

Zakaj so starostniki samomorilno bolj ogroženi?

Why are elderly at greater risk of suicide?

Aleš Kogoj

Enota za gerontopsihiatrijo, Psihiatrična klinika Ljubljana, Studenec 48, 1260 Ljubljana Polje

Katedra za psihiatrijo, Medicinska fakulteta, Zaloška ulica 29, 1000 Ljubljana

Korespondenca/ Correspondence:

Doc. dr. Aleš Kogoj, dr. med.

Enota za gerontopsihiatrijo, Psihiatrična klinika Ljubljana, Studenec 48, 1260 Ljubljana Polje

Ključne besede:

starost, samomor, dejavnik tveganja, depresija

Key words:

old age, suicide, risk factor, depression

Citirajte kot/Cite as:

Zdrav Vestn 2010; 79: 563–565

Prispelo: 15. sept. 2009,
Sprejeto: 27. mar. 2010

Izvleček

Izhodišča: Slovenija žal sodi med države z največjim količnikom samomorilnosti, ki strmo narašča s starostjo. Dejavniki tveganja za samomor v starosti so sicer podobni kot v ostalih življenjskih obdobjih, vendar imajo različno težo. Na samomorilnost vplivajo različne duševne motenja, osebnostne značilnosti, telesne bolezni in življenjske okoliščine. Med dejavniki tveganja za samomor v starosti izrazito izstopa depresija.

Zaključki: Prepoznavanje depresije zlasti v splošni praksi je pomembno za uspešno zdravljenje in posledično zmanjševanje samomorilne ogroženosti v starosti.

Abstract

Background: Slovenia is amongst countries with the highest suicide rate, which is increasing in old age. Suicide risk factors in old age are similar to those in other life periods, but with different impact. Mental disorders, personality traits, physical illnesses and life circumstances are factors associated with suicide. By far the most important suicide risk in old age is depression.

Conclusions: Recognizing depression, especially in general practice, is important for successfully treating and consequently reducing suicide risk in old age.

Uvod

Slovenija žal sodi med države z največjim količnikom samomorilnosti, ki strmo narašča s starostjo, kar je značilno za t.i. madžarski populacijski vzorec samomorov. Vendar niso v vseh državah starejši samomorilno bolj ogroženi. Skandinavski vzorec ima največji količnik samomorilnosti v srednjem življenjskem obdobju 45–64 let, kasneje pa

ta upada. Japonski vzorec pa ima dva vrhova v starosti do 45 let.¹

Glede na število samomorov so pri starejših samomorilni poskusi redkejši kot v preostalih starostnih skupinah. Pri celotni populaciji se od približno 20–25 poskusov samomora en zaključi s smrtjo. Med mladimi (15–24 let) je lahko to razmerje tudi okoli 200 poskusov na en samomor, medtem ko je pri starosti nad 65 let razmerje le štiri proti ena.²

Pri mlajših starostnih skupinah so poskusi samomora pogosto impulzivna dejanja z opozorilnim namenom, pri starostnikih pa so običajno dolgo načrtovani.³ Zaradi načrtovanja, telesne ranljivosti starejših in dejstva, da mnogi starejši živijo sami, se samomorilna dejanja pogosteje zaključijo s smrtjo.

Dejavniki tveganja za samomor v starosti

V skoraj vseh industrializiranih državah imajo moški, starejši od 75 let, najvišjo stopnjo samomorilnosti med vsemi starostnimi skupinami. Na samomorilnost vplivajo različni dejavniki, kot so duševne motnje, osebnostne značilnosti, telesne bolezni in življenjske okoliščine.^{4,5} Dejavniki tveganja za samomor v starosti so tako sicer podobni kot v ostalih življenjskih obdobjih, vendar imajo različno težo. V raziskavi, ki sta jo v Queenslandu v Avstraliji opravila Neulinger in De Leo,⁶ sta ugotovila, da mladi med 15. in 24. letom v primerjavi s starejšimi od 65 let zaužijejo alkohol pred samomorom več kot dvakrat pogosteje, skoraj petkrat pogo-

stejša je pri mlaših samomorilcih odvisnost od alkohola. Skoraj dvakrat pogostejši so pri mljaših predhodni samomorilni poskusi ter kazniva dejanja. Nasprotno pa starejši živijo trikrat pogosteje sami.

Duševne motnje

Med starostniki, ki so naredili samomor, je verjetnost za duševne motnje 27- do 113-krat večja kot v kontrolni skupini.^{4,5} Izstopajo zlasti motnje razpoloženja, med njimi predvsem depresija. Pomemben dejavnik samomorov v starosti je še zloraba alkohola z vsemi posledicami. Vendar so v nasprotju z ostalimi starostnimi skupinami pridružene bolezni z zlorabo substanc v starosti manj pogoste. Večje tveganje, čeprav znatno manjše kot depresija, predstavljajo še anksiozne in psihotične motnje. Ni pa jasno, ali demenca in delirij povečata samomorilno ogroženost ali jo morda celo zmanjšata. In nenazadnje so pomemben dejavnik, ki ga ne smemo spregledati, predhodni samomorilni poskusi.

Depresivne motnje so najpomembnejše za predvidevanje možnosti samomora in jih je zato potrebno poudariti. Izstopajoči znaki pred samomorom starostnika so nespečnost, izguba telesne teže, občutki krivde in pritožbe zaradi različnih telesnih težav. Po drugi strani starostniki z depresijo redkeje omenjajo samomorilne misli v primerjavi z mlajšimi. Pogostost depresije v starosti ni drugačna, so pa pridružene bolezni pogostejše. Depresija je pogosteje rezistentna, ponovitve bolezni so pogostejše.

Osebnostne značilnosti in osebnostne motnje

Izmed petih dimenzij osebnosti predstavljata tveganje za samomor visoka raven nevroticizma ter nizka raven odprtosti za izkušnje.⁵ Nevroticizem predstavlja slabša sposobnost obvladovanja čustev, prisotnost negativnih čustvenih stanj in skrbi. Odprtost za izkušnje pa predstavlja ustvarjalnost, radovednost in odprtost za novosti. Slabšo psihološko in socialno prilagodljivost posledicam staranja povezujejo z nizko ravnijo odprtosti za izkušnje. V drugih raziskavah

so izpostavili zlasti anankastične osebnostne poteze in anksioznost. Posebno mesto zasluži občutek brezupa, ki je neodvisno od depresije pogostejši pri starejših z anamnezo samomorilnih poskusov. Osebnostne motnje pa se same po sebi niso izkazale za pomemben dejavnik tveganja za samomora v starosti.⁵

Telesne bolezni

Juurlink in sodelavci navajajo, da tri telesne bolezni trikrat povečajo verjetnost za samomor, sedem ali več telesnih bolezni pa kar devetkrat.⁷ Telesne bolezni in funkcijske prizadetosti povečajo tveganje za samomor, čeprav je njihov vpliv verjetno posreden prek depresije. Določene hude bolezni, kot so nevrološke bolezni, karcinomi ali izguba vida, pa neodvisno povečajo nevarnost za samomor.⁸

Med posamezniki s kroničnimi bolečinami stanja so običajno pogostejša razmišljanja o samomoru, več je tudi zaključenih samomorov. Depresivni bolniki tudi poročajo o hujših bolečinah, izrazitejši invalidnosti kot posledici bolečin in manjši sposobnosti aktivnega spopadanja z bolečino.⁹

Življenjske okoliščine

Dejavniki, kot so smrt partnerja, finančne težave, nerazumevanje v družinskem krogu, izguba podpore iz socialnega okolja ter same posledice staranja in različnih bolezni predstavljajo vire stisk, ki so tudi pomembni dejavniki samomora.

Osamitev iz družbe in samota sta pomembno in neodvisno povezana s tveganjem za samomor v poznejših letih.¹⁰ Po drugi strani pa depresivni starostniki pogosteje izgubijo družbene stike in se počutijo osamljeni, tudi če ne živijo sami.

Čeprav le majhen delež najstarejših, ki naredijo samomor, občuti nedavno izgubo partnerja, je opazno izrazito povečanje tveganja za samomor v prvem letu ovdovelosti, zlasti pri moških.¹¹

Samostojnost in vsakdanje dejavnosti

Podatki o vplivu nezmožnosti opravljanja vsakdanjih dejavnosti na samomorilno vedenje si nasprotujejo. Tsoh in sodelavci so pri starejših, ki so poskušali ali uspešno naredili samomor, ugotovili zmanjšane zmožnosti opravljanja vsakdanjih dejavnosti,¹² medtem ko Conwell in sodelavci takih razlik po izključitvi motenj razpoloženja niso potrdili.¹³

Zaključek

Samomor v starosti je rezultat prepletanja mnogih dejavnikov, med katerimi je najpomembnejša depresija. Ker samomor pri starostnikih po navadi ni impulzivno dejanje, obstaja priložnost, da jim pomagamo.

Še vedno je klinični intervju temelj ocene, ki mora razjasniti ključne dejavnike. Ker je samomor absolutno gledano kljub vsemu relativno redek dogodek, ni smiselno presejanje celotne populacije starostnikov. Poleg tega še niso razvili dovolj občutljivega in specifičnega pripomočka, ki bi bil klinično uporaben kot vprašalnik za oceno samomorilnega tveganja. Priporočajo pa uporabo presejalnih testov za oceno depresivnosti, ker depresije v starosti pogosto ne prepoznamo in zato tudi nezadostno zdravimo. Tudi v splošni praksi se je izkazala za koristno Geriatrična lestvica depresivnosti, ki temelji na samoocenjevanju.^{5,14} Samomorilno ogroženi starejši redkeje uporabijo možnost klica v duševni stiski v primerjavi z mlajšimi, vendar mnogi obiščejo zdravnika v mesecu pred smrtjo.¹⁵ Ocenjujejo, da bi lahko zmanjšali število samomorov za 74 %, če bi uspeli odpraviti vse motnje razpoloženja v starosti.¹⁶

Literatura

1. Lester D. Suicide among the elderly in the world: covariation with psychological and socio-economic factors. V: De Leo D, ur. *Suicide and euthanasia in older adults*. Seattle: Hogrefe & Huber Publishers; 2001. p. 1–20.
2. Merrill J, Owens J. Age and attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1990; 82: 385–8.
3. Szanto K, Gildengers A, Mulsant BH, Brown G, Alexopoulos GS, Reynolds CF. Identification of suicidal ideation and prevention of suicidal behaviour in the elderly. *Drugs Aging* 2002; 19: 11–24.
4. Cattell H. Suicide in the elderly. *Advances in Psychiatric Treatment* 2000; 6: 102–8.
5. Conwell Y, Thompson C. Suicidal behavior in elders. *Psychiatr Clin North Am* 2008; 31: 333–56.
6. Neulinger K, De Leo D. Suicide in elderly and youth population – how do they differ? V: De Leo D, ur. *Suicide and euthanasia in older adults*. Seattle: Hogrefe & Huber Publishers; 2001. p. 137–54.
7. Juurlink DN, Herrmann N, Szalai JP, Kopp, A, Redelmaier, DA. Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Arch Intern Med* 2004; 164: 1179–84.
8. Waern M, Runeson B, Allebeck P, Beskow J, Rubenowitz E, Skoog I, et al. Mental disorder in elderly suicides: a case-control study. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 450–5.
9. Fisher BJ, Haythornthwaite JA, Heinberg LJ, Clark M, Reed J. Suicidal intent in patients with chronic pain. *Pain* 2001; 89: 199–206.
10. Eng PM, Rimm EB, Fitzmaurice G, Kawachi I. Social ties and change in social ties in relation to subsequent total and cause-specific mortality and coronary heart disease incidence in men. *Am J Epidemiol* 2002; 155: 700–9.
11. Erlangsen A, Jeune B, Bille-Brahe U, Vaupel JW. Loss of partner and suicide risks among oldest old: a population-based register study. *Age Ageing* 2004; 33: 378–83.
12. Tsoh J, Chiu HF, Duberstein PR, Chan SS, Chi I, Yip PS, et al. Attempted suicide in elderly Chinese persons: a multigroup, controlled study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005; 13: 562–71.
13. Conwell Y, Lyness JM, Duberstein P, Cox C, Seidlitz L, DiGiorgio A, et al. Completed suicide among older patients in primary care practices: a controlled study. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48: 23–29.
14. Starina-Zupan M, Kogoj A. Geriatric depression scale in screening for suicidal ideation in general practice. *Prim Care Commun Psychiatr* 2008; 13: 115–8.
15. Conwell Y. Suicide in later life: a review and recommendations for prevention. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 31 Suppl: 32–47.
16. Conwell Y, Olsen K, Caine ED, Flannery C. Suicide in later life: psychological autopsy findings. *Int Psychogeriatr* 1991; 3: 59–66.