

**התאבדות בקשישים בארץ ובעולם - סקירת ספרות / ד"ר סנדרין בורשטיין ליפסיקס****אפידמיולוגיה ומאפיינים ייחודיים**

למרות הבדלים בין תרבותיים, שיעורי התאבדות בקשישים הינם גבוהים באופן אוניברסלי, אם כי יחס ההתאבדויות מכלל סיבות המוות יורד עם הגיל. בארצות המערב במיוחד, התאבדות שכיחה יותר בבני 75 ויותר, בעיקר בגברים (De Leo & Meneghel, 2001). על פי המידע במשרד הבריאות, בשנים 1996-2000, שיעורי ההתאבדות בבני 75 ומעלה היה גבוה כמעט פי שלוש ביחס לבני 15-24 (32.1 ל-100,000 לעומת 11 ל-100,000). שיעור ההתאבדות בנשים בקבוצת גיל זו אף הוא גבוה מן השיעורים בקרב נשים צעירות יותר, אך כמו בקבוצות גיל אחרות, השיעור נותר נמוך מזה של הגברים. בישראל נמצא כי השיעור הגבוה ביותר בנשים הוא בבנות 65 ומעלה (9.7 ל-100,000) לעומת השיעור הנמוך ביותר הנמצא בקרב בנות 15-24 (1.9 ל-100,000) (משרד הבריאות, 2005).

הנתונים העדכניים יותר, מראים מגמת ירידה בשיעורי ההתאבדות בקשישים בישראל: בשנת 2004 שיעור ההתאבדויות בנשים בקבוצת גיל 65-74 היה הנמוך ביותר מאז 1998 (2.4 ל-100,000). גם בקרב בני 75 ומעלה ניכרת ירידה משמעותית בגברים (מ-31.9 ל-100,000 ב-1998 ל-24.4 ב-2004) וירידה מתונה בנשים (מ-10.4 ל-100,000 ב-1998 ל-8.7 ב-2004). בקרב גברים בני 65-74 נותרה מגמה יציבה למדי (שיעור ההתאבדויות ב-2004 עמד על 15.2 ל-100,000) (משרד הבריאות 2008).

שיעורי ההתאבדות בקשישים מוערך לעיתים קרובות כנמוך מהמצב במציאות. לעיתים המוות מוגדר כתאונה או מוות טבעי. אחת הסיבות לכך היא שמוות בקבוצת גיל זו עשוי להיות קשור לפגיעה עצמית בדרכים עקיפות, כגון סירוב לאכול, סירוב לקחת תרופות מצילות חיים או שימוש בסמים ואלכוהול; פגיעה עצמית זו אינה נחשבת להתאבדות. במקרים אחרים, זמן רב העובר בין פגיעה עצמית מכוונת ומוות, מוביל להגדרת המוות באופן מוטעה לסיבות פתו-פיזיולוגיות (De Leo & Meneghel, 2001).

שיטות ההתאבדות בקרב קשישים הינן בדרך כלל אלימות (גם בנשים), דבר המצביע על רצון עז למות (Perry & Johnson, 1994). בישראל מדווח כי שיטות ההתאבדות השכיחות יותר בבני 65 ומעלה הן חנק (22.7 ל-100,000 בגברים; 6.14 ל-100,000 בנשים) וקפיצה מגובה (10.8 ל-100,000 בגברים; 5.9 ל-100,000 בנשים). בקבוצות הגיל הצעירות יותר, שיטות אלה משמשות בשכיחות נמוכה יותר (לשנים 1991-2000) (משרד הבריאות, 2005). משנות ה-80 ועד שנות ה-90 הייתה עליה בשימוש בנשק בקרב גברים בני 75 ומעלה, משיעור של 1.5 ל-100,000 לשיעור של 4.4 ל-100,000 (בדומה לשינוי שנמצא בגברים בני 15-24). לעומת זאת, בקרב גברים בני 65-74, שיעורי ההתאבדות באמצעות נשק נותרו יציבים למדי (3.9 ל-100,000 בשנות ה-80 ל-3.6 ל-100,000 בשנות ה-90) (משרד הבריאות, 2005). שימוש בנשק אינה שיטת התאבדות שכיחה בנשים, ללא קשר לגיל.

בעונת הקיץ החמה ולחה שיעור ההתאבדויות בקרב קשישים גבוהה יותר, ככל הנראה בעקבות אינטראקציה בין גורמים ביולוגיים וחברתיים (Steffens & Blazer, 1999). ברוב המקרים ההתאבדות מתבצעת בביתו של הקשיש, בבדידות.

לעיתים קרובות האדם נמצא בקשר עם רופא לפני מותו. מחקרים מראים כי ב-90% ממקרי המוות בהתאבדות של בני 65 ומעלה, פגשו את הרופא שלהם בשלושת החודשים שלפני המוות, ו-50% פגשו אותו בשבוע שקדם למוות. עם זאת, רק ב-25%-20% מהמקרים הוזמנה הערכה פסיכיאטרית. ממקרים אלה, רק כחמישית ביטאו מחשבות על מוות והתאבדות. גברים ואלה שניסו להתאבד בעבר במיוחד לא הביעו את מצוקתם (Shah & De, 1998).

ניסיונות התאבדות, למרות היותם נדירים בקרב קשישים, הינם בדרך כלל חמורים יותר (Dombrovski et al., 2005) ומהווים אינדיקטור חשוב לסיכון אובדני. ניסיונות התאבדות מופיעים ביחס של 2.09:1 (De Leo et al., 2001) בשונה מאוד מן האוכלוסייה הכללית (יחס הנע בין 8:1 ל-20:1 ובקרב בני נוער 1:100 או 1:200). ניסיונות התאבדות יותר שכיחים ב"קשישים הצעירים" ובנשים (MacIntosh et al., 1994).



ניתן לשער כי שיעורי ניסיונות ההתאבדות הנמוכים בקרב קשישים קשורים לרצונם העז יותר למות וההחלטיות במעשה ההתאבדות. בקבוצת גיל זו, בניגוד לאנשים צעירים יותר, ניתן להתייחס לניסיון התאבדות כהתאבדות ש"נכשלה" יותר מאשר "קריאה לעזרה" (De Leo & Meneghel, 2001).

מחקרים מדווחים כי ל-15.9% מהקשישים יש מחשבות על התאבדות (Scocco et al., 2001), כשהשיעורים הגבוהים ביותר הם בקרב נשים ובני 85 ויותר (De Leo & Meneghel, 2001). יש להתייחס למחשבות אובדניות כגורם מנבא מרכזי בקשישים, מאחר ורוב הקשישים שהתאבדו לא ביצעו ניסיון אובדני קודם ועל כן קיים קושי בזיהוי מוקדם של הסכנה. עם זאת, זיהויים של אנשים בסיכון בקרב קשישים עשוי להיות מורכב בגלל בלבול עם גורמים כגון אנהדוניה, עייפות מהחיים ורצון למות. לא ברור האם גורמים אלה מהווים תופעות נפרדות או רמות שונות על רצף של תופעה יחידה (De Leo & Meneghel, 2001).

שיעורי ההתאבדות בקרב קשישים בכלל נותרו יציבים או הצטמצמו בעשורים האחרונים (Dombrovski et al., 2005). עם זאת, קיימים בכל זאת הבדלים בין מדינות. למשל, במדינות אנגלו-סקסיות (במיוחד באוסטרליה, ניו זילנד וארה"ב) ניכרת ירידה של 50% בהתאבדות קשישים, בעיקר בקרב גברים לבנים (De Leo, 1999). ייתכן והדבר קשור להתפתחות פעילות פוליטית וחברתית בקרב קבוצת גיל זו, שיפור בשירותים הסוציאליים, שינוי הגישה כלפי יציאה לפנסיה, שיפור הביטחון הכלכלי ואיכות הטיפול הפסיכיאטרי (De Leo & Meneghel, 2000 ; Lodhi & Shah, 2005).

גורמי סיכון להתאבדות בקשישים

1. פסיכופתולוגיה

מחלות פסיכיאטריות מהוות את גורם הסיכון הגדול ביותר להתאבדות בקרב קשישים. מעל 75% מהקורבנות סבלו ממחלה פסיכיאטרית בעת מותם. רוב המתאבדים (50% עד 87%) סבלו מדיכאון, בעיקר הקשישים המבוגרים יותר (De Leo & Meneghel, 2000). עם זאת, רק אחוז נמוך מהקשישים עם מחשבות על מוות או התאבדות פנו לייעוץ בגלל חוסר מודעות לכך שניתן לטפל בדיכאון. סיבה נוספת היא שדיכאון בקרב קשישים עלול להתבטא בסומטיזציה או שהסטיגמה הקשורה במחלות נפשיות מקשה עליהם לפנות לעזרה (Kerse et al., 2008). כמו כן, חוסר המודעות לדיכאון בזקנה עלול להוביל לייחוס סימפטומים נפשיים אלה לתהליכי הזדקנות טבעיים.

מספר קטן של מתאבדים קשישים סובלים מסכיזופרניה (De Leo & Meneghel, 2001).

לא ברורה השפעת שימוש באלכוהול על התאבדות בקשישים וככל הנראה קיימת הערכת חסר לגבי השפעת השימוש באלכוהול על הסיכון להתאבדות בקבוצת גיל זו (Blow et al., 2004). קיימת הערכה כי שימוש באלכוהול נמצא ב-3% עד 44% מקורבנות התאבדות קשישים, בעיקר בצעירים יותר (Shah & De, 1998). נראה כי שתיית אלכוהול בקרב קשישים מעלה את הסיכון להתאבדות דרך אינטראקציה עם גורמי סיכון אחרים השכיחים יותר בקבוצת גיל זו, כגון סימפטומים דיכאוניים, מחלות גופניות ותמיכה חברתית מצומצמת (Blow et al., 2004).

גם שיעורי החרדה והפרעות האישיות בקרב מתאבדים קשישים לא ברורים. ככל הנראה סימפטומים חרדתיים שכיחים גם בקשישים לעומת הפרעות אישיות, השכיחות פחות מאשר בקרב צעירים. התאבדויות קשורות לרוב עם נטייה לחוסר פתיחות להתנסות וקושי ליצור יחסים קרובים, נטייה לחוסר אונים וחוסר תקווה, קושי להתרגל לשינויים, קושי לבטא כאב נפשי באופן וורבלי, אובדן שליטה, תחושות בדידות, ייאוש ותלות באחרים (Shah & De, 1998; Steffens & Blazer, 1999).

דמנציה אינה מהווה גורם סיכון להתאבדות, ככל הנראה בגלל תובנה נמוכה למצב הנפגעת בשלב מוקדם של המחלה (De Leo & Meneghel, 2001).

האוכלוסייה המבוגרת בישראל הינה ייחודית גם בגלל מספרם הרב של ניצולי שואה. ידוע כי הזדקנות קשורה פעמים רבות בריאקטיבציה של טראומות, הפרעות פיזיות ומצוקות נפשיות העלולים להגביר את הסיכון להתאבדות (Levav &)



(Aisenberg, 1989). ברק ושותפים (2003) ניתחו מידע על 921 מטופלים קשישים שהתקבלו לבתי חולים פסיכיאטריים לאורך תקופה של 5 שנים. 135 מטופלים (14.6%) ביצעו ניסיון אובדני לפני הגעתם לבית החולים. אלה כללו 90 מתוך 374 ניצולי שואה שהשתתפו במחקר (24% מהמדגם), לעומת 45 מטופלים בלבד מתוך 502 (8.2%) שלא חוו את השואה.

2. מחלות פיזיות

קיימת אי-הסכמה לגבי השפעתן של מחלות פיזיות על התנהגות אובדנית ומחקרים מצביעים על ממצאים סותרים (Dombrovski et al., 2005). כ-65% מהקשישים סובלים ממחלה פיזית כרונית קשה בעת ההתאבדות (Shah & De, 1998). תנאים אלה מצמצמים את העצמאות וכופים סגנון חיים אחר, דבר העלול להוביל לדיכאון, חוסר אונים וחוסר תקווה. חוסר אמון בהתערבות רפואית וסבל מתמשך מהווים סימפטומים שכיחים בקרב קשישים דיכאוניים שהתאבדו (Shah & De, 1998). עם זאת, נוכחות דיכאון מתמשך או הפרעה פסיכיאטרית אחרת (למשל, התמכרות לסמים) במקביל למחלה הפיזית מצביעה על כך שמחלה פיזית בפני עצמה אינה יכולה להוביל להתאבדות מחוץ לקונטקסט של הפסיכופתולוגיה. קיומם של קווי אישיות כגון, צורך חזק להיות עצמאי ופעיל, עבר של דיכאון ועוינות ואופי סגור ומהרהר משמעותיים אף הם גורמי סיכון להתאבדות (McIntosh et al., 1994) במקרים של מחלה פיזית בזקנה.

3. מחלות סופניות וסרטן

מחקרים מראים כי בקרב חולי סרטן ישנם שיעורים גבוהים יותר של התאבדות, במיוחד בגברים בשנתיים שלאחר האבחנה. למעשה, 62.5% עד 85% מהמתאבדים שחלו בסרטן, סבלו מדיכאון חמור, חרדה או הפרעות בחשיבה עפ"י הקריטריונים של ה-DSM (Hickey et al., 2001).

4. פחד ממחלה

פן מרכזי בסיכון להתאבדות הקשור למחלה פיזית מתייחס לרגשות ולפחדים של חולים לגבי מחלותיהם, גם אם אינם סובלים ממחלה. ישנם מקרים של התאבדות בעקבות פחדים לא רציונאליים למרות שאותו אדם כלל לא סבל ממחלה פיזית, בעיקר בקרב גברים קשישים. על כן, בעת הערכת המצב הפיזי של מטופל, חשוב להעריך גם את החוויה הסובייקטיבית שלו של המחלה ומשמעותיה בשבילו. ייתכן גם כי הפחד ממחלה מהווה תוצאה של הפרעת דיכאון או חרדה שלא אובחנו כיאות (De Leo & Meneghel, 2001).

5. תנאי חיים ואירועי חיים

ניתן למצוא שכיחות גבוהה של אלמנים, רווקים וגרושים, בעיקר גברים, בקרב קשישים שמתאבדים (De Leo et al., 2001). שיעורים נמוכים יחסית של התאבדות בנושאים קשור ככל הנראה לא רק לקיומה של חברה אלא גם פורקן לתוקפנות.

עד 50% מקורבנות קשישים, בעיקר נשים, חיים לבד או בבדידות (Shah & De, 1998). באופן כללי, ביחס למתאבדים צעירים יותר, קשישים שהתאבדו היו בעלי מקורות תמיכה חברתיים מצומצמים, פחות קשרים עם משפחה וחברים (McIntosh et al., 1994). חוקרים אחרים טוענים שחוויות אובדן ואבל רבים יותר ומחלות פיזיות הם הגורם המשמעותי יותר בהתאבדות קשישים (McIntosh et al., 1994; Steffens & Blazer, 1999).

יציאה לפנסיה אינה מהווה גורם סיכון לאובדנות אלא אם היא נעשית בפתאומיות ובאופן לא רצוני, במיוחד בגברים לבנים, ואנשים לא גמישים בהתמודדות עם השינויים הנובעים מיציאה לפנסיה. כמו כן, נמצא כי יציאה לפנסיה מוקדמת קשור בדיכאון בקרב גברים (Butterworth et al., 2006). בשונה מקבוצות גיל צעירות יותר, על פי 2 מחקרים בלבד שבחנו את הנושא, מעמד סוציו אקונומי לא נמצא קשור לניסיונות התאבדות בקשישים (Hepple & Quinton, 1997; Lawrence et al., 2000).



אבל מהווה לעיתים קרובות גורם מתח המופיע בגיל מאוחר, ומוות של אדם קרוב מהווה גורם סיכון מרכזי ביותר להתאבדות. נמצא סיכון גבוה יותר במקרה מוות של בן/בת זוג, במיוחד מוות פתאומי; גברים נמצאים בסיכון גבוה יותר מנשים מבחינה זו. גורמי סיכון נוספים מהווים יחסים אמביוולנטיים בנישואים, תלות ומערכת תמיכה מצומצמת לאדם הנותר לבדו, אמונה בחיים לאחר המוות ומעל לכל, שימוש באלכוהול. הסיכון האובדני גבוה במיוחד במהלך 6 החודשים הראשונים של האבל (McIntosh, 1995; McIntosh et al., 1994).

ניתוח התאבדות בקשישים החיים במוסדות לא מצא שיעורי התאבדות גבוהים יותר מאשר באוכלוסיה הכללית של קשישים (Scocco et al., 2006). אלה אשר הראו התנהגות אובדנית לרוב חיו במוסדות צפופים בהם הצוות התחלף לעיתים קרובות (Shah & De, 1998). ציפייה או מעבר למוסד מהווה גורם סיכון משמעותי להתאבדות, במיוחד בקרב אלה שהיו נשואים באותו זמן (McIntosh et al., 1994).

6. גורמי סיכון ביולוגיים

מחקרים עדכניים הבוחנים באופן ספציפי את הביולוגיה של התאבדות בקשישים הינם מועטים. עם זאת, ידוע כי פגיעה בויסות הניורטרנסמיטורים והרצפטורים נמצא בבסיס הביולוגי של ההתאבדות. בנוסף, מחקרים על המוח המזדקן מראים כי ישנם שינויים במוליכות הסינפטית ובמערכות הניורטרנסמיטורים, כגון ירידה בדופמין ונוראפינפרין בחלקים שונים של המוח ועלייה ברמות ה-MAO. לעומת זאת, ישנם ממצאים סותרים לגבי שינויים ברמות הסרוטונין במוח המזדקן- חלק מן המחקרים מצאו עלייה ואחרים ירידה ברמות הסרוטונין בחלקים השונים של המוח. ייתכן והפגיעות הרבה יותר של קשישים לדיכאון ואובדנות קשורה באותם שינויים מוחיים (De Leo & Meneghel, 2001).

7. התערבות ומניעת התאבדות בקשישים

באופן מפתיע, למרות שלא קיים כמעט תכנון אסטרטגיות מניעה המותאמות באופן ספציפי לקשישים, בארצות רבות ניתן לראות ירידה בשיעורי ההתאבדות בקבוצה זו, כפי שקורה גם בישראל. עם זאת, שיעורי ההתאבדות נותרים גבוהים באופן משמעותי ביחס לקבוצות גיל אחרות. באופן תיאורטי, תכנית מניעה צריכה לקחת בחשבון את האופי המיוחד של התנהגות אובדנית בקרב קבוצת גיל זו, כלומר, שלא ניתן לנבא התאבדויות על סמך התנהגות אובדנית קודמת (De Leo & Meneghel, 2001).

מסקירת ספרות שנעשתה במסגרת בניית התכנית הלאומית הסקוטית – Choose Life (http://www.chooselife.net/web/FILES/Research&Reviews/EffectiveInterventions_FullReport.pdf) (Pearson & Brown, 2000), עולה תמונה עגומה: בקרב קשישים, מעט מאוד מחקר נערך לגבי תכניות למניעת התאבדות המותאמות באופן ספציפי לקבוצת גיל זו. להלן יוצגו התערבויות ספציפיות רלוונטיות בהתבסס על הידוע על גורמי סיכון להתאבדות בקשישים, כפי שתוארו לעיל:

מניעה ראשונית

מניעה ראשונית מתמקדת באותם אנשים שכרגע אינם אובדניים ומטרתה לשפר את איכות החיים.

- שיפור מצבו הכלכלי של הקשיש, ביסוס תשתית תמיכה חברתית ושיפור מתמיד של שירותי הבריאות (הנפשי והפיזי) מהווים התערבויות מניעה ראשונית ברמה מבנית.

- במדינות מסוימות, הושגה ירידה באחוזי ההתאבדות בקשישים ע"י הכנסת תכניות ביטוח לאומי, צמצום מספר הקשישים החיים מתחת לקו העוני, פיתוח תכניות גמישות יותר לקבוצת "הקשישים הצעירים" (בני 65-74) (De Leo & Scocco, 2000). יצירת הזדמנויות למפגשים חברתיים ונגישות גבוהה יותר למקומות בילוי מהווים תמיכה משמעותית לקשישים החיים בעיר (De Leo & Meneghel, 2001).



- בבריטניה מופעל ניתור עקבי של מצב בריאותי של קשישים לצורכי מניעה הדורש מרופאים כלליים בדיקה פיזית ומנטאלית שנתית לכל מטופל (Shah & De, 1998).

- פעילות פיזית מומלצת באופן כללי לצורך שמירה על בריאות נפשית, מניעת התדרדרות קוגניטיבית, שיפור מצב רוח ומניעת דיכאון וחרדה (Taylor et al., 2004; Penedo & Dahn, 2005).

מניעה שניונית ושלישונית

- מטרת המניעה השניונית היא לזהות ולטפל בגורמים המשפיעים על התנהגות אובדנית. כך למשל, זיהוי דיכאון וחשיבה אובדנית בקרב קשישים מהווה מטרה מרכזית. כמו כן, השכיחות הגבוהה של מחלות פיזיות בקרב קשישים אובדניים דורשת תשומת לב רבה יותר והערכה של הדרך בה היחיד חווה את מחלתו, דיון בפחדים ובחינת משאבים אישיים להתמודדות עם מחלה כרונית, מגבילה ולעיתים מלווה בכאבים (De Leo & Meneghel, 2001).

לרוב, קשישים שהתאבדו לא נעזרו בתכניות למניעת התאבדות ומרפאות לבריאות הנפש. הדבר נובע מסיבות מגוונות כגון אי ידיעה על קיומם, אמונה כי שירותים אלה יקררים, חוסר אמון בארגונים בכלל (De Leo & Scocco, 2000). נראה כי העלאת מודעות לקיומם של השירותים ו-REACHING OUT ע"י גורמים טיפוליים בקהילה מהווה דרך לנסות ולהתמודד עם תופעה זו.

- מאחר והמחקרים המתמקדים בגורמי סיכון ותכניות התערבות ממוקדות להתאבדות בקשישים אינם מספיקים, יש הטוענים כי הגישה הנכונה ביותר למניעה היא התמקדות בשיפור יכולות האיתור של דיכאון והטיפול בו. מאחר ומרבית הקשישים שהתאבדו ביקרו אצל רופא ראשוני בחודשים שקדמו למותם (Bruce et al., 2004), שיפור יכולות אלה במסגרת זו הינה קריטית במניעת התאבדות בקשישים (Pearson & Brown, 2000).

- איתור: שיפור יכולותיהם של רופאים ראשוניים (ואנשי טיפול אחרים כגון אחיות ועובדים סוציאליים) לזהות גורמי סיכון להתאבדות ע"י הפעלת סדנאות ותכניות הדרכה על זיהוי מוקדם של סימפטומים לא טיפוסיים של פסיכופתולוגיה בקשישים (במיוחד דיכאון בגברים) והכחדת אמונות מיושנות ופחדים לגבי טיפול בתרופות פסיכיאטריות, מהווה אמצעי מניעה משמעותי (De Leo & Meneghel, 2001). תכניות אלה צריכות להתבצע באופן קבוע (למשל, כל שנה) בכדי שתהיינה יעילות (Shah & De, 1998) ועליהן להדגיש את ההבדלים בסימפטומים המאפיינים אנשים צעירים לעומת קשישים יותר (Tadros & Salib, 2007). מתכניות מניעה במסגרת הרפואה הראשונית והופעלו בעבר ומופעלות גם היום עולה כי זוהי אסטרטגיית מניעה יעילה למניעת התאבדות בקרב האוכלוסייה בכלל (Mann et al., 2005; Hegerl et al., 2006; Rutz et al., 1989, 1990).

- טיפול: מחקר בשם Prevention of Suicide in Primary Care Elderly (PROSPECT) שנערך ב-20 מרפאות ראשוניות במוקדים שונים בארה"ב הצביע על יעילות הטיפול התרופתי והדגיש את התפקיד המרכזי של רופאים ראשוניים באיתור וטיפול בדיכאון וחשיבה אובדנית לצורך מניעת התאבדות בקשישים (Bruce et al., 2004). מחקר שנערך ע"י Barak et al. (2006) מצביע אף הוא על יעילות השימוש בתרופות נגד דיכאון מסוג SSRI למניעת התאבדות בקרב קשישים הסובלים מדיכאון.

- טיפול קוגניטיבי-התנהגותי, פסיכותרפיה בין אישית (IPT) ודיאלקטית (DBT) נמצאו יעילים בטיפול בדיכאון בזקנה ומניעת התדרדרות (RELAPSE) לדיכאון (Beyer, 2007). מספר מחקרים מצביעים על יעילות גבוהה של טיפולים התנהגותיים כאשר מדובר בדיכאון בקרב קשישים הסובלים ממחלות פיזיות כגון COPD (Alexopoulos et al., 2006). כמו כן, מחקר עדכני – IMPACT- מצביע על יעילות השילוב בין התערבות קצרת מועד, PSYCHOEDUCATION וטיפול תרופתי במניעת דיכאון במסגרת רפואה ראשונית (Harpole et al., 2005).

- מרכיב משמעותי נוסף בטיפול בדיכאון בקשישים הינו פעילות גופנית שגרתית אשר נמצא יעיל בטיפול בדיכאון ומניעת RELAPSE באוכלוסיות נורמאליות (Blumenthal et al., 1989; Dilorenzo et al., 1999; Roth & Holmes, 1987; King et al.,)



(1993) וקליניות (Blumenthal et al., 1993; Dunn et al., 2005; Sigh et al., 2001, 2005; Martinsen et al., 1985; Klein et al., 1991; Veale et al., 1992; McNiel et al., 1991; al., 1985), גם בהשוואה ישירה לטיפול תרופתי ופלוסבו (Blumenthal et al., 2007).

- ניסיון להתגבר על רתיעתם של קשישים ליצור קשר עם מרכזים הקשורים להפעלת לחצני מצוקה נעשה דרך שירות הקרוי "TELECHECK/TELE-HELP" שהוקם באזור ונטו באיטליה (De Leo et al., 1995; De Leo et al., 2002). במסגרת זו, הוכשרו אנשי צוות אשר יצרו קשר פעמיים בשבוע עם כל קליינט, במטרה להעריך את מצבם באמצעות ראיון לא רשמי קצר; כמו כן הם הציעו תמיכה נפשית. הקליינט יכול גם ליצור קשר עם השירות בכל שעה. ההצטרפות לשירות נעשית על פי המלצת עובדים סוציאליים או רופאים המעריכים כי האדם זקוק לעזרה נוספת בבית. כיום, מעל עשור מאז התכנית הופעלה לראשונה בקרב 20,000 קשישים המשתמשים בשירות, ניתן לראות ירידה משמעותית באופן סטטיסטי במספר הצפוי של התאבדות.

- מרכזי התערבות במשבר הממוקדים בצרכים הספציפיים יותר של אוכלוסייה קשישה נמצאו גם הם יעילים. בארה"ב הפעלת קווי תמיכה 24 שעות ביממה נמצאו יעילים (McIntosh et al., 1994). מעבר למתן תמיכה נפשית, נערכו גם ביקורי בית אצל אותם קשישים מבודדים המרותקים לביתם במטרה לצמצם את חוויית הבדידות ולזהות סימני מצוקה ואובדנות.

- קמפיינים ציבוריים יכולים גם הם ללמד את הציבור להיות קשובים לסימני מצוקה של קשישים (סימפטומים דיכאוניים או רצון למות) ולהגיב בהתאם (De Leo & Scocco, 2000; Hegerl et al., 2006).

- המחקר הקיים והניסיון הקליני מצביע על כך שהתערבויות המשמשות כיום יעילות יותר בקרב נשים (De Leo et al., 1995). ניתן להניח כי הדבר קשור לנטייתן של נשים לתקשורת טובה יותר של רגשותיהן ומוכנות לקבל תמיכה רגשית. במיוחד במדינות המערב, גברים נמנעים מהבעת רגשותיהם ועל כן קיים קושי לרתום אותם לתהליך טיפולי המבוסס על הבעה מילולית של סבל. בהתאם לכך, גברים הם אלה אשר לרוב אינם מאובחנים ואינם מטופלים במיוחד ע"י רופאים כלליים, ביחס לנשים (Haste et al., 1998). נראה כי פיתוח טכניקות להתערבות במשבר שמטרתן שינוי סביבת החיים של הגבר המטופל על-ידי הקניית אסטרטגיות התמודדות טובות יותר או ביצוע שינויים בסביבה יעיל יותר מאשר התערבויות טיפוליות אחרות (מתוך De Leo & Meneghel, 2001).

- ביפן נעשו מספר מחקרים לגבי איתור של קשישים בסיכון וקיום פעילות קבוצתית בקהילה כאמצעי למניעת התאבדות. נמצא כי התערבות קבוצתית שמטרתה לשפר את הידע בנושא דיכאון ואובדנות ועידוד קשרים חברתיים נמצא יעיל במניעת התאבדות בקרב נשים, אך לא בקרב גברים (Oyama et al., 2005, 2006). לעומת זאת, איתור דיכאון ע"י רופאים ראשוניים והמשך טיפול פסיכיאטרי או PSYCHOEDUCATION על דיכאון היה יעיל בנשים ובגברים כאחד במניעת התאבדות (Oyama et al., 2004a).

התערבות לאחר התאבדות (POSTVENTION)

POSTVENTION מתמקדת בתמיכה וטיפול באותם אנשים שחוו אובדן דרך התאבדות. כל התאבדות של קשיש גורמת למצוקה בממוצע ל 6 אנשים: בן/בת זוג, אחים וחברים, ילדים, נכדים ועוד (McIntosh et al., 1994).

התערבויות צריכות לפנות לכל הניצולים ולהתמקד בהתמודדות עם האובדן והאבל. עם זאת, ידוע כי בן/בת הזוג הם המושפעים באופן המשמעותי ביותר ונמצאים בסיכון גבוה להתאבדות בעצמם (McIntosh et al., 1994). חשוב לספק מערכת תמיכה חברתית בכדי למנוע בידוד וללמד דרך חיים חדשה שתצמצם את חוויית הריקנות (De Leo & Scocco, 2000). למטרה זו כדאי ליצור קבוצות לעזרה עצמית בהן יוכלו הניצולים לדון ולחלוק את חווייתיהם ורגשותיהם בסביבה תומכת.



עם זיהוי סימני פסיכופתולוגיה בקרב הניצולים יש להפנותם מייד לקבלת טיפול נפשי או תרופתי. כאן בא לידי ביטוי שוב את תפקידו המרכזי של הרופא הראשוני אשר לעיתים קרובות הינו איש המקצוע היחיד איתו הקשיש בא במגע וממנו הם מבקשים עזרה ומידע (מתוך De Leo & Meneghel, 2001).

מקורות

סיבות מוות מובילות בישראל 1998-2004. תחום מידע. שירותי מידע ומחשוב. משרד הבריאות. 2008

אובדנות בישראל. תחום מידע. שירותי מידע ומחשוב. משרד הבריאות. 2005

Alexopoulos GS, Sirey JA, Raue PJ, et al. Outcomes of depressed patients undergoing inpatient pulmonary rehabilitation. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006;14: 466-475.

Barak Y, Aizenberg D, Szor H, Swartz M, Maor R, Knobler HY. Increased suicidal risk amongst aging Holocaust survivors. *Ann Gen Hosp Psychiatry* 2003; 2(Suppl 1):S151.

Barak Y, Olmer A, Aizenberg D. Antidepressants Reduce the Risk of Suicide among Elderly Depressed Patients *Neuropsychopharmacology* 2006;31, 178–181.

Beyer JL. Managing depression in geriatric populations. *Annals of Clinical Psychiatry* 2007;19(4): 221-238.

Blow FC, Brockmann LM, Barry KL. Role of alcohol in late-life suicide. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2004;28(5): 48S-56S.

Blumenthal JA, Babyak MA, Moore KA, et al. Effects of exercise training on older patients with major depression. *Arch Intern Med* 1999;159:2349–56.

Blumenthal JA., Babyak MA, Doraiswamy P. Exercise and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder. *Psychosomatic Medicine* 2007;69(7): 587-596.

Blumenthal JA, Emery CF, Madden DJ, George LK, Coleman RE, Riddle MW, McKee DC, Reasoner J, Williams RS. Cardiovascular and behavioral effects of aerobic exercise training in healthy older men and women. *J Gerontol* 1989;44:M147–57.

Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF 3rd, Katz II, Schulberg HC, Mulsant BH, Brown GK, McAvay GJ, Pearson JL, Alexopoulos GS. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2004 Mar 3;291(9):1081-91.

Butterworth P, Gill S, Rodgers B, et al. Retirement and mental health: Analysis of the Australian national survey of mental health and well-being. [Social Science & Medicine](#) 2006;62(5): 1179-1191.

De Leo D. Cultural issues in suicide and old age. *Crisis* 1999; 20:53-55.

[De Leo D](#), [Carollo G](#), [Dello Buono M](#). Lower suicide rates associated with a Tele-Help/Tele-Check service for the elderly at home. *Am J Psychiatry*. 1995;152(4):632-4.

De Leo D, Dello Buono M, Dwyer J. Suicide among the elderly: the long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. *Br J Psychiatry*. 2002;181:226-9.



De Leo D, Meneghel G. The elderly and suicide. In: Wasserman, D, editor. Suicide: An Unnecessary Death. London: Martin Dunitz, 2001. p. 195-207.

De Leo D, Padoani W, Scocco P et al. Elderly suicidal behavior : results from the the WHO/EURO Multicentre study on Parasuicide. Int J Geriatr Psychiatry 2001; 16: 300-

DiLorenzo TM, Bargman EP, Stucky-Ropp R, Brassington GS, Frensch PA, LaFontaine T. Long-term effects of aerobic exercise on psychological outcomes. Prev Med 1999;28:75–85.

Dombrovski A, Szanto K, Reynolds I. .Epidemiology and risk factors for suicide in the elderly: 10 year update. Aging Health 2005; 1(1):135-45.

Dunn AL, Trivedi MH, Kempert JB, Clark CG, Chambliss OH. Exercise treatment for depression: efficacy and dose response. Am J Prev Med 2005;28:1–8.

Haste F, Charlton J, Jenkins R. Potential for suicide prevention in primary care? Br J Gen Pract 1998; 48: 1759-1763.

Harpole LH, Williams JW, Olsen MK, et al. Improving depression outcomes in older adults with comorbid medical illness. Gen Hosp Psychiatry 2005;27: 4-12.

Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A, Niklewski G. The Alliance Against Depression: Two year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. Psychol Med 2006;36:1225-1234.

Hepple J, Quinton C. One hundred cases of attempted suicide in the elderly. Br J Psychiatry 1997;171: 42–46.

Hickey P, Meneghel G, De Leo D et al. Comparing Fear of illness and disability: A psychological autopsy study.

Kerse N, Flicker L, Pfaff JJ, Draper B, Lautenschlager NT, et al. Falls, Depression and Antidepressants in Later Life: A Large Primary Care Appraisal. PLoS ONE 2008; 3(6): e2423. doi:10.1371/journal.pone.0002423

King AC, Taylor CB, Haskell WL. Effects of differing intensities and formats of 12 months of exercise training on psychological outcomes in older adults. Health Psych 1993;12:292–300.

Klein MH, Greist JH, Gurman AS, Neiberyer DP. A comparative outcome study of group psychotherapy vs. exercise treatments for depression. Int J Mental Health 1985;13:148–76.

Lawrence D, Almeida P, Hulse GK, et al. Suicide and attempted suicide among older adults in Western Australia. Psychologic Med 2000;30: 813–821.

Levav I, Aisenberg E. The epidemiology of suicide in Israel: international and intranational comparisons. Suicide Life Threat Behav 1989;19:184-200.

Lodhi LM, Shah A. Factors associated with recent decline in suicide rates in the elderly in England and Wales, 1985-1998. Med Sci Law 2005 45(1), 31-38.

Mann J, Apter A, Bertolote J, et al. Suicide prevention strategies: A systemic review. JAMA 2005;294 (16): 2064-74.



- Martinsen EW, Medhus A, Sandvik L. Effects of aerobic exercise on depression: a controlled study. *BMJ* 1985;291:109.
- McIntosh JL. Suicide prevention in the elderly (age 65-99). *Suicide Life Threat Behav* 1995; 25:180-192.
- McIntosh JL, Santos JF, Hubbard RW et al. Elderly suicide research, theory and treatment. Washington DC: American Psychological Association; 1994.
- McNeil JK, LeBlanc EM, Joyner M. The effect of exercise on depressive symptoms in the moderately depressed elderly. *Psych Aging* 1991;6:487-8.
- Oyama H, Ono Y, Watanabe N, et al. Local community intervention through depression screening and group activity for elderly suicide prevention. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2006; 60(1):110-114.
- Oyama H, Watanabe N, Ono Y, et al. Community-based suicide prevention through group activity for the elderly successfully reduced the high suicide rate for females. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005;59(3):337-344.
- Oyama H, Koida J, Sakashita T, Kudo K. Community-based prevention for suicide in elderly by depression screening and follow-up. *Community Ment Health J*. 2004a;40(3):249-63.
- Penedo FJ, Dahn JR. Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current Opinion in Psychiatry* 2005; 18(2): 189-193.
- Pearson JL, Brown GK. Suicide prevention in late life: directions for science and practice. *Clin Psychol Rev* 2000;20(6): 685-705.
- Perry CM, Johnson CL. Families and support networks among African American oldest-old. *Int J Aging Hum Dev* 1994; 38(1):41-50.
- Roth DL, Holmes DS. Influence of aerobic exercise training and relaxation training on physical and psychologic health following stressful life events. *Psychosom Med* 1987;49:355-65.
- Rutz, W, von Knorring L, Walinder J. Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1989;80, 151-154.
- Rutz, W, von Knorring, L, Walinder, J, Wistedt B. Effect of an educational program for general practitioners on Gotland on the pattern of prescription of psychotropic drugs. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1990;82, 399-403.
- Scocco P, Meneghel G, Dello Buono M, De Leo D. Death ideation and its correlates: Survey of an over-65-year-old population. *J Nerv Mental Dis* 2001;198(4):210-8
- Scocco P, Girolamo G, Pavan L. Suicide phenomena in nursing homes:
A neglected issue in geriatric research and clinical management?. *JAGS* 2006;54:1299-1300.
- Shah AK, De T. Suicide and the elderly. *Int J Psychiatry Clin Pract* 1998;2:3-17.



Singh NA, Stavrinos TM, Scarbek Y, Galambos G, Liber CL, Fiatarone Singh M. A randomized controlled trial of high versus low intensity weight training versus general practitioner care for clinical depression in older adults. J Geront Med Sci 2005;60A:768–76.

Singh NA, Clements KM, Singh MA. The efficacy of exercise as a long-term antidepressant in elderly subjects: a randomized, controlled trial. J Gerontol A Bio Sci Med Sci 2001;56:M497–504.

Steffens DC, Blazer DG. Suicide in the elderly. In: Jacobs DG (ed.) The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention. San Francisco: Jossey-Bass Publisher; 1999.

Tadros G, Salib E. Elderly suicide in primary care. Int J Geriatr Psychiatry 2007; 22: 750–756. Taylor AH, Cable NT, Faulkner G, et al., Physical activity and older adults : a review of health benefits and the effectiveness of interventions. Journal of Sports Sciences 2004: 703(23).

Veale D, Le Fevre K, Pantelis C, de Souza V, Mann A, Sargeant A. Aerobic exercise in the adjunctive treatment of depression: a randomized controlled trial. J R Soc Med 1992;85:541–4.