När livet känns svårt att leva

Ved Stefan Wiktorsson

Vid Göteborgs universitet pågår en forskningsstudie som rör självmordsförsök hos äldre. Projektet kallas "När livet känns svårt att leva" och vänder sig till personer som är 70 år och äldre och som försökt suicidera. I följande artikel kommer projektet att beskrivas, några preliminära resultat att redovisas, samt tankar och reflektioner att presenteras.

Bakgrund och syfte

Under de två sista decennierna på 1900-talet minskade antalet självmord i Sverige. De äldre har inte haft samma gynnsamma trend (Wasserman, 1998). De äldre har höga självmordstal i de flesta industriländer. I takt med att åldersstrukturen förändras och vi lever allt längre finns anledning att förvänta sig ett ökat antal suicidförsök och fullbordade suicid hos äldre. Det saknas forskning inom detta område.

Projektet bedrivs vid Institutionen för klinisk neurovetenskap, sektionen för psykiatri. Sektionen har en lång forskningstradition kring suicid och suicidalt beteende. För några år sedan lade Margda Waern fram en doktorsavhandling kring fullbordat suicid hos äldre (Waern, 2000). Det nya projektet kan ses som en fortsättning på denna forskningslinje.

Waern visar i sin forskning att ca 80% av de äldre som suiciderade led av depression vid tiden för det fullbordade självmordet. Det finns således en stark koppling mellan psykisk sjukdom och suicid. Psykiskt friska äldre tar vanligtvis inte livet av sig. Äldrandet i sig kan inte relateras till suicid. Den enskilt största riskfaktorn för fullbordat suicid är tidigare suicidförsök. Hög fysisk sjukdomsbelastning var en riskfaktor för män (Waern, 2000). Ett sådant samband kunde inte påvisas hos kvinnor. Alkoholmissbruk (Waern, 2000) och ensamhet (Rubenowitz et al., 2001) är andra faktorer som var överrepresenterade hos äldre som suiciderade. Konflikter i familjen ökade också risken.

Ett syfte med den aktuella studien är att identifiera medicinska, psykologiska och sociala riskfaktorer för suicidförsök hos äldre. Ett annat syfte är att titta på den behandling som erhållits före och efter suicidförsöket. Vi kommer att ha möjlighet att upptäcka likheter och skillnader mellan suicidförsöksgruppen och gruppen fullbordat suicid.

Metod

Patienter 70 år och äldre tillfrågas om de kan tänka sig delta i en intervju med psykolog. Förfrågan sker i samband med

att de sökt vård efter ett självmordsförsök. Upptagningsområde är Västra Götalandsregionen, och patienterna rekryteras från de fem stora sjukhus som finns inom regionen.

Endast de som är folkbokförda i denna region blir aktuella, och de med svår demens och terminal sjukdom tillfrågas ej av etiska skäl. Patienterna rekryteras under en treårsperiod och det förväntade antalet fall är drygt 100. Projektet är en fallkontrollstudie och 500 köns- och åldersmatchade kontroller kommer slumpvis att selekteras från de stora befolkningsstudierna som bedrivs av forskargruppen. Jämförelser kommer att kunna göras beroende på att intervjuformulären till stora delar är identiska.

En uppföljningsintervju ingår också i studien och sker ett år efter den första intervjun. Till stora delar används samma frågor som vid den initiala intervjun. Det ger möjlighet till upptäckt av förändringar hos patienten samt tillfälle att se om den erbjudna behandlingen givit någon effekt eller ej. Intressant blir att se om den sociala situation har förändrats före och efter suicidförsöket.

Vad ingår i intervjun?

Intervjun är omfattande och tar ca två timmar i anspråk. Vanligtvis görs intervjun på sjukhuset en till två veckor efter suicidförsöket. Men patienten erbjuds även intervju i hemmet om man blivit utskriven från sjukhuset. Intervjun består av en lång rad av standardiserade frågor och instrument för psykiatriska symtom (Åsberg et al., 1992), depressiva symtom (Yesavage et al., 1982), fysisk sjukdomsbelastning, (Miller et al., 1992), livshändelser (Rubenowitz et al., 2001), suicidalitet (Beck et al., 1974), kognitiv status (Folstein et al., 1975). Personlighet (Eysenck, 1964), och "känslan av sammanhang" (Antonovsky, 1987) undersöks också. Vid uppföljningen används i princip samma intervjuinnehåll som vid baseline-intervjun. Attityder till antidepressiv medicinering (Horne et al., 1999) tillkommer.

Preliminära resultat

Projektet har nu fortlöpt i snart 2 år och antalet intervjuer är 67 st. Det innebär att kalkylen på drygt 100 fall borde kunna uppnås. Hittills har deltagarfrekvensen varit ca 70%. Uppföljningsintervjuerna är påbörjade. Av de 67 deltagarna är det redan tio personer som har avlidit vilket motsvarar ca 15%. Dödsorsak kommer att fastställas efter att all datainsamling är slutförd.

Hade de deprimerade fått behandling?

Depressioner är mycket vanliga vid suicidförsök och fullbordat suicid hos äldre (Waern, 2000, O'Connell et al., 2004). Förskrivningen av antidepressiva har ökat sjufaldigt de senaste tio åren i den västra delen av Sverige. Förskrivningen har varit speciellt hög till de äldre.

Mot denna bakgrund undersöktes förekomsten av depression och antidepressiv medicinering hos patienter som deltog i studien är 1 (21 kvinnor och 13 män). Åldersspannet var 71–91 år med en medelålder på 80 år. 62% var ensamboende. Det visade sig att samtliga hade en affektiv sjukdom vid tiden för suicidförsöket. 79% (n=27) led av egentlig depression, 15% (n=5) hade en mild depression medan 6% (n=2) fick diagnosen bipolär sjukdom.

Det framkom att mer än 2/3 (68%, n=23) vid ett eller flera tillfällen under livet erhållit antidepressiv medicinering och att 60% vid ett eller flera tillfällen tidigare i livet erhållit psykiatrisk vård. Mer än hälften erhöll medicinsk behandling för depression under året som föregick självmordsförsöket.

Hur såg då behandlingen ut i de olika diagnosgrupperna? 17 av 27 med egentlig depression, 1 av 5 med mild depression och båda med bipolär sjukdom hade erhållit antidepressiv medicinering under året som föregick suicidförsöket.

Om gruppen delades in i två åldersgrupper, 70–79-åringar och 80+ visade det sig att den "yngre" gruppen i mycket högre utsträckning (75%) än den "äldre" gruppen (44%) blivit medicinskt behandlade.

Detta är en tydlig trend även om det inte var statistiskt signifikant, sannolikt beroende på för få fall. Varför denna skillnad? Är det så att ju äldre man blir desto mindre benägen att söka hjälp blir man? Får man svårare med stigande ålder att tillstå för omgivningen att man känner sig deprimerad? Finns det en attityd i samhället att det är naturligt att som gammal "tappa livsgnistan"? Ökar inställningen att inte vilja "belasta andra med sina problem" ju äldre man blir? De existentiella frågorna uppenbarar sig tydligt i det här sammanhanget.

Fick någon av dessa personer som försökt suicidera någon form av psykoterapeutisk insats under året innan suicidförsöket? Svaret är NEJ!

Frågan "Varför tog du tabletterna/skadade dig?" ställdes för att få en spontan uppfattning om skälet till att patienten försökte ta sitt liv. 10 personer (29%) angav fysisk sjukdom som det primära skälet till suicidförsöket. Det näst vanligaste skälet var att man känt sig deprimerad (n=6, 18%). Andra orsaker som angavs var "inget att leva för", "komma bort", "ensamhet", "vill ej vara andra till last", "sjuk make/maka", "värdelöshetskänslor", "levt färdigt", "sömnsvårigheter", "panikattack", "konflikter", "vet ej".

Diskussion och reflektioner

Ålderdomen är en tid när förluster av skilda slag är vanliga. Rollerna i livet förändras. Man är inte i produktivt arbete längre. Familjemedlemmar och vänner går bort. Förlust av hälsa är också vanligt. En del lever med sjuk make/maka som man kanske vårdar i hemmet. Stora förändringar sker på många plan vilket kan leda till kris och depression. Nedsjälning inom sjukvård, äldreomsorg, hemtjänst osv. påverkar de äldre och äventyrar de äldres psykiska, fysiska och sociala välbefinnande.

Det är tydligt att en mer komplett hjälpinsats för suicidförsöksgruppen är nödvändig. Det absolut vanligaste är medicinsk behandling vid äldre depressioner. Trots den kraftiga ökningen av antidepressiva förskrivningar till äldre har någon större minskning av självmordstalen inte syns. Effekten av antidepressiv behandling hos äldre har ifrågasatts (Roose, 2004). Vad det hittills insamlade materialet tydligt pekar på är bristen på mer frekvent och kontinuerlig uppföljning av patienter som

ordineras medicinsk behandling. Många får recept från primärvården med gles uppföljning. Det är då omöjligt att veta om patienterna överhuvudtaget fullföljer sin ordination. Flera patienter talar om att de på egen hand avbrutit sin behandling för att den inte givit någon effekt. Med anledning av detta kan det också vara en tillgång att involvera anhöriga i större utsträckning. Situationen hemma kanske måste förändras och då kan det behövas psykosociala insatser som komplement för att gynna utvecklingen. En alldeles uppenbar brist är de psykologiska insatser som skulle gagna ett tillfrisknande. Det finns flera olika terapeutiska metoder som denna patientgrupp är mottaglig för. Kognitiv terapi och interpersonell psykoteraپی har visat sig effektiva. Mildare depressioner behöver kanske inte ens behandlas med antidepressiv medicinering. Således är ett batteri av medicinska, psykologiska och psykosociala åtgärder av yttersta vikt för att reducera denna grups lidande.

Intervjuerna har givit vid handen att det finns ett stort behov att tala om frågor som rör liv och död, människans värde, sorg, ensamhet osv. Det är inte farligt att benämna dödslängtan, självmordstankar och många har ett behov av att dela det med någon. Många uttrycker skuld och skamkänslor efter suicidförsöket. En vanlig kommentar är "Hur kunde jag göra detta mot barnen". Vågar vi inte benämna detta kan känslan av skuld växa och tillfrisknandet utebli. Hög fysisk sjukdomsbelastning kan vara svårt att stå ut med och i kombination med depression blir den totala bördan mycket hög. Individualiserad depressionsbehandling bestående av psykologiska, medicinska och psykosociala åtgärder (antingen enskilt eller i kombination) ökar möjligheterna till ett ökat välbefinnande och ett värdigare liv på ålderns höst.

Stefan Wiktorsson är leg. psykolog med lång klinisk erfarenhet. Sedan tre år arbetar han vid Institutionen för klinisk neurovetenskap, sektionen för psykiatri, Göteborgs universitet, där han är doktorand. Hans intresseområde är psykisk hälsa hos äldre med särskild fokus på suicidalitet.

Referenser

- Antonovsky A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey Bass: San Francisco.
- Åsberg M, Montgomery S, Perris C, et al. (1978). *A comprehensive psychopathological rating scale*. Acta Psychiatr Scand Suppl. (271): 5-27.
- Beck AT, Herman I, Schuyler D. (1974). *Development of suicidal intent scales*. In: AT Beck et al. (red). The prediction of suicide, s. 45-56. Charles Press: Bowie, MD.
- Eysenck HJ. (1964). *Manual of the Eysenck personality inventory*. Eysenck SBG. University of London Press Ltd: Chigwell Press Ltd, Essex.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. (1975). "Mini-mental state" A practical method for grading the cognitive state of the patient for the clinician. J Psychiatr Res; 12: 189-98.
- Horne R, Weinman J, Hankin M. (1999). The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. Psychology and Health; 14: 1-24.
- Miller MD, Paradis CF, Houck PR, Mazumdar S, Stack JA, Rifai AH, Mulsant B, Reynolds CF, 3rd. (1992). *Rating chronic medical illness burden in geropsychiatric practice and research: application of the Cumulative Illness Rating Scale*. Psychiatry Research; 41: 237-248.
- O'Connell H, Chin A-V, Cunningham C, Lawlor BA. Recent developments: Suicide in older people. British Medical Journal 2004; 329: 895-899.
- Roose SP, Sackheim HA, Krishnan KR, et al. (2004). *Antidepressant pharmacotherapy in the treatment of depression in the very old: a randomized, placebo-controlled trial*. Am J Psychiatry; 161: 2050-9.
- Rubenowitz E, Waern M, Wilhelmson K, et al. (2001). *Life events and psychosocial factors in elderly suicides – a case-control study*. Psychol Med; 31: 1193-1202.
- Waern M, Runeson B, Allebeck P et al. (2002). *Mental disorder in elderly suicides. A case-control study*. Am J Psychiatry; 159: 450-455.
- Waern M, Rubenowitz E, Runeson B, Skoog I, Wilhelmson K, Allebeck P. (2002). *Illness burden in elderly suicides: A controlled study*. British Medical Journal; 324: 1355-1358.
- Waern M. (2003). *Alcohol dependence and misuse in elderly suicides*. Alcohol and Alcoholism; 38: 249-254.
- Wasserman D. (1998). *Depression – en vanlig sjukdom*. Stockholm: Natur och kultur.
- Yesavage JA, Brink TL, Rose TL. (1982). *Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report*. J Psychiatr Res; 17: 37-49.
- Åsberg M, Montgomery S, Perris C, et al. (1978). *A comprehensive psychopathological rating scale*. Acta Psychiatr Scand Suppl. 271: 5-27.