

Depresija i suicidalnost kod osoba starije životne dobi

Djaković, Bernarda

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Law / Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:199:126002>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-27**



Repository / Repozitorij:

[Repository Faculty of Law University of Zagreb](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA**

Bernarda Djaković

**DEPRESIJA I SUICIDALNOST KOD OSOBA
STARIJE ŽIVOTNE DOBI**

ZAVRŠNI RAD

Zagreb, 2022.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA**

Bernarda Djaković

**DEPRESIJA I SUICIDALNOST KOD OSOBA
STARIJE ŽIVOTNE DOBI**

ZAVRŠNI RAD

Doc.dr.sc. Tihana Jendričko, dr.med.

Doc.dr.sc. Koraljka Modić Stanke

Zagreb, 2022.

Sadržaj:

1. UVOD	1
2. STAROST	2
2.1. <i>Pojam starosti i glavna obilježja starosti</i>	3
2.2. <i>Mentalno zdravlje u starijoj životnoj dobi</i>	4
3. DEPRESIJA	4
3.1. <i>Simptomi i klasifikacija depresije</i>	5
3.2. <i>Rizični čimbenici depresije</i>	6
3.3. <i>Klinička slika depresije kod osoba starije životne dobi</i>	8
3.4. <i>Liječenje depresije</i>	9
4. SUICIDALNOST KOD OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI	13
4.1. <i>Klasifikacija suicida</i>	14
4.2. <i>Rizični čimbenici suicida kod osoba starije životne dobi</i>	14
4.3. <i>Prevenција suicidalnog ponašanja kod osoba starije životne dobi</i>	16
5. ODNOS DEPRESIJE I SUICIDALNOSTI U STARIJOJ ŽIVOTNOJ DOBI	18
6. ULOGA SOCIJALNOG RADNIKA U RADU S OSOBAMA KOJE PATE OD DEPRESIJE	19
7. ZAKLJUČAK	21
8. POPIS LITERATURE	23

Depresija i suicidalnost kod osoba starije životne dobi

Sažetak:

Starenje je proces koji se odvija kod svakog pojedinca te dovodi do promjena u biološkom, psihološkom i socijalnom funkcioniranju. Kao jedna od najčešćih poteškoća mentalnog zdravlja kod osoba starije životne dobi navodi se depresija, koja se najčešće karakterizira osjećajima tuge, žalosti, neraspoloženosti i utučenosti. Razne poteškoće u područjima zdravstvenog, financijskog, obiteljskog, tjelesnog, psihološkog i socijalnog funkcioniranja koje su karakteristične za stariju životnu dob smatraju se objektivnom podlogom za razvoj depresije. Zbog činjenice da je depresija jedan od temeljnih razloga suicidalnosti kod starijih osoba, suicidalnost uz depresiju predstavlja još jedan veliki problem starije populacije. Ranim prepoznavanjem karakterističnih čimbenika depresije i suicidalnosti te njihovom pravodobnom dijagnozom i liječenjem moguće je utjecati na njihovu prevenciju te na poboljšanje kvalitete života starijih osoba koje boluju od depresije, ali i članova njihovih obitelji. U liječenju depresivnih poremećaja koriste se razne farmakološke, psihoterapijske i socioterapijske metode liječenja te terapije stimulacije mozga. Pri liječenju osoba s depresivnim poremećajem od važnosti su rad i zalaganje socijalnih radnika, koji svojim znanjima i vještinama doprinose njihovom oporavku, pružaju pozitivnu podršku prilikom samog procesa liječenja te fokus stavljaju na pozitivne promjene njihove ličnosti.

Ključne riječi: starija životna dob, depresija, suicidalnost, socijalni rad

Depression and suicidality in the elderly

Abstract:

Aging is a process that takes place in each individual and leads to changes in biological, psychological and social functioning. One of the most common disorders of mental health in the old age is depression, which is most often characterized by sadness, grief, low mood and dejection. Various difficulties in the areas of health, financial, family, physical, psychological, and social functioning that are characteristic of old age are considered to be the objective basis for the development of depression. Due to the fact that depression is one of the fundamental reasons for suicide in the elderly, suicide along with depression is another major problem of the elderly population. By early recognition the characteristic factors of depression and suicidality and their timely diagnosis and treatment, it is possible to influence their prevention to improve the life quality of people who suffer from depression, as well as their family members. In the treatment of depressive disorders, various pharmacological, psychotherapeutic and sociotherapeutic methods and brain stimulation therapy are mostly used. In the treatment of people with depressive disorder, the work and commitment of social workers are important, who with their knowledge and skills contribute to their recovery, provide positive support during the treatment process and focus on positive changes in their personalities.

Key words: old age, depression, suicidality, social work

Izjava o izvornosti

Ja, Bernarda Djaković pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključiva autorica završnog rada te da u radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova te da se prilikom izrade rada nisam koristila drugim izvorima do onih navedenih u radu.

Ime i prezime: Bernarda Djaković

Datum: 21.09.2022.

1. UVOD

Starost je određeno životno razdoblje koje se povezuje s kronološkom dobi, dok se pojam starenja definira kao progresivan proces smanjenja funkcije i strukture ljudskog organizma (Brajković, 2010). To je individualan proces koji ne zahvaća istovremeno sve organske sustave te je specifičan i različit kod svakog pojedinca (Brajković, 2010). Starost i teškoće koje ju prate zajednički predstavljaju značajne rizične čimbenike za razvoj depresije i suicidalnih misli te u konačnici suicidalnog ponašanja. Obzirom na činjenicu da oko 10-15% starijih osoba pati od depresije, ona je svrstana kao jedna od najčešćih psihičkih poremećaja koja osobito pogađa stariju populaciju. Takozvani veliki depresivni poremećaj u cjelokupnoj populaciji zahvaća 1-3% starijih osoba, dok 8-16% starijih osoba ima klinički vrlo značajne depresivne simptome (Mimica i Kušan Jukić, 2013). Kod osoba starije životne dobi događaju se razne životne promjene koje mogu povećati rizik za razvoj depresije. Individualizirani pristup i rano prepoznavanje rizičnih čimbenika depresije od iznimne su važnosti za provedbu odgovarajućeg oblika liječenja (Mimica i Kušan Jukić, 2013).

Depresija je jedan od glavnih razloga zbog kojeg se osobe starije životne dobi odlučuju na suicid te je suicidalnost kod starijih osoba koje pate od depresije gotovo redovita pojava i posljedica (Waern i sur., 2003). Depresija povećava morbiditet te bitno utječe i na sam mortalitet oboljelih osoba, osobito u pogledu povećanja rizika od nastanka suicida, koji je duplo veći kod starije nego kod mlađe populacije (Mimica i Kušan Jukić, 2013). Suicidalnost kod osoba starije životne dobi sveprisutan je fenomen, a kao glavno sredstvo djelovanja na ovaj javnozdravstveni problem navodi se prevencija (Conwell i sur., 2011). Kao i kod depresije, suicidalnost je popraćena vlastitim rizičnim čimbenicima, a njihovo pravovremeno prepoznavanje ključno je za smanjenje vjerojatnosti izvršenja suicida (Waern i sur., 2003). Kako bi se što adekvatnije reagiralo na sve veću pojavu depresije među starijim osobama, a samim time i na potencijalnu opasnost razvoja suicidalnih misli, od iznimne je važnosti podizanje svijesti o problematici i povezanosti depresije i suicida. Suradnja i podrška obitelji osoba koje su u riziku od razvoja depresije jednako je važna kao i pravovremene farmakološke, psihoterapijske i socioterapijske metode pružene od strane nadležnih institucija i profesionalnih djelatnika unutar njih (Stoppe, 2019).

Socijalni radnici jedni su od profesionalnih djelatnika koji se u svome radu redovito susreću s osobama kojima je dijagnosticiran neki psihički poremećaj. Zajedno s ostalim članovima psihijatrijskog tima rade na poboljšanju kvalitete života osoba sa psihičkim poremećajima (Ružić i sur., 2009). Uloga socijalnog radnika u radu s depresivnim starijim osobama jedna je od ključnih odrednica njihove profesije, pogotovo unutar spomenutog multidisciplinarnog psihijatrijskog tima (Huremović i Mahmutović, 2018). Područje rada socijalnog radnika i njegova uloga unutar zdravstveno-psihijatrijskog sustava u radu s osobama s duševnim smetnjama još su relativno nepoznati široj javnosti. Iz tog je razloga važno upoznati se s time koje su to poteškoće s kojima se socijalni radnici najčešće susreću u svome radu s osobama koje pate od psihičkih poremećaja, koji su im najznačajniji resursi u radu s njima te koja je njihova uloga u samom procesu njihovog liječenja (Huremović i Mahmutović, 2018).

2. STAROST

Starija životna dob sa sobom najčešće nosi razne zdravstvene probleme, kako fizičke, tako i one psihičke prirode. Kao glavni psihički poremećaj kod starijih osoba navodi se depresija, koja je ujedno i jedan od glavnih uzroka suicidalnosti kod osoba starije životne dobi (Nastavni zavod za javno zdravstvo dr. Andrija Štampar, 2017). Tijekom procesa starenja svaki pojedinac postaje sve unikatniji te se u razdoblju starosti pojavljuju neke karakteristike i osobine koje su kod pojedinca bile prisutne i u ranijoj dobi, ali su u starijoj životnoj dobi više došle do izražaja (npr. ustrajnost, prkos, tvrdoglavost) (Despot Lučanin, 2003). Starenjem čovjekovog organizma nakupljaju se stanična i molekularna oštećenja koja rezultiraju slabljenjem čovjekovih psihičkih i fizičkih sposobnosti te se time povećava vjerojatnost od nastanka raznih vrsta oboljenja, a samim time i do smrtnog ishoda (Nastavni zavod za javno zdravstvo dr. Andrija Štampar, 2017). Osim prirodnih, odnosno bioloških promjena, starenje za sobom povlači i socijalne, odnosno kulturne posljedice, kao što su odlazak u mirovinu, gubitak partnera te smanjena briga o sebi (Nastavni zavod za javno zdravstvo dr. Andrija Štampar, 2017).

2.1. Pojam starosti i glavna obilježja starosti

Pojam starost odnosi se na posljednje razdoblje u životu svakog čovjeka te ga je moguće definirati na više različitih načina. Ukoliko je riječ o socijalnom, odnosno društvenom statusu neke osobe, osoba u starost ulazi umirovljenjem, dok se prema funkcionalnom statusu u starost ulazi tek nakon određenog stupnja slabljenja i opadanja čovjekovih sposobnosti (Zizza i sur., 2009). Generalno gledano, starost se može podijeliti na 3 osnovna područja promjene: fiziološke, psihološke te ekonomsko-socijalne promjene (Despot Lučanin, 2003). U pogledu fizioloških promjena kao najznačajnije promjene navode se fizički i mentalni problemi, dok se psihološke promjene odnose na mogućnost prilagodbe osobe na promjene koje se zbivaju u njezinoj okolini te obuhvaćaju razna područja života, kao što su: osjećaj bespomoćnosti i beskorisnosti, ovisnost o tuđoj pomoći i skrbi, osjećaj odbačenosti, strah od samoće i pojave raznih bolesti, zapostavljanje vlastite skrbi, slabljenje pamćenja i dosjećanja te oštećenje misaonih procesa (Despot Lučanin, 2003). Ekonomsko-socijalni problemi javljaju se kao rezultat društvenih normi i očekivanja, odnosno pritiska od strane društva da se osoba ponaša u skladu sa svojim godinama (Despot Lučanin, 2003).

Kao najvrjedniji kriterij za utvrđivanje starosti uzima se kronološka dob te ona označava razdoblje nakon što osoba navrši 65 godina. Starost je moguće podijeliti na ranu (od 65. do 74. godine života), srednju (od 75. do 84. godine života) i duboku (od 85. godine) (Zizza i sur., 2009). Za razliku od starosti, pojam starenja fiziološki je ireverzibilan proces te se definira nešto drugačije. Početak starenja označava se samim čovjekovim rođenjem i traje sve do njegove smrti te se razlikuje između svakog čovjeka (Nastavni zavod za javno zdravstvo dr. Andrija Štampar, 2017). Postoje tri faze starenja. Prvu fazu karakterizira promjena karaktera te se očituje u agresiji, razdražljivosti, plačljivosti, problemima sa spavanjem i koncentracijom te brzim umaranjem. Druga faza odražava se u promjeni vanjskog izgleda osobe te dovodi do promijenjenog stanja kose, kože i noktiju, dok treću fazu karakterizira promijenjena konstitucija tijela (Hautzinger, 2002).

2.2. *Mentalno zdravlje u starijoj životnoj dobi*

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (WHO) zdravlje se definira kao stanje potpune tjelesne, psihičke i socijalne dobrobiti te ono podrazumijeva puno više od samog odsutstva bolesti i nesposobnosti (WHO, 2022). Mentalno zdravlje pojedinca obuhvaća zadovoljavajuće dostignuće osobe u svim fazama njegovog života te se kod starijih osoba, zbog velikog životnog iskustva, njihovo mentalno zdravlje teže definira, iz razloga što postoje brojne promjene u njihovoj osobnosti (Despot Lučanin, 2008). Kako bi se izvršila adekvatna procjena mentalnog zdravlja osobe potrebno je ispitati njegovo kognitivno funkcioniranje, odnosno potencijalna kognitivna oštećenja (pažnju, koncentraciju, učenje, pamćenje, orijentaciju, rasuđivanje) te se također ispituje prisutnost anksioznosti, depresije, suicidalnog ponašanja i slično (Despot Lučanin, 2008). Kao jedan od najčešćih pokazatelja mentalnog zdravlja je zadovoljstvo kvalitetom života, koje se gleda kao kognitivno vrednovanje subjektivnog osjećaja dobrobiti neke osobe. Kognitivni element znatno se razlikuje od emocionalnog elementa, unatoč njihovoj povezanosti u stvarnom životu (Despot Lučanin, 2008). Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (1997) kvalitetu života moguće je definirati kao način na koji svaka osoba doživljava i interpretira vlastitu životnu poziciju gledajući ju iz aspekta kulture i sustava vrijednosti društva u kojem živi te u usporedbi s osobnim ciljevima, vrijednostima i očekivanjima. Na kvalitetu života neke osobe znatno utječe njezino fizičko i mentalno stanje, njezini odnosi s drugim ljudima, razina samostalnosti i neovisnosti te osobni stavovi i vjerovanja (WHO, 1997). Kvaliteta života neke osobe uvelike ovisi o njezinoj sposobnosti nošenja sa svakodnevnim životnim teškoćama, kao što su bolest ili starost te njezinoj mogućnosti nadoknade svih nedostataka koji ju opterećuju (Brajković, 2010).

3. DEPRESIJA

Pojam depresije označava psihički poremećaj kojeg karakteriziraju osjećaji tuge i utučenosti, oscilacije u raspoloženju, nedostatak volje i interesa, nesposobnost uživanja u svakodnevnim aktivnostima koje su ranije predstavljali zadovoljstvo te niz

tjelesnih tegoba (Hautzinger, 2009). Depresiju karakterizira stanje u kojem dolazi do značajnih promjena u raspoloženju, pod čijim se utjecajem mijenjaju i čovjekovo opažanje, mišljenje, razmišljanje, fizičko stanje te njegovo kompletno socijalno funkcioniranje (Lovretić i Mihaljević-Peješ, 2013). Kako bi se omogućio uvid u problematiku svakog pacijenta, uspostavila pravilna dijagnoza te započelo adekvatno liječenje, potrebno je pristupiti svakom pojedincu individualno, na temelju pomne procjene simptoma i utvrđivanja čimbenika koji su rizični za razvoj depresije (Mimica i Kušan Jukić, 2013). Cilj liječenja depresije jest smanjenje ili potpuno uklanjanje simptoma depresije, zaustavljanje ponašanja koje potencijalno vodi u suicid te smanjenje recidiva bolesti. Isto tako, u pogledu komorbiditeta važno je ustanoviti uzročno-posljedičnu vezu, odnosno je li depresija uzrok nekog tjelesnog oboljenja ili obrnuto te u takvim slučajevima prilagoditi liječenje u pogledu istovremenog tretmana depresije i tjelesne bolesti (Uzun i sur., 2015).

3.1. Simptomi i klasifikacija depresije

Simptomi depresije mogu se kretati u rasponu od blagih do teških, a neki od njih su: sniženo raspoloženje i osjećaj tuge, manjak interesa za sudjelovanje u aktivnostima u kojima je pojedinac prije uživao, povećanje ili smanjenje tjelesne težine, poremećaj apetita, poteškoće sa spavanjem ili pak prekomjerno spavanje, umor i manjak energije, usporenost govora i hoda, osjećaj krivnje i bezvrijednosti, teškoće u učenju, pamćenju i razmišljanju, suicidalne misli (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Kako bi se uspostavila dijagnoza depresije simptomi trebaju trajati minimalno dva tjedna te da dovode do značajne promjene u svakodnevnom funkcioniranju neke osobe. Klasifikaciju depresije moguće je izvršiti obzirom na vrstu, stupanj i trajanje simptoma depresije te na temelju utjecaja vanjskih čimbenika (Kramlinger, 2005). Kriteriji za dijagnozu i klasifikaciju depresije prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB-10) svrstani su u tri skupine simptoma: tipični, drugi česti i tjelesni simptomi (Svjetska zdravstvena organizacija, 2012). Tipični simptomi odnose se na depresivno raspoloženje, manjak interesa za uobičajene i svakodnevne aktivnosti te sniženost životne energije, dok u druge česte simptome spadaju smetnje sna i apetita, smetnje u pamćenju i koncentraciji, sniženo samopouzdanje i samopoštovanje, pesimizam te

osjećaji bezvrijednosti i krivnje (Svjetska zdravstvena organizacija, 2012). Tjelesni simptomi obuhvaćaju smanjeni interes i zadovoljstvo u aktivnostima, gubitak apetita, često buđenje te nereagiranje na ugodnu okolinu (Svjetska zdravstvena organizacija, 2012).

Depresivne se epizode prema MKB-10 mogu podijeliti u tri, odnosno četiri glavne skupine: blaga depresivna epizoda, umjerena, teška bez psihotičnih simptoma te teška depresivna epizoda sa psihotičnim simptomima (Svjetska zdravstvena organizacija, 2012). Da bi se radilo o blagoj depresivnoj epizodi potrebno je da kod pojedinca bude prisutno najmanje četiri simptoma, i to dva tipična i dva druga česta te se u ovoj epizodi pojavljuje i blaži poremećaj u socijalnom funkcioniranju (Svjetska zdravstvena organizacija, 2012). Kod umjerene depresivne epizode potrebna je prisutnost pet simptoma (dva tipična i tri druga česta) te je ovdje prisutan umjereni poremećaj u socijalnom funkcioniranju, dok je kod teške depresivne epizode bez psihotičnih simptoma potrebna pojavnost sedam simptoma (3 tipična i četiri druga česta) (Svjetska zdravstvena organizacija, 2012). U ovom tipu teške depresivne epizode prisutna je jaka uznemirenost, usporenost te ograničenost radnih i socijalnih aktivnosti, dok su kod teške depresivne epizode sa psihotičnim smetnjama prisutni svi kriteriji za tešku bez psihotičnih simptoma, uz dodatnu pojavu psihotičnih simptoma, halucinacija, sumanosti i depresivnog stupora (Svjetska zdravstvena organizacija, 2012). Dok kod MKB-10 broj tipičnih i drugih simptoma varira obzirom na težinu depresivne epizode, kod DSM-5 potrebna je prisutnost najmanje 5 simptoma te jedan od tih simptoma mora biti depresivno raspoloženje ili gubitak zadovoljstva i interesa (jedan tipičan simptom) (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

3.2. Rizični čimbenici depresije

Rizični čimbenici koji uzrokuju nastanak i razvoj depresije moguće je podijeliti u nekoliko skupina: sociodemografski (starija životna dob, niža razina obrazovanja, niži prihodi, samački život, nezaposlenost), komorbiditet s drugim bolestima (problemi s alkoholom i drogom, anksioznost, narušeno tjelesno i mentalno funkcioniranje), lijekovi (depresija kao nuspojava raznih vrsta lijekova koji se koriste za neku drugu

bolest), loša iskustva iz djetinjstva i životni događaji (tjelesno, seksualno ili emocionalno zlostavljanje u djetinjstvu, značajni životni događaji u posljednjih 6 mjeseci, suočavanje s gubitkom bliske osobe) te obitelj i prijatelji (nezadovoljstvo u emocionalnoj ili seksualnoj vezi, problemi u međuljudskim odnosima, poteškoće u socijalnom funkcioniranju, obiteljska psihijatrijska anamneza, depresija člana obitelji, loša socijalna podrška od strane prijatelja i obitelji, sukobi i nesuglasice, socijalna izolacija) (Bottomley i sur., 2010). Kako bi se osoba mogla nositi, odnosno suočiti s kroničnim stresnim situacijama, od velike su važnosti njezine osnažujuće psihološke osobine i crte ličnosti, dok one ovisne, poput smanjenog samopouzdanja i samopoštovanja te ambivalencije mogu samo povećati rizik za razvoj depresije (Mimica i Kušan Jukić, 2013). Depresija nema jednaki utjecaj na sve ljude, (pa tako niti unutar kategorije osoba starije životne dobi) te samim time postoje skupine osoba koje se svrstavaju u one koje su rizičnijeg karaktera. Kao i u svim životnim aspektima, više su zahvaćene osobe koje nose neki obiteljski teret ili pak osobe s nekim prethodnim periodima bolesti (Stoppe, 2019). Isto tako, kao rizični faktori navode se oni radne prirode, a to su: gubitak posla, umirovljenje, manjak prihoda, lošija financijska situacija te lošiji životni standard, a to osobito dolazi do izražaja ukoliko spomenuti problemi dovedu do ovisnosti osobe o drugima. Organske bolesti, kronična oštećenja, problemi s vidom ili sluhom te kronični problemi sa spavanjem također su svrstani u značajne rizične faktore za razvoj depresije u starosti (Stoppe, 2019).

Depresija se često javlja u komorbiditetu s nekim drugim zdravstvenim stanjima koja su karakteristična za osobe starije životne dobi, kao što su: Parkinsonova bolest, moždani i srčani udar, multipla skleroza, maligne bolesti, bolesti lokomotornog sustava, dijabetes, nekontrolirana hipertenzija, paraliza, prijelomi, nepokretnost te poremećaji rada endokrinog sustava (Sedić, 2006). U pogledu potencijalnih psiholoških uzročnika, od velikog su značaja za razvoj depresije anksiozni poremećaji, ambivalentnost, nesigurnost u sebe te određene fobije, a u starijoj dobi od osobite su važnosti i razni strahovi, poput strah od pada, smrti ili umiranja, strah i zabrinutost za članove obitelji te strah od samoće (Mimica i Kušan Jukić, 2013). Isto tako, dugotrajna izloženost raznim lijekovima, njihovo međudjelovanje te nuspojave mogu itekako biti rizični faktori razvoja depresije. Kao posljednji, ali ne i manje važni rizični faktori spominju se oni društvene i socijalne prirode, a to su: gubitak partnera ili člana obitelji,

smanjenje ili nedostatak društvenog života, manjak prijatelja, nedostatak hobija, manjak emotivne podrške od strane obitelji i prijatelja, osjećaj beskorisnosti, samoće i napuštenosti. Zbog velikog podudaranja simptoma depresije s nekim od spomenutih bolesti i tegoba, postoji bojazan da će simptomi depresije ostati nezamijećeni ili će se pak podudarati s nekim drugim stanjima i bolestima te zbog toga depresija može ostati neprepoznata, a samim time i neliječena (Moro i Frančišković, 2011.).

3.3. *Klinička slika depresije kod osoba starije životne dobi*

Uz uobičajene simptome depresije koji se javljaju kod osoba svih dobnih skupina, posebnu je pažnju potrebno obratiti na one koji se u većem omjeru javljaju kod starije populacije, a to su: prigovori i pritužbe na određene smetnje i bolove (leđa, noge, srce, želudac, glava, gubitak apetita, smetnje spavanja, tjeskoba, zamagljenost vida), promjene u raspoloženju (razdražljivost, nezadovoljstvo, konstantne pritužbe i negodovanja), teškoće u pamćenju i koncentraciji, pretjerani osjećaji krivnje, tuge i žalosti, nemogućnost pronalaženja užitaka i zadovoljstva u ranijim aktivnostima, konstantni posjeti liječniku unatoč dobrim nalazima, neprekinuto pričanje o beskonačnosti, hipohondrija (pretjerana iracionalna briga za zdravstveno stanje i uvjerenost da postoji bolest za koju nema objektivnih dokaza), agitacija (velika uzbuđenost i tjelesni nemir), psihomotorna retardacija, histrionično ponašanje (prekomjerna emocionalnost i traženje pažnje), bitno smanjeni unos hrane i tekućine te pseudodemencija (dominantnost kognitivnih oštećenja) (Mimica i Kušan Jukić, 2013). Ukoliko navedeni simptomi budu jako izraženi te dominiraju životom starije osobe, klinička slika depresije bit će specifičnija. Npr. osobu koja pati od pseudodemencije okarakterizirati će oštećenje kognitivnih funkcija za koje i ona sama zna vrijeme kada su se prvi puta počeli pojavljivati, svjesna je svojih teškoća u pamćenju i dosjećanju, nevoljko participira u postupku ispitivanja svojih kognitivnih funkcija te će na većinu postavljenih pitanja odgovoriti s „ne znam“ (Mimica i Kušan Jukić, 2013). Prethodno opisane karakteristike pseudodemencije nisu karakteristične za običnu demenciju te se pri tome već može pretpostaviti da osoba potencijalno pati od depresije. Isto tako, depresija može prethoditi pojavi vaskularnih i drugih

neuroloških oboljenja (npr. Parkinsonova bolest) (Mimica i Kušan Jukić, 2013). Klinička slika vaskularne depresije specifična je zbog prisutnosti socijalnog povlačenja, apatije, anhedonije, disfunkcije u izvršavanju svakodnevnih aktivnosti, kognitivnih oštećenja u pogledu izvršnih funkcija, usporenosti pri obradi informacija te s vremenom može dovesti i do vaskularne demencije (Mimica i Kušan Jukić, 2013). Zbog svega prethodno navedenog te velike vjerojatnosti pojave drugih bolesti, važno je redovito psihijatrijsko i neurološko praćenje starijih osoba koje pate od depresije.

3.4. Liječenje depresije

Generalno govoreći, tretman depresije kod starijih osoba nema fundamentalnih razlika u odnosu na liječenje depresije kod mlađih osoba ili pak kod osoba srednje dobi. Kako bi tretman liječenja depresije bio što adekvatniji, potrebno ga je provoditi u okviru cjelovitog plana liječenja te je od osobite važnosti suglasnost svih liječnika koji su uključeni u sam tretman liječenja (Stoppe, 2019). Prije započinjanja samog tretmana liječenja depresije potrebno je provesti dobru dijagnostiku, koja se prvenstveno bazira na utvrđivanju intenziteta depresije (blaga, umjerena ili teška) te potencijalnog komorbiditeta s drugim bolestima, što je od velike važnosti za sastavljanje i planiranje dobre terapijske strategije liječenja (Požgain, 2017). Prilikom liječenja depresije potrebno je pridržavati se temeljnih smjernica, kao što su: planiranje liječenja koje će trajati dovoljno dugo kako bi se povećala vjerojatnost proizvodnje željenih učinaka, primjena odgovarajućih lijekova koji su u skladu s prethodno utvrđenom kliničkom slikom te zdravstvenim i sigurnosnim profilom pacijenta, kombiniranje psihofarmakoterapije i psihoterapije te konačno provođenje adekvatne evaluacije (Požgain, 2017). Što se tiče farmakološkog liječenja, antidepresivi su fundamentalna terapija ukoliko se radi o težim epizodama depresije.

Svaki antidepresiv se, ovisno o svojim nuspojavama i osobinama, razlikuje od drugog te je iz tog razloga potrebna prilagodba vrste i doze svakog antidepresiva svakom pacijentu (Kozumplik, 2008). Pri liječenju depresije koristi se nekoliko vrsta antidepresiva: triciklični i tetraciklični antidepresivi (TCA), inhibitori monoamino oksidaze (MAO I), selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina

(SIPPS), selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina i noradrenalina (SNRI), inhibitori ponovne pohrane noradrenalina (NRI), inhibitori ponovne pohrane noradrenalina i dopamina (DNRI), serotoniniski antagonisti i inhibitori ponovne pohrane serotonina (SARI), agonisti melatoninskih receptora i antagonisti 5HT_{2c} receptora te inhibitori ponovne pohrane serotonina i modulatori serotoniniskih receptora (Mihaljević-Peješ i Šagud, 2009). Prilikom uzimanja antidepresiva potrebno je pomno pratiti pacijenta i njegove reakcije, kako bi se izbjeglo potencijalno pogoršavanje simptoma te kako bi se uočilo neobično ponašanje uzrokovano uzimanjem antidepresiva, a to pogotovo vrijedi u situacijama kada se liječenje započinje novim lijekom ili se pak mijenja doza nekog lijeka. Od iznimne je važnosti dobro poznavati pacijenta te terapiju propisivati u ograničenoj količini i s posebnim oprezom (Mihaljević-Peješ i Šagud, 2009). Motivacija samog bolesnika iznimno je važna u terapiji antidepresivima, iz razloga što činjenice ukazuju na to kako se najbolji rezultati postižu upravo kod bolesnika koji su visoko motivirani za njihovo uzimanje (Mihaljević-Peješ i Šagud, 2009).

U pogledu pseudodemencije, liječenje antidepresivima djelomično pomaže u poboljšanju kognitivnih funkcija kod takvih vrsta bolesnika (Mimica i Kušan Jukić, 2013). Pacijenti koji pate od vaskularne depresije slabije reagiraju na antidepresive te imaju česte nuspojave. Kod istovremenog liječenja depresije u komorbiditetu s drugim tjelesnim oboljenjima, potrebno je vrstu antidepresiva prilagoditi samom tjelesnom stanju bolesnika (Mimica i Kušan Jukić, 2013). Neke od tipičnih nuspojava antidepresiva su: kožne alergije, suha usta, oštećenje jetre, konstipacija, promjene u krvnom tlaku i puls, smetnje spavanja, poremećaji uriniranja i prilagodbe, grčevi, tremor, glavobolja, gastrointestinalne smetnje, promjene u kilaži, smetenost, teškoće u pamćenju, zamagljen vid (Hautzinger, 2009). Zbog svih prethodno navedenih nuspojava postoji bojazan da će pacijent s vremenom postati nesuradljiv te da bi potencijalno moglo doći i do prekida liječenja.

Osim antidepresiva, osobama koje pate od depresije na raspolaganju stoji i psihoterapija i socioterapija. Psihoterapija označava liječenje pojedinca pomoću psihološke terapije razgovorom o zdravstvenom stanju bolesnika i o njegovim problemima sa stručnjakom u području mentalnog zdravlja (Gregurek, 2004).

Psihoterapija u liječenju depresije korisna je u pogledu: pružanja pomoći pacijentu u prilagodbi na neku kriznu situaciju, uočavanja svojih negativnih stavova i ponašanja te njihovom zamjenom adekvatnijim, usvajanju pozitivnih i zdravijih oblika ponašanja, rada na međuljudskim i drugim interpersonalnim odnosima s njegovom obitelji, prijateljima i okolinom, prepoznavanja problema i poteškoća koji doprinose razvoju i pogoršanju njegovog depresivnog stanja, rada na promjeni negativnih oblika ponašanja, pronalaženja boljih načina suočavanja s problemima i njihovog rješavanja, postavljanja realnih, mjerljivih i dostižnih ciljeva te razvoja vještina i sposobnosti za održavanje pozitivnih oblika ponašanja (Gregurek, 2004). Prilikom provedbe psihoterapije izuzetno je važno dotaknuti se višedimenzionalnog kruga života samog pacijenta te proširiti djelokrug njegovog života, kako bi se poboljšala kvaliteta njegovog života, prevladale neke psihičke teškoće te prevenirala ponašanja koja vode u recidiv ili suicid (Hautzinger, 2009). Unatoč svojem velikom značenju u liječenju depresije, problemi vezani uz primjenu psihoterapije često su manjak terapeuta te oskudnosti njezine provedbe u određenim okruženjima (npr. starački domovi) (Stoppe, 2019).

Socioterapija je metoda koja označava skupinu različitih aktivnosti koje se primjenjuju u fazi resocijalizacije, odnosno rehabilitacije psihijatrijskih bolesnika s temeljnim ciljem motiviranja i uključivanja bolesnika u vlastito liječenje (Ružić i sur., 2009). Socioterapijski postupci istodobno djeluju na bolesnika i njegovu okolinu (bolnička, obiteljska, radna i sl.) te imaju za cilj pripremu bolesnika za povratak u njegovu sredinu. Uloga socioterapije je poboljšanje socijalnog funkcioniranja bolesnika, odnosno njegove sposobnosti socijalne prilagodbe (resocijalizacija). Bolesnika se uči kako da prihvati pritisak sredine u kojoj živi i djeluje, a da pritom ne ispolji abnormalno ponašanje koje karakterizira njegovu bolest (Ružić i sur., 2009). Isto tako, od velike je važnosti i rad s obitelji bolesnika, kako bi ga ona po izlasku iz ustanove što adekvatnije prihvatila te kako bi usvojila odgovarajuće oblike ponašanja i reagiranja. Socioterapijski postupci razlikuju se prema vrsti aktivnosti koja se provodi te prema individualnim i grupnim ciljevima prema kojima su usmjereni, a neki od njih su: okupacijska i radna terapija, učenje socijalnih vještina, učenje radnih vještina, rekreacija, terapija glazbom i plesom, klubovi, psihosocijalna pomoć i program

samopomoći te sve ostale aktivnosti koje će unaprijediti pacijentovo funkcioniranje u svakodnevnom životu (Ružić i sur., 2009).

Još neke od poznatijih i učinkovitijih terapija koje se koriste su kognitivno-bihevioralna terapija (KBT) i terapija svjetlom, a kod nekih je bolesnika moguće provesti i terapije stimulacijom mozga, od kojih se primjenjuju elektrostimulativna terapija (EST) te transkranijalna magnetska stimulacija (TMS). KBT stavlja fokus na prethodno spomenuta problemska područja, a moguće ju je provoditi stacionarno ili ambulantno. Isto tako, vrlo je važan i grupni rad, jer se na taj način pospješuje bolesnikov socijalni krug, proširuje se socijalna mreža te se međusobno razmjenjuju mišljenja, stajališta i iskustva svih sudionika (Hautzinger, 2009). Kod EST-a provodi se struja kroz mozak pacijenta kako bi se poboljšali učinak i funkcionalnost moždanih neurotransmitera te se obično primjenjuje kod bolesnika kod kojih terapija lijekovima ne daje željeni učinak, kada iz zdravstvenih razloga ne mogu uzimati antidepresive ili kada postoji visoki rizik od suicidalnosti (Hautzinger, 2009). EST učinkovita je u liječenju teških depresivnih epizoda gdje pacijenti ne reagiraju niti na jedan drugi oblik liječenja (terapijska rezidencija, suicidalno ponašanje, odbijanje hrane i tekućine) te kod depresije koju karakteriziraju izraženi motorički simptomi (stupor) (Hautzinger, 2009). Provodi se tri puta tjedno u ukupnom trajanju od 6 do 12 tretmana, a nuspojave koje može proizvesti kod starije populacije su: smetenost, glavobolja, amnezija, epilepsija, srčana aritmija te potencijalne frakture kralježaka kod žena koje pate od osteoporoze (Mimica i Kušan Jukić, 2013).

Što se tiče terapije svjetlom, cilj ove terapije je redovito izlaganje pacijenta svjetlu, kako bi se tretirale sezonske (zimске) depresije. Tretman se izvodi na način da je osoba izložena svjetlosti od 30 do 40 minuta, u kontinuitetu od nekoliko dana do jednog tjedna i to najviše u prijepodnevnim satima (Mimica i Kušan Jukić, 2013). Pacijent svakih nekoliko sekundi pogled usmjerava prema izvoru, u svrhu poticanja funkcioniranje centralnih procesa (serotonin i melatonin) preko vidnog živca i retine. Kod tzv. zimskih depresija vrlo je važno tretman ponavljati više puta (Mimica i Kušan Jukić, 2013). TMS se koristi kod onih bolesnika koji nisu adekvatno (ili uopće) reagirali na terapiju antidepresivima, a vrši se na način da se putem zavojnice namijenjene za liječenje, koja je postavljena na vlasište pacijenta, šalju kratki magnetski impulsi kako bi se time stimulirao i potaknuo rad moždanih živčanih stanica

koje su zadužene za regulaciju raspoloženja, a samim time i za razvoj depresije (Milovac i sur., 2017). Ukoliko se osoba nađe u situaciji da ne može sama adekvatno brinuti o sebi, da ne može uspješno zadovoljavati svoje osnovne životne potrebe, ako postoji neposredna opasnost da osoba nanese štetu sebi ili nekome drugome te ukoliko je njezino depresivno stanje toliko teško da niti jedna od prethodno navedenih terapija ne uspijeva, bolesnika je potrebno hospitalizirati i liječiti u bolnici (Stoppe, 2019). Iako starije osobe unutar svog kruga posjeduju nekoliko stručnjaka za koje oni sami smatraju da su im od iznimne važnosti u pogledu liječenja, tretmana i podrške (obiteljski liječnik, ljekarnik ili neki drugi specijalizirani njegovatelj), ne treba zanemariti važnost podrške članova njezine obitelji, prijatelja, okoline (Stoppe, 2019).

4. SUICIDALNOST KOD OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI

Poriv sa samoodržanjem jedno je od najznačajnijih čovjekovih poriva, a poremećaj tog nagona povećava vjerojatnost suicida. Riječ suicid proizlazi iz latinskih riječi sui (sebe) i caedere (ubiti) te se okarakterizirava kao pojedinačan čin samouništenja koje je dobrovoljnog karaktera (Marčinko, 2011). Suicidalne namjere mogu biti neki od simptoma depresije, no one nisu uvijek dovoljne za postavljanje dijagnoze depresije (Marčinko, 2011). Neki od glavnih oblika ponašanja koji se prilikom uspostavljanja dijagnoze uzimaju u obzir su: snižena razina energije, smetnje spavanja i hranjenja, oslabljenost pažnje i koncentracije, sniženo samopouzdanje i samopoštovanje, pesimizam te prestanak uživanja u svakodnevnim životnim aktivnostima i slično (Begić, 2015). Suicidalno ponašanje ima različitu važnost i značenje za svaku osobu. Primjerice, kod nekih osoba takvo ponašanje ukazuje na poziv za pomoć, osjećaj krivnje osobe koji se rješava putem samokažnjavanja ili bijeg iz stresnih životnih situacija, dok kod drugih osoba ono može označavati ucjenu pojedinačevog okruženja, izazivanje krivnje i odgovornosti kod drugih te olakšavanje od napetosti (Jakovljević i sur., 1986).

4.1. *Klasifikacija suicida*

Jednu od poznatijih klasifikacija suicida izradili su O'Carrol i suradnici (1996, prema Marčinko, 2011) koja ima sedam kategorija: suicid (smrt za koju je dokazano da je prouzročena vlastitim činom), pokušaj suicida (dokazan je čin osobe koji bi neposredno ili posredno prouzročio vlastitu smrt, no ishod je bio neuspješan), prekinuti pokušaj suicida (dokazano je da osoba vrši čin samoozljeđivanja kako bi prouzročila vlastitu smrt, ali je čin prekinut), promišljanje o suicidu (ideje se kreću od nepovezanih misli do pomno razrađenih planova), suicidalna namjera (nada da će samodestruktivno ponašanje prouzročiti vlastitu smrt), smrtnost suicidalnog ponašanja (objektivna opasnost za pojedinčev život koja je različita od subjektivnih očekivanja) te namjerno samoozljeđivanje (ne postoji istinska namjera za suicidom, već je samo prisutno samoozljeđivanje). Silverman i suradnici (2007) naknadno su dodali još i termin prijetnje suicidom koje se odnosi na osobne verbalne i neverbalne interakcije, a koje bi osoba razumnog uma mogla identificirati kao suicidalno ponašanje. Iz svega prethodno navedenog može se vidjeti kompleksnost i višeznačnost pojma suicidalnosti te kako nije uvijek jednostavno razaznati radi li se u nekom slučaju o suicidalnom ili nesuicidalnom ponašanju.

4.2. *Rizični čimbenici suicida kod osoba starije životne dobi*

Neki od rizičnih čimbenika suicida koji se češće javljaju kod starijih osoba su: nezaposlenost, samački život, tjelesni invaliditet ili neka teža fizička bolest, nepovoljni obiteljski i životni uvjeti, kulturalni kontekst, osobine ličnosti te slaba ekonomska situacija (Waern i sur., 2003). Za osobe koje su starije od 65 godina kao glavni faktori rizika suicida navode se tri temeljne kategorije: duševni/psihijatrijski poremećaj, tjelesno/fizičko zdravlje te socijalni faktori (Conwell i sur., 2011). Psihijatrijski poremećaji jedni su od najvećih i najvažnijih čimbenika rizika koji povećavaju vjerojatnost razvoja suicidalnih misli i ponašanja kod starijih osoba. Kod psihičkih poremećaja važno je naglasiti mogućnost pojave komorbiditeta s dva ili više drugih poremećaja (Marčinko, 2011). Kao najznačajniji psihički poremećaj koji se navodi u kontekstu suicida zasigurno je depresivni poremećaj, koji je osobito rizičan upravo

zbog mogućnosti poistovjećivanja ili zamjene njegovih simptoma sa simptomima rane demencije (Marčinko, 2011). O međusobnom odnosu i korelaciji između depresije i suicidalnosti biti će govora u ovome radu u zasebnom poglavlju.

Kao jedan od općenito najčešćih psihičkih poremećaja koji pogađa ljudsku populaciju, a samim time predstavlja i jedan od rizičnih čimbenika za razvoj suicida je i alkoholizam. Kod osoba starije životne dobi alkoholizam predstavlja često zanemareni problem, a u komorbiditetu s depresivnim poremećajem znatno povećava vjerojatnost suicida (Morin i sur., 2013). Problem prilikom utvrđivanja i dijagnosticiranja ovisnosti o alkoholu leži u nedovoljno definiranim kriterijima, pri čemu velika većina osoba starije životne dobi završi s dijagnozom povećanog konzumiranja alkohola, umjesto ovisnosti u alkoholu, što drastično smanjuje mogućnost liječenja (Marčinko, 2011). Kod osoba starije životne dobi u najvećem su riziku za razvoj ovisnosti o alkoholu prvenstveno muškarci, a zatim samci te socijalno izdvojene i izolirane osobe (Curtis i sur., 1989). Posljednji psihički poremećaj koji povećava vjerojatnost razvoja suicidalnog ponašanja kod osoba starije životne dobi jest demencija. Demencija je svrstana u kategoriju mentalnih organskih poremećaja, gdje zapravo najveći rizik za izvršenje suicidalnih namjera imaju osobe koje se nalaze u prvoj fazi bolesti, gdje još uvijek postoji svijest o njihovoj bolesti te o njezinoj daljnjoj progresiji (Erlangsen i sur., 2008). Što je demencija više uznapredovala, popraćena je opadanjem kognitivnih sposobnosti, manja je vjerojatnost suicidalnih namjera, jer bolesnici imaju znatno slabije sposobnosti za planiranje i izvršenje svojih suicidalnih namjera.

Narušeno fizičko zdravlje, odnosno somatske bolesti idući su rizički faktor za počinjenje suicida kod osoba starije životne dobi (Conwell i sur., 2011). Neke od bolesti koje se navodne kao rizične su: maligne bolesti, HIV/AIDS, bolesti dišnog i krvožilnog sustava, poremećaj rada bubrega, multipla skleroza, epileptični napadaji te ozljede kralježnice (Curtis i sur., 1989). Kronična bol, otežano disanje, funkcionalno oštećenje, fizička ranjivost te poremećaji rada štitnjače također se navode kao mogući rizični faktori suicidalnog ponašanja (Curtis i sur., 1989). Isto tako, lijekovi poput antikonvulziva i sedativa/hipnotika također su povezani s povećanim rizikom od samoozljeđivanja (Conwell i sur., 2011). Stvarni rizik za razvoj suicidalnog ponašanja u svakoj bolesti zasebno je relativno malen, no vjerojatnost se povećava što je komorbiditet spomenutih bolesti veći (Conwell i sur., 2011).

Kao posljedni rizični čimbenik navodi se onaj socijalne prirode, iz razloga što se u starijoj životnoj dobi povećava vjerojatnost pojave samačkog života, smrt partnera te nedostatka adekvatne socijalne podrške (Conwell i sur., 2011). Manjak socijalne povezanosti s drugima povećava rizik od suicida neovisno o prisutnosti psihičkih poremećaja, što ukazuje na činjenicu da prisutnost nekog psihičkog poremećaja (a ponajviše depresije) znatno doprinosi razvoju suicidalnih misli, a u konačnici i suicidalnom ponašanju (Conwell i sur., 2011). Financijski problemi i nizak socioekonomski status također spadaju u skupinu rizičnih čimbenika, a kod osoba starije životne dobi oni su često prisutni upravo zbog njihovog gubitka radne uloge te odlaska u mirovinu (Turvey i sur., 2002). Loši obiteljski odnosi, nedostatak prijateljskog kruga i osobe od povjerenja znatno povećavaju vjerojatnost za suicidalnost (Turvey i sur., 2002). Socijalni aspekt važan je dio života svake osobe te se smatra kako kvalitetni odnosi s obitelji, prijateljima i vršnjacima kod starijih osoba mogu odigrati važnu zaštitnu ulogu u prevenciji suicidalnog ponašanja (Conwell i sur., 2011).

4.3. Prevencija suicidalnog ponašanja kod osoba starije životne dobi

Osim kvalitetnog prepoznavanja rizičnih čimbenika za razvoj suicidalnog ponašanja kod osoba starije životne dobi, još je važnije pravodobno planirati i reagirati u vidu prevencije suicidalnih misli, a samim time i ponašanja (Conwell i sur., 2011). Osiguranje cjelokupne i adekvatne prevencije suicidalnog ponašanja kod starijih osoba zahtjevan je pothvat, iz razloga što se u podlozi suicidalnog ponašanja krije veliki broj rizičnih čimbenika koje nije lako uvijek prepoznati (Erlangsen i sur., 2008). Prva podjela mogućih oblika prevencije je ona na tri razine: univerzalna, selektivna i indikativna (Conwell i sur., 2011). Univerzalna prevencija fokus stavlja na cjelokupnu populaciju, nevezano za grupne ili pojedinačne čimbenike rizika. Cilj ove prevencije je utjecati na smanjenje mortaliteta i morbiditeta koji su u korelaciji sa suicidom kroz redukciju rizičnih, a povećanjem zaštitnih čimbenika. Neki od mogućih načina su: edukacija i senzibilizacija javnosti i medija, smanjenje stigme u pogledu korelacije psihičkih poremećaja i starije životne dobi, edukacije o simptomima i rizičnim čimbenicima depresije i suicidalnosti i slično (Conwell i sur., 2011).

Selektivna prevencija usmjerena je na pojedince koji spadaju u presimptomatsku ili asimptomatsku skupinu te na one koji imaju povećani rizik za razvoj suicidalnog ponašanja ili pak nekog drugog psihičkog poremećaja. Tu spadaju starije osobe s raznim kroničnim oboljenjima, osobe sa smanjenim funkcionalnim sposobnostima ili pak socijalno izolirane starije osobe (Conwell i sur., 2011). Prevencija se vrši kroz promoviranje i ukazivanje na potrebu razvoja raznih programa na lokalnoj razini koji bi bili usmjereni na razvoj i pružanje pomoći i podrške starijim osobama koji su socijalno izolirani. Također fokus se stavlja na osvještavanje socijalnih i medicinskih službi kako bi kroz svoje djelovanje maksimalno osamostalili svakog pojedinca te mu olakšali pristup rehabilitaciji, palijativi ili pak kućnoj njezi (Conwell i sur., 2011). Indikativna prevencija fokus stavlja na pojedince kod kojih su znatno izraženi suicidalni simptomi i faktori rizika. Svrha ove prevencije je uspostava pravilne dijagnoze i odabir adekvatnog tretmana liječenja onih psihičkih poremećaja koji ukazuju na mogući rizik suicidalnog ponašanja te pravovremeno prepoznavanje i tretiranje suicidalnih misli i ponašanja starijih osoba (Conwell i sur., 2011). Ovaj tip prevencije vrši se kroz edukaciju obiteljskih liječnika kako bi lakše uočili i na vrijeme tretirali suicidalno ponašanje kod starijih osoba. Isto tako, cilj im je povezati obiteljske liječnike i udruge na lokalnoj razini koje vrše usluge poboljšanja mentalnog zdravlja te unaprjeđenje rane dijagnoze poremećaja ovisnosti i raspoloženja kod starijih osoba na razini primarne zdravstvene zaštite (Conwell i sur., 2011).

Druga podjela prevencije suicidalnosti kod starijih osoba je na primarnu, sekundarnu i tercijarnu (Marčinko, 2011). Primarna prevencija slična je univerzalnoj te joj je cilj smanjenje motiva, uzroka i metoda suicida (Marčinko, 2011). Provoditelji primarnih prevencija najčešće su psiholozi, psihijatri i pedagozi te se pozornost pridaje medjima na način da se potiče destigmatizacija, a negativno se ocjenjuje senzacionalizam suicida i iznošenje detalja kod provedbe samog suicida (Jakovljević i sur., 1986). Sekundarna prevencija u sebi sadrži selektivnu i djelomično indikativnu prevenciju te se fokusira na pravovremenu dijagnozu i uspješno rješavanje suicidalnog ponašanja. (Marčinko, 2011). Ciljana skupina su pojedinci koji već boluju od depresije ili nekog drugog psihičkog poremećaja, socijalno ugroženi pojedinci te pojedinci kod kojih su ustanovljene suicidalne misli (Jakovljević i sur., 1986). Tercijarna prevencija sadrži manji dio indikativne prevencije, a kao ciljanu skupinu uzima osobe koje su već

pokušale izvršiti suicid, u svrhu njihovog praćenja kako bi se pokušalo poboljšati njihovo psihičko stanje i smanjiti vjerojatnost recidiva (Jakovljević i sur., 1986).

5. ODNOS DEPRESIJE I SUICIDALNOSTI U STARIJOJ ŽIVOTNOJ DOBI

Depresivni poremećaj najčešće je spominjan psihički poremećaj koji se navodi u vidu suicidalnog ponašanja kod osoba starije životne dobi te se poseban naglasak stavlja upravo na njega zbog velike vjerojatnosti poistovjećivanja depresivnih simptoma sa simptomima rane demencije (Marčinko, 2011). Isto tako, suicidalno ponašanje i suicidalne namjere ranije su spominjane kao jedni od simptoma depresije kod osoba starije životne dobi, no to nije svaki put dovoljan razlog da bi se dijagnosticirala depresija (Marčinko, 2011). Logički bi zaključak bio da vjerojatnost počinjenja suicida raste s težinom depresivnog poremećaja, no to nije uvijek tako. U većini slučajeva bojazan za počinjenje suicida veća je pri izlasku osobe iz njezine najteže i najdublje faze depresije (kada dolazi do povratka energije i inicijative), nego što li je to pri njegovom ulasku u najdublju fazu depresije (gdje je osoba gotovo bez ikakve energije i inicijative za bilo kakvim radnjama, pa tako i suicidalnim) (Marčinko, 2011). Veliki depresivni poremećaj smatra se glavnim psihijatrijskim poremećajem koji uzrokuje suicidalne misli, a samim time i povećava vjerojatnost suicidalnog ponašanja (Conwell i sur., 2011).

Bertolote i suradnici (2004) navode kako je na globalnoj razini u 21. stoljeću najveći postotak mortaliteta od neprirodnih uzroka posljedica upravo depresije (30%). Nakon toga slijede zlouporaba psihoaktivnih tvari (18%), shizofrenija (14%) te poremećaj ličnosti (13%) (Bertolote i sur., 2004). Suicidi koji se povezuju s depresijom u većem se postotku javljaju kod osoba starije životne dobi, od kojih velika većina pati od psihotičnih poremećaja (Ganguli i sur., 2002). Kao dodatni pokazatelj činjenice da komorbiditeti povećavaju vjerojatnost suicidalnog ponašanja navode se i spoznaje do kojih su došli Hansen i Rossow (2008) gdje su samoubojstva izvršena od strane ambulantnih pacijenata starije životne dobi povezali sa sljedećim dijagnozama: poremećaji raspoloženja (depresija i anksioznost), zlouporaba psihoaktivnih tvari,

poremećaji osobnosti i prilagodbe te posttraumatski stresni poremećaj (PTSP). Isto potvrđuju i Oliveira i suradnici (2008) koji navode kako je suicidalno ponašanje kod osoba starije životne dobi koje borave u stacionaru povezano s dijagnozama poremećaja raspoloženja (depresija i anksioznost), shizofrenije te organskim mentalnim poremećajima.

Pojava depresije kod osoba starije životne dobi povezuje se s lošom kvalitetom života, povećanim invaliditetom i mortalitetom te se navodi kako je stopa izvršenih samoubojstava najveća kod muških osoba starije životne dobi i to u odnosu na bilo koju dobnu skupinu ljudi (Folnegović-Šmalc, 2001). Najučestaliji izvršeni suicidi navode se kod osoba koje su u rasponu godina između 64 i 74 godine, a kao glavni razlozi navode se uznapredovale tjelesne i/ili duševne bolesti (od kojih je najčešća neliječena depresija). Suicidalno ponašanje je najznačajniji i najčešće spominjani simptom depresije u kojem 1/3 suicidalnih osoba spada u dobnu skupinu osoba starijih od 60 godina (Folnegović-Šmalc, 2001). Kao glavni zaključak može se istaknuti kako je suicidalnost u starijoj životnoj dobi veliki problem kojeg se treba ozbiljno shvatiti te kojem se treba adekvatno pristupiti. Posebnu pažnju potrebno je usmjeriti na komorbiditet i uzročno-posljedičnu vezu između depresije i suicidalnosti te njihovih simptoma.

6. ULOGA SOCIJALNOG RADNIKA U RADU S OSOBAMA KOJE PATE OD DEPRESIJE

Jedna od ključnih zadaća socijalnih radnika u pogledu rada s osobama svih dobnih skupina koje pate od psihičkih poremećaja (pa time i od depresije) jest pružanje adekvatne pomoći te njihovo osnaživanje (Ružić i sur., 2009). Socijalni radnici predstavljaju važnu kariku psihijatrijskog tima (kojeg sačinjavaju psihijatar, medicinska sestra, medicinski tehničar, psiholog, socijalni radnik, socijalni pedagog i terapeut) te su osposobljeni za suradnju i timski rad s medicinskim, ali i nemedicinskim osobljem (Huremović i Mahmutović, 2018). Socijalni se radnici unutar psihijatrijskog socijalnog rada svakodnevno (čak i izvan rada u psihijatrijskog ustanovi) susreću s korisnicima koji imaju dijagnosticiran neki psihički poremećaj, a vrlo često je to

dijagnoza depresije. Rad socijalnog radnika u pogledu tretmana depresivnih i drugih psihičkih poremećaja temelji se na unaprjeđenju raspoloživih usluga, pružanju podrške tijekom, ali i nakon bolničkog liječenja te poboljšanju njihovog odnosa s njihovom obitelji i osobama koje vode brigu o njima nakon što se bolničko liječenje završi (Huremović i Mahmutović, 2018). Za vrijeme institucionalnog liječenja neke osobe socijalni radnik koristi razne metode za pristup bolesnicima, kao što su: individualni rad, rad s obitelji (gdje je fokus na rješavanju neadekvatnih obiteljskih odnosa), rad u grupi (primjenjuje se kada se kod pacijenta radi priprema za liječenje kod kuće) te rad u njihovoj lokalnoj sredini nakon samog završenog liječenja (Ružić i sur., 2009). Konkretnije, socijalni radnik provodi socioterapiju, psihosocijalnu intervenciju te zastupa pacijentova prava prilikom suradnje s drugim nadležnim ustanovama koje su od značenja za rješavanje pacijentovih teškoća za vrijeme bolničkog liječenja (Huremović i Mahmutović, 2018).

Zakon o socijalnoj skrbi (2022) između ostalog sadrži i skup djelatnosti socijalne skrbi te navodi dužnosti socijalnog radnika, koje osim novčanih obuhvaćaju i nenovčane socijalne usluge. Potonje se odnose na aktivnosti koje su namijenjene prepoznavaju, preveniranju i rješavanju poteškoća i problema s kojima se pojedinci susreću te poboljšanje njihovog općeg funkcioniranja, kao i onog u zajednici ili unutar njihovih obitelji. Od ukupno 15 vrsta socijalnih usluga, u okviru problematike depresije i suicidalnosti, zasigurno je od najvećeg značaja savjetovanje i pomaganje, koje je usmjereno na prevladavanje teškoća koje su prouzročene nekim stresnim događajem, a koja znatno ukazuju na povezanost razvoja depresivnog poremećaja (Zakon o socijalnoj skrbi, 2022). Pomoću usluge savjetovanja i pomaganja pojedincu se ukazuje na mogućnost mobilizacije vlastitih snaga u suočavanju sa izvorom stresa, a da pritom ne razvije depresivne simptome. Psihosocijalna podrška također je vrsta socijalne usluge koja se primjenjuje u prevladavanju teškoća prouzročenih nekim stresnim događajem, a koji su rezultirali pojavom simptoma depresije (Zakon o socijalnoj skrbi, 2022). Ona u sebi podrazumijeva proces rehabilitacije, koji potiče razvitak funkcionalnih, kognitivnih, socijalnih i komunikacijskih vještina. Na taj se način pruža adekvatna stručna pomoć osobama koje su prethodno bile izložene nekom stresnom događaju te im iz tog razloga prijete razvoj depresije (Huremović i Mahmutović, 2018).

Kada je riječ o socioterapiji, socijalni radnik provodi rehabilitaciju kod osoba kod koje već prethodno postoji neko psihopatološko stanje (između ostalog i depresija) s ciljem dovođenja osobe u stanje u kojem je bila prije nego što je poremećaj nastupio (Ružić i sur., 2009). Prilikom provedbe socioterapije, socijalni radnik zajedno s interdisciplinarnim timom vrši rehabilitaciju, odnosno liječenje osobe kod koje već postoji određeni psihički poremećaj, priprema pacijenta za povratak u njegovu okolinu te sudjeluje u unaprjeđenju njegovih adaptivnih sposobnosti (Ružić i sur., 2009). Psihosocijalna intervencija vrši se na socijalnoj i psihološkoj razini, a cilj joj je poboljšanje pojedinčeve životne situacije kroz unaprjeđenje interpersonalnih odnosa (Jukić, 2013). Psihosocijalne intervencije vrše se unutar socijalnog, zdravstvenog i zatvorskog sustava te u njih spadaju: KBT, kratka savjetodavna intervencija, motivacijski intervjui, tretmani ponašanja, psihoedukacija, trening životnih vještina, psihodinamska terapija te bračna i obiteljska terapija (Stjepanović i sur., 2015). Glavni ciljevi psihosocijalne intervencije su: povećanje suradljivosti pacijenta, smanjenje vjerojatnosti relapsa održavanjem kontinuiteta u liječenju, trajna promjena životnog stila te u konačnici poboljšanje kvalitete života (Malhotra, 2005, prema Stjepanović i sur., 2015).

7. ZAKLJUČAK

Proces starenja je puno više od samog tjelesnog procesa te osim tjelesnog stanja obuhvaća psihičko, emocionalno i socijalno stanje. U starijoj životnoj dobi događaju se mnoge životne promjene, kao što su umirovljenje, razne bolesti, nesamostalnost, usamljenost ili gubitak partnera, a koje mogu povećati rizik za razvoj depresije ili pak mogu dovesti do pogoršanja već postojećeg utučenog ili depresivnog stanja. Depresija kod osoba starije životne dobi ozbiljan je psihijatrijski poremećaj kojeg karakteriziraju promjene u raspoloženju, bezvoljnost, manjak interesa za svakodnevne aktivnosti, utučenost i povučенost, a to uvelike utječe na kvalitetu njihovog života. Depresija se kod starijih osoba često otkrije prekasno ili se u nekim slučajevima (često i zbog komorbiditeta s drugim bolestima) i ne otkrije te iz tog razloga ostane neliječena ili neadekvatno liječena. Neliječena depresija može dovesti do suicidalnosti te je od

ogromne važnosti rano prepoznavanje rizičnih simptoma suicidalnosti te pravovremeno reagiranje u svrhu prevencije suicidalnog čina. Neki od specifičnih rizičnih čimbenika suicidalnosti su usamljenost i samački život, loši obiteljski uvjeti, gubitak radne uloge te slaba financijska situacija, a kao važnu zaštitnu ulogu u prevenciji suicidalnih misli i ponašanja navode se kvalitetni odnosi s obitelji, prijateljima i okolinom. Važno je na vrijeme reagirati i prepoznati simptome depresije kako bi se što ranije krenulo u proces liječenja.

Kao neke od najvažnijih i najčešće korištenih oblika terapije koriste se psihoterapija i socioterapija, a na raspolaganju su također i EST te TMS. Vrlo važna i nezaobilazna terapija svakako je i farmakoterapija, odnosno u prvom redu terapija odgovarajućom dozom antidepresiva. Socijalni radnici imaju jednu od ključnih uloga u prevenciji i liječenju osoba s psihičkim poremećajima, pa samim time i s osobama koje se bore sa simptomima depresije i suicidalnosti. Isto tako, od velikog je utjecaja i njihov doprinos pri poboljšanju i unaprjeđenju usluga, čiji je krajnji ishod poboljšanje mentalnog zdravlja osoba koje pate od depresivnog poremećaja. Zbog njihovih stečenih znanja i vještina, njihove osposobljenosti za timski rad te uključenosti u psihijatrijski sustav, socijalni radnici predstavljaju jednu od glavnih karika u radu s osobama s duševnim smetnjama.

8. POPIS LITERATURE

1. Američka psihijatrijska udruga (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje – DSM-5*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
2. Begić, D., Jukić, V. i Medved V. (2015). *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada.
3. Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D. & Wasserman, D. (2004). Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis*, 25(4), 147-155.
4. Bottomley, C., Nazareth, I., Torres- Gonzalez, F., Švab I., Maarros, H., Geerlings, M., Xavier, M., Saldivia, S. & King, M. (2010). Comparison of risk factors for the onset and maintenance of depression. *The British Journal of Psychiatry*, 196(1), 13–17.
5. Brajković, L. (2010). *Pokazatelji zadovoljstva u trećoj životnoj dobi*. Disertacija. Zagreb: Medicinski fakultet.
6. Conwell, Y., Van Orden, K. & Caine, E. D. (2011). Suicide in Older Adults. *Psychiatric Clinics of North America*, 34(2), 451-468.
7. Curtis, J. R., Geller, G., Stokes, E. J., Levine, D. M. & Moore, R. D. (1989). Characteristics, diagnosis, and treatment of alcoholism in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37(4), 664-667.
8. Despot Lučanin, J. (2003). *Iskustvo starenja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
9. Despot Lučanin, J. (2008). Zdravstvena psihologija starenja – prikaz područja i pregled istraživanja u Hrvatskoj. *Klinička psihologija*, 1(1-2), 59-77.
10. Erlangsen, A., Zarit, S. H. & Conwell, Y. (2008). Hospital-Diagnosed Dementia and Suicide: A Longitudinal Study Using Prospective, Nationwide Register Data. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(3), 220-228.
11. Folnegović-Šmalc, V., Kocijan-Hercigonja, D. i Barac, B. (2001). *Prevenција suicidalnosti*. Zagreb: Multigraf.
12. Ganguli, M., Dodge H. H. & Mulsant B. H. (2002). Rates and predictors of mortality in an aging, rural, community-based cohort: the role of depression. *Archives Of General Psychiatry*, 59(11), 821–835.
13. Gregurek, R. (2004). Psihoterapija depresija. *Medicus*, 13(1), 95-100.

14. Hansen, M. & Rossow, I. (2008). Gambling and suicidal behaviour. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 128(2), 174-176.
15. Hautzinger, M. (2002). *Depresija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
16. Hautzinger, M. (2009). *Depresija-modeli, dijagnosticiranje, psihoterapije, liječenje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
17. Huremović, V. i Mahmutović, S. (2018). Uloga socijalnog radnika u liječenju osoba sa duševnim smetnjama. *Društvene i humanističke studije*, 1(4), 109-120.
18. Jakovljević, M., Kulenović, M. i Jakupčević M. (1986). *Krizna stanja. Klinika-konzultacija-intervencija*. Zagreb: Medicinska naklada.
19. Jukić, V. (2013). Psihijatrijsko-pravni aspekt nasilničkog ponašanja i model organizacije provođenja liječenja nasilnika. *Socijalna Psihijatrija*, 41(3), 96-184.
20. Kozumplik, O., Uzun, S., Folnegović-Šmalc, V. i Jakovljević, M. (2008). *Nuspojave psihofarmaka: zašto su značajne i kako ih izbjeći?* Zagreb: Tonimir.
21. Kramlinger, K. (2005). *Mayo Clinic o depresiji*. Zagreb: Medicinska naklada.
22. Lovretić, V. i Mihaljević-Peleš, A. (2013). Je li poremećaj kognitivnih funkcija u depresiji put u demenciju? *Socijalna psihijatrija*, 41(2), 109-117.
23. Marčinko, D. (2011). *Suicidologija*. Zagreb: Medicinska naklada.
24. Mihaljević-Peleš, A. i Šagud, M. (2009). *Antidepresivi u kliničkoj praksi*. Zagreb: Medicinska naklada.
25. Milovac, Ž., Sučić, S., Gajšak, T., Aljinović, V., Zečević Penić, S., Ivezić, E. i Filipčić, I. (2017). Nove spoznaje u liječenju depresije transkranijalnom magnetskom stimulacijom. *Socijalna psihijatrija*, 45(2), 125-138.
26. Mimica, N. i Kušan Jukić, M. (2013). Depresija u osoba starije životne dobi: specifičnosti kliničke slike i smjernice za liječenje. *Medix: specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 106, 213-218.
27. Morin, J., Wiktorsson, S., Marlow, T., Olesen, P. J., Skoog, I. & Waern, M. (2013). Alcohol Use Disorder in Elderly Suicide Attempters: A Comparison Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(2), 196-203.
28. Moro, Lj. i Frančišković, T. (2011). *Psihijatrija: udžbenik za više zdravstvene studije, 2. izdanje*. Zagreb: Medicinska naklada.

29. Nastavni zavod za javno zdravstvo dr. A. Štampar (2017). Vodič 15 uputa za aktivno zdravo starenje. Posjećeno 23.6.2022. na mrežnoj stranici Nastavnog zavoda za javno zdravstvo dr. A. Štampar: https://stampar.hr/sites/default/files/gerontoloski_bilten_2017-2018_v2.pdf.
30. Oliveira, M. P., Silveira, D. X. & Silva, M. T. (2008). Pathological gambling and its consequences for public health. *Revista de Saúde Pública* 42(3), 542–549.
31. Požgain, I. (2017). Kako odabrati optimalnu terapiju za depresivnog bolesnika? *Medicus*, 26(2), 193-198.
32. Ružić, K., Medved P., Dadić-Hero E. i Tomljanović D. (2009). Rehabilitacija u psihijatriji-socioterapija. *Medicina*, 45(4), 338-343.
33. Sedić, B. (2006). *Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika: priručnik za studij sestinstva*. Zagreb: Zdravstveno veleučilište.
34. Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W. & Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 1: Background, Rationale, and Methodology. *Suicide Life-Threatening Behaviour*, 37(3), 264-277.
35. Stjepanović, M., Jendričko, T. i Ostojić, D. (2015). Uloga socijalnog radnika u socioterapijskim i psihoterapijskim postupcima kod osoba s rizikom razvoja depresije uzrokovane stresnim životnim događajima. *Socijalna psihijatrija*, 43(1), 36-43.
36. Stoppe, G. (2019). Depresija u starijoj dobi. *Socijalna psihijatrija*, 47(3), 261-268.
37. Svjetska zdravstvena organizacija (2012). *Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, drugo izdanje – MKB-10*. Zagreb: Medicinska naklada.
38. Turvey, C. L., Conwell, Y., Jones, M. P., Phillips, C., Simonsick, E., Pearson J. L. & Wallace, R. (2002). Risk factors for late-life suicide: a prospective, community-based study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(4), 398-406.
39. Uzun, S., Kozumplik, O., Mimica, N. i Folnegović-Šmalc, V. (2015). *Nuspojave psihofarmaka*. Zagreb: Medicinska naklada.

40. Waern, M., Rubenowitz, E. & Wilhelmson, K. (2003). Predictors of Suicide in the Old Elderly. *Gerontology*, 49(5), 323-330.
41. WHO (1997). *WHOQOL Measuring Quality of Life*. Geneva: Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Posjećeno 24.6.2022. na mrežnoj stranici WHO:
<https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2015/05/WHOQOL-Measuring-Quality-of-Life.pdf>.
42. WHO (2022). *Health and Well-Being*. Posjećeno 24.6.2022. na mrežnoj stranici WHO:
<https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-and-well-being>
43. Zakon o socijalnoj skrbi. *Narodne novine*, br. 18/22, 46/22.
44. Zizza, C. A., Ellison, K. J. & Wernette, C. M. (2009). Total water intakes of community living middleold and oldest-old adults. *The Journal of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 64(4), 481–486.