.
- Zupančič, M. (1996). *Izbrane teme iz predmeta Razvojnja psihologija 2*. Ljubljana: Filozofska fakulteta, oddelek za psihologijo.
- Žvan, V. (1999). *Razpoložensjske (afektivne) motnje*. V: Tomori, M., Zihlerl, S. (1999). *Psihiatrija*. Ljubljana: Litterapicta: Medicinska fakulteta, 207-227.
- Žvan, V. (1999). *Biološke metode zdravljenja*. V: Tomori, M., Zihlerl, S. (1999). *Psihiatrija*. Ljubljana: Litterapicta: Medicinska fakulteta, 403-410.

Kontaktne informacije:

Barbara Oražem

Inštitut Antona Trstenjaka

e-naslov: barbara.orazem@gmail.com