

Barbara Starovasnik Žagavec<sup>1</sup>, Jože Jensterle<sup>2</sup>, Aleš Kogoj<sup>3</sup>

# Terapevtski postopki v obravnavi starejših s težavami v duševnem zdravju

*Therapeutic Interventions in Geriatric Population with Mental Health Disorders*

---

## IZVLEČEK

**KLJUČNE BESEDE:** starejši, na osebo osredotočena obravnava, psihološke terapije

Članek povzema pregled trenutno najbolj preverjenih in zaželenih psihoterapevtskih postopkov pri kliničnem delu s starejšimi. Psihološke intervencije se pri starejšem bolniku lahko uporabljajo kot dopolnilna terapija ob psihotropnih zdravilih oz. kot nadomestilo medikamentoznega zdravljenja v primerih, kadar starejši odklanja zdravila ali pa imajo le-ta potencialno škodljive stranske učinke. Tehnike, ki temeljijo na pristopu kognitivno-vedenjske terapije, so zaradi pogoste rabe v svetu najbolj empirično preverjene in kot takšne predstavljajo standardne metode dela s starejšimi. Uporabljamo jih kot podporno obliko medikamentoznemu zdravljenju ali samostojno zdravljenje v smislu pomoči pri čustvenem prilagajanju na spremembe, ki so posledica bolezni. Za delo na odnosih in spreminjanju vlog posameznika tako znotraj družine kot v širšem družbenem okolju se uporabljata interpersonalni in sistemski pristop. Poleg opisanih terapij, ki so specifično prilagojene posamezniku in njegovim težavam, se uporabljajo še t. i. generični pristopi, ki so usmerjeni na zagotavljanje ugodnega terapevtskega okolja, izboljševanje splošnega počutja ali kvalitete življenja in so posebej primerni za oskrbo v različnih zavodih. Ne glede na obliko terapevtskih pristopov pa naj bi delo s starejšimi temeljilo na medsebojnem spoštovanju, razumevanju njihovega doživljanja in zagotavljanju psihosocialnega okolja, ki omogoča dobro počutje. Glede na naraščajoče število starejših v naši družbi so učinkoviti terapevtski pristopi ne le zaželeni, temveč nujni.

---

## ABSTRACT

**KEY WORDS:** geriatric population, person centered care, psychological treatments

This paper presents a review of the most documented currently used psychotherapeutic methods in clinical work with the elderly. Psychological interventions in the elderly are used in addition to psychotropic drugs or as a substitute for the use of drugs when the elderly reject them or when drugs cause potentially harmful side effects. Cognitive-behavioral therapy has been empirically tested and validated as the most effective form of psychotherapeutic treatment. It is therefore the method of treatment most often used. Hence, cognitive-behavioral therapy has been adopted as the clinical standard of supportive therapy to psychotropic drugs

---

<sup>1</sup> Asist. dr. Barbara Starovasnik Žagavec, univ. dipl. psih., Služba za nevrorehabilitacijo, Nevrološka klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana; barbara.starovasnik@kclj.si

<sup>2</sup> Jože Jensterle, spec. klin. psih., Klinični oddelek za gerontopsihiatrijo, Psihiatrična klinika Ljubljana, Studenc 48, 1260 Ljubljana

<sup>3</sup> Doc. dr. Aleš Kogoj, dr. med., Klinični oddelek za gerontopsihiatrijo, Psihiatrična klinika Ljubljana, Studenc 48, 1260 Ljubljana; Katedra za psihiatrijo, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Zaloška cesta 29, 1000 Ljubljana

in the treatment of the elderly, and in cases involving emotional adaptation to physical illness, cognitive-behavioral therapy may be used as the only form of therapy. Interpersonal and/or systemic therapeutic approaches are used when changes in relationships and/or individual rules within a family or in the broader social environment are needed. In addition, generic approaches can be individually adapted according to the problems presented by older patients. Generic approaches are especially appropriate for use in institutions, since these are primarily aimed at improving the therapeutic milieu, as well as the patient's overall well-being and quality of life. Irrespective of the therapeutic approach used, one should be aware that successful work with the elderly requires mutual respect, understanding of their experiences and providing a psychosocial environment that fosters their well-being. Due to the increasing number of the elderly in our society, effective therapeutic approaches are becoming not only desirable, but essential.

## UVOD

Skupna značilnost vseh razvitih družb je hitro podaljševanje življenjske dobe in naraščanje deleža starejših. V tem pogledu tudi Slovenija sledi vsem najrazvitejšim državam, saj se pričakovana življenjska doba vsakih štiri do pet let podaljša za eno leto. Tako je bil v Sloveniji v letu 2002 že približno enak delež (15% celotne populacije) starejših od 65 let starosti in mlajših od 15 let. Leta 2030 pa bo po nekaterih predvidevanjih delež starejših znašal že 25%. S tem se povečuje tudi število starejših z različnimi duševnimi motnjami, med katerimi sta najpomembnejši depresija in demenca. Postopoma se spreminjajo tudi pogledi na obravnavo posameznih skupin bolnikov, vključno tistih z nevrodegenerativnimi boleznimi. Britanski Nacionalni inštitut za zdravje in klinično odličnost (*National Institute for Health and Clinical Experience*) v svojih smernicah za obravnavo demenc, izdanih leta 2006, zagovarja enakopravno možnost do dostopa različnih terapevtskih storitev, ne samo za bolnike z demenco, ampak tudi za svojce ali skrbnike (1).

Namen prispevka je prikaz nekaterih možnosti uporabe psiholoških intervencij pri starejših bolnikih z duševno motnjo v vsakdanji klinični praksi.

Sodobna obravnavna starejših izhaja iz načel na osebo osredotočene obravnave (angl. *person-centered care*). Pristop je osnovan na delu humanistično orientiranega psihologa Carla Rogersa (2). Izraz »na osebo osredotoče-

na obravnavna« je prvič uporabil Tom Kitwood, ustanovitelj Bradfordske skupine za demenco. Štirje temeljni elementi tega pristopa so (2):

- moralno načelo spoštovanja in upoštevanja vrednosti starejših in njihovih skrbnikov ne glede na starost, kognitivne motnje in nivo samostojnosti,
- individualizirana obravnavna, torej obravnavna ljudi kot posameznikov z edinstveno življenjsko zgodovino in osebnostjo, fizičnim in duševnim zdravjem ter socialno-ekonomskimi viri,
- razumevanje sveta z vidika obravnavane osebe z upoštevanjem psihološke veljavnosti doživljanja posameznika in iz tega izhajajočih dejanj, saj ima empatija že sama po sebi terapevtski potencial in
- zagotavljanje pozitivnega socialno-psihološkega okolja, v katerem se starejši dobro počuti. Upoštevati je treba, da so za človeka, ne glede na starost in duševno zdravje, medosebni odnosi ključnega pomena.

Opisani pristop je v zadnjih desetletjih opredelil nove izzive in cilje za tradicionalno obravnavo. Spodbudil je spremembo tistih dejavnosti, ki so bile za starejšega zaradi neupoštevanja omenjenih načel doživete kot ponižujoče in nesmiselne. Iz tega izhaja tudi razumevanje potrebe po uvajanju primernejših terapevtskih intervencij v obravnavo starejših.

Starejši se v procesu staranja srečuje z različnimi stiskami. To niso le izgube ljubljenih oseb, izgube delovne učinkovitosti (upokojeitev, izguba statusa na družbeni lestvici) in

pešanje telesnih ali duševnih sposobnosti. Pomemben del težav namreč lahko predstavljajo ravno duševne posledice, ki nastanejo ob manj ugodnem prilagajanju na takšne spremembe. Stiske so tem hujše, kolikor pomembnejša je bila neka aktivnost (fizična ali miselna) za posameznika. Starejši tako postaja vse bolj osamljen, zaprt vase, z občutkom, da ne zmore več. Pogosto se takšni notranji stiski pridruži še povečan nadzor s strani bližnjih, kar slabi že tako krhko in načeto samopoštovanje starejše osebe.

## INDIKACIJE ZA PSIHOLOŠKE INTERVENCIJE PRI STAREJŠEM BOLNIKU

Psihološke intervencije se pri starejšem bolniku lahko uporabljajo kot dopolnilna terapija ob psihotropnih zdravilih. Po drugi strani lahko predstavljajo nadomestilo medikamentoznemu zdravljenju, če ga bolnik odklanja ali pa kadar ima potencialno škodljive stranske učinke (3, 4). Koristne so tudi kot pomoč svojcem, ki pogosto ne razumejo bolezenskih sprememb, se soočajo s stigmatizirano duševno motnjo in starostjo, so preobremenjeni ob skrbi za bližnje ter imajo lahko zaradi tega tudi sami psihične težave. Nadalje lahko psihološke intervencije kot oblika pomoči svojcem prispevajo k prilagajanju na starostne spremembe in ureditvi družinskih odnosov ter navsezadnje nudijo tudi pomembne informacije drugim članom zdravstvenega tima.

Upoštevat je treba, da je starejša populacija heterogena skupina posameznikov, med katerimi mnogi živijo povsem neodvisno, a so še vedno povezani s svojo družino in se sorazmerno dobro prilagajajo na spremembe v procesu staranja (5). Kaye, Schneider in Qizilbash poudarjajo, da se proces in načrt psihoterapevtske obravnave starejšega bolnika razlikuje glede na spodnje kriterije (6):

- diagnoza (demenca, blaga kognitivna motnja, razpoloženska motnja idr.),
- osnovni problem (vrsta in jakost kognitivne oškodovanosti, nivo prizadetosti v vsakodnevnem funkcioniranju in psihiatrični simptomi),

- prognoza njegovega stanja (reverzibilnost, cikličnost motnje in hitrost napredovanja nevrodegenerativnega obolenja) ter
- bolnikova pričakovanja in pričakovanja njegovih domačih (njihova usklajenost, nerealnost itd.).

Upoštevajoč vse omenjene spremenljivke nato prilagodimo pristop in terapevtske pristope v obravnavi. V nadaljevanju so predstavljeni najpogosteje uporabljeni in preverjeni klinični pristopi za obravnavo starejših.

## KOGNITIVNO-VEDENJSKA TERAPIJA

Na področju zdravstva je najbolj zastopana strokovno in z dokazi podprta kognitivno-vedenjska terapija (KVT). Ta oblika se je izkazala za posebej učinkovito pri zdravljenju depresivne motnje pri starejših brez pomembnega kognitivnega upada, sorazmerno zdravih in tistih starejših, ki niso bili samomorilno ogroženi (5, 6). Prav tako je ta oblika terapije dobro reševala težave s spanjem pri starejših, simptome generalizirane anksioznosti ter s spominskimi motnjami povezano depresivnost in anksioznost (3).

Psihoterapevtske kognitivno-vedenjske intervencije pri obravnavi starejših bolnikov s spominskimi motnjami skušajo predvsem zmanjšati simptome tesnobe in/ali depresije, ki spremljajo posameznika ob zavedanju, da izgublja nadzor nad nekaterimi področji svojega življenja. Uporabljajo se različne tehnike spremljanja in obvladovanja negativnih misli ter realnejšega samozavedanja dejanskega zdravstvenega stanja. Pri starejših, ki imajo blage spomske motnje, je tehnika usmerjena predvsem na vsebino misli, z napredovanjem bolezni pa je poudarek na vedenjskemu pristopu terapevta k bolniku, ki ga skuša predvsem učiti preusmerjanja pozornosti iz razpoloženskega stanja k dejavnosti.

Prednost KVT je, da je številne vidike terapije mogoče prilagoditi posamezniku, kar delo s starejšim vsekakor zahteva. Ravno zato je mogoče to terapijo uporabljati v različnih zdravstvenih ustanovah, poleg tega pa je še vedno dokazano najboljša metoda za psihosocialne intervencije pri svojcih ali skrbnikih kronično bolnih (7).

## INTERPERSONALNA TERAPIJA

Ta oblika psihoterapije se poleg KVT pogosto hkrati uporablja ob medikamentoznem zdravljenju depresije in anksioznosti pri starejših (6). V primerjavi s KVT, ki je usmerjena na kognitivne procese in vedenje, je tukaj poudarek na medosebnih odnosih in njihovi vlogi pri nastanku psihičnih motenj. Hkrati pa se posveča negativnim posledicam, ki jih povzročajo te motnje v medosebnih odnosih.

Obravnavane vsebine vključujejo izgubo zdravja ali izgubo bližnjih in posledično žalovanje, razreševanje medosebnih konfliktov ter prilagajanje na spremembe v socialnih vlogah (iz vloge očeta, skrbnika ali profesorja v vlogo sina ali bolnika). Interpersonalna terapija uporablja terapevtske tehnike, kot so psychoedukacija, pomoč pri izražanju čustev ter modifikacija bolnikovih stališč glede vlog in odnosov. Je zelo strukturirana metoda dela tako kot KVT. Primeri tehnik so: delo v skupinah (kuhanje, vrtnarjenje, izdelovanje predmetov itd.), skupinska srečanja, terapevtske skupine ipd. Pristop interpersonalne terapije namreč predvideva, da je poleg organskega vzroka depresije starejših pomembno upoštevati še posameznikovo kvaliteto medosebnih odnosov in njegova prepričanja, povezana z njimi. Pozitivna stališča o medosebnih odnosih imajo lahko nekakšno zaščitno funkcijo ob ponovitvi depresivnih ali anksioznih simptomov, medtem ko negativna prepričanja učinkujejo ravno obratno.

## PSIHODINAMIČNA PSIHOTERAPIJA

Freud, utemeljitelj psihodinamskega terapevtskega pristopa, je bil mnenja, da ta oblika terapije za bolnike po 50. letu ni primerna, saj naj bi duševni procesi pri tej starosti že izgubili prožnost, ki je potrebna za obravnavo, in bolniki niso več dovolj učljivi (8).

Klinično delo s starejšimi večkrat izkazuje obratno: mnogi starejši so dovolj hitri in miselno okretni ter sposobni sodelovati v tovrstni obravnavi. Osnovne predpostavke psihodinamske teorije (pomen podzavestnih vsebin, vpliv preteklih odnosov na sedanje in uporaba odnosa bolnik – terapevt v procesu obravnave) je mogoče uporabiti v omejenem

obsegu in tudi v več kliničnih situacijah. Teme in razvojne naloge, ki so v poznem življenjskem obdobju v ospredju, so:

- strah pred zmanjševanjem ali izgubo spolne potence,
- občutki odvečnosti v delovnih vlogah,
- zavedanje lastnega staranja,
- bolezni in morebitne odvisnosti,
- potreba po preureditvi zakonskega odnosa po odhodu otrok,
- zavedanje novih omejitev,
- občutki starševskega neuspeha,
- izguba partnerja ali intimnosti,
- doživljanje narcisistične izgube in
- stiske ob neobhodnosti smrti.

Pogosto emocionalni spomin ostaja tudi takrat, ko miselna učinkovitost peša. To pomeni, da sposobnost vzdrževanja odnosa vztraja še dolgo v bolezen, s čimer je ob dovolj empatičnem terapevtu omogočena vzpostavitev terapevtskega odnosa in terapevtske delovne zveze. Čustva in čustvene vsebine namreč pri demenci še zdaleč niso povsem izbrisane. Terapevtski proces zato prilagodimo s pogostejšimi in časovno krajšimi srečanji, pri čemer v terapiji uporabljamo fotografije znanih oseb in dogodkov. Uporaba tehnik tega pristopa zahteva izkušenega in psihoterapevtsko izobraženega terapevta, s poudarkom na razumevanju gerontopsihiatrije (8).

## SISTEMSKÉ INTERVENCIJE

Izraz »sistemska terapija« je nadomestil prej uporabljeni izraz »družinska terapija«. Teme lji na teoriji sistemov, v kateri ima vsak sistem (npr. družina) lastnosti, ki zaobsegajo več kot le vsoto svojih delov. Spremembe pri enem članu družine vplivajo na vse ostale. Obravnavna posameznika poteka v tistem družinskem okolju oz. sistemu odnosov, ki je zanj čustveno in psihološko najpomembnejši, bodisi da iz njega prihaja ali pa je vanj vključen. Indikacije za uporabo tega pristopa pri starejših so predvsem:

- težave pri reševanju medosebnih konfliktov,
- pretirana bližina družinskih članov, ki povzroča izgubo občutka avtonomnosti in individualnosti,
- odtujenost družinskih članov,

- problemi, ki nastajajo zaradi medgeneracijskih razlik,
- pomanjkljiva ali slaba družinska organizacija, ki vodi v kaotičnost in
- nesposobnost za spoprijemanje s stresom in nezmožnost sprejemanja za bolnika pomembnih odločitev.

Ta oblika terapije se v zdravstvenih ustanovah redkeje uporablja, ker je spreminjanje sistema odnosov dolg proces. Vendarle pa so zdravstveni timi lahko uspešnejši, kadar imajo v svoji sredini tovrstno usposobljenega terapevta (9–11). Ti lahko prispevajo pomembne informacije o bolniku in njegovem okolju ter tako izboljšajo proces zdravljenja.

## DRUGI PRISTOPI IN INTERVENCIJE

Poleg do zdaj opisanih terapij, ki so specifično prilagojene posamezniku in njegovim težavam, se uporabljajo še t. i. generični pristopi, ki so usmerjeni na zagotavljanje ugodnega terapevtskega okolja, izboljševanje splošnega počutja ali kvalitete življenja in so posebej primerni za oskrbo v zavodih, kot so domovi starejših občanov, pa tudi v bolnišnicah. V zadnjih letih narašča število tovrstnih oblik nemedikamentoznih pristopov. Zato je toliko pomembnejše, da terapevt izbira le z dokazi podprte in kritično ovrednotene tehnike ali postopke za dopolnilno zdravljenje starejših. V nadaljevanju je predstavljen oris posameznih uveljavljenih terapevtskih pristopov.

### Orientiranje v realnosti

Ta pristop je eden izmed najpogosteje uporabljenih postopkov v domski oskrbi, še posebej pri bolnikih z demenco. Z namenom vzpostavljanja orientacije v sedanosti se uporabljajo različni pripomočki (koledarji, ure, fotografije, napisi itd.), ki so v oporo v vsako dnevno funkcioniranje. Bolniki so zaradi spominskih motenj in težav pri orientaciji pogosto zmedeni in se posledično težko vključujejo v socialno okolje. Pripomočki in namigi jim omogočijo, da sodelujejo v trenutnem dogajanju, se lažje udeležujejo pogovorov in se bolje znajdejo v svojem okolju. Dosedanji

rezultati kažejo na zadovoljivo izboljšanje omenjenih težav z orientacijo (12). Poleg tega pa lahko neprilagodljivo obravnavanje povzroči preostro soočenje bolnikov z njihovim dejanskim stanjem, pri čemer je vprašljiva etičnost tega početja (13). Vsekakor je ravno na tem mestu potreben razmislek in t. i. individualni pristop, saj so bolniki z demenco ali celo isti bolnik v poteku bolezni lahko zelo različni.

### Reminiscentna terapija

Pristop temelji na kreativnem procesu podživljanja preteklih dogodkov, pri čemer se osredotoča na pozitivna in osebno pomembna doživetja (npr. poroke, potovanja ipd.). Lahko se izvaja kot skupinska ali individualno vodena terapija. Pri skupinskem delu se uporabljajo dejavnosti, kot so glasha in umetnost, ter različni pripomočki, ki pospešujejo spominjanje. S pomočjo te terapije bolnik doživlja zadovoljstvo in je miselno spodbujen. Pri skupinskem delu lahko posamezniki v sodelovanju z družino in osebam oblikujejo povzetek svoje preteklosti (t. i. življenjsko zgodbo). Omenjeni pristop ima veliko zagovornikov, saj se je izkazal za učinkovitega pri starejših z demenco in tudi pri drugih, zadosti potrebi po individualnem pristopu k posamezniku in se z lahkoto prilagaja različnim potrebam (13).

### Validacijska terapija

Predstavlja reakcijo na pomanjkljivosti zgoraj omenjene orientacije v realnosti. Pobudnica tega pristopa Naomi Feil pravi, da so čustvene vsebine posameznika pomembnejše od njegove orientacije v sedanosti (14). Prepričana je, da je umik bolnika v notranjo realnost osnovan na čustvih in ne razumu, ker je bila sedanost zanj preveč boleča. Ponavljanje in umik v preteklost pri bolnikih z demenco naj bi bili namreč aktivni strategiji za spoprijemanje s stresom, dolgočasjem in osamljenostjo. Bolnika se zato usmerja na občutja in skrite pomene, ki so v ozadju njegove zmedenosti v govoru in vedenju. Kljub nekaterim opravljenim raziskavam, ki kažejo na pozitiven vpliv opisanega pristopa na depresivnost, pa je učinkovitost še vedno premalo dokazana (14, 15).

## **Psihomotorna terapija**

Ta pristop je skupina aktivnih dejavnosti, kot so ples, šport, drama ipd. Dokazi kažejo, da redna telesna aktivnost prispeva k splošnemu dobremu počutju in zdravju starejšega, izboljša ravnotežje, zmanjša število padcev ter izboljša spanje. Nadalje opisujejo manj vznemirjenosti podnevi, ponoči pa manj nemira pri bolnikih, ki so bili redno udeleženi v teh aktivnostih. Dramska igra in gibalne skupine so pokazale učinek v smislu izboljševanja komunikacije, sproščanja in orientacije. Terapevtska uporaba dotika pri programih dejavnosti pa je vplivala na zmanjševanje motečih vokalizacij (16).

## **Multisenzorna terapija**

Ponavadi se izvaja v prostoru, ki omogoča uporabo več vrst senzorične stimulacije, kot je svetloba, dotik, vonj in zvok. Poudarja vključevanje vseh čutil v zaznavanje okolja. Trening se prilagodi vsakemu posamezniku posebej in se lahko izvaja tudi v njegovem vsakdanjem življenju (npr. v njegovi sobi, če je v domski oskrbi). Tovrstni pristop je še posebej učinkovit pri dopolnilnem zdravljenju apatije in depresije tako v zavodih kot v skupnosti (12).

## **Terapija kognitivne stimulacije**

Ta pristop nadgrajuje trening orientacije v času, kraju in prostoru ter predstavlja aktiviranje različnih kognitivnih funkcij pri posamezniku z namenom njihovega izboljšanja. Pogosto naletimo tudi na t.i. računalniško vodene naloge oz. »šolsko« zastavljene naloge (reševanje računov, iskanje pomenov besed itd.). Študija Spectorja in sod. ugotavlja, da je pristop izjemno učinkovit, vendar je treba opozoriti, da lahko nepravilna in nestrokovna raba tega pristopa bolnika spravlja v stisko, ga opozarja na njegovo ranljivost in nezmožnost ter manjša njegovo človeško dostojanstvo (npr. reševanje enostavnih računov je lahko za nekdanjega univerzitetnega profesorja izjemno obremenjujoče, ko opazi, da mu ne gre in je celo to zanj postalo pretežko) (17, 18).

Enako ugotavlja tudi Clare, ki zato predstavlja mnogo dobrih, prilagojenih različic za delo na posameznih kognitivnih funkcijah bolnika skozi individualno obravnavo ter

dober timski načrt glede na stanje bolnika in fazo njegove bolezni. V svojem delu Nevropsihološka rehabilitacija in ljudje z demenco (*Neuropsychological Rehabilitation and People with Dementia*) predstavlja mnogo dokazov proti zgoraj opisanim nalogam (19). Doseženi nivo nalog posamezniku in njegovim bližnjim vtisne lažen občutek upanja, da bo njegovo stanje boljše oz. enako, če bo dovolj vztrajen. Zaradi napredujočega poteka neurodegenerativnih obolenj pa bo posameznik vedno zno-va doživljal neuspehe na podobnih nalogah ne glede na število in pogostnost opravljanja. Nenazadnje takšne enostavne in ponavadi otrokom namenjene naloge ponižujejo tudi posameznikovo človeško dostojanstvo.

Mnogo bolje je koristiti spoznanja nevroznanosti v praktično zastavljenih nalogah, ki so neposredno usmerjene na učenje in utrjevanje veščin, potrebnih za vsakodnevno funkcioniranje. Takšno učenje je smiselno tudi z vidika izboljšanja kvalitete življenja bolnika in njegovih svojcev (19). Če je problem v vsakodnevni organizaciji dnevne rutine, reševanje križank ni toliko smiselno, lahko pa se uporabljajo različni drugi pripomočki (ure, koledarji, planerji, opomniki itd.).

## **Glasbena terapija**

Pokazala se je kot uspešna pri krepitvi komunikacijskih veščin in motečega vedenja, saj zagotavlja nekakšen medij za smiselno aktivnost (petje, plesanje idr.). Študije sicer ne zagotavljajo dobre metodološke podpore omenjenemu pristopu, vendar izkušnje kažejo obratno (17). Ravno petje je včasih ena izmed zadnjih dejavnosti, ki jih zmorejo tudi bolniki z demenco, ki imajo sicer že hude težave z govorom.

Poznamo še nekaj drugih pristopov, od katerih se nekateri dobro in učinkovito, drugi pa manj pogosto uporabljajo v vsakodnev- nem bolnišničnem okolju. To so med drugim likovna terapija, terapija z živalmi in aroma-terapija.

Študija in izkušnja avtoric Silverstein in Maslow pravi, da je bolniku z motnjami v kognitivnem funkcioniranju in torej z znižano umsko učinkovitostjo treba omogočiti predvsem prilagojeno bolnišnično okolje (*ang. patient friendly hospital unit*), seveda pa to smiselno velja tudi za domače okolje in druge

zavode, v katerem bo lahko starejši varno utrjeval oslabele vzorce svojega vedenja v vsakodnevnem prilagojenem okolju s strokovno usposobljenim osebjem in glede na lastne individualne potrebe (20).

- Vsak posameznik – starejši – je oseba s svojo zgodovino, osebnostnimi potezami, družino, ki ga spremlja idr., kar je pomembno upoštevati v načrtovanju zanj najbolj optimalne terapevtske obravnave.

## PRIPOROČILA ZA DELO S STAREJŠIMI

Pri delu s starejšimi bolniki je primerno upoštevati naslednje principe:

- Če to dopušča psihofizično počutje starejšega, je priporočljivo delo v manjših skupinah.
- Pomemben je empatičen odnos terapevtov (priporočljiv je par moški–ženska) do emocionalnih vsebin udeleženih in visoka mera spoštovanja ter razumevanja v njihovem doživljanju različnih vsebin.
- Poudarek je na aktualnem dogajanju, kar pa ne pomeni izključevanja preteklih pomembnih dogodkov, spominov itd., če je starejši te vsebine pripravljen deliti z drugimi člani skupine.
- Zaželen je jasen in konkreten jezik, s katerim lažje prevajamo abstraktne ali s čustvi povezane vsebine na vsem razumljivo raven komunikacije.

## ZAKLJUČEK

Kljub mnogim naštetim in uporabljenim pristopom v sedanji zdravstveni praksi ostaja pomembno vodilo zadnjih smernic britanskega Nacionalnega inštituta individualnost in usmerjenost k posamezniku (1). Realnost je seveda drugačna, saj razmere mnogokrat ne dopuščajo podobnih individualnih in zadostnih obravnav. Trenutna demografska slika svetovnega prebivalstva po svetu nakazuje vse večje potrebe po razvoju in večanju števila dobro usposobljenih kadrov za delo s starejšimi in njihovimi svojci v bolnišničnih shemah in drugje. Če se je nekoč zdela (psiho)terapevtska obravnava starejšega bolnika nesmiselna, postaja danes vse bolj nujna in zaželena.

## LITERATURA

1. National Institute for Health and Clinical Excellence. Dementia: Supporting people with dementia and their carers in health and social care [internet]. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. Dosegljivo na: <http://guidance.nice.org.uk/cg42>
2. Brooker D. Person centred care. In: Jacoby R, Oppenheimer C, Dening T, et al., eds. Oxford textbook of old age psychiatry. New York: Oxford University Press; 2008. p. 229–40.
3. Brooker D. Dementia care mapping: a review of the research literature. *Gerontologist*. 2005; 45 Suppl 1: S11–8.
4. Hughes JC, Baldwin C. Ethical issues in dementia care: making difficult decisions. London: Jessica Kingsley Publishers; 2006.
5. Wilkinson P. Psychological treatments: Introduction. In: Jacoby R, Oppenheimer C, Dening T, et al., eds. Oxford textbook of old age psychiatry. New York: Oxford University Press; 2008. p. 241–6.
6. Cook JM, Gallagher-Thompson D, Hepple J. Psychotherapy with older adults. In: Gabbart GO, Beck JS, Holmes J, eds. Oxford textbook of psychotherapy. New York: Oxford University Press; 2005. p. 391–2.
7. Kaye J, Schneider L, Qizilbash N. Overview of treatment and management. In: Qizilbash N, ed. Evidence based dementia practice. Oxford: Blackwell Science; 2003. p. 375–460.
8. Brodaty H, Green A, Koschera A. Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *J Am Geriatr Soc*. 2003; 51(5): 657–64.
9. Garner J. Psychological treatments: psychodynamic psychotherapy. In: Jacoby R, Oppenheimer C, Dening T, et al., eds. Oxford textbook of old age psychiatry. New York: Oxford University Press; 2008. p. 275–83.

10. Asen E. Psychological treatments: Systemic interventions with older adults and their families. In: Jacoby R, Oppenheimer C, Denning T, et al., eds. Oxford textbook of old age psychiatry. New York: Oxford University Press; 2008. p. 263-73.
11. Woods RT, Keady J, Seddon D. Involving families in care homes: A relationship-centred approach to dementia care. London: Jessica Kingsley Publishers; 2008.
12. Ross JL, Yudin J, Galluzi K. The geriatric assessment team: a case report. *Family Systems Medicine*. 1992; 10 (2): 213-8.
13. Clare L, Woods RT. Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: a review. *Neuropsychol Rehabil*. 2004; 14: 385-401.
14. Verkaik R, van Weert J, Francke A. The effects of psychosocial methods in depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005; 20(4): 301-14.
15. Curran S, Wattis JP, Lynch S. Practical management of depression in older people. London: Arnold; 2001.
16. Woods DL, Rapp CG, Beck C. Escalation/de-escalation patterns of behavioral symptoms of persons with dementia. *Aging Ment Health*. 2004; 8(2): 126-32.
17. Reynolds CF, Dew MA, Pollock BG, et al. Maintenance treatment of major depression in old age. *New Eng J Med*. 2006; 354 (11): 1130-8.
18. Spector A, Thorgrimsen L, Woods B, et al. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation programme for people with dementia: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2003; 183: 248-54.
19. Clare L. Clinical application of cognitive rehabilitation. In: Clare L, ed. *Neuropsychological rehabilitation and people with dementia*. East Sussex (UK): Psychology Press; 2008. p. 113-28.
20. Silverstein NM, Maslow K. Improving hospital care for persons with dementia. New York: Springer Publishing Company; 2006.

Prispelo 18. 7. 2010