

Depresszió és öngyilkosság mint népegészségügyi problémák

Dr. Németh Attila¹, Prof. Rihmer Zoltán^{1, 2}

¹ Nyíró Gyula Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet,

² Semmelweis Egyetem, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika

A szerzők hazai és nemzetközi adatok alapján felhívják a figyelmet a major depresszió gyakoriságára, amely a lakosság 12-18%-át érintheti az élete folyamán. A depresszió legsúlyosabb szövődménye az öngyilkosság. Hazánkban 1984 óta fokozatosan csökkent az öngyilkossági ráta egészen 2006-ig. A 2007-es egészségügyi reform szétzilálta a pszichiátriai fekvő- és járóbeteg ellátást, és ezzel egyidejűleg a szuicid ráta kedvező iránya is megtört. Csak négy év múlva kezdett ismét csökkenni az öngyilkosságok száma, és 2010 és 2016 között már közel 30%-kal esett vissza, ami nemzetközileg is figyelemre méltó eredmény. A szerzők az Állami Számvevőszék jelentése alapján elemzik a hibás egészségpolitikai döntés káros következményeit, valamint megfogalmazzák a legfontosabb teendőket az öngyilkosság megelőzésére vonatkozóan.

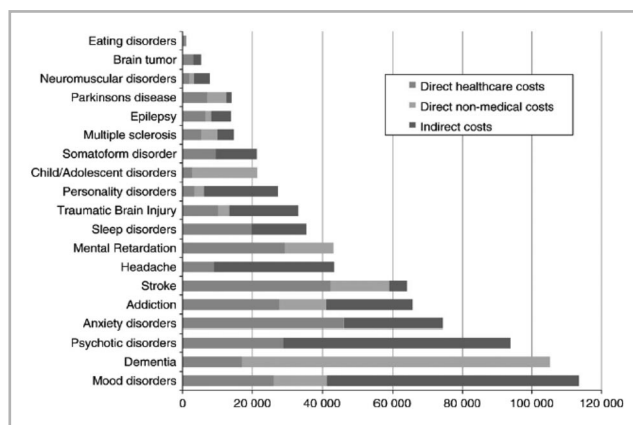
Depression and suicide, as public health problems. According to international and Hungarian data the lifetime prevalence of major depression is between 12 and 18%, which is very high. Suicide is the most severe consequence of depression. In Hungary the annual suicide rate have decreased since the mid 1980s until 2006. The unexpected health-care reform, introduced in 2007, destroyed the inpatient and outpatient psychiatric services and the decreasing tendency of national suicide rate stopped. The number of completed suicide started to decrease again only after four years. The decrease of suicide was nearly 30% from 2010 to 2016 which is a very good result. Based on the report of the State Audit Office, the authors analyse the consequences of the fault political verdict and recommend the most important tasks for suicide prevention.

BEVEZETÉS

A mentális zavarok gyakoriságuk miatt a világ összes országában népegészségügyi problémaként jelentkeznek. Ezek közül kiemelkednek a hangulatzavarok és az alkoholproblémák, amelyek gyakran kombinálódnak egymással („double trouble”). Jelen cikkben csak a depresszióval és ennek a legsúlyosabb szövődményével, az öngyilkossággal foglalkozunk. Már bevezetésképpen deklarálni szükséges, hogy a depresszió jól körülhatárolt kritériumok alapján diagnosztizálható és célzott kezelést igénylő pszichiátriai zavar. Vezető tünete – a deprimált hangulaton kívül – az örömeztetés és az érdeklődés elvesztése. Kísérő tünetként leggyakrabban alvászavar, fáradékonyság, étvágytalanság, fogyás, szexuális érdeklődés elvesztése, szorongás és pesszimiztikus gondolatok, halálvágy, illetve szuicid

szándék fordulnak elő (BNO-10 [1], DSM-5 [2]). A depresszió kialakulásában genetikai, neurobiológiai és pszichológiai tényezők egyaránt szerepet játszanak, ennek megfelelően a terápia is komplex. Az enyhébb esetekben elegendő lehet kizárólag pszichoterápia, a közepes és súlyos depresszióban azonban nélkülözhetetlen az antidepresszív farmakoterápia [3]. Hazai epidemiológiai vizsgálat szerint a major depresszió egyéves prevalenciája 7,1% [4], amely korrelál az európai és észak-amerikai országokban végzett felmérések eredményeivel (6,9-11,3%) [4].

A mentális zavarok ellátása jelentős egészségügyi kiadást okoz. Harminc európai országban (EU27 valamint Izland, Norvégia és Svájc) felmérték a direkt és indirekt költségeket 19 pszichiátriai és neurológiai kórkép (addikciók, affektív zavarok, agydaganatok, alvászavarok, demenciák, epilepszia, evészavarok, fejfájás, gyermekpszichiátriai kórképek, koponyatrauma, mentális retardáció, migrén, neuromuszkuláris betegségek, Parkinson-kór, pszichózisok, stroke, személyiségzavarok, szomatiform zavarok, szorongásos zavarok) esetében [5]. Az állam számára a legköltségesebb öt kórkép kivétel nélkül pszichiátriai zavar volt, és a lista élén a hangulatzavarok álltak (1. ábra).



1. ábra
A különböző pszichiátriai és neurológiai betegségekre jutó költségek [5].

Az ábrából leolvasható, hogy a depresszió indirekt költsége meghaladja a direkt költségeket, ugyanis a depresszió nemcsak az egyénre, hanem környezetére – családi életére, munkahelyi teljesítményére – is kihat. A depresszió gyakran társul szomatikus betegségekhez, amelyek gyógyulási esélyeit rontja. Más vizsgálat is igazolta, hogy a depresszió miatti közvetlen költségekhez képest jelentősen több közvetett költséggel kell számolni, sőt az összköltség is egyre inkább növekszik (21,5%-kal), amit a 2005-ös és a 2010-es adatok összehasonlítása alapján kimutattak [6].

A probléma súlyosságát az utóbbi évek egyik legátfogóbb vizsgálata is alátámasztotta, amelyet 2015-ben publikáltak, és 301 akut és krónikus betegség morbiditását mérték föl 188 országban (Global Burden of Disease Study 2013) [7]. A károsodott egészségi állapotban leélt évek (YLD = Years Lived with Disability) alapján összeállított lista második helyén – a hátfájás után – a major depresszió szerepel, megelőzve a diabéteszt (7. hely) és a krónikus obstruktív tüdőbetegségeket (COPD, 8. hely) is. A helyzet még borúsabb lenne, – a szó szoros és átvitt értelmében –, ha együtt számolnánk a listán szereplő többi hangulatzavarral, így a külön kategóriába sorolt disztímiával (16. hely) és a bipoláris affektív zavarral (17. hely) (1. táblázat). A részletes elemzés kimutatta, hogy a hangulatzavarok mindhárom formájára vonatkozó YLD (fogynak leélt évek) 1990 és 2013 között jelentősen növekedett [7].

Sorrend	vezető ok 1990-ben	vezető ok 2013-ban
1.	Derekfájás	Derekfájás
2.	Vashiányos anémia	Major depresszió
3.	Major depresszió	Vashiányos anémia
4.	Nyaki fájdalom	Nyaki fájdalom
5.	Halláscsökkenés	Halláscsökkenés
6.	Migrén	Migrén
7.	Szorongásos zavarok	Diabetes
8.	COPD	COPD
9.	Egyéb izom- és csontrendszeri bet.-k	Szorongásos zavarok
10.	Diabetes	Egyéb izom- és csontrendszeri bet.-k
11.	Elesések	Szkizofrénia
12.	Szkizofrénia	Elesések
16.		Disztímia
17.		Bipoláris zavar
19.	Bipoláris zavar	
20.	Disztímia	
22.	Alkoholabúzus, -dependencia	Alkoholabúzus, -dependencia

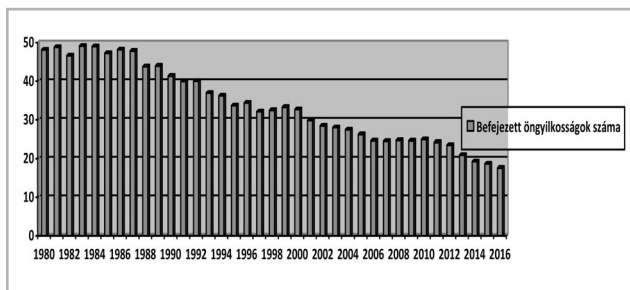
1. táblázat

A 12 leggyakoribb ok a károsodott egészségi állapotban leélt évek (YLD) szempontjából (GBD-2015) 1990-ben és 2013-ban [7]

AZ ÖNGYILKOSSÁG A DEPRESSZIÓ LEGSÚLYOSABB SZÖVŐDMÉNYE

Az öngyilkos magatartás hátterében neurobiológiai, pszichológiai és szociokulturális tényezők egyaránt állnak. A szuicidológiával foglalkozó pszichiáter szakértők – nemzetközi szintű kutatások alapján – egyetértenek abban, hogy a befejezett öngyilkosságok hátterében döntő többségében pszichiatríai zavar áll, többnyire – kezeletlen vagy terápiarezisztens – major depresszió [8, 9]. Agitált depresszió, komorbid állapotok (addíciók, szorongásos betegségek, személyiségzavar), impulzív-agresszív személyiségvonások, valamint a korábbi öngyilkossági kísérlet a kockázatot jelentősen fokozzák. Aki életében már egyszer elkövetett öngyilkossági kísérletet, annak tízszeres esélye van arra, hogy a későbbiek során az életét önmaga oltja ki. Jelentős a nemi különbség: a nők háromszor gyakrabban követnek el kísérletet, ugyanakkor a befejezett öngyilkosságot elkövetők között háromszor több a férfi, mint a nő.

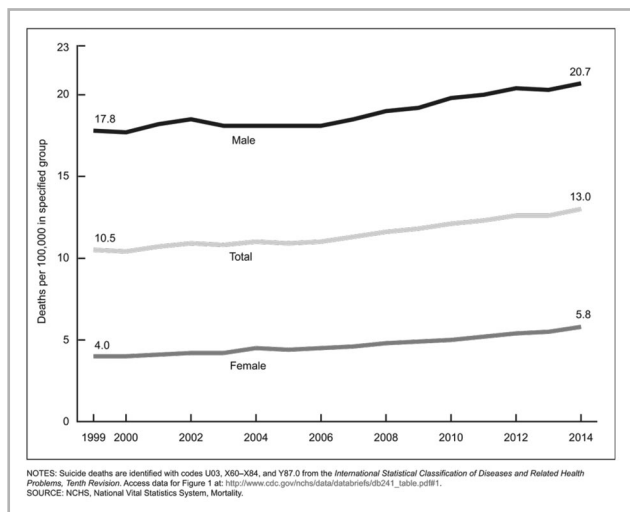
Ha a világ összes országát nézzük, akkor hazánk nincs az első tíz között. Ennek a szomorú statisztikának az élén Grönland, Guayana és Dél-Korea áll [10, 11], de az Európai Unió országai között még mindig a második helyen állunk – Litvánia után [15, 20, 27], annak ellenére, hogy az elmúlt 30 év során több mint 60%-kal csökkent a befejezett öngyilkosságok száma (2. ábra). Ennél nagyobb mértékű csökkenés csak Dániában volt.



2. ábra

A 100 000 lakosra eső befejezett öngyilkosságok száma Magyarországon 1980 és 2016 között (KSH, [12])

Az európai országok többségében csökkent vagy stagnált, de például Lengyelországban és Görögországban emelkedett az öngyilkosságok száma. Különösen figyelemre méltó, hogy az USA-ban 15 év alatt közel 25%-kal nőtt a befejezett szuicidiumok száma (3. ábra).



3. ábra

Befejezett öngyilkosságok az USA-ban 1999 és 2014 között [13]

Többen rámutattak, hogy a befejezett szuicidiumok száma a pszichiatríai ellátás – azon belül elsősorban a depresszió kezelésének – hasznos indikátora [14, 15, 16].

MILYEN KÖVETKEZMÉNYE LEHET EGY ELHIBÁZOTT SZAKMAPOLITIKAI DÖNTÉSNEK?

Az MSZP-SZDSZ kormány egészségügyi reformja során 2007-ben bezárta az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézetet (OPNI), az aktív pszichiatríai ágyak számát 22%-kal – 3881-ről 3104-re – csökkentette, ezáltal 11 kórházban meg

is szüntette az aktív pszichiátriai osztályt, a pszichiátriai gondozók fix finanszírozását pedig felére csökkentette. Így egyszerre szűkítette be a járó- és a fekvőbeteg ellátást, valamint felszámolta a szakma zászlóshajóját jelentő OPNI-t. Az országos intézetben dolgozó tapasztalt szakemberek egy részét nyugdíjba küldték, többen külföldre mentek vagy csak magánpraxisban folytatták a munkájukat. Az Állami Számvevőszék a recept felírások alapján arra a következtetésre jutott, hogy a 2006. évben az OPNI pszichiátriai osztályain dolgozó orvosoknak csak mintegy 60%-a (44 fő) végzett 2011-ben is igazolhatóan, valamilyen szinten – TB finanszírozott fő- vagy részállásban és/vagy magánpraxisban – aktív gyógyító tevékenységet Magyarországon. A bejárattott betegutak megváltoztak, sok beteg már nem találta meg korábbi gondozó orvosát. Az OPNI bezárásának negatív következményeit még az MSZP-SZDSZ kormány által felkért szakértői vizsgálat is egyértelművé tette [17]: „A magyar reformerek nem vették észre, hogy ennek a szakmának háttértámogatást kellene nyújtani és nem rábíznai a lakosság orvos-eltartó képességére. A szakmai intézmény országos csúcsának lefejezése sajnos azt az üzenetet közvetítette a helyi döntéshozók felé, hogy ez egy jogosan marginalizálódó terület és ráerősítettek a marginalizálódásra. Mindezek alapján összefoglalóan azt a következtetést vonhatjuk le, hogy az OPNI-val történtek csak a jéghegy csúcsát képviselték. A két főprofil országos ellátó hálózatának átalakítása során nem egyszerűen egy jó döntésnek a megvalósítás elkapkodottsága miatti hibás végrehajtása történt. Nem egyszerűen csak az a „botránny” következett be, ami minden egyes radikálisabb átalakítás velejárója. A döntés maga nem volt kellően megalapozva.”

A kormányváltást követően az Állami Számvevőszék (2012) részletesen elemezte az egészségügyi reform pszichiátriát érintő következményeit. Az alábbiakban idézzük az ÁSZ legfontosabb megállapításait [18].

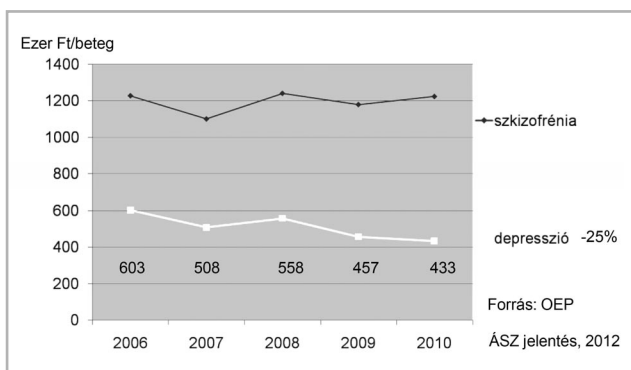
- A finanszírozás csökkent: Az egészségbiztosító a 2006. év és a 2010. év között 92,5 Mrd Ft-ról 87,9 Mrd Ft-ra – 5%-kal, 4,6 Mrd Ft-tal – mérsékelte a pszichiátriai betegellátás egészségügyi kiadásait (azaz a gyógyító-megelőző és a gyógyszer kiadásokat összesen). A gondozók finanszírozása a fenntarthatóságot veszélyeztető módon csökkent.
- A humán erőforrás oldaláról a pszichiátriai betegellátás fekvőbeteg és gondozási típusában is csökkent a létszámméllátottság. A szakápolók száma 46,5%-kal (a 2006. évi 1360,6-ról a 2010. évre 728,5-re), a korábban is igen kevés gyermek és ifjúságpszichiátriai szakorvosok száma további 16%-kal csökkent (a 2006. évi 151 főről a 2011. évre 127 főre). A pszichiatereknek külföldi munkavállalás céljából kiadott hatósági bizonyítványok száma is emelkedett: a 2006. évben 25, a 2011. évben 36 volt.
- A kapacitás elosztás változatlanul aránytalan maradt. A megyei kapacitások közötti különbségek a 2006-2010. évek között alig csökkentek, továbbra is 2,5-5,8-szoros kapacitás különbségek fordulnak elő.
- A depressziós betegek ellátásában (is) zavar keletkezett. A depressziós betegek kezelési arányszáma a várt növekedéssel szemben csökkent. Az egy depressziós betegre jutó

közfinanszírozás 2006. és a 2010. évek összehasonlításában 603 E Ft/év/főről 433 E Ft/év/főre csökkent.

- Egyedüli pozitívumként állapították meg, hogy bővült a közösségi ellátás. Több pszichiátriai beteg részesült a közösségi ellátás szolgáltatásaiban.

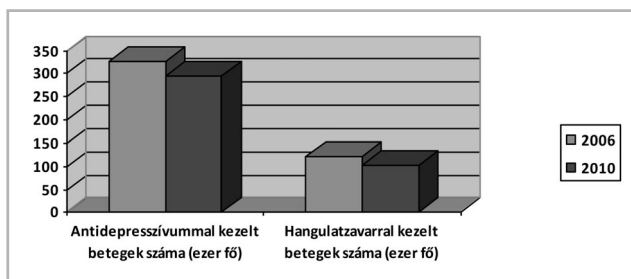
Az ÁSZ konklúziója: „Összességében a pszichiátriai egészségügyi ellátás feltételei az intézményrendszer egésze és a betegek szempontjából is kedvezőtlenül változtak.”[18].

Az ÁSZ vizsgálat egyik legérdekesebb és legtanulságosabb része a szkizofrén, illetve depressziós betegekre jutó természetbeni (OEP) kiadás összehasonlító vizsgálata 2006 és 2010 között (4. ábra).



4. ábra Egy-egy szkizofrén és depressziós betegre jutó OEP kiadás 2006 és 2010 között (ÁSZ jelentés)

A reform első évében (2007-ben) mindkét betegcsoportban csökkent a kiadás, amely 2008 után a korábbi szintre visszatért a szkizofréniaiban szenvedők körében, ugyanakkor ez nem következett be a depressziós betegek esetében. Ez elsősorban azzal magyarázható, hogy 2007-ben az átmeneti kaotikus állapot miatt az ellátásból kieső szkizofrén betegek egy éven belül visszaestek, relapszusba kerültek, és hospitalizációra vagy legalább járóbeteg ellátás szintjén szakorvosi ellátásra szorultak, tehát visszakérültek az ellátó rendszerbe. Ugyanakkor a depressziós betegek egy része tartósan vagy végleg kiesett az ellátásból.



5. ábra Az antidepressívummal kezelt betegek és a hangulatzavar miatt kezelt betegek számának csökkenése 2006 és 2010 között (ezer fő) (ÁSZ jelentés, 2012 [18])

Hangulatzavar diagnózissal (F30-F39) 2006-ban még 121 000 beteget kezeltek, addig 2010-ben már csak 101 000 beteg volt ezen a diagnózison, ami 20%-os csökkenést jelen-

tett. Ugyanebben az időszakban 10%-kal csökkent az antidepresszívmal kezelt betegek száma is hazánkban (325.000-ről 295.000-re) (5. ábra) [18]. Ez azért figyelemre méltó adat, mert a szuicidium és az antidepresszívum fogyasztás között összefüggés található, amit közel 30 ország (Argentína, Ausztrália, Kanada, USA és számos európai ország, benne hazánk) öngyilkossági és antidepresszívum-forgalmazási adatainak elemzése igazolt, azaz számos szóba jöhető egyéb tényező (munkanélküliség, válási ráta, GDP, alkoholfogyasztás stb.) kizárása után is szignifikáns negatív korreláció volt az antidepresszívum-forgalom és a nemzeti szuicid ráták között. Az antidepresszívum-forgalom 12 százalékos növekedése a szuicid mortalitás 5 százalékos csökkenésével jár [14, 15, 16, 19, 20].

Kétségtelen, hogy antidepresszívmot nemcsak depresszióban, hanem szorongásos zavarokban, bulímiában, kényszerbetegségben is alkalmazunk, de a két adat azonos irányú tendenciája – azaz kevesebb depressziós beteg állt kezelés alatt és csökkent az antidepresszívumok forgalma is – azt jelenti, hogy sok kezelésre szoruló depressziós beteg kiesett az ellátórendszerből. A kezelt depressziósok számának csökkenését magyarázhatjuk a kieső szakemberek számával, a várólisták megjelenésével vagy a rendelők zsúfoltságával. Ismert, hogy a depresszióban szenvedő betegek egy része nehezen szánja rá magát, hogy pszichiáterhez forduljon, és így nem mindig jut adekvát ellátáshoz. A pszichiátriai gondozók fix finanszírozásának csökkenésével az időigényes és alulfinszírozott pszichoterápiára sem maradt kapacitás.

Tény, hogy a befejezett öngyilkosságok száma 2006-tól kezdve már nem csökkent tovább, hanem évekig azonos szinten stagnált. Történt ez annak ellenére, hogy egyrészt a Telefonos Lelki Elsősegély Szolgáltatásoknál (LESZ) elérték a 100 %-os országos lefedettséget és már mobil telefonról is lehetett hívni a LESZ-t, valamint a közösségi szociális ellátásra fordított pénz is emelkedett évről évre 2006-2010 között (1.1–1.4–2.0–1.8–2.0 milliárd Ft) [18]. A kedvezőtlen tendencia legvalószínűbb magyarázata az, hogy az öngyilkosság szempontjából magas kockázatú csoportok nem jutottak el megfelelő szintű szakellátáshoz.

A BEFEJEZETT ÖNGYILKOSSÁGOK SZÁMÁNAK ALAKULÁSA

A hazai öngyilkossági halálozás 1984-től fokozatosan és jelentős mértékben csökkent, de 2007-ben ez a tendencia megtört, néhány éven keresztül nem csökkent tovább (2. ábra) [16, 18]. Pedig a 2007-es évet követően a társadalmi-gazdasági viszonyok, az alkoholfogyasztás mértéke, a hajléktalanság érdemben nem változott. A devizahitelekből származó problémák csak 2010 után csúcsondottak ki, amikor több százezer család súlyos adósságba és egyben reménytelennek tűnő helyzetbe került. A 2007-es sokkszerű leépítés után az ellátórendszer fokozatosan „magához tért”, de ehhez kellett az új kormány beavatkozása is. A 2011-ben megjelent Semmelweis terv fő célkitűzései között szerepeltette „a szétzilált, korábban világszínvonalú pszichiátriai ellátórendszer megerősítését” és deklarálta, hogy „nagy szükség van tehát a korszerű, beteg-

központú pszichiátriai és addiktológiai gondozó és rehabilitáló intézményhálózat kialakítására, továbbá egy, a módszertaniszervezési, valamint kutatási feladatokat elvégző, és egyes speciális területeken kiemelt ellátásra képes központ újrászervezésére”. Az új miniszter 2011-ben a hiányszakmák között a pszichiátriát is nevesítette, majd egy év múlva már a gyermek- és ifjúságpszichiátriát is. A rezidensek támogatásával a személyi feltételek javítását ösztönözték, és 2010 után a hazánkban dolgozó pszichiáterek száma is növekedésnek indult. Egy kormányrendelet alapján a hiányszakmát választó pályakezdeők munkabéren felüli támogatásban részesülnek.

A 2007-es reformból adódó kezdeti kaotikus állapotok, amelyek a területi átrendeződés, a beutalási rend, a betegutak változásából adódtak, lassan rendeződtek. Újból emelkedni kezdett az antidepresszívumok forgalma, 2011-től stabilá vált a pszichiátriai gondozók finanszírozása a homogén gondozási kódok (HGK) bevezetésével, megszűnt a létbizonytalanságuk, és 2012-ben megindult az új országos intézet (OPAI) szervezése, amely 2013. június 3-án hivatalosan is megkezdte működését a Nyírő Gyula Kórház területén. Ugyanakkor meg kell jegyezni az is, hogy 2010 után nem lett jobb sem a közösségi ellátás, sem a Lelki Elsősegély Telefonszolgálat finanszírozása.

A befejezett öngyilkosságok száma 2011-ben kezdett ismét csökkenni (2492-ről 2422-re), és ez folytatódott 2012-ben (2350) is. 2013-ban jelentősen, 11%-kal (2093), 2014-ben további 8%-kal (1927) csökkent a szuicid halálozás, ami 2015-ben (1870) és 2016-ban (1763) sem állt meg [12]. Ezzel korlálnak az Országos Mentőszolgálat hivatalos adatai is, miszerint az öngyilkossági esemény miatti mentő-kivonulások száma (ezek túlnyomó többsége szuicid kísérlet) az 1986-os 23729-ről 2006-ig fokozatosan csökkent (8025 eset), ezután 2011-ig kissé emelkedett (8795 eset), de 2012-től kezdve évről évre ismét csökken, 2014-ben már csak 4548 eset [16]. Összefoglalva: a befejezett öngyilkosságok száma 2010 óta 29%-kal csökkent. Ilyen mértékű változás az elmúlt 50 év alatt soha nem fordult elő, és ez nemzetközileg is kiemelkedő eredménynek tekinthető. Mindez rámutat arra, hogy érdemes fejleszteni a pszichiátriát, és ezen belül célzottan támogatni a szuicidium prevenciót kiemelt projektekkel.

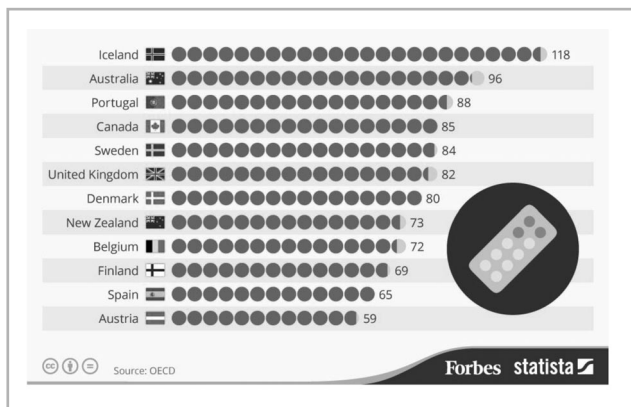
LEGFONTOSABB TEENDŐK A SZUICIDIUM PREVENCIÓ ÉRDEKÉBEN

A fentiek alapján egyértelműen meghatározhatók a szuicidium megelőzésének legfontosabb sarkkövei.

- A pszichiátriai ellátás – beleértve a serdülőpszichiátriát – minél könnyebb elérhetősége, megfelelő humánerőforrás biztosítása. Rihmer és mtsai 1993-ban világviszonylatban elsőként mutatták ki, hogy az orvosi-pszichiátriai ellátás jobb elérhetősége az adott terület szuicid halálozásának csökkenésével jár [21] és ezt később külföldi vizsgálatok is megerősítették [22, 23]. Fontos a háziorvosok továbbképzése és a velük való szorosabb együttműködés. Ez többet jelent a területi ellátásért felelős pszichiáterek és a háziorvosok számára egyaránt, de célzott projektekből finanszírozni lehetne a programot. Hatékonyságukat kül-

földi és hazai vizsgálatok is igazolták [24, 25, 26]. Ismert, hogy az ellátó rendszerben a szükségesnél kevesebb a pszichiáter szakorvos, de munkájuk egy részét át tudnák vállalni pszichoterápiában képzett klinikai szakpszichológusok. Mivel a pszichológusok jelentős része végzés után nem tud elhelyezkedni a tanult szakmájában, ezért a pszichiátriai fekvő- és járóbeteg ellátásban a jelenleginél nagyobb létszámban történő alkalmazásuk segítségét jelentene a humánerőforrás hiánnyal küzdő pszichiátriai ellátórendszernek. A jelenleg kialakulóban lévő Lelki Egészség Központok szerepét és hatékonyságát egyelőre nem tudjuk megítélni.

- A depressziós betegek megfelelő kezelése, beleértve a célzott antidepresszív farmakoterápiát. Több országban összefüggést találtak az antidepresszívum felhasználás növekedése és a befejezett szuicidumok számának csökkenése között. Ez Magyarországon kívül [16, 20, 27] igazolódott négy skandináv ország (Svédország, Finnország, Dánia, Norvégia) [19], valamint Ausztria [22] öngyilkossági rátájának csökkenésében és az EU majdnem minden országában. Huszonkilenc európai ország hasonló adatainak elemzése során 1980 és 2009 között szignifikáns kapcsolat volt (Portugália kivételével) minden országban az antidepresszívumok forgalmának növekedése és az országos szuicid ráták csökkenése között [15]. Az antidepresszívum forgalma hazánkban jelentősen alacsonyabb a környező, fejlettebb egészségüggyel rendelkező országokhoz képest [14, 15, 27] (6. ábra). Magyarországon ez az érték 30 körül van.
- Az öngyilkosságra vonatkozóan fokozott kockázatú személyek kiszűrése egységes kockázatbecslő tünetlistákkal és kérdőívekkel (2. táblázat) [8, 28, 29, 30]. Ezeket már publikálták, de széleskörűen nem terjedt el. Célszerű lenne egységes kockázatbecslő skála általános bevezetése.
- A depresszió kezelésével és az öngyilkosság megelőzésével kapcsolatos szakmai irányelvek elkészítése, amelyet Rihmer és munkatársai az elmúlt évben elkészítették, és ennek megjelenése várható a Közlönyben.



6. ábra
Antidepresszívum forgalom néhány fejlett országban (DDD = defined daily dose – 1000 lakosra számítva)

- Unipoláris vagy bipoláris depressziós betegek (főleg, ha agitált, inszomniás a beteg)
- Alkohol és drogabúzusban szenvedők
- Korábban szuicid kísérletet elkövetők
- Önsértő viselkedés (pl. falcolás)
- Újjonnan diagnosztizált pszichotikus betegek
- Befejezett öngyilkosság vérokonoknál

2. táblázat
Magas kockázatú betegek kiszűrése és kezelésbe vétele

ZÁRÓGONDOLAT

Nem szabad belenyugodni abba a mítoszba, hogy a magyar nép öngyilkos nemzet, és a magyar ember pesszimizista, búskomor, mert ez nem felel meg a valóságnak. A magas öngyilkossági arányt lehet tovább csökkenteni, ha az öngyilkosság szempontjából magas kockázatú betegeket kiszűrjük és megfelelő kezelésben részesítjük. Ehhez elsődlegesen a pszichiátriai ellátórendszert kell fejleszteni – mind humánerőforrás, mind kubarurális szempontból – egy összehangolt program keretében.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] BNO-10 – a mentális és viselkedészavarok osztályozása, Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest, 1994.
- [2] The Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5, American Psychiatric Association, Arlington, 3013.
- [3] Rihmer Z, Makkos Z, Pestality P, Döme P. Antidepresszívumok, In.: A Pszichiátria Magyar Kézikönyve, 5. átdolgozott, bővített kiadás (Szerk.: Füredi J. és Németh A), Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2015, pp. 38-59.
- [4] Szádóczky E, Papp Z, Vitrai J és mtsai: A hangulat és szorongásos zavarok előfordulása a felnőtt magyar lakosság körében, Orv Hetil, 2000, 141: 17-22.
- [5] Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, Allgulander C, Alonso J, Beghi E et al.: CDBE 2010 Study Group. Cost of disorders of the brain in Europe 2010, Eur Neuro-psychopharmacol, 2011, Oct; 21 (10): 718-79. doi: 10.1016/j.euroneuro. 2011. 08. 008. Epub 2011 Sep 15.
- [6] Greenberg PE et al.: The Economic Burden of Adults With Major Depressive Disorder in the United States (2005 and 2010), J Clin Psychiatry, 2015, 76(2):155–162.
- [7] GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators.: Global, regional, and national incidence, 10.1016/S0140-6736(16)31678-6. prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013, Lancet, 2016, Oct 8;388(10053):1545-1602.
- [8] Rihmer Z. (2007). Suicide risk in mood disorders, Curr Opin Psychiat, 20: 17-22.
- [9] Hawton K, van Heeringen K: Suicide, Lancet, 2009, 373: 1372-1381.
- [10] WHO. WHO mortality database. <http://www.who.int/healthinfo/morttables/en>.

- [11] WHO: Preventing suicide: A global imperative, Geneva, 2014,
- [12] http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_hosszu/h_wdsd001c.html
- [13] CDC <http://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db241.htm>
- [14] Ludwig J, Marcotte DE, Norberg K: Anti-depressants and suicide, *J Health Econ*, 2009, 28:659-76.
- [15] Gusmao R, Quintao S, McDaid D et al.: Antidepressant utilization and suicide in Europe: An ecological multi-national study, *PPLoS ONE*, 2013, 8(6) e66455.
- [16] Rihmer Z, Németh A: A depressziók kezelése és a hazai öngyilkossági halálozás kapcsolata – Fókuszban a 2007-es egészségügyi reform hatása, *Neuropsychopharmacol Hung*, 2014, 16: 195-204.
- [17] Bondár É: Az OPNI megszűntetése a számok tükrében, (kézirat), 2010, május.
- [18] Állami Számvevőszék: Jelentés a pszichiátriai betegellátás átalakításának ellenőrzéséről (1286). 2012. június. www.asz.hu/jelentes/.../jelentes-a-pszichiatriai-betegellatas-atalakitasa
- [19] Isacsson, G: Suicide prevention – a medical breakthrough? *Acta Psychiatr Scand*, 2000, 102, 113-117.
- [20] Döme P, Kapitány B, Ignits G, et al.: Tobacco consumption and antidepressant use are associated with the rate of completed suicide in Hungary: an ecological study, *J Psychiatr Res*, 2011, 45:488-94.
- [21] Rihmer Z, Rutz W, Barsi J: Suicide rate, prevalence of diagnosed depression and prevalence of working doctors in Hungary, *Acta Psychiatr Scand*, 1993, 88: 391-394.
- [22] Kapusta ND, Niederkrotenthaler T, Etzersdorfer E et al.: Influence of psychotherapist density and antidepressant sales on suicide rates, *Acta Psychiatr Scand*, 2009, 119:236-42.
- [23] Pirkola S, Sund R, Sailas E, Wahlbeck K: Community mental-health services and suicide rate in Finland: A nationwide small-area analysis, *Lancet*, 2009, 373: 147-153.
- [24] Rutz W, Walinder J, Eberhard G, Holmberg G, von Knorring AL, von Knorring L, Wistedt B, Aberg-Wistedt, A: An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland: background and evaluation, *Acta Psychiatr Scand*, 1989, 79:19-26.
- [25] Szanto K, Kalmar S, Hendin H, Rihmer Z, Mann JJ: A suicide prevention program in a region with a very high suicide rate, *Arch Gen Psychiatry*, 2007, 64:914-20.
- [26] Székely A, Konkoly-Tege B, Mergl R, Birkás E, Rózsa S, Purebl Gy, Hegerl U: How to decrease suicide rates in both genders? An effectiveness study of a community-based intervention (EAAD), *PLoS One*, 2013, 8(9): e75081- doi: 10.1371/journal.pone.0075081
- [27] Rihmer Z, Gonda X, Kapitány B et al.: Suicide in Hungary. Epidemiological and clinical perspectives. *Ann Gen Psychiatr*, 2013, 12: 21.
- [28] Rihmer Z, Fekete S: Öngyilkosság és öngyilkossági kísérlet. Öngyilkossági rizikó és protektív faktorok. In: Kalmár S, Németh A, Rihmer Z. (szerk): Az öngyilkosság orvosi szemmel, *Medicina Könyvkiadó, Budapest*, 2012, pp. 91-112.
- [29] Rihmer Z, Torzsa P: A depresszió és öngyilkossági rizikó szűrésének rövid módszere a háziorvosi gyakorlatban, *Háziorvos Továbbképző Szemle*, 2016, 21: 584-589.
- [30] Blazsek P, Wernigg R: Kockázatbecslés és kockázatkezelés a pszichiátriában, *Oriold és Társai, Budapest*, 2015, p. 7-12.

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Dr. Németh Attila pszichiáter szakorvos. 1978-ban végzett a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen. Öt évig az Újpesti Kórház Neurológiai Osztályán dolgozott, majd az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézetbe került, ahol megkezdhetette pszichiátriai tanulmányait. A következő állomás a Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem

Pszichiátriai Tanszéke, ahol 12 éven át egyetemi adjunktus volt. 1994-ben lett az orvostudomány kandidátusa. 1998-tól



Prof. Dr. Rihmer Zoltán, c. egyetemi tanár, az MTA (orvostudomány) doktora. Jelenleg a Semmelweis Egyetem Orvostudományi Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikáján és az Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézetben dolgozik. Orvosi diplomáját a Pécsi Orvostudományi Egyetemen 1971-ben nyerte el. 1971 és 1973 között a Pomázi Munkaterápiás Intézetben, majd 1973-2007

a Nyíró Gyula Kórház II. Pszichiátriájának osztályvezető főorvosa volt, ahol – többek között – bevezette a kényszerbetegek új terápiás módszerét, valamint újraindította a művészetterápiát. 2006-tól a Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika docenseként vezette az ambulanciát, és 2009-ben az itt helyet kapó Országos Pszichiátriai Központ szakmai igazgatója lett. 2012 augusztusától a Nyíró Gyula Kórház főigazgató főorvosa, valamint 2013 júniusától az újonnan megalakuló Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet főigazgatója.

között az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézetben dolgozott, 1983-tól osztályvezető főorvosként. Szakképesítései: pszichiátria, neurológia és klinikai farmakológia. Kutatási területe: a kedély- és szorongásos betegségek genetikai-biológiai, ill. klinikai-epidemiológiai vonatkozásai, különös tekintettel a depressziók differenciál diagnózisára, valamint a hatékony terápiák és az öngyilkossági veszély előrejelzésére, az antidepresszívumok és szuicidium kapcsolataira és a pszichiátriai betegek öngyilkosságának megelőzésére.