Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: http://www.elsevier.com/locate/kontakt

Review article

Psychosociálne aspekty vzniku depresie vo vyššom veku a možnosti využitia skupinovej psychoterapie

The psychosocial aspects of the genesis of depression in old age and the possibilities of using group psychotherapy

Katarína Kotradyová *

Katolícka univerzita v Ružomberku, Teologická fakulta v Košiciach, Teologický inštitút, Ružomberok, Slovenská republika

INFORMACE O ČLÁNKU

Received: 2016-02-09
Received in revised form: 2016-05-20
Accepted: 2016-07-29
Published online: 2016-09-30

Keywords:
Old age
Depression
Psychotherapy
Isolation
Loneliness
Psychosocial aspects
Group psychotherapy
Older age

ABSTRACT

The author discusses a survey study on aging phenomenon, and describes its manifestations in the context of biological, psychological and social nature. We pay attention to the increase of mental disorders especially depression, which is subsequently discussed and characterized. The paper is primarily aimed at highlighting the aspects affecting the formation of depression, which occurs in older ages and in particular the aspects that we call psychosocial summary. The author, however, does not link the formation of depression only with psychosocial factors, and points out that the formation of depression in seniors is shared with physical limitations, natural disease, and cognitive changes, but these physical changes contribute to the development of negative social phenomena such as loneliness, isolation, loss of contact, etc. Depression in older age has a strong social background, which means its treatment carries certain specifics, especially in the context of combining medication with psychotherapy. Therefore, within the presented summarizing study, in the second part the author focuses on psychotherapy as one of the possible supporting medical activities. The author then defines psychotherapy when working with a senior, as a planned and controlled therapy through an immediate influence on senior's psyche. The author puts a group form of therapy to the foreground and at the same time examines individual psychotherapeutic attitudes, which are suitable for the offered group therapy and could be helpful in the treatment of depressive life periods of an elderly person. The meaning of senior group therapy is mainly based on the possibility to provide or restore social support, which is inevitable in one's old age.

SÚHRN

Autorka rozoberá v prehľadovej štúdii fenomén starnutia, pričom popisuje jeho prejavy v kontexte biologického, psychického a sociálneho charakteru. Upozorňuje pritom na nárast psychických ochorení, a to predovšetkým depresie, ktorú následne rozoberá a charakterizuje. Cieľom príspevku bolo predovšetkým poukázať na aspekty vplývajúce na vznik depresie, ktorá sa objavuje vo vyššom veku a ktoré súhrne nazý-

* **Korespondenční autor:** Mgr. Katarína Kotradyová, PhD., Železničná 71, 053 61 Spišské Vlachy, Slovenská republika; e-mail: kkatarinay@gmail.com
http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2016.07.002

KONTAKT XVIII/3: 212–222 • ISSN 1212-4117 (Print) • ISSN 1804-7122 (Online)

Článek citujte takto: Kotradyová K. The psychosocial aspects of the genesis of depression in old age and the possibilities of using group psychotherapy. Kontakt 2016; 18(3): e194–e202; http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2016.07.002

Kľúčové slová:
staroba
depresia
psychoterapia
izolácia
osamelosť
psychosociálne aspekty
skupinová psychoterapia
vyšší vek

vame psychosociálne. Autorka však nespája vznik depresie iba so psychosociálnymi aspektmi, upozorňuje totiž, že na vzniku depresie sa u seniorov podieľajú aj fyzické obmedzenia, prípadne fyzické ochorenia a kognitívne zmeny, avšak tieto fyzické zmeny prispievajú k rozvoju negatívnych sociálnych fenoménov, ako je osamelosť, izolácia, strata kontaktov a pod. Depresia vo vyššom veku má tak silný sociálny podtón, čo znamená, že jej liečba v sebe nesie určité špecifiká predovšetkým v kontexte kombinovania medikamentóznej liečby so psychoterapiou. V rámci predkladanej prehľadovej štúdie sa preto autorka v jej druhej časti zameriava na psychoterapiu ako jednu z možných podporných liečebných aktivít. Psychoterapiu pri práci so seniorom/kou pritom vymedzuje ako plánovanú a kontrolovanú liečbu prostredníctvom bezprostredného vplývania na psychiku seniora/ky. Do popredia dáva skupinovú formu psychoterapie a zároveň rozoberá jednotlivé psychoterapeutické prístupy, ktoré sú v rámci poskytovania skupinovej psychoterapie vhodné a môžu pomôcť pri liečbe depresívnych epizód v živote staršieho jedinca. Význam skupinovej terapie u seniorov sa zakladá predovšetkým na možnosti poskytnutia, prípadne obnovenia sociálnej opory, ktorá je pre jednotlivca v období staroby nevyhnutná.

© 2016 Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
Published by Elsevier Sp. z o. o. All rights reserved.

Úvod

Podľa Litomerického [1] je starnutie zložitým a variabilným procesom, ktorý podlieha modifikácii prostredia, chemickým a fyzikálnym vplyvom, ale ovplyvňujú ho aj genetické faktory a choroby. Je to proces podmienený vplyvom času na funkciu orgánov i celého organizmu a vzťahuje sa na celú živočíšnu ríšu so špecifickými vekovými zmenami rôznych orgánových systémov. Starnutie je nevyhnutný a vo svojej podstate nepretržitý fenomén, ktorý sa objavuje v živote každého jedného človeka [2].

Tento proces je determinovaný tým, že je dlhodobo nakódovaný, nezvratný, neopakuje sa a zanecháva trvalé stopy. Proces starnutia ústi do staroby, pričom staroba ako etapa ľudského života nastáva na konci prirodzeného vývinového procesu indivídua [3]. Hrozenská [2] v tejto súvislosti tvrdí, že staroba ako jedna z neskorších fáz ontogenézy jedinca je prejavom a dôsledkom involučných a morfologických zmien, ktoré majú u ľudí rôznu variabilitu. Staroba sa pritom člení na určité, vekom ohraničené obdobia; ide o rannú starobu (od 60 do74 rokov), vlastnú starobu (od 75 do 89 rokov) a dlhovekosť (90 rokov a viac) [4].

V súvislosti s predkladanou témou pokladáme za dôležité vymedziť niektoré pojmy, ktoré so starnutím a starobou súvisia. Ide o pojmy: sénium – termín zahrňujúci celú etapu veku človeka po 60 roku života; starší vek – od 60 do 74, jednotlivec sa v tomto období označuje ako starší človek a je v období počiatočnej staroby, v edukačných aktivitách sa zaraďuje do skupiny mladých seniorov/iek; staroba – od 75 do 89, kedy je jednotlivec v období vlastnej staroby, v edukácií sa zaraďuje medzi starších seniorov/iek; a dlhovekosť – od 90 rokov vyššie [5]. Určiť to, kedy sa človek stáva „starším" je však veľmi relatívne. Pojmy senior/ka, senescent/ka, geront/ka, starší človek, človek v postproduktívnom respektíve poproduktívnom veku, dôchodca/yňa, to sú termíny, ktoré sa v spoločenských vedách spájajú s obdobím starnutia a staroby. Zamýšľajúc sa nad čo najvýstižnejším terminologickým vymedzením vzniká dilema, ktorý pojem vybrať. Domnievame sa, že práve pojem senior/ka je tým najetickejším a najadresnejším pomenovaním pre človeka staršieho vekového obdobia [6]. Paľa tvrdí, že problematika staroby je vždy komplexná, má súčasné biologický, psychologický a sociálny charakter. Základnou príčinou biologických zmien v starobe je opotrebovanie jednotlivých orgánov, spomalenie látkovej výmeny a zníženie schopnosti biologických adaptačných mechanizmov. V období starnutia dochádza ku kvalitatívnym posunom aj v oblasti myslenia, pamäte, motivácie či emócií. Nastáva celkové spomalenie psychických funkcií, čo sa prejavuje predovšetkým vo vnímaní a reagovaní. Vnímanie vzťahov, schopnosť tvoriť pojmy, schopnosť uvažovať a schopnosť abstrahovať vekom klesá, zatiaľ čo využívanie analógie pri riešení nových problémov, opierajúc sa o predchádzajúcu skúsenosť, sa vekom zvyšuje. Sociálny charakter starnutia súvisí často so schopnosťou prispôsobiť sa, pričom tá býva oslabená zmeneným funkčným stavom organizmu a jeho zvýšenou chorobnosťou. Sociálne starnutie ovplyvňuje taktiež schopnosť seniora/ky adaptovať sa na zmeny, ktoré staroba prináša [7, 8].

Staroba je tak etapou života, ktorú charakterizujú tak vonkajšie, ako aj vnútorné zmeny. Mení sa vkus človeka, jeho životný štýl, štandard, ubúdajú sociálne kontakty a pridružujú sa psychické a fyzické ochorenia. Veľkú skupinu ochorení seniorov/iek pritom tvoria práve psychické ochorenia a v rámci nich veľké, prípadne malé depresívne epizódy. Môžeme s určitosťou povedať, že samotné diskusie o špecifikách psychických chorôb v staršom veku trvajú pomerne dlhšiu dobu. Je pravdou, že niektoré diagnózy boli odbornou verejnosťou zadefinované v tom zmysle, že sú pre starobu typické. Ide napríklad aj o označenie samotnej endogénnej depresie v starobe, ktorá sa začala pomenovávať ako involučná depresia [9]. Takéto vnímanie depresie v staršom veku však nič nemení na fakte, že neliečená, prípadne nediagnostikovaná depresia nesporne ohrozuje kvalitu života a v nemalej miere aj skracuje život seniora/ky. Jedincom, ktorí sú postihnutí depresiou, však môže bez

ohľadu na vek pomôcť adekvátne zvolená a realizovaná liečba. Involučná depresia seniorov/iek je pritom spojená nielen s involučnými zmenami, ale aj s negatívnymi životnými situáciami, ktoré sa v staršom veku objavujú častejšie ako v období produktívneho života.

Epidemiologické údaje a diagnostika depresie

Depresia je vo svojej podstate poruchou nálady. Medzi základné príznaky depresie patrí chorobne smutná, skleslá nálada, obavná, stiesnená, zúfalá, bezradná nálada, beznádej, bezvýchodiskovosť, pesimistická nálada, často sa vyskytuje aj úzkosť, napätie, bezdôvodný strach alebo podráždenosť (iritabilita), rozladenosť (dysfória), precitlivenosť, kolísanie nálady (emočná labilita), anhedónia (neschopnosť prežívať radosť) a pokles energie a zvýšená unaviteľnosť [10]. Depresia pritom patrí v súčasnej dobe medzi najčastejšie vyskytujúce sa psychiatrické ochorenia. Jej výskyt je u žien dvojnásobne vyšší ako u mužov a prepuknúť môže v každom veku. Neliečená depresívna epizóda trvá 6–24 mesiacov, napriek tomu sa takmer 12 % pacientov nezotaví ani po piatich rokoch od jej ukončenia. Podľa závažnosti je depresia rozdeľovaná na ľahkú, strednú a ťažkú (veľkú) [10, 11]. Depresia nie je bežná podráždenosť, krátka rozladenosť, skleslosť alebo smútok. Tieto tzv. depresívne stavy sa vyskytujú pri zlom počasí, po únavnej celodennej práci, pri nevyspatí alebo množstve povinností, pričom tieto stavy je možné prekonať a úspešne zvládnuť zvýšeným pohybom, odpočinkom, spánkom, jedlom alebo zvýšeným podávaním vitamínov [10]. V kontexte diferenciálnej diagnostiky a komorbidity depresie je potrebné odlíšiť depresiu od zhoršenej nálady alebo od zármutku po strate blízkeho človeka. Zhoršená nálada, zármutok nad stratou blízkej osoby alebo stratou dôležitých hodnôt sú častými psychickými prejavmi a patria medzi bežnú ľudskú skúsenosť. V mnohých prípadoch smútku alebo zármutku sa však nejedná o depresiu, a preto je zámena s depresívnou poruchou neadekvátna [11]. V symptológii chronického smútku alebo žiaľu totiž absentujú na seba zamerané určité kognitívne rysy, ale i pocity beznádeje, ktorá sú iracionálne a trvalé, pričom je tento stav spájaný so samovražednými predstavami a bezcennosťou [12]. U jedinca, ktorý trpí depresívnou poruchou, sú na základe psychiatrického vyšetrenia zistené: minimálne 4 depresívne príznaky, ktoré trvajú minimálne 2 týždne, sú intenzívne a trvalé a zhoršujú fungovanie človeka v rozličných oblastiach života [10].

Pri diagnostike depresie sa zameriavame na oblasť psychologickú, sociálnu a biologickú. V biologickej oblasti skúmame poruchy spánku, stravovacie návyky a pokles energie. V rámci sociálnej oblasti hľadáme zdroje sociálnej podpory, ale zaujímajú nás aj sociálne vzťahy, oblasť finančného zabezpečenia a bývania. V psychologickej oblasti kladieme dôraz na prežívanie pacientovho sebaobrazu vo vzťahu k okoliu a jeho porovnávanie so sebou samým [13]. Praško a Možný [14] zaraďujú medzi prejavy depresie predovšetkým všeobecný pokles záujmov, pretrvávajúce myšlienky na samovraždu, nedostatočné sústredenie sa, neschopnosť tešiť sa, pesimizmus, zhoršenú náladu, pocity viny, beznádej, ale i telesné príznaky ako bolesť v chrbte, bolesť brucha a hlavy alebo kolísanie váhy.

Depresia v súčasnosti podľa Andersona [15] postihuje 10–15 % ľudí, ktorí sú starší ako 65 rokov. Prevalencia ťažkej depresie sa u tejto vekovej skupiny pohybuje na úrovni 5,7 % a tzv. subsyndrómová depresia (depresia s 2–4 diagnostickými znakmi a známkami poruchy sociálnych funkcií) sa prejavuje u približne 15 % seniorov/iek [16]. Čo sa týka Slovenskej republiky, tak tzv. veľká (ťažká) depresia sa zistila u 14 % všeobecnej populácie vo veku 60 rokov a viac, pričom depresívne príznaky boli zistené u 24,5 % seniorov/iek [17].

Najčastejším sprievodným symptómom pri depresiách v tejto vekovej skupine je úzkosť. Takmer polovica pacientov s depresiou nad 60 rokov totiž trpí okrem iných sprievodných príznakov depresie aj psychickou úzkosťou [18]. Depresia, ktorá sa vyskytuje u seniorov/iek, je v súčasnej dobe obrovským problémom v otázke verejného zdravia. Toto psychické ochorenie má vysokú prevalenciu, je často spájané s ďalším ochorením, má negatívny vplyv na kvalitu života a v neposlednom rade zvyšuje počet návštev v zdravotníckych zariadeniach [19]. Mnoho seniorov/iek, žiaľ, nechce vyhľadať psychiatrickú liečbu, ktorá by mohla odstrániť alebo aspoň zmierniť ich ťažkosti a vrátiť ich na predošlú úroveň svojho prežívania a svojej pracovnej činnosti. Má to nasledujúce dôsledky: 25 % seniorov/iek trpí príznakmi psychického ochorenia, pričom mnohí liečbu nevyhľadávajú; seniori/ky predstavujú iba 2 % pacientov, ktorí navštevujú privátne psychiatrické ambulancie, a iba 1,5 % priamych nákladov na liečbu psychických ochorení je vynaložených na liečbu seniorov/iek [20]. Depresia je pritom najčastejšou príčinou emočného utrpenia v neskoršom živote a je spojená so značnými stratami v kvalite života a často sa vyskytuje v kontexte fyzickej a kognitívnej poruchy [21].

Príčiny vzniku depresie v starobe

Medzi najčastejšie príčiny depresie sa u seniorov/iek uvádza znížená funkcia neurotransmitérov, alkoholizmus, depresia v rodine, zvýšená kritičnosť a nepriateľskosť partnera, absencia či nedostatok dôverných vzťahov, nedostatočná sociálna opora alebo nedostatok sebadôvery [11]. S rastúcim vekom pritom klesá význam vrodenej dispozície pre rozvoj depresie, zároveň však rastie význam exogénnych biologických a psychosociálnych aspektov [22, 23]. Biologické aspekty, ktoré sa podpisujú na vzniku depresie, uvádzame v tabuľke 1.

Tabuľka 1 – Biologické aspekty podmieňujúce vznik depresie u seniorov/iek

Biologické aspekty	Vekové zmeny na mozgu
	Zmeny endokrinného systému
	Hyperaktivita kortikolibelínu v hypotalame
	Znižovanie aktivity serotonínergického systému
	Strata dopamínergických a noradrenergických neurónov v niektorých mozgových štruktúrach
	Znížená koncentrácia noradrenalínu a dopamínu v mozgu

Zdroj: [24]

Warren [25] tvrdí, že u seniorov/iek, u ktorých sa objaví depresia, existujú väčšinou aj neurologické abnormality, vrátane deficitov pri neuropsychologických testoch. Okrem toho sa za významný biologický prediktor vzniku depresie u seniorov/iek považuje fyzické ochorenie. Vzťah medzi depresiou a koexistujúcou chorobou pritom môže byť obojsmerný. Zdravotné problémy, ako je napr. chronická bolesť, môžu totiž zvýšiť náchylnosť k depresii a depresia samotná zhoršuje naopak niektoré ochorenia.

Aspekty, ktoré vedú k rozvoju neskorej depresie, pravdepodobne obsahujú zložité interakcie genetických zraniteľnosti, kognitívne diatézy a s vekom súvisiace neurobiologické zmeny s určitým typom stresujúcich udalostí, ktoré sa vyskytujú častejšie práve na konci života. Sprievodné self-kritické myslenie môže pritom zhoršiť a udržiavať depresívny stav. S vekom sa znižuje psychická zraniteľnosť, pričom medzi ochranné faktory patrí vyššie vzdelanie, dobrý sociálno-ekonomický status, dobré zdravie a dobré kognitívne funkcie, ale i zapojenie seniora/ky do hodnotných činností, nevynímajúc rôzne náboženské zapojenia [22].

Pod vznik depresie u seniorov/iek sa však podpisujú vo veľkej miere aj psychosociálne aspekty, ako je napr. nepriaznivá finančná situácia, strata blízkych osôb, ale i osamelosť. Podľa Alexopoulosa [26] až 14 % seniorov/iek, ktorí/é stratili celoživotného partnera, je priamo ohrozených vznikom ťažkej depresie. Warren [25] psychosociálne aspekty uvádza v kontexte tzv. psychosociálnych stresorov, kde podobne ako Alexopoulos zaraďuje na prvé miesto úmrtie blízkeho človeka, ktoré môže vyvolať depresívne epizódu.

Involučná depresia je pritom najčastejšie spájaná s fyzickou chorobou alebo zdravotným postihnutím a na psychosociálne aspekty sa neprihliada v dostatočnej miere. Je však potrebné uvedomiť si, že veľkú skupinu príčin vzniku depresie spôsobujú práve spomínané psychosociálne aspekty, medzi ktoré radíme nielen negatívne životné udalosti, ale i sociálnu izoláciu a v neposlednom rade aj z nej vyplývajúcu osamelosť. Sociálna izolácia a osamelosť seniorov/iek sa nám pritom javí ako dôsledok alebo priamy dopad niektorých negatívnych životných udalostí. Anderson [15] v tejto súvislosti pokračuje v kontexte toho, že izolácia a osamelosť seniorov/iek vedie nielen ku vzniku depresie, ale i k samovraždám seniorov/iek. Negatívnym determinantom, ktorý sa podpisuje na vzniku depresiu u seniorov, sú tak nesporne závažné životné udalosti. V rodinnej anamnéze seniorov/iek, u ktorých bola diagnostikovaná depresia, je možné u 70–80 % vystopovať zmenené životné udalosti, ktoré v sebe nesú negatívny náboj. Tieto životné udalosti sa vyskytli niekoľko dní, prípadne niekoľko mesiacov pred prepuknutím samotnej depresie. Muhwezi et al. [27] medzi tieto závažné životné udalosti zaradzujú okrem choroby aj úmrtie v rodine, presťahovanie, manželské problémy, silné pripútanie na domov, spoločenskú izoláciu, ale aj nedostatok priateľov. Medzi najvýznamnejší stresor však patrí smrť člena rodiny.

Cacioppo a Cacioppo [28] poukazují na to, že výskum v oblasti sociálnej epidemiológie pri depresii v paradigme psychosociálnych aspektov, prípadne psychosociálnych rizík, naznačuje, že absencia pozitívnych sociálnych vzťahov seniora/ky je významným rizikovým faktorom pre široko založené morbidity a mortality. Autor pokračuje v paradigme toho, že povaha týchto spoločenských vzťahov a mechanizmov je významná, pretože populácia starne a náklady na zdravotnú starostlivosť súvisiace s chronickým psychickým ochorením stúpajú. Je preto potrebné zistiť, do akej miery sa senior/ka cíti v sociálnom svete izolovaný/á (osamelý/á). Dôkazy naznačujú, že osamelosť zvyšuje emocionálnu citlivosť k sociálnym hrozbám a motivuje tak obnovu sociálnych kontaktov, ale tiež môže narušiť výkonnú funkciu, spánok a vo veľkej miere aj duševnú pohodu.

V súvislosti s osamelosťou a následným vznikom depresie uvádzajú Savikko et al. [29] štúdiu, kde na vzorke 6 786 seniorov/iek starších ako 75 rokov dospel k záverom, že 39 % respondentov trpí osamelosťou a z toho až 5 % popisuje osamelosť ako častý až pravidelný jav. Na tomto stave sa podpisuje zlý zdravotný stav, chudoba, strata sluchu a zraku, ale i nízke príjmy. Najčastejšou subjektívnou príčinou osamelosti bola v skúmanej vzorke choroba, smrť partnera a nedostatok priateľov. Osamelosť tak vychádza zo spoločenskej zmeny v živote seniora/ky, ale aj z prirodzených životných udalostí a ťažkostí, ktoré so starnutím súvisia.

Vzťah medzi prítomnosťou depresívnych symptómov a vnímanej samoty skúmali Stek et al. [30] na populačnej vzorke 85-ročných respondentov v roku 2014. Depresia bola prítomná u 23 % seniorov/iek a bola spájaná so zmenou rodinného stavu, inštitucionalizáciou a negatívne vnímanou samotou. Tí respondenti, ktorí trpeli depresiou a samotou, mali 2,1× vyššie riziko úmrtia. Z údajov vyplýva, že zvýšené riziko mortality môžeme pripočítať depresii, a to predovšetkým v paradigme prítomnosti vnímanej osamelosti. Aj podľa Robertsa et al. [31] je významným korelátom vzniku depresie vo vyššom veku sociálna izolácia, avšak za ďalšie príčiny považuje nízke vzdelanie, finančné napätie a funkčné poškodenie organizmu.

Vznik depresie u seniorov/iek samozrejme nemôžeme spájať iba so psychosociálnymi aspektmi. Príčiny depresie vo vyššom veku sa viažu aj k fyzickým obmedzeniam, avšak fyzické obmedzenie môžeme v tomto kontexte vnímať ako negatívny životnú udalosť (napr. stav po prekonanie mŕtvice), pričom táto negatívna životná udalosť naštartuje následné sociálne zmeny, ktorým senior/ka nedokáže čeliť, čo má za následok možné prepuknutie depresie.

Výsledky rozsiahlej štúdie, ktorá bola realizovaná v Japonsku, poukazujú na to, že samovraždy seniorov/iek počas prvých piatich rokov po prekonaní mŕtvice majú nápadne zvyšujúcu tendenciu. Autor štúdie tvrdí, že z toho dôvodu je potrebné venovať zvýšenú sociálnu a psychickú starostlivosť starším pacientom práve po prekonaní mŕtvice a nezamerať sa len na starostlivosť zdravotnú. Mŕtvica jednoznačne zvyšuje riziko vzniku depresie a následnej samovraždy u seniorov/iek, a to predovšetkým pre možné fyzické obmedzenie. U seniorov/iek, ktorí/é prekonali mŕtvicu a ich život je poznačený výrazným fyzickým obmedzením, je potrebný pravidelný skríning depresie a následného samovražedného myslenia [32, 33].

Mnohé dôkazy teda naznačujú, že fyzické obmedzenie seniorov/iek môže rozvíjať prejavy klinickej depresie, čo následne znamená aj zvýšené riziko samovraždy. Existujú však dôkazy, že samovražedné správanie zvyšujú aj rôzne kognitívne poruchy [34]. V skupine seniorov/iek depresia postihuje najmä tých, ktorí trpia chronickými choroba-

mi a kognitívnymi poruchami, čo samozrejme vyvoláva následne psychické utrpenie. Starnutie a s ním súvisiace postupy, týkajúce sa nástupu artériosklerózy, ale i zápalových, endokrinných a imunitných zmien, ohrozujú integritu človeka a zvyšujú náchylnosť k depresii [35].

Na základe predložených tvrdení môžeme konštatovať, že fyzické obmedzenia a kognitívne poruchy môžu spôsobiť zníženú mieru sociálnych kontaktov a jedinec sa môže dostať do sociálnej izolácie práve vplyvom obmedzenej možnosti pohybu, prípadne obmedzenej možnosti myslenia. Fyzické ochorenia tak spolu s kognitívnymi poruchami a negatívnymi životnými udalosťami determinujú vznik sociálnych rizík a tie následne môžu spôsobiť depresívnu epizódu, ktorá môže vyústiť do samovraždy.

Podľa Raja [36] príčiny depresie u seniorov/iek majú multifaktorálny charakter, pričom liečba by mala byť komplexná, zahŕňajúca posúdenie samotnej životnej role seniora/ky, jeho/jej kognitívne zmeny, užívané lieky a stav sociálnej podpory z prirodzeného okolia. Multifaktorový determinant depresie u seniorov/iek môže prispievať k tomu, že liečba depresie nemusí byť natoľko úspešná ako pri iných vekových skupinách, a to predovšetkým vtedy, ak nie sú zohľadnené všetky aspekty, teda aj aspekty psychosociálne, ktoré s depresiou priamo súvisia [26]. Psychosociálne aspekty, ktoré sa podieľajú na vzniku depresie, uvádzame v schéme 1, kde poukazujeme aj na možné prepojenie biologických a psychosociálnych aspektov.

Prejavy depresie u seniora/ky

Depresia je pravdepodobne najčastejšou príčinou emočného utrpenia v neskoršom veku a výrazne znižuje kvalitu života seniorov/iek [37].

Depresie seniorov/iek sa od depresií v mladších vekových skupinách líšia jednak priebehom, ale i zastúpením jednotlivých klinických foriem. Veľmi zriedkavý je fázický priebeh s plnými remisiami, 10–15 % depresií pritom prebieha chronicky [38]. Nepriaznivý priebeh depresií predikujú vo vekovej kohorte seniorov/iek ďalšie determinanty: výskyt afektívnych porúch v príbuzenstve, nižšie vzdelanie, pomalý alebo plazivý začiatok depresie, neskorý začiatok liečby a v niektorých prípadoch aj nízke dávky antidepresív [24]. Depresia u seniorov/iek má v primárnej starostlivosti zlú prognózu, pretože neraz ide o chronické ochorenie, ktoré môže byť recidivujúce a často je aj dlhodobo prehľadané a neliečené. Medzi príznaky depresie okrem pocitov bezcennosti, psychomotorického nepokoja, retardácie, porúch nálady a myšlienky na smrť patrí aj nespavosť alebo problémy so zaspávaním. Zdá sa, že práve poruchy spánku môžu byť významným prediktorom depresie práve vo vekovej skupine seniorov/iek. Podľa Robertsa et al. [31] poruchy spánku vykazujú silné vzory spoločného výskytu s inými definujúcimi príznakmi ťažkej depresie. Poruchy spánku, a to najmä tie, ktoré sú chronickej povahy, sú spojené s rizikom následnej depresie. V skutočnosti mnohé štúdie naznačujú, že poruchy spánku môžu byť predzvesťou rozvoja ťažkej formy depresie. Existuje aj významná interakcia medzi vekom a depresívnym stavom v kontexte výkonnostného fungovania. Seniori/ky, u ktorých bola diagnostikovaná depresia, majú pomalšie psychomotorické tempo, chudobnejší telesný výkon a zníženú schopnosť riešenia problémov [39]. Heretik et al. [40] porovnali frekvenciu jednotlivých pozitívne skórovaných položiek v BDI dotazníkoch v rôznych vekových skupinách a zistili, že seniori/ky s depresívnymi poruchami sa štatisticky významne častejšie sťažovali na smútok a pesimizmus ako mladšia veková skupina.

Bežne používané farmakologické liečebné režimy pre depresiu, založené na predpisovaní liečiv, aj keď sú účinné, sú často predpisované v zlom dávkovaní, alebo sú vzhľadom na vek najmä u seniorov/iek, ktorí/é sú krehkí/é a majú podlomené zdravie, zle tolerované. Dôkazy naznačujú, že účinnou alternatívnou liečbou depresií u seniorov/iek je zvýšenie fyzickej aktivity, napr. aj formou cieleného cvičenia [41]. Geriatrická (involučná) depresia je pritom viac somatická a menej myšlienková v porovnaní s ostatnými vekovými skupinami [19]. Cieľom liečby depresií u seniorov/iek je v prvom rade dosiahnutie remisie, zlepšenie funkčnej kapacity a sebestačnosti chorého jedinca a jeho sociálna reintegrácia [42]. Akútne ošetrenie takéhoto jedinca sa spája s nasadením rôznych antidepresív, no v súčasnej dobe sa do popredia dostávajú aj rozširujúce stratégie, ktoré medikamentóznu liečbu spájajú aj s absolvovaním psychoterapie [19].

Psychoterapia a jej miesto pri zvládaní depresie u seniora/ky

Psychoterapia je liečebná činnosť, pri ktorej psychoterapeut využíva svoje osobné znalosti k tomu, aby u klienta došlo k žiaducej zmene smerom k uspokojeniu prežívania, chovania vo vzťahoch a k sociálnemu začleneniu. Psychoterapiu je možné charakterizovať ako zvláštnu formu ľudského stretnutia psychoterapeuta s druhým človekom, ktorý o pomoc žiada, zatiaľ čo psychoterapeut ju ponúka [43].

Veľké úsilie vo výskume psychoterapie je v súčasnej dobe venované tzv. odhaľovaniu účinných faktorov, teda takých prvkov psychoterapie, ktoré sú zodpovedné za zlepšenie stavu pacienta. Od štúdia týchto prvkov si mnohí odborníci sľubujú ďalší pozitívny rozvoj psychoterapeutickej praxe [44]. Zoznam najdôležitejších psychoterapeutických faktorov uvádzame v tabuľke 2.

Prvky uvedené v tabuľke sú spoločné viacerým psychoterapeutickým smerom. Sú zaradené podľa vývojového hľadiska, klient na začiatku získava pocity dôvery, istoty, ale i bezpečia. Spolu s týmito determinantmi dochádza u neho k úľave od napätia, znižujú sa aj obavy a prejavy úzkosti. Tieto tzv. účinné faktory psychoterapie neplatia iba pre individuálnu psychoterapiu, ale i pre skupinovú. Súhrne ich v rámci skupinovej psychoterapie nazývame terapeutické faktory [44]. Kivlighan a Holmes [45] realizovali metaanalýzu 15 psychoterapeutických skupín, ktorú realizovali pričom ich hlavným cieľom bolo zistiť, ktoré terapeutické faktory sú klientmi pokladané za najvýznamnejšie. Autori zistili, že je možné klientov rozdeliť do štyroch základných skupín a podľa toho si terapeut môže následne vytvoriť svoj vlastný terapeutický štýl. Základné skupiny klientov a ich charakteristiku uvádzame v tabuľke 3.

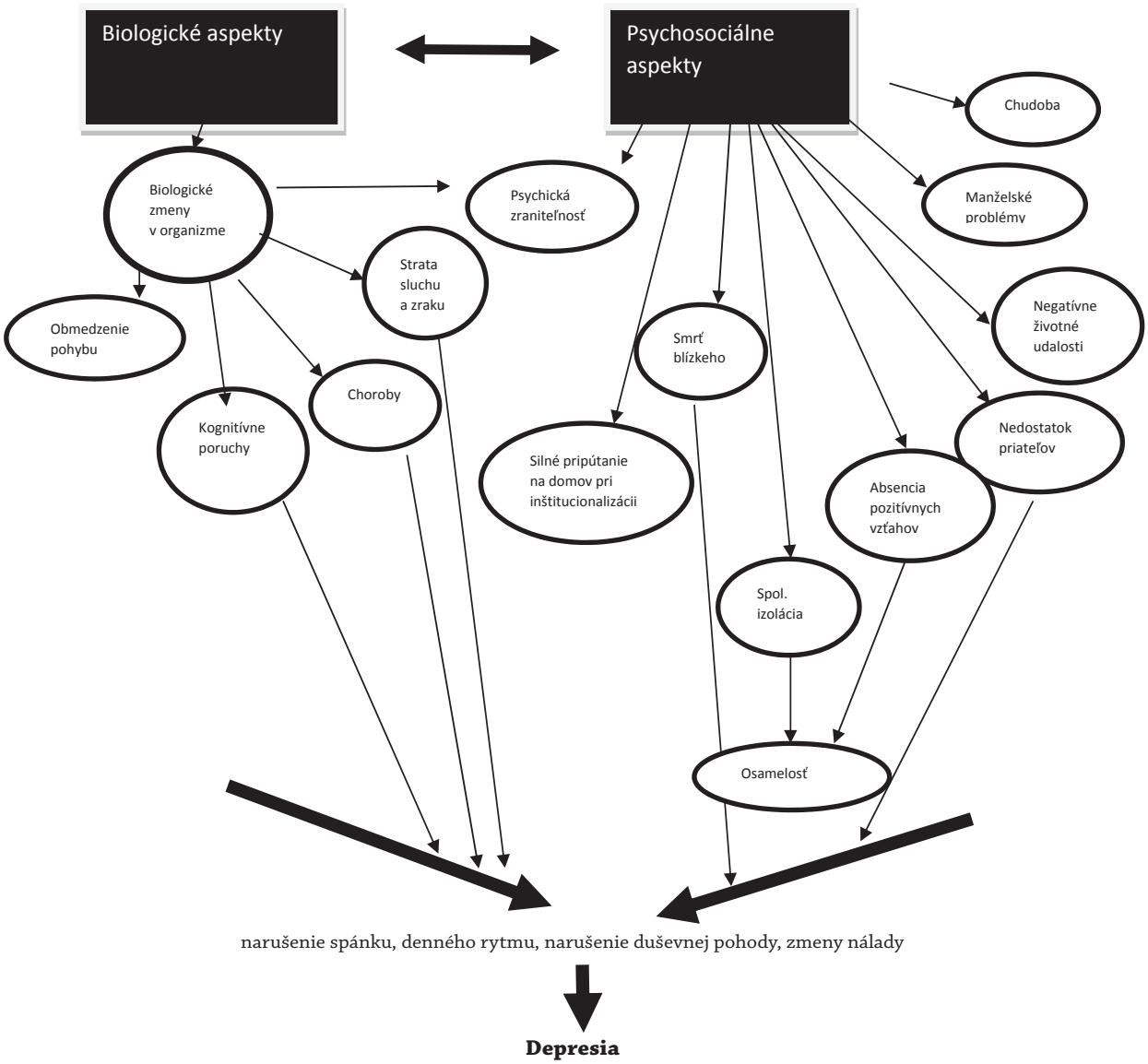

Schéma 1 – Psychosociálne aspekty vzniku depresie u seniorov/iek

Tabuľka 2 – Zoznam účinných psychoterapeutických faktorov

Podporné faktory (support factors)	Faktory učenia (learning factors)	Akčné faktory (action factors)
Katarzia	Rada	Usmernenie chovania
Identifikácia s terapeutmi	Zažívanie emócii	Kognitívne zvládnutie
Zmiernenie osamotenia	Integrovanie problematických skúseností	Povzbudenie k postaveniu sa čelom k strachu
Pozitívny vzťah	Kognitívne učenie	Riskovanie
Uistenie, ukľudnenie	Korektívna emočná skúsenosť	Snaha o zvládnutie
Uvoľnenie napätia, úľava	Spätná väzba	Napodobňovanie
Poskytnutie štruktúry	Náhľad	Precvičovanie
Terapeutická aliancia	Zdôvodnenie	Testovanie reality
Aktívna účasť terapeuta alebo klienta	Preskúmanie vnútorného vzťahového rámca	Zažívanie úspechu
Terapeutova odbornosť	Zmena očakávania ohľadne vlastných schopností	Spracovávanie problému
Terapeutova vrelosť, úcta, empatia, prijatie klienta, pravdivosť		
Dôvera		

Zdroj: [44]

Tabuľka 3 – Voľba terapeutických faktorov podľa vlastností členov skupiny

Skupiny	
Skupina č. 1	Klienti, ktorí si cenia široké spektrum faktorov – v každej fáze skupiny im pripadal dôležitý iný faktor
Skupina č. 2	Klienti, ktorí boli zameraní na sebareflexiu, sebapoznanie, učenie sa z interpersonálnych vzťahov, ale i na hľadanie univerzality
Skupina č. 3	Klienti orientovaní na iných členov skupiny, oceňujúci altruizmus a napodobňujúci učenie
Skupina č. 4	Emocionálni klienti, ktorí si cenili katarziu a prijatie v skupine

Zdroj: [44, 45]

Vzhľadom na príčiny depresií u seniorov/iek (spracované v predchádzajúcej časti) môžeme predpokladať, že seniori/ky v depresii by pri skupinovej psychoterapii preferovali altruizmus a dodávanie nádeje, pričom dôraz by sa mal klásť predovšetkým na podporu a na emócie v kontexte úprimného zdieľania, katarzie, prijatia, ale i kohézie.

Mašát tvrdí, že skupinovú psychoterapiu chápeme ako intervenčnú stratégiu, ktorá je zameraná na pomoc jednotlivcom s rôznymi duševnými problémami alebo so sociálnou adaptáciou. Je ju možné využívať k liečbe porúch nálady, myslenia, pri užívaní návykových látok alebo pri nefunkčnosti vzťahov. Skupinová psychoterapia môže byť prevenciou, liečbou, krátkodobou krízovou pomocou, ale i súčasťou rehabilitácie [46]. Prednosťou skupinovej psychoterapie pred individuálnou psychoterapiou je, že: pomáha členom skupiny, aby sa učili aktívnej účasti na živote skupiny a prostredníctvom toho rozvíjali vlastné chápanie svojej aktuálnej životnej situácie; prostredníctvom rozvoja skupiny prispieva k rozvoju individuálnych potenciálov jednotlivých členov a k obohateniu ich života, napomáha tiež k svojpomoci, čím obohacuje individuálne osobnosti; zabezpečuje prirodzený rast a rozvoj sociálneho fungovania členov skupiny a zabraňuje sociálnej dysfunkcii členov; poskytuje pomoc a oporu jednotlivcom, ktorí to potrebujú vzhľadom na svoju sociálnu situáciu [20].

Skupinová psychoterapia má určité fázy vývoja a formovania skupiny. Rieger [47] popisuje sedem fáz vývoja psychoterapeutickej skupiny. Ide o tieto fázy: Rozhodovanie, Orientácia, Združovanie, Podliehanie, Konfrontácia, Objavovanie a Uvoľnenie. Jednotlivé fázy vývoja a formovania terapeutickej skupiny uvádzame v tabuľke 4.

Tabuľka 4 – Vývojové fázy psychoterapeutickej skupiny podľa Riegera

Fázy	Opis jednotlivých fáz
Rozhodovanie	Pre členov skupiny je toto obdobie obdobím chaosu, skupina sa začína navzájom spoznávať a členovia začínajú prejavovať záujem o toho druhého. Cieľ tejto skupiny je jednoznačný, ide o prijatie, alebo neprijatie roly člena skupiny. Táto fáza trvá od 1. do 4. stretnutia.
Orientácia	Skupina sa učí spoločnému jazyku a aktuálnemu zdieľanie pocitov. Ide o prispôsobovanie a zlaďovanie. Členovia skupiny nadväzujú medzi sebou kontakty a narastá medzi nimi dôvera, pričom sa vytvára základná matrica skupiny. Prejavuje sa rivalita, zápas o vodcovstvo a kryštalizácia rolí. Táto fáza trvá od 5. do 10. stretnutia.
Združovanie	Dochádza k zladeniu rytmu skupiny a vzájomnej koordinácii chovania. Zosilňuje sa pocit bezpečia a vytvára sa tzv. duch skupiny. Výsledkom je reálne fungujúca skupina so silnou skupinovou kohéziou. Vzrastá ochota zostúpiť so svojim príbehom hlbšie. Táto fáza trvá od 10. do 15. stretnutia.
Podliehanie	Skupina pracuje cieľavedome, pričom funguje ako integrovaná pracovná skupina, ktorá sa zamýšľa, ale i kritizuje a radí. V tejto fáze skupiny prevažuje terapeutická práca v zmysle dosiahnutia náhľadu, poskytnutia spätnej väzby a zmien jednotlivých postojov. Spravidla trvá od 15. do 20. stretnutia.
Konfrontácia	Táto etapa je označovaná za krízu skupiny. Konfrontácia s druhými prispieva k emočne významnému poznaniu vlastných hraníc, ktoré sa postupne vynárajú v priestore na základe poznaných hraníc ostatných členov. Trvá od 20. do 25. stretnutia.
Objavovanie	Touto etapou začína tzv. dospelosť skupiny, negatívne emócie sa využívajú konštruktívnejšie, prejavuje sa znovu objavovanie vlastných tém, ktoré sú bohatšie o skúsenosti zo spoločných zážitkov. Táto fáza trvá najdlhšie od 25. do 35. stretnutia.
Uvoľnenie	Touto etapou sa završuje nielen vývoj v skupine, ale i samotný psychoterapeutický proces. Dôležitým signálom tejto etapy je ten aspekt, že členovia skupiny sa sústredia na svoju budúcnosť a samozrejme aj pozvoľnú zmenu chovania a postojov k vlastným problémom. Túto etapu charakterizuje aj pozvoľný úbytok tém a začína v 3. až 5. stretnutí pred ukončením skupiny.

Zdroj: [47]

Yalom a Leszcz [48] poukazujú na to, že skupinová psychoterapia je v určitých prípadoch, kedy je dôležitá sociálna opora a učenie sa medziľudským vzťahom, prospešnejšia ako terapia individuálna. Individuálna psychoterapia sa však so skupinovou psychoterapiou môžu v niektorých prípadoch účelne navzájom dopĺňať. Podľa Johanssona a Werbarta [49] patrí medzi negatíva skupinovej psychoterapie absencia vlastnej aktivity účastníkov skupinového sedenia, málo priestoru a času na sebavyjadrenie, vzájomné neporozumenie, odmietnutie, nedostatočný priestor pre vlastnú aktivitu, ale i nevhodný prístup terapeuta.

Skupinovú psychoterapiu pri práci so seniorom/kou môžeme chápať predovšetkým ako plánovanú a kontrolovanú liečbu prostredníctvom bezprostredného vplývania na psychiku seniora/ky [20]. V súvislosti s depresiou seniorov/iek sa podľa Blazera [37] objavujú zaujímavé nálezy ohľadom etiológie neskorého nástupu depresie, pričom účinnou sa stáva práve vyššie uvádzaná skupinová psychoterapia. Skupinová psychoterapia vykonávaná u seniorov/iek má určité špecifiká, ide predovšetkým o stereotypy, ktoré sú negatívnym faktorom vplývajúcim na liečbu v kontexte toho, že pri stereotypnom nazeraní na starobu vnímame starobu ako výrazný úbytok duševných, telesných a spoločenských schopností. Primárnym znakom staroby sú určité handicapy, avšak staroba prináša aj nové výzvy nielen pre pacienta, ale aj pre spoločnosť [50]. Pri liečbe depresií v rámci skupinovej psychoterapie ide predovšetkým o poskytnutie nádeje, opory, porozumenia a vytvorenia primeraného premostenia od sociálnej izolácie ku vzťahom. Terapeut s depresívnym seniorom/kou pracuje v paradigme toho, že sa snaží o vytvorenie pevného terapeutického vzťahu, ktorý je založený na dôvere nielen k terapeutovi, ale aj k ostatným ľuďom, pričom sa terapeut usiluje vzbudiť u seniora/ky túžbu znova žiť. V užšom kontexte ide o zmenu postojov – vytvorenie odstupu od chorobného procesu, od prežívania viny, ale i od sebakritických úvah. Seniori/ky by vplyvom psychoterapie mali vnímať depresiu ako ťažké životné obdobie, ktoré však život neovplyvňuje fatálne. Psychoterapeut totiž pomáha seniorovi/ke nielen nazrieť do vlastného spôsobu prežívania života a vzťahov, ale učí seniora/ku aj lepšej sociálnej obratnosti a poskytuje mu/jej informácie o depresii v rámci rozpoznávania prvých varovných signálov a možností ako na nich správne zareagovať [10]. Warren [25] pritom tvrdí, že práve skupinová psychoterapia je pokladaná za veľmi účinnú liečbu pri depresii vo vyššom veku, pričom zahŕňa krátkodobú liečebnú fázu, skladajúcu sa z týždenných stretnutí po dobu 8–12 týždňov. Niektoré osoby môžu vyžadovať dlhšiu dobu liečby alebo môžu vyžadovať menej časté stretnutia. Podľa Warrena [25] dôkazy naznačujú, že najúčinnejší je kognitívno-behaviorálny prístup, ktorý sa zameriava na identifikáciu negatívnych, dysfunkčných myšlienok a zároveň sa snaží zvýšiť účasť na príjemných spoločenských aktivitách. Metaanalýza dokázala, že kognitívno-behaviorálne prístupy boli významne účinnejšie pri znižovaní symptómov depresie ako liečba depresie bez psychoterapie. Kognitívno-behaviorálny prístup sa pritom zameriava na rozvoj zručností s cieľom zlepšiť schopnosť vyrovnať so životnými problémami. Psychoterapia tak má za následok podstatné zníženie depresívnych príznakov ako zvyčajná medikamentózna liečba.

Počet štúdií, ktoré sa zameriavajú na psychoterapeutickú liečbu depresie u seniorov/iek, v posledných rokoch výrazne vzrástol. Z tohto dôvodu Cuijpers et al. [51] vykonali v roku 2014 aktualizovanú metaanalýzu týchto štúdií. Dospeli pritom k záveru, že psychoterapia je vo vyššom veku vo všeobecnosti účinnejšia ako v iných vekových skupinách. Zistilo sa, že najúčinnejšou liečbou depresií u starších jedincov je kombinácia psychoterapie a liekov [21]. V súvislosti s uvádzanými tvrdeniami predkladáme ešte výsledky štúdie realizovanej v roku 2014 Encarnaciónom. Cieľom štúdie bolo poukázať na možnosť zvýšenia kvality života u seniorov/iek nad 60 rokov práve cez skupinovú psychoterapiu. Výskum sa uskutočnil na vzorke 46 respondentov vo veku 60–93 rokov. Výsledky ukázali, že účastníci výskumu, ktorí boli zaradení do experimentálnej skupiny, v ktorej sa vykonávala skupinová psychoterapia, vykazovali významný pokles stavu úzkosti a depresie. Tento výsledok poskytuje nové dôkazy o účinnosti pozitívnych zásahov v oblasti psychogerontologie v paradigme toho, že skupinová psychoterapia pomáha zvyšovať subjektívnu pohodu a kvalitu života seniorov/iek, pričom intervencie sú zamerané na posilnenie osobných a sociálnych zdrojov v kontexte potreby byť šťastným/šťastnou [52].

Objavujú sa dôkazy, ktoré podporujú použitie skupinovej psychoterapie aj v paradigme toho, aby sa zabránilo vzniku depresie v neskorom živote, vrátane kognitívnych a behaviorálnych prístupov u smútiacich seniorov/iek s chronickými chorobami [22, 53]. Čerešník [54] tvrdí, že behaviorálne prístupy pritom vychádzajú z diela Skinnera, Banduru a Wolpeho. Základnou premisou týchto prístupov je tvrdenie, že správanie je produktom učenia. Gabura [55] v súvislosti s týmto prístupom udáva, že predstavitelia tohto prístupu zdôrazňujú, že dôležitý je význam, ktorý človek pripisuje podnetu, a nie podnet samotný, pričom vo všeobecnosti tento prístup usiluje o priamu zmenu súčasného chovania využitím učenia a podmieňovania.

Predstaviteľov kognitívno-behaviorálneho prístupu podľa Čerešníka [54] zasa prezentujú Mahoney, Meichenbaumn, Ellis a Beck. Techniky využívané v tomto prístupe predstavujú širokú škálu, pričom v rámci tohto prístupu sa snažíme o narušanie rôznych iracionálnych predstáv, o zmenu jazyka, pracujeme s hraním rolí alebo s rôznymi interpretáciami. Okrem týchto prístupov spomenieme ešte v rámci skupinovej psychoterapie dynamický a experienciálny prístup. Terapeut v kontexte dynamického prístupu pracuje s prenosom, umožňuje klientovi znovu prežitie nespracovaných situácii z minulosti a tým vytvára priestor pre zmenu v pohľade na seba, na iných ľudí, ale i na problém. Práca terapeuta je v tomto prístupe chápaná ako konfrontácia, klarifikácia, interpretácia a spracovanie zážitku [38]. Terapeut sa snaží spolu s daným klientom o vytvorenie zrelého, ale i reálneho spojenectva s klientovým „dospelým ja“ a podporuje klienta, aby bol jeho partnerom pri skúmaní svojich ťažkostí [55]. Experienciálny prístup vníma človeka ako aktívnu bytosť s potencionálom k ďalšiemu rastu. V rámci tohto prístupu vidíme patologický koncept v strate zhody medzi vonkajším a vnútorným prežívaním. Terapeut slúži často iba ako katalyzátor, pričom vzťah medzi poradcom a klientom je emocionálne naplneným ľudským vzťahom, založeným na spojenectve človek verzus človek. Tento prístup je založený na princípoch humanistickej psychológie [38]. Podľa Gabury [55] je pre experienciálny prístup charakteristická akceptácia, empatia a kongruencia, čiže koncepty, ktoré majú základy v humanisticky orientovanej terapii alebo tzv. Terapii zameranej na klienta podľa Rogersa.

Záver

Tak ako sme uviedli v úvode, s pribúdajúcim vekom sa v živote človeka objavujú nové stresové faktory, okolnosti a životné udalosti, ako je napr. odchod zo zamestnania, strata životného partnera, existenčné ťažkosti, konflikty s deťmi, strach zo smrti, ale i nepokoj a na to nadväzujúca úzkosť. K týmto determinantom sa priradzujú fyzické ochorenia, kognitívne zmeny, ale aj zvýšené negatívne pocity z osamelosti a odkázanosti. Všetky tieto aspekty môžu prispieť k vzniku depresie, ktorá sa objaví v živote seniora/ky a následne výraznou mierou ovplyvní jeho kvalitu prežívania a vnímania sveta okolo seba. Depresia u seniorov/iek zasluhuje osobitnú pozornosť, pretože toto ochorenie môže mať vážne negatívne dôsledky na život seniora/ky, vrátane zvýšenej záťaži na fyzické choroby, zhoršenie fungovania, ale depresia je spojená aj s rizikom samovraždy. K liečbe depresie okrem medikamentóznej liečby môže výrazne prispieť skupinová alebo individuálna forma psychoterapie. V predkladanom príspevku sme sa výraznejšie zamerali na význam skupinovej psychoterapie, terapie, ktorej prínos vidíme predovšetkým v kontexte vytvárania možností pre vznik sociálnej opory, ktorá je pre seniora/ku v období staroby nevyhnutná. Negatívne psychosociálne aspekty, ktoré podmieňujú vznik depresie u seniorov/iek, môžeme cieľavedomou skupinovou psychoterapiou podstatne eliminovať a prispieť tak k tomu, aby seniori/ky prežili svoj život plnohodnotne a s pozitívnym pocitom. Zvolenie konkrétneho psychoterapeutického prístupu pri práci so seniorom/kou v depresii musí vychádzať z individuálnej situácie, ktorá je vedená v línii symptómov, ktoré sa u seniora/ky prejavujú. Nemalú úlohu pritom hrá aj preferencia seniora/ky s ohľadom na to, či senior/ka preferuje zlepšenie negatívnych symptómov alebo uprednostňuje širšie psychosociálne ciele. Je zrejmé, že zvolený postup vychádza z terapeutického cieľa, pričom pri liečbe depresií sa v praxi uplatňuje viac psychoterapeutických prístupov. Najčastejšie sú používané časovo ohraničené psychoterapeutické prístupy s cieľom redukovať negatívne symptómy, ide predovšetkým o kognitívny prístup, behaviorálny a kognitívno-behaviorálny prístup [56].

Vnímať involučnú depresiu ako prirodzenú súčasť starnutia nie je v žiadnom prípade opodstatnené. Je pravdou, že involučná depresia má svoje špecifiká, avšak vhodným liečebným programom, súčasťou ktorého bude aj psychoterapia, je možné ju úspešne zvládnuť a prekonať. Seniori/ky však zriedkavo vyhľadávajú liečbu vzhľadom na svoje duševné problémy a pretrvávajúce depresie, pričom sa zistilo, že najúčinnejšou liečbou depresií u starších jedincov je práve kombinácia psychoterapie a liekov. Psychoterapia na Slovensku je z legislatívneho pohľadu riešená v rezorte zdravotníctva v rámci sústavy vzdelávania zdravotníckych pracovníkov ako certifikovaná pracovná činnosť. Ústredným zákonom, od ktorého sa odvíja systém vzdelávania v psychoterapii, je zákon č. 578/2004 Z. Z., o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti..., v znení neskorších predpisov, najmä časť štvrtá Vzdelávanie zdravotníckeho pracovníka. Psychoterapia pre seniora/ku, ktorý/á má zdravotnú indikáciu s odporúčaním od praktického lekára alebo lekára špecialistu, je hradená zdravotnou poisťovňou. Pokiaľ má súkromný psychiater alebo psychológ zmluvu so zdravotnou poisťovňou, je vysoko pravdepodobné, že sa táto zmluva týka aj vykonávania individuálnej a skupinovej psychoterapie. Zásadným problémom sú však nízke platby v rámci bodového systému zo strany zdravotných poisťovní. Zvyčajne sa za psychoterapiu dopláca suma, ktorá sa pohybuje od 10–50 eur za hodinu. Je nutné, aby sa otázka preplácanie psychoterapie zo strany zdravotných poisťovní vyriešila v rámci zvýšenia platieb, ale i v kontexte rozšírenia zdravotných indikácii, nakoľko je dokázané, že psychoterapia je prospešná nielen pre pacienta, ale i pre štát, pretože znižuje práceneschopnosť. Slovensko je však na chvoste v rámci EÚ v počte psychoterapeutov na 100 000 obyvateľov. Predpokladáme, že v najbližších rokoch sa psychoterapia rozšíri a služby psychoterapeutov budú dostupné širokej verejnosti a tým aj seniorom/kám. Dostupnosť psychoterapie je možné riešiť vytváraním psychoterapeutických denných stacionárov, ktoré môžu vznikať aj v rámci existujúcich sociálnych služieb ako doplnok k poskytovaným formám pomoci, a to tým najzraniteľnejším skupinám, medzi ktoré radíme aj seniorov/ky. V praxi je však potrebné zvýšiť informovanosť verejnosti o možnostiach absolvovania tak skupinovej, ako individuálnej psychoterapie. V čakárňach praktických a odborných lekárov chýbajú informačné letáky, ktoré by psychoterapiu predstavili ako konkrétnu liečebnú pomoc. V súčasnej dobe sa psychoterapia vykonáva predovšetkým v špecializovaných psychiatrických alebo psychologických ambulanciách. Seniorom/kám by tieto služby mali byť odporúčané priebežne buď praktickým, alebo odborným lekárom nielen pri krízových životných situáciách, kedy už senior/ka trpí napr. depresiou, ale psychoterapia by mala byť reálnou súčasťou prevencie psychosociálnych problémov, ktoré túto vekovú skupinu ohrozujú. Hybnou silou v rámci marketingu psychoterapie môžu byť masovokomunikačné prostriedky, ktoré môžu podporiť záujem širokej verejnosti a tým aj seniorov/ky o duševné zdravie.

Konflikt záujmov

Autorka prehlasuje, že si nie je vedomá žiadneho konfliktu záujmu týkajúceho sa uvedeného príspevku.

LITERATÚRA

[1] Litomerický Š. Geriatria pre sestry. Martin: Osveta; 1992.
[2] Hrozenská M. Sociálna práca so staršími ľuďmi. Martin: Osveta; 2008.
[3] Pacovský V. O stárnutí a stáří. Praha: Avicenum; 1990.
[4] Topinková E, Neuwirth J. Geriatrie pro praktického lékaře. Praha: Grada; 1995.
[5] Čornaničová R. Edukácia seniorov. Bratislava: UK; 1998.
[6] Balogová B. Svet seniora – senior vo svete. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove; 2008.

[7] Paľa G. Voľný čas seniorov na počiatku 21. storočia. Zborník prednášok z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou. Prešov: Gréckokatolícka teologická fakulta; 2009;149–57.
[8] Hegyi L, Krajčík Š. Geriatria. Bratislava: Herba; 2010.
[9] Smolík P. Duševní a behaviorální poruchy. 2. rev. vyd. Praha: Maxdorf; 2002.
[10] Ondrejka I. Depresívne stavy. Martin: Univerzita tretieho veku JLF UK; 2014. [online] [cit. 2016-05-12]. Dostupné z: https://portal.jfmed.uniba.sk/download.php?fid=530
[11] Praško J, Možný P, Šlepecký M. Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch. Praha: Triton; 2007.
[12] Hobdell E. Chronic sorrow and depression in parents of children with neural tube defects. Journal of Neuroscience Nursing 2004;36(2):82–94.
[13] Gilbert P. Poradenstvo pri depresii. Bratislava: Centrum poradensko psychologických služieb pre jednotlivca, pár a rodinu; 2002.
[14] Praško J, Možný P. Kognitívně behaviorální terapie – úvod do teorie a praxe. Praha: Triton; 1999.
[15] Anderson DN. Treating depression in old age: the reasons to be positive. Age and Ageing 2001;30(1):13–7.
[16] Vanitallie TB. Subsyndromal depression in the elderly: Underdiagnosed and untreated. Metabolism 2005;54(2):39–44.
[17] Heretik A, Heretik A Jr., Novotný V, Pečeňák J, Ritomský A. Epidemiológia depresie na Slovensku. Psychoprof, Nové Zámky; 2003.
[18] Adler G. Verhaltens – Einzelpsychotherapie von Depressionen im Alter (Vedia). Stuttgard/NewYork: Schattauer; 2005.
[19] Serby M, Mi Y. Overview: depression in the elderly. The Mount Sinai journal of medicine 2003;70(1):38–44.
[20] Psychoterapia. [online] [cit. 2016-01-20]. Dostupné z: http:// www. psychoterapia–sk.sk/pacienti/seniori
[21] Sachs-Ericsson N, Blazer DG, editors. Depression in later life: aetiology, epidemiology, assessment, diagnosis and treatment. Pathy's Principles and Practice of Geriatric Medicine, Volume 1 & 2, Wiley-Blackwell: Fifth Edition; 2012, s. 1001–15.
[22] Fiske A, Wetherell LJ, Gatz M. Depression in older adults. Annual review of clinical psychology 2009;5:363–89.
[23] Gareri P, DeFazio P, DeSarro G. Neuropharmacology of depression in aging and age – related disease. Ageing Res Rev. 2002;1:113–34.
[24] Kolibáš E, Kořínková V, Novotný V. Depresie vo vyššom veku – klinické charakteristiky a špecifiká ich liečby. Psychiatria pre prax 2005;6:270–5.
[25] Warren DT. Depression in the elderly. The New England Journal of Medicine 2014; 371(13):1228–36.
[26] Alexopoulos GS. Mood disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA. (ed.). Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th Edition, Lippincott Williams and Wilkins. Philadelphia 2005;3677–87.
[27] Muhwezi WW, Ågren H, Neema S, Maganda AK, Musisi S. Life Events Associated With Major Depression in Ugandan Primary Healthcare (PHC) Patients: Issues of Cultural Specificity. International Journal of Social Psychiatry 2008;54(2):144–63.
[28] Cacioppo J, Cacioppo S. Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation. Social and personality psychology compass 2014;8(2):58–72.
[29] Savikko N, Routasalo P, Tilvis RS, Strandberg TE, Pitkälä KH. Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. Archives of Gerontology and Geriatrics 2005;41(3):223–33.
[30] Stek ML, Vinkers DJ, Gussekloo J, Beekman AT, van der Mast RC, Westendorp RG. Is depression in old age fatal only when people feel lonely? American Journal of Psychiatry 2005;162(1):178–80.
[31] Roberts RE, Shema SJ, Kaplan GA, Strawbridge WJ. Sleep complaints and depression in an aging cohort: A prospective perspective. American Journal of Psychiatry 2000;157(1):81–8.
[32] Yamauchi T, Inagaki M, Yonemoto N, Iwasaki M, Inoue M, Akechi T, Tsugane S. Death by Suicide and Other Externally Caused Injuries After Stroke in Japan (1990–2010). The Japan Public Health Center – Based Prospective Study. Psychosomatic medicine 2004;76(6):452–9.
[33] Fuller TE, Tulipano M, Song M. The association between depression, suicidal ideation, and stroke in a population – based sample. International Journal of Stroke 2002;7(3):188–94.
[34] Pompili M, Venturini P, Campi S, Seretti M, Montebovi F, Lamis D, Girardi P. Do stroke patients have an increased risk of developing suicidal ideation or dying by suicide? An overview of the current literature. CNS neuroscience & therapeutics 2002;18(9):711–21.
[35] Alexopoulos GS. Depression in the elderly. The Lancet 2005;365(9475):1961–70.
[36] Raj A. Depression in the elderly. J Postgrad Med 2004;115(6):26–42.
[37] Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. The Journal of Gerontology Series A Biological Sciences and Medical Sciences 2003;58(3):249–65.
[38] Gabura J. Prvý kontakt s klientom. In: Mydlíková E, Gabura J, Schavel M. Sociálne poradenstvo. ASSP: Bratislava; 2005.
[39] Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Kalayam B, Kakuma T, Gabrielle M et al. Executive dysfunction and long – term outcomes of geriatric depression. Archives of general psychiatry 2000;57(3):285–90.
[40] Heretik A, Heretik A Jr, Novotný V, Pečeňák J, Ritomský A. EPID – Epidemiológia depresie na Slovensku. Nové Zámky: Psychoprof; 2003.
[41] Singh NA, Singh MAF. Exercise and depression in the older adult. Nutrition in Clinical Care 2000;3(4):197–208.
[42] Kupfer DJ. Achieving adequate outcomes in geriatric depression: standardized criteria for remission. J Clin Psychopharmacol 2005;25(1):24–8.
[43] Vybíral Z, Roubal J. Současná psychoterapie. Praha: Portál; 2010.
[44] Jániš M. Účinné faktory skupinové psychoterapie. E-psychologie. 2010;1(4). [online] [cit. 2016-05-09]. Dostupné z: http:e-psycholog.eu/pdf/janis.pdf.
[45] Kivlighan DM, Holmes SE. The importance of therapeutic factors. In: DeLucia – Waack JL, Gerrity DA, Kalodner CR, Riva M. Handbook of group counseling and psychotherapy. Thousand Oaks: Sage; 2004, pp. 23–36.
[46] Mašát V. Vybrané postupy sociální práce se skupinou. Vimperk: Středokluky; 2012.

[47] Rieger Z. Loď skupiny: Inspirace pro současné i budoucí lodivody ve skupinové terapii. Hradec Králové: Konfrontace; 1998.
[48] Yalom ID, Leszcz M, editors. Teorie a praxe skupinové psychoterapie. Praha: Portál; 2007.
[49] Johansson L, Werbart A. Patients' Views of Therapeutic Action in Psychoanalytic Group Psychotherapy. Group Analysis 2009;42(2):120–42.
[50] Lehr U. Psychologie des Alters. 11. Aufl. Wiebelsheim: Quelle & Meyer Velag GmbH & Co; 2007.
[51] Cuijpers P, Karyotaki E, Pot AM, Park M, Reynolds CF. Managing depression in older age: psychological interventions. Maturitas 2014;79(2):160–9.
[52] Ramirez E, Ortega AR, Chamorro A, Colmenero JM. A program of positive intervention in the elderly: memories, gratitude and forgiveness. Aging Ment Health 2014;18(4):463–70.
[53] Krishna M., Jauhari A, Lepping P, Turner J, Crossley D, Krishanoorthy A. Is group psychotherapy effective in older adults with depression? A systematic review. International Journal of Geriatric Psychiatry 2011;26(4):331–40.
[54] Čerešník M. Základy poradenskej psychológie. Nitra; 2012.
[55] Gabura J. Teória a proces sociálneho poradenstva. Bratislava: Iris; 2013.
[56] Kryl M. Psychoterapeutické možnosti v léčbě deprese. 2006. [online] [cit. 2016-05-13]. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2006_5_250_255.pdf