

RIZIKO SUICÍDIA V KOMUNITE GERIATRICKÝCH PACIENTOV

MUDr. Dana Ignjatovičová, MUDr. Milan Ignjatovič, Mgr. Michala Knišková

Neštátne psychiatrické ambulancie, Banská Bystrica

Depresia je veľmi častá v staršom veku. Základom depresívnej poruchy je patická nálada, smútok, redukcia záujmovej sféry a iniciatívy. Veľmi často sa v skupine geriatrických pacientov vyskytujú suicidálne myšlienky (7).

Do sledovania sme zapojili 14 gerontopsychiatrických pacientov umiestnených v Domove dôchodcov v Banskej Bystrici a 14 gerontopsychiatrických pacientov, ktorí nežijú v domove dôchodcov, ale v mieste svojho pôvodného bydliska a sú v starostlivosti našich psychiatrických ambulancií.

Sledovali sme výskyt suicidálnych myšlienok a socioekonomický status u všetkých pacientov. Suicidálne myšlienky sa vyskytli s rovnakou frekvenciou aj u pacientov, ktorí nežijú v domove dôchodcov, hoci bodové ohodnotenie škál týkajúce sa hĺbky depresie bolo lepšie.

Medzi významné rizikové faktory depresie a suicidálnych myšlienok patria emocionálne problémy v staršom veku a úzkosť spojené so smrťou partnera, blízkej osoby, chorobou, stratou zamestnania a tiež zmenou bydliska, napríklad umiestnením do domova dôchodcov. Potvrdili sa environmentálne stresory ako rizikové faktory depresívneho prežívania a suicidálnych myšlienok v staršom veku.

Úvod

Diagnóza depresie v staršom veku je častá a vyžaduje okrem trpezlivého prístupu aj potrebnú dávku vedomostí. Porucha chuti do jedla, zmena telesnej hmotnosti, porucha spánku, psychomotorická agitovanosť alebo retardácia, strata energie, pocity bezcennosti, viny, porucha sústredenia, myšlienky na smrť alebo samovraždu a suicidálne pokusy sú závažnými príznakmi depresie (7).

Depresia v staršom veku býva veľmi často zamiešaná alebo prekrytá somatickým ochorením, nakoľko pacienti trpia jedno alebo viacerými chronickými chorobami.

Dôležité je odlíšiť poruchu pamäti v rámci depresívneho prežívania od počínajúcej alebo už rozvinutej demencie.

Vyššia prevalencia depresie bola sledovaná u žien, ktoré sú aj častejšie liečené (1). Avšak depresia je vyšším rizikovým faktorom mortality u mužov. Chronická depresia nebola spojená s vyššou mortalitou pacientov. Podľa Jorma a kolektívu je celkom možné, že depresia je prodromom kardiovaskulárnych porúch alebo demencie, alebo sa častejšie objavuje v týchto podmienkach (8).

Medzi rizikové faktory porúch nálady (podľa WPA, PTSD Educational Program on Depressive Disorders, 1997) patrí: rozvedený, osamelý, vdovec, depresia v minulosti, depresia v rodinnej anamnéze, zlé životné udalosti, zneužívanie látok, telesné ochorenie, sociálna izolácia, chudobný osobný život, zmeny v sociálnych systémoch, farmakogénne pôsobenie, zmeny v medzifudských vzťahoch (7).

Varujúcim je zistenie, že najpočetnejšia je samovražednosť vo vekovej skupine nad 70 rokov, a najsilnejším prediktorom suicidálneho chovania je prítomnosť suicidálnych pokusov v anamnéze a beznádej (7).

Metóda a charakteristika súboru

Sledovaný súbor tvorilo:

14 gerontopsychiatrických pacientov z domova dôchodcov liečených pre depresívnu symptomatiku (skupina A)

14 gerontopsychiatrických pacientov, ktorí žijú vo svojom pôvodnom prostredí a neboli umiestnení do domova dôchodcov (skupina B) a sú liečení pre depresívnu symptomatiku ambulantne.

Hodnotili sme výskyt suicidálnych myšlienok pri aktuálnom psychiatrickom vyšetrení. U pacientov sme hodnotili vek, pohlavie, vzdelanie, socioekonomický a rodinný status.

Sledovali sme depresivitu pomocou GDS (geriatric depression scale) a pomocou Beckovej sebaopisovacej škály na hodnotenie depresie.

Zaraďovacie kritériá:

- vek nad 65 rokov
- depresívna symptomatika
- život v komunite (domov dôchodcov) alebo v pôvodnom prostredí
- výskyt jedného alebo viacej chronických somatických ochorení

Vylučovacie kritériá:

- delírium
- schizoafektívne poruchy
- psychotické ochorenia
- závislosti

Ciele štúdie

1. Porovnať socioekonomické a rodinné podmienky u pacientov žijúcich v domove dôchodcov (skupina A) a pacientov žijúcich samostatne (skupina B) a ich vplyv na výskyt suicidálnych myšlienok.
2. Vyhodnotiť a porovnať depresívne prežívania u pacientov žijúcich v domove dôchod-

cov (skupina A) a u pacientov žijúcich samostatne (skupina B).

Nulová hypotéza

Výskyt suicidálnych myšlienok a depresívneho prežívania je častejšie u pacientov umiestnených v domove dôchodcov v porovnaní s pacientami žijúcimi samostatne a súvisí s ich životnými socioekonomickými podmienkami.

Výsledky

Výsledky nášho sledovania nepotvrdili nulovú hypotézu.

Suicidálne myšlienky sa rovnako často vyskytovali u pacientov umiestnených v domove dôchodcov (5 pacienti zo 14 pacientov) ako u pacientov žijúcich samostatne (6 pacientov zo 14 pacientov) (tabuľka 1).

Životné podmienky v skupine pacientov žijúcich v domove dôchodcov boli hodnotené ako dobré, v skupine pacientov žijúcich samostatne ako výborné (tabuľka 2).

Prehľad diagnóz udáva tabuľka 3.

Diskusia

Depresia patrí medzi jednu z najčastejších porúch v staršom veku. Veľmi často depresia imituje niektoré zo somatických ochorení (7). Veľké riziko najmä u starších pacientov predstavujú suicidálne myšlienky, ktoré môžu viesť ku samovražde. Samovražedné pokusy sú 3x častejšie u žien, dokonaná samovražda je 3x častejšia u mužov.

V sledovanom súbore našich pacientov sa suicidálne pokusy vyskytli len u jedného pacienta umiestneného v domove dôchodcov a to v minulosti opakovane, pred umiestnením do domova dôchodcov.

Varujúce je, že počet samovrážd stúpa v skupine ľudí nad 70 rokov. Priemerný vek pa-

cientov v skupine A bol 79,85 roka a v skupine B 66,85 roka. So stúpajúcou samovražednosťou sa spájajú také demografické faktory ako napríklad sociálna izolácia, bezdetnosť, nedostatok sociálnej integrácie, závažné telesné ochorenia apod. (7), čo sa potvrdilo aj v našej skupine pacientov.

V skupine B pacientov umiestnených v domove dôchodcov bolo viacero odovolených (9 pacientov) a 2 slobodní, v skupine A (žijúcich samostatne) bolo viacero ženatých (7 pacientov) a len 4 pacienti odovolení.

Všetci pacienti boli na starobnom dôchodku okrem jedného pracujúceho (pacient zo skupiny A).

Viacero štúdií ukazujú, že klinická depresia alebo depresívne symptómy sú rizikovými faktormi pre zvýšenú mortalitu (z oblasti kardiovaskulárnych ochorení) u vzorky psychiatrických pacientov (9).

Všetci pacienti zaradení do sledovania sú liečení na jedno alebo viac somatických chronických ochorení.

Faktory, ktoré viedli ku depresii a mortalite v nepsychiatrickej komunite pacientov boli chronické telesné ochorenia, nízky BMI, rakovina, ochorenie srdca, fajčenie, abúzus alkoholu.

Depresia vedie ku koronárnym ochoreniam častejšie v strednom veku ako u staršej populácie (11), čo je pravdepodobné aj v skupine našich pacientov, nakoľko pred diagnostikovaním depresie všetci boli liečení pre kardiovaskulárne ochorenie, teda kardiovaskulárne ochorenie nebolo dôsledkom depresie.

Všetci pacienti zaradení do nášho sledovania trpeli jedným a/alebo viacerými chronickými ochoreniami, najčastejšie z oblasti kardiovaskulárneho systému a vertebrogénneho pohybového aparátu. Ani jeden zo sledovaných pacientov nebol v minulosti psychiatricky liečený, jeden pacient bol psychiatricky vyšetrený po opakovaných suicídálnych pokusoch, ale bez doporučenej psychiatrickej medicíny alebo psychoterapie.

Štúdia, ktorá sledovala pacientov s diagnózou depresie alebo s depresívnymi príznakmi s chronickými, alebo bez chronických chorôb ukázala, že pacienti, ktorí mali zlú psychickú kondíciu, zlé sociálne fungovanie, mali väčšie telesné bolesti a depresia bola silnejšia (17). Aj u našich pacientov bolo depresívne prežívanie výrazne ovplyvnené týmito faktormi. Výskyt suicídálnych myšlienok bol porovnateľný v oboch skupinách pacientov, žijúcich v domove dôchodcov (skupina A) a žijúcich samostatne (skupina B), ale depresívne prežívanie bolo horšie v skupine B pacientov žijúcich v domove dôchodcov GDS=10 bodov oproti skupine A, GDS=7 bodov a Beck=13 bodov v skupine A a Beck=8 bodov v skupine B.

Tabuľka 1. Hodnotenie depresivity a suicídálnych myšlienok

	Skupina A	Skupina B
Suicídálne myšlienky	5 pac.	6 pac.
GDS (geriatric depression scale)	9,64 b=10 (5–14)	6,71 b=7 (0–11)
Beckova sebaopisovacia stupnica depresie	12,5 b=(2–25)	8 b=(2–17)

Tabuľka 2. Vek a sociálne podmienky

	Sociálne podmienky pacienta v súčasnosti	Skupina A	Skupina B
Priemerný vek pacientov		79 rokov	67 rokov
Sociálne podmienky pacienta v súčasnosti	Výborné	0	11
	Dobré	14	3
	Zlé	0	0
	Spolu	14	14

Tabuľka 3. Prehľad diagnóz

Diagnóza	Skupina A	Skupina B
F.01 s depresívnou symptomatikou	1	0
F.00.2 s depresívnou symptomatikou	2	0
F.06.3	10	5
F.07	1	0
F.32	0	8
F.41.2	0	1
Spolu	14	14

Dlhodobá liečba depresie je odporúčaná a to hlavne u pacientov hospitalizovaných (14). Existuje viacero placebom kontrolovaných štúdií v 2-ročnej a viacročnej prevencii rekurencie depresie (12).

Žiaľ mnohé štúdie robené u starších pacientov neberú do úvahy ich sociálnu prispôsobivosť (15), ktorá výrazne vplyva na depresívne prežívanie pacientov, čo sa nám ukázalo v skupine A pacientov umiestnených v domove dôchodcov.

Duševný stres, rodinný stav, sociálnoekonomické podmienky, chronické ochorenia a tiež aj vek sú častými príčinami depresie v staršom veku (10). Sociálna izolácia, umiestnenie do

nového prostredia (domov dôchodcov), bezdetnosť, hodnotenie významu svojho života, často vedú ku suicídálnym myšlienkam, od ktorých je len krôčik vzdialené suicídálne konanie a táto hranica je veľmi neostrá (7).

Záver

Depresia predstavuje závažnú psychickú poruchu, ktorá okrem správneho diagnostikovania vyžaduje aj kvalitný a dlhodobý psychofarmakoterapeutický a psychoterapeutický prístup (3). Aktívne otázky týkajúce sa depresívneho prežívania a suicídálnych myšlienok nám pomôžu zlepšiť kvalitu života gerontopsychiatrických pacientov.

Literatúra

1. Beekman AT, Copland JR, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *The British Journal of Psychiatry* 1999; 307–311.
2. Božin AA. Ličnosť i stres, osečaj koherentnosti i prevladavanja stresa u uslovima družstvene krize. *Vršac* 2001; 251.
3. Briley M, Montgomery SA. Antidepressant Therapy at the Dawn of the Third Millenium. *Martin Dunitz Ltd*. 1998; 349: 307–319, 319–333.
4. De Beurs E, Beekman AT, Balkom AJ, Deeg DJ, R van Dyck, W van Tilburg. Consequences of anxiety in older persons: its effect on disability, well-being and use of health services. *Psychol Med*: 1999; 29/3: 583–593.
5. De Beurs E, Beekman A, Geerlings S, Deeg D, R van Dyck, W van Tilburg. On becoming depressed or anxious in later life: similar vulnerability factors, but different effects of stressful life events. *The British Journal of Psychiatry* 2001; 179: 426–431.
6. Filip V, et al. Praktický manuál psychiatrických posudzovacích stupníc. 1997; 185: 95–117.
7. Hoschl C, Libiger J, Švestka J. *Psychiatrie*. 2002; 895: 234–235, 435–452, 638–641.
8. Jorm AF. Is depression a risk factor for dementia or cognitive decline? A review *Gerontology* 2000; 46: 219–227.
9. Kaarin JA, Luszcz AM. Mortality Risk Varies According to Gender and Change in Depressive Status in Very Old Adults. *Psychosomatic Medicine* 2002; 64: 880–888.
10. Katona C, Livingston G. Comorbid Depression in Older People. *Martin Dunitz Ltd* 1997; 79.
11. Mendes de Leon CF, Krumholtz HM, Seeman TS, Vaccarino V, Williams CS, Kasl SV, Berkman LF. Depression and risk of coronary heart disease in elderly men and women. *New Haven EESE: 1982–1991; Established Populations for the Epidemiologic Studies of the Elderly. Arch Intern Med*. 1998; 158: 2341–2348.