

Direkt och indirekt självdestruktivitet hos äldre

Ruth W. Ettlinger

Docent Ruth W. Ettlinger, överläkare vid Rålambshovs sjukhus, beskriver självmondsbeteendet bland äldre samt ger synpunkter på riskbedömning och prevention. Indirekt självdestruktivitet är ett vanligt fenomen, som kräver större uppmärksamhet.

Artikeln är en bearbetning av ett föredrag hållet vid Svenska läkaresällskapets riksstämma 1981.

I Sverige finns det c:a 1,3 miljoner människor som är 65 år eller äldre. Av dem dog 1979 346 män och 169 kvinnor i självmord eller osäkra självmord, således totalt 514 personer (3). Det innebär att ungefär 0,9% av männens samtliga dödsorsaker utgjordes av säkra eller osäkra suicidier, motsvarande siffra för kvinnor är ungefär 0,5%. Det låter beskedligt och skulle kunna tyda på att självmondsproblemen hos äldre inte är något stort och alarmerande problem. Situationen ser emellertid annorlunda ut om vi ser på dödstalen, dvs antalet döda i självmord per 100 000 invånare.

Ur det samfälliga statistiska materialet kan man dra några viktiga slutsatser.

1. Dödstalen i suicid är för vardera könet större för människor äldre än 65 år, än för samtliga åldrar tillsammanslagda.

2. Dödstalen i suicid för äldre över 65 år är allra högst i de civilstånd som innebär ensamhet, dvs bland ogifta, frånskilda, änkor, änklings. Dödstalen är minst bland de gifta. Detta gäller äldre av bägge könen.

3. Liksom för självmondsproblem i allmänhet är

självmondsproblemen bland äldre störst i storstäderna och det finns stora olikheter länen emellan.

År 1981 gav den officiella svenska statistiken ut uppgifter omfattande två femårsperioder, för vilka man redovisade dödstal efter kön, ålder och dödsorsak för hela Sverige, för länen och för storstadsområdena (4). Dödstalen var också fördelade efter civilstånd. Härigenom har vi fått möjligheter att bättre granska självmorden hos olika åldersgrupper i förhållande till tidsfaktorer och vissa demografiska fakta. Som exempel på vilken information man här får av detta har jag – med tack till med dr Ann-Marie Bolander SCB – sammanställt en tabell över självmord/100 000 invånare totalt och i åldrarna 65–69 år (tabell 1).

Tabell 1. Självmond per 100 000 personer under 1969–73 (I) och 1974–78 (II). Säkra (AE 147) + osäkra (AE 149).

		Män		Kvinnor	
		Samtliga	65–69 år	Samtliga	65–69 år
Hela riket	I	37,1	49,6	15,1	19,2
	II	37,1	51,0	15,6	24,1
Ogifta	I	27,9	82,6	9,6	11,8
	II	29,3	100,9	10,1	25,2
Gifta	I	35,4	35,5	14,8	15,5
	II	31,8	33,3	14,0	16,0
Frånskilda	I	167,3	132,3	60,4	35,6
	II	147,3	117,6	55,4	63,8
Änkor, änklings	I	90,1	84,8	24,5	28,3
	II	94,4	97,0	26,0	31,9

Tabellen visar att dödstalet i självmord är något högre i gruppen 65–69 år jämfört med genomsnittet. (I åldrarna 70 år och mer stiger det sedan ytterligare.) Gifta ligger som vanligt lägst och här är det inga skillnader från genomsnittet. Det är framför allt ogifta män som har en massiv överdödlighet. Från-

skilda och änkor/änklingar ligger högt i åldern 65–69 år men i stort sett i nivå med genomsnittet. Även i dessa civilstånd är männen mest utsatta.

Direkt och indirekt suicid

De här siffrorna som bygger på den allmänna statistiken, talar om säkra och osäkra suicidier. De är således allesamman vad man brukar kalla *direkta* suicidier, dvs akuta självdestruktiva handlingar som den person som utför handlingen inte kan vara säker på att överleva.

På sistone har den suicidologiska diskussionen kommit att handla om det *indirekta* suicidiet, dvs indirekt självdestruktivt beteende. Det är svårare att definiera men det handlar om självdestruktivitet som kan sträcka sig över långa tidsrymder och som personen ifråga kan vara föga medveten om. Som exempel brukar man nämna en diabetikers slarv med sitt livsnödvändiga insulin. Missbruk av alkohol kan också höra till de indirekta suicidierna, liksom missbruk av andra droger och av tobak. Indirekt suicid kan också vara matvägran och medicinvägran hos äldre. I sin yttersta konsekvens kan man också tala om självdestruktivitet i livsfarliga hobbies och idrotter.

Den som i Menningers efterföljd har pekat på de indirekta självdestruktiva beteendena är suicidologins grand-old-man Norman Farberow. Han publicerade 1980 boken *The Many Faces of Suicide* (1), där han framhåller det indirekta suicidiets stora frekvens bland kroniskt sjuka, bland åldringar, bland ensamma. Veterligen finns det ingen svensk eller nordisk undersökning på detta område.

Av SPRI-undersökningen 1981 (2) vet vi om åldringars psykiska hälsa att ungefär 200 000 åldringar över 60 år upplever sig som ensamma och far illa av detta förhållande. Vi vet också att 300 000 människor över 60 år ofta känner sig ängsliga, oroliga och även nedstämda. De psykiska problemen tilltar med stigande ålder. Ungefär 30% av alla personer i den här åldern upplever sig som sjuka eller att ha ett mindre gott hälsotillstånd. SPRI-undersökningen visar att en förvånansvärt stor grupp åldringar mår psykiskt och fysiskt bra, men antalet människor som befinner sig i problemsituationer är ändå mycket stort. Det måste i sin tur innebära att en

Vi skall bara inte glömma bort att det existerar både direkta och indirekta suicidier

ganska stor grupp människor, kanske upp mot en halv miljon, befinner sig i en sådan situation ur vilken de direkta och indirekta suicidierna rekryteras. Jag är angelägen om att betona att vi inte vet något säkert om frekvensen av de indirekta självmorden. Vi har inga siffror att bygga på, vi har inga svenska publikationer i detta ämne. Vi skall bara inte glömma bort att det existerar både direkta och indirekta suicidier.

Suicidalt beteende

Såväl direkt som indirekt suicidium ingår i begreppet suicidalt beteende. Man gör då en ganska vidlygande bedömning av begreppet beteende och innesluter däri också suicidförsök och suicidtankar. Relationen mellan antalet suicidier och suicidförsök anges i litteraturen till ungefär 8–12 suicidförsök på varje suicidium. De siffrorna är sannolikt för låga, vilket har visats i flera intervjuundersökningar, även från Sverige. Relationstalen mellan suicid och suicidförsök varierar också i olika åldrar. I litteraturen beskrivs, att bland yngre kvinnor kan det gå ända upp till 30 suicidförsök på varje suicidium medan proportionerna i högre åldrar är tvärtom. Bland äldre män kan man räkna med upp till dubbelt så många suicidier som suicidförsök. Man kan uttrycka sig drastiskt och säga att den gamla människans suicidhandlingar leder till döden i större utsträckning än den yngre människans.

I det underlag till vårdprogram som socialstyrelsens vårdprogramnämnd (5) skickat ut på remiss anges olika konstellationer av faktorer som är betydelsefulla för uppkomsten av suicidhandlingar. Här skall jag bara framhålla några som är betydelsefulla i högre ålder.

Kroppslig sjukdom. Kroniska kroppsliga sjukdomstillstånd, speciellt sådana som innebär svåra smärtor kan leda till suicidalt beteende, dels genom smärtans intensitet, dels genom den trötthet som sjukdomen orsakar. Inskränkt rörelseförmåga och svårigheter att sköta det dagliga livets sysslor kan

leda till ensamhet och isolering som leder till suicid eller suicidförsök. Kroppsliga sjukdomar kan leda till personlighetssönderfall och förvirring. Betydelsefullare är kanske själva upplevelsen av att vara kroppsligt sjuk med ångest och plågor, med utsikten att kanske bara försämrats, bli mer och mer beroende, att mista inte bara sin integritet utan också allt hopp. Den upplevelsen behöver inte stå i någon direkt relation till sjukdomens svårighetsgrad. Upplevelsen av ångest, depression, skuld, ensamhet och förödmjukelse har i dessa situationer ofta lett till att suicidiet tett sig som en utväg ur plågan.

Psykiska och psykologiska faktorer. Psykiska symtom såväl som andra upplevelser ter sig ofta annorlunda hos äldre än hos yngre. Depressioner har ofta en avvikande symtombild och kan vara svåra att känna igen. De kan manifestera sig med huvudsakligen somatiska symtom som värk eller förstoppning. Depressionen medför ofta att även enkla sjukdomssymtom kan te sig oöverkomliga. Även lätta minnesstörningar, nedsatt syn eller hörelse, ångslan att vara till besvär kan leda till missförstånd som i sin tur kan växa till vanföreställningar eller konfusion med suicidhandlingar som följd. Den gamla människans ökade uttrötthet kan leda till sociala påfrestningar, t.ex. miljöbyten. Konflikter med anhöriga eller med andra pensionärer på en institution kan få proportioner som i andra livssituationer skulle vara osannolika. Ensamhet och isolering är andra miljöfaktorer som hos äldre precis som hos yngre kan leda till depressivitet, skuld- och ångest och suicidhandlingar.

Suicidiets och suicidförsökets art. Den gamla människans suicid skiljer sig merendels från yngre människors. Självmordet kommer därför ibland som en överraskande för omgivningen, som en blixtnedslag från himmel. Äldringen talar sällan om sina avsikter och fullföljer dem ofta med stor kraft. De tar bara några få piller eller tabletter. Oftare rör det sig om våldsamma suicidmetoder såsom hopp från hög höjd, hängning eller skjutning. Man felbedömer ofta suicidavsikter och suicidrisker hos gamla människor, och tror inte att vederbörande skall ha kraft att genomföra ett suicid på det sätt som han sedan gör.

Självmordsförsöken är däremot ofta lite valhantade och ibland genomförda med till synes stor tveksamhet.

.....
Varje akut situation som anamnestiskt skulle kunna vara en suicidhandling skall uppfattas som en sådan tills motsatsen har bevisats
.....

het. När de gamla vaknar efter tablettintoxikation eller gasförgiftning är de ofta generade och förnekar bestämt alla suicidavsikter, rädda för att möta kritik och illvilja från anhöriga och sjukvårdspersonal. De skyller ofta på att det hela var ett misstag. De hade glömt att plocka fram glasögonen eller också hade kaffepannan kokat över och släckt gasen som sedan strömmade ut. Bara en fullständig anamnes i god emotionell kontakt med patienten och hans eller hennes anhöriga kan i sådana fall klarlägga det verkliga förhållandet.

Suicidriskbedömning

I vårdprogramunderlaget ges hållpunkter för bedömning av självmordsrisker, varvid man utgår från den undersökandes resurser. Bedömningen måste ju bli annorlunda om den görs av anhöriga, goda vänner etc eller om den sker inom primärvården eller socialtjänsten, där man kan förvänta sig en viss, om än inte så stor, specialkunskap om de suicidala processerna. Den psykiatriska specialistvården har självfallet andra medel och kunskaper för suicidriskbedömning än de andra grupperna. Med hänsyn till vad vi vet om suicidhandlingar hos äldre förefaller följande riktlinjer vara lämpliga.

1. Suicidrisken är alltid stor när en person över 65 år gjort en suicidhandling. Varje akut situation som anamnestiskt skulle kunna vara en suicidhandling skall uppfattas som en sådan tills motsatsen har bevisats.

2. Depressiva symtom hos äldre, även atypiska depressiva symtom som hypokondrier, inadekvat ångslan för situationsförändringar etc skall alltid uppfattas som suicidriskabla.

3. Kroppslig sjukdom som kan leda till smärta, integritetsförlust eller ensamhet skall alltid leda tanken till en suicidriskbedömning.

4. Gamla människors innehav av medikamenter, speciellt psykofarmaka men också andra mediciner och gifter bör föranleda ökad observans med hän-

syn till suicidrisken.

Prevention

Gamla människor tillhör otvetydigt riskgrupperna för suicidhandlingar. Skall vi i framtiden få en suicidprevention som är värd namnet måste vi på alla plan ge ökat stöd till riskgrupperna och däribland åldringarna. Det innebär att suicidpreventionen för den åldersgruppen måste innehålla bl a ökat psykologiskt stöd till gamla i samband med anhörigas bortgång, i samband med intagningar på vårdanstalter, i samband med diagnostisering av kroppslig sjukdom. Det måste innebära att vi trots de restriktioner som vi åläggs av våra huvudmän och politiska makthavare fortsätter att arbeta för att alla, inte minst de äldre, skall få drägliga levnadsförhållanden under sin livstid. Det innebär att vi måste arbeta för en fungerande socialtjänst, för vettiga hemtjänstförhållanden, för vettiga bostäder etc. Suicidpreventionen för äldre är liksom all suicidprevention både specifikt medicinsk, psykologisk och psykiatrisk men den är också samhällelig, socialpolitisk i ordets bästa och vidaste bemärkelse.

REFERENSER

1. *Farberow, Norman L*: The many faces of suicide. *Indirect Self-Destructive Behavior*. Mc Graw-Hill Book Company, New York 1980.
2. *SPRI*: Kan vi förebygga psykiska besvär hos äldre. Spri-rapport 83, 1981.
3. *Sveriges officiella statistik*: Dödsorsaker 1979. Statistiska centralbyrån, Stockholm 1981.
4. *Sveriges officiella statistik*: Dödstal efter kön, ålder och dödsorsak. Statistiska meddelanden HS 1981: 10.1, 10.2 och 10.3. Stockholm 1981.
5. *Socialstyrelsens vårdprogramnämnd*: Underlag till vårdprogram för problemet självmord. Remissupplaga Stockholm 1981.