

**DUŠEVNO ZDRAVJE IN DESTIGMATIZACIJA  
STAREJŠIH**  
Zbornik prispevkov srečanja

Ljubljana, 2025

### 3.7 Duševno zdravje starejših in stigma

*Pripravila: Sanja Cukut Krilić, ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut, \*e-poštni naslov: [sanja.cukut@zrc-sazu.si](mailto:sanja.cukut@zrc-sazu.si)*

Evidence raziskav na globalni ravni v zadnjih tridesetih letih sporočajo, da so mnogi strokovnjaki na področju duševnega zdravja manj pripravljeni delati z starimi ljudmi, da imajo pogosto negativna stališča do učinkovitosti psihoterapije z njimi in da je pri njih pogosto prisotno pomanjkanje strokovnih znanj o starem prebivalstvu (Bodner idr., 2018). V zadnjih treh desetletjih je sicer kar nekaj študij obravnavalo obstoj negativnih stališč do starih oseb na področju skrbi za duševno zdravje. Pristranosti tako strokovnjakov kot tudi institucionalnih ureditev pogosto pomenijo slabšo obravnavo starih ljudi, katerih število hkrati narašča, kar pomeni, da se soočajo tudi z vedno bolj kompleksnimi težavami v duševnem zdravju (Royal College of Psychiatrists, 2018). Diskriminacija, ki jo doživljajo stari ljudje v okviru zdravstvenega sistema, je lahko neposredna ali posredna. Do neposredne diskriminacije pride, ko je nekdo zaradi svoje starosti obravnavan slabše: na primer zdravnik pacientu zavrne obravnavo, saj meni da je prestar, četudi bi obravnavo imela neposredne pozitivne učinke. Posredna diskriminacija pomeni, da so na primer v zdravstvu zaposleni le strokovnjaki, ki nimajo ustreznih znanj o specifičnih zdravstvenih in drugih potrebah starih ljudi. Tovrstna diskriminacija vpliva na dožemanje starih ljudi, na to, kako jih strokovnjaki obravnavajo in v kakšni meri so njihove potrebe podprte in upoštevane (Royal College of Psychiatrists, 2018).

Poročilo Royal College of Psychiatrists (2018) povzema tudi rezultate raziskav iz Evrope in ZDA, ki navajajo, da so stari ljudje praviloma stereotipno predstavljeni kot bolni, odvisni in nekompetentni. Omenjeno se reproducira tudi v zdravstvu, kamor že po pravilu pridemo ko smo bolni ali vsaj začasno odvisni od drugih. To potrjuje ponotranjenje tovrstnih stereotipov tudi med zdravstvenimi delavci in med starimi ljudmi, ki praviloma v manjši meri kot mlajši verjamejo, da se ne bodo pozdravili. Študija Linden in Kurtz (v Royal College of Psychiatrists, 2018) je navedla primer, ko so zdravnikom dali v presojo dva identična primera pacienta z znaki depresije z edino izjemo starosti pacienta: v enem primeru je pacient imel 39 let, v drugem primeru pa 81 let. Ugotovili so, da je diagnoza, ki so jo zdravniki dali mlajšemu pacientu, praviloma bila bolj primerna in natančnejša, medtem ko so pri starejšem pacientu večkrat diagnosticirali telesno bolezen ali demenco. Prav tako bi zdravniki mlajšim pacientom večkrat predpisali ustrežnejše zdravljenje, ki je vključevalo psihoterapijo, farmakološko zdravljenje in napotitev na specialistično zdravljenje, medtem ko so starim ljudem predpisovali zlasti podporno svetovanje.

Dye (v Bodner idr., 2018) je v svoji študiji med psihologi v ZDA zaznal prepričanje, da so stare osebe rigidne, da se težko učijo novih vsebin in da imajo premalo rezilientnosti in energije za terapevtsko rast. Druga študija med psihiatri in kliničnimi psihologi v ZDA je prav tako ugotovila, da stari ljudje praviloma dobivajo slabše prognoze zdravljenja kot mlajše osebe in da jih strokovnjaki gledajo kot 'manj primerne' za terapijo. Ena od študij je raziskovala legitimnost samomorilnega vedenja med starimi ljudmi. Ugotovili so, da so zdravniki v ZDA manj pripravljeni obravnavati stare ljudi s samomorilnimi nagnjenji, saj naj bi bila samomorilna nagnjenja med starejšimi ljudmi nekaj logičnega in normalnega (Bodner idr., 2018). Prav zato je pomembno, da strokovnjaki, ki delajo s starimi ljudmi, prepoznajo, kaj staranje pomeni njihovim pacientom kot tudi njim samim. Starizem (diskriminacija na podlagi starosti) namreč lahko pomeni, da se pri starih ljudeh spregleda pomen njihovih notranjih in zunanjih resursov, in se prevladujoče osredotoči na njihove značilnosti, ki so povezane s staranjem. Pomembno je tudi, da terapevti neposredno naslovijo s starostjo povezano stigmo, na primer prepričanje, da prejetje terapije pomeni, da sem šibek ali pa, da je nekdo prestar, da bi se spremenil. Bodner idr. (2018) strokovnjake na področju duševnega zdravja posledično pozivajo, naj naslovijo stigmo, ki je povezana s starostjo, vključujoč samo-starizem in samo-stigmatizacijo njihovih starejših pacientov.

Po nekaterih raziskavah se prepoznava in obravnava depresije pri starih ljudeh dogaja na drugačen način kot pri mlajših osebah. Strokovnjaki in strokovnjakinje pa tudi stari ljudje sami se osredotočajo zlasti na njihovo slabo telesno zdravje, zato depresija pogosto ni ustrezno prepoznana, iskanje pomoči pa je prepozno. Dolgotrajna telesna bolečina in telesne bolezni pa so hkrati eden od dejavnikov tveganja za pojav težav v duševnem zdravju. Po drugi strani se dogaja, da zdravstveni delavci in delavke simptomov telesnih bolezni ne jemljejo resno, temveč jih pripišejo depresiji. Govorimo o diagnostičnem zasenčenju (angl. *diagnostic overshadowing*). Tu gre za obliko stigme, do katere pride takrat, ko telesne simptome napačno pripišemo obstoječim težavam v duševnem zdravju. To povečuje trpljenje ljudi s težavami v telesnem in duševnem zdravju, saj se lahko zdravstveni delavci in delavke do njih obnašajo, kot da si telesne simptome izmišljujejo, hkrati pa jih obravnavajo kot del njihovih težav v duševnem zdravju in jih zato ne jemljejo resno. Norveška raziskava (Holm idr., 2014) je opozorila na primere, ko zdravniki in zdravnice niso ustrezno obravnavali stanj kot sta na primer zdrs vratnih vretenc in zlom medenice, saj so tovrstne telesne težave pri starih pacientkah in pacientih pripisali obstoječi diagnozi depresije. Četudi so telesni simptomi lahko del izkušnje depresije, pa so stari ljudje poročali, da zdravstveni delavci menijo, da le-ti niso resnični, hkrati pa jim praviloma niso razložili, zakaj njihovi telesni simptomi niso bili nadalje raziskani. To pri starih ljudeh povzroča dodatno trpljenje in čustveno bolečino. Stigma se namreč vedno razvija in vzdržuje v odnosu, v interakciji.

Izkušnja stigmatizacije se kaže v občutju izključenosti, saj je komunikacija z bližnjimi in strokovnjaki ter strokovnjakinjami takrat, ko poskušamo svoje trpljenje osmisliti, otežena, celo pretrgana. Hkrati so stari ljudje poročali, da so bili tudi sami negotovi, ali je bila njihova bolečina telesna ali duševna, a hkrati so zaradi nje težko načrtovali svoje vsakdanje življenje. Zaradi bolečin so včasih težko spali, nekateri so povedali, da se počutijo odtujeni od vsakdanjega življenja, kot da le-tega opazujejo od zunaj in v njem ne sodelujejo, saj kombinacija fizične in duševne bolečine preplavi njihovo telo. Izjemno so bili občutljivi tudi na informacije o svojem fizičnem stanju, med drugim zato, ker so se bali, da bodo zaradi dodatnih diagnoz postali še bolj nemočni ali odvisni od drugih.

Kvalitativna študija v Združenem kraljestvu (Tsouvara idr., 2018) je prav tako proučevala izkušnje starih oseb s težavami v duševnem zdravju, a v kontekstu doma za starejše občane, ki se je dodatno specializiral za storitve na področju duševnega zdravja, kar je dokaj spregledano področje raziskovanja. Raziskovalci so izhajali iz ugotovitve nekaterih študij, da stare osebe, ki imajo boljše razumevanje svojih težav v duševnem zdravju, doživljajo večjo samostigmo, saj se zavedajo negativnih stališč družbe do njihovega stanja. Pokazalo se je, da se udeleženci raziskave samostigmatizirajo z občutki zavračanja samega sebe in manjvrednosti, pogosto pa so govorili tudi o občutkih izolacije, torej da se o svojem duševnem stanju ne želijo pogovarjati ne s stanovalci, ne z drugimi člani njihove skupnosti. Hkrati so praviloma zavračali oznako, da imajo duševno motnjo. Njihovi občutki do oseb, ki imajo tovrstne motnje, so nihali od tega, da imajo te osebe premalo nadzora nad samimi sabo, zavedanja o javni stigmi, ki jo doživljajo, simpatije, nezainteresiranosti, izogibanja in strahu.

Študija v ZDA, ki je med drugim vključila v raziskavo tako belopolte kot temnopolte osebe, je prav tako pokazala visoko raven stigme med starimi ljudmi z diagnozo depresije, saj jih veliko ni bilo vključenih v noben program zdravljenja, niti niso imeli namena vključiti se v tovrsten program. Še večjo stopnjo ponotranjenja stigme in manjšo stopnjo pripravljenosti poiskati pomoč, ki je večina niti še ni prejela, so izkazovali stari Afroameričani, kar kaže na pomen interakcije različnih dimenzij, v konkretnem primeru na primer rase in starosti (v primerjavi z belopoltimi udeleženci raziskave). Glede doživljanja javne stigme se med temnopoltimi in belopoltimi niso pokazale značilne razlike, hkrati pa se je bolj kot javna stigma kot pomemben napovednik iskanja pomoči pokazala samostigma. Raziskava je opozorila, da nizka stopnja ponotranjenja stigme lahko pri proučevani skupini pomeni tudi, da so udeleženci že načeloma zavračali oznako oziroma diagnozo depresije (O' Conner idr., 2010).

Stigma, ki je povezana s težavami v duševnem zdravju, je zaradi dodatnih ovir pri dostopanju do storitev (na primer specifičnih prepričanj o težavah v duševnem zdravju, jezikovnih ovir), lahko še bolj izražena pri starih ljudeh, ki prihajajo iz različnih migrantskih/etničnih manjšinskih skupin, hkrati pa

starost lahko tovrstno stigmo še poglobi (Min, 2019). Min je na primer primerjal percipirano javno stigmo glede na starost in etnično skupino, pri čemer je v raziskavi etnične skupine v ZDA razdelil na belopolte, temnopolte in Latinoameričane. Kot že v nekaterih preteklih raziskavah so stari temnopolti poročali o manjši javni stigmi kot je to veljalo za ostali dve skupini, najbolj izraženo javno stigmo pa je raziskava identificirala med belopoltimi. Najnižjo stopnjo strinjanja z učinkovitostjo intervencij na področju duševnega zdravja je raziskava zaznala med Latinoameričani. Raziskava je pokazala tudi, da so o manjši izraženosti javne stigme in o po njihovem mnenju večji učinkovitosti različnih metod zdravljenja duševnih motenj poročale ženske, stari nad 65 let in tisti, ki so imeli nižje stopnje izobrazbe. Tisti, ki so manj verjeli v učinkovitost zdravljenja duševnih težav, so poročali tudi o zmanjšani uporabi služb na področju duševnega zdravja, kar se je zlasti pokazalo med belopoltimi in Latinoameričani (Min, 2019). Študija je potrdila kompleksnost dejavnikov, ki vplivajo na stigmo, povezano s težavami v duševnem zdravju, kot so na primer starost, etnična pripadnost, spol in raven izobrazbe, kar je pomembno upoštevati tudi v intervencijah in programih, ki naslavlajo stigmo in težave v duševnem zdravju starejših.

## LITERATURA IN VIRI:

Bodner, E., Yuval, P. Wyman, M. J. (2018). Ageism in mental health assessment and treatment of older adults. V: L. Ayalon, C. Tesch Romer (Ur.), *Contemporary Perspectives on Ageism, International Perspectives on Ageing 19*. (pp. 241–262).

Min, J. W. (2019). The influence of stigma and views on mental health treatment effectiveness on service use by age and ethnicity: evidence from the CDC brfss 2007, 2009 and 2012. *Ethnogerontology, July-September*, 1–12. <https://doi.org/10.1177/215824401987627>

O'Conner K., Carr Copeland, V., Grote N., Koeske, G., Rosen, D., Reynolds, C, Brown, C. (2010). Mental health treatment seeking among older adults with depression: the impact of stigma and race. *Am J Geriatr Psychiatry. 18(6)*, 531–543. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181cc0366>

Royal College of Psychiatrists (2018). Suffering in silence: age inequality in older people's mental health care. [https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/college-report-cr221.pdf?sfvrsn=bef8f65d\\_2](https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/college-report-cr221.pdf?sfvrsn=bef8f65d_2)

Tsouvara, V., Papadopoulos, C. , Randhawa, G. (2018). Self-stigma experiences among older adults with mental health problems residing in long-term care facilities: a qualitative study. *Issues in Mental Health Nursing, 39(5)*, 403–410. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1383540>

## FINANCIRANJE

Prispevek je nastal v okviru programa OMRA - Opismenjevanje o motnjah razpoloženja in pridruženih motnjah, ki ga sofinancirata Ministrstvo za zdravje in Znanstvenoraziskovalni center Slovenske akademije znanosti in umetnosti, aplikativnega raziskovalnega projekta Težave v duševnem zdravju migrantk/ov: izkušnje prepoznave in obravnave (številka: L5-3183), ki ga sofinancirata Javna agencija za znanstvenoraziskovalno in inovacijsko dejavnost Republike Slovenije iz državnega proračuna in Slovenska akademija znanosti in umetnosti in v okviru programske skupine Raziskave o duševnih stiskah in dobrem počutju (številka: P5-0439), ki jo financira Javna agencija za znanstvenoraziskovalno in inovacijsko dejavnost Republike Slovenije iz državnega proračuna.