

# Újra csökken az öngyilkossági halálozás Magyarországon?



**Prof. dr. Rihmer Zoltán**  
1Semmelweis Egyetem,  
Budapest  
Országos Pszichiátriai és  
Addiktológiai Intézet,  
Budapest



**dr. Németh Attila**  
Országos Pszichiátriai és  
Addiktológiai Intézet,  
Budapest

A depresszió orvosi értelemben vett betegség és sokkal szűkebb kategóriát jelöl, mint a mindennapi élet során gyakran tapasztalt társadalmi, illetve egyéni problémák által motivált szomorúság vagy rossz közérzet. Az unipoláris major depresszió az egyik leggyakoribb pszichiátriai betegség: a major depressziók egy éves prevalenciája Európában 3–8 (átlagosan 5) százalék, hazai felmérések szerint a major depresszió élettartam, 1 éves és 1 hónapos prevalenciája a felnőtt lakosság körében 15,1%, 7,1% és 2,6% (1,2).

A major depresszió tehát gyakori, de még mindig aluldiagnosztizált és alulkezelt betegség, amely komplikációival együtt (öngyilkosság, másodlagos alkoholizmus, munkából való kiesés, fokozott kardiovaszkuláris morbiditás és mortalitás, szétzilált családi élet stb.) mindenütt a világon komoly népegészségügyi problémát jelent. Az unipoláris major depresszió és a következményes öngyilkosság 1990-ben a világon a negyedik leggyakoribb oka volt a teljes egészségben megélhető életevek elvesztésének (Disability Adjusted Life Years, DALY), míg 2010-ben a harmadik, és a 2020-ra szóló előrejelzések szerint az ischaemiás szívbetegek mögött a második, míg 2030-ra az első helyet foglalja majd el (3).

Bár az öngyilkosság rendkívül komplex probléma számos orvosi-pszichiátriai, pszichológiai, szociális, kulturális és demográfiai összetevővel, de mivel:

1. a befejezett öngyilkosságot elkövetők 56–87 százaléka aktuálisan (többnyire nem kezelt) major depressziós epizódban szenved halála idején (4,5),

2. a nem kezelt major depressziós betegek 5–10 százaléka öngyilkosság következtében hal (3–5.),

3. az unipoláris és bipoláris major depressziós epizód egy éves prevalenciája 5–10 százalék (2,6) és

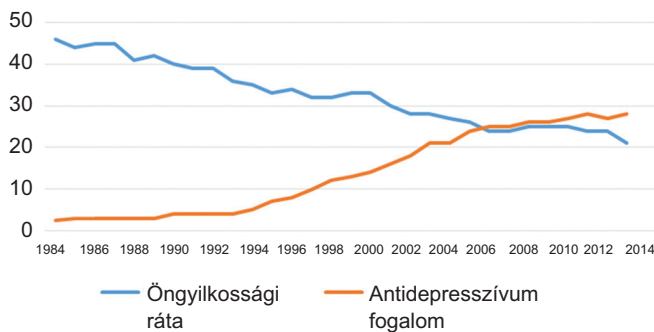
4. a depressziók hatékony kezelése kb. 80 százalékkal csökkenti a befejezett öngyilkosságok és az öngyilkossági kísérletek számát (7), az öngyilkossági halálozás rövid-, illetve hosszú távon észlelhető változása aligha független a depressziók jobb és kiterjedtebb akut és hosszú távú kezelésétől.

A fejlett egészségügyi ellátással rendelkező országokban végzett populációs vizsgálatok szerint a fokozatosan javuló tendencia ellenére a major depresszióban szenvedő betegek-

nek még mindig csak 30–60 százaléka áll kezelés alatt (6,8).

Azt, hogy a depressziók kiterjedtebb kezelésének jótékony hatása nemcsak egyéni szinten észlelhető, hanem – egy bizonyos ponton túl – megmutatkozik az adott ország öngyilkossági rátájának csökkenésében is, számos európai és egyesült államokbeli, illetve ausztráliai vizsgálat igazolja. Ezekben az elemzésekben a szuicid mortalitásnak az alkoholforgalommal, a GDP-vel, illetve a munkanélküliséggel való kapcsolata országonként vagy hiányzó, vagy változó (hol pozitív, hol negatív) volt, és csak az antidepresszívumok forgalmának növekedése mutatott erősen szignifikáns összefüggést a szuicid ráták csökkenésével (8,9).

A magyarországi öngyilkossági ráta (befejezett öngyilkosságok/100 000 fő/év) 1984-ben volt az eddig észlelt legmagasabb, és 1984 és 2013 között 45,9-ről 20,9-re (54 százalékkal) csökkent, ami világviszonylatban is a legnagyobb csökkenések között van. Ugyanakkor az 1984-től induló fokozatos csökkenés 2007-ben megállt, pontosabban 2007 és 2011 között 24,2–24,9 között stagnált, majd 2012-ről 2013-ra hirtelen, szokatlanul nagy mértékben, 23,7-ről 20,9-re (11 százalékkal) csökkent (6,10), (1. ábra). Hasonló nagy csökkenés észlelhető az OMSZ által regisztrált összes öngyilkossági eseményben is (ezek döntő többsége szuicid kísérlet): a 100 000 lakosra eső, az OMSZ által jelentett összes szuicid esemény 1986-ban 237,3 volt és ez 2013-ra 54,6-ra (vagyis 77 százalékkal) csökkent. Ugyanakkor itt is látható, hogy az 1986 óta megindult markáns és fokozatos csökkenés 2007 és 2011 között megállt, illetve 82,6 és 88,0 között stagnált, majd ezután ismét csökkent: 2012-ben 66,5, 2013-ban pedig 54,6 volt. A befejezett öngyilkosságok, illet-



### 1. ábra.

A magyarországi öngyilkossági ráta (100 000 fő/év) és az antidepresszívum-fogalom (DDD/1000 fő/nap) 1984 és 2014 között

ve a regisztrált kísérletek 2007 és 2011 közötti stagnálásának két fő oka a 2007-es egészségügyi reformnak a pszichiátriát több ponton is kedvezőtlenül érintő hatásai (több mint 20 százalékos ágyszám-csökkentés, az ambuláns pszichiátriai ellátás finanszírozásának 50 százalékos csökkentése, a pszichiáterek számának következményes drasztikus csökkenése stb. (10,11), illetve a hazánkat 2008-ban elérő világgazdasági válság okozta átmeneti munkanélküliség-növekedés (12). A 2012-ről 2013-ra bekövetkezett hirtelen nagy csökkenés biztosan több mint spontán fluktuáció, és minden bizonnyal a hazai pszichiátriai ellátórendszerben az utóbbi pár évben bekövetkezett pozitív változásokkal is összefügg (10).

Magyarországon először 1997-ben demonstráltuk, hogy oki összefüggés lehet a depressziók gyakoribb kezelése és az 1984 óta fokozatosan csökkenő országos szuicid ráta között (13). Ezt követően ismételt elemzéseinkben egyre hosszabb időintervallumokra vonatkozólag mutattuk ki, hogy a depressziók kiterjedtebb és eredményesebb kezelése az egyéb szóba jöhető tényezőket (pl. munkanélküliség, GDP, alkoholforgalom stb.) is figyelembe véve meghatározó (ha nem is kizárólagos) szerepet játszik a hazai szuicid halálozás csökkenésében. Az 1984-es és 2013-as évek között a hazai szuicid ráta 45,9/100 000 fő/évről 20,9/100 000 fő/évre (vagyis 54 százalékkal) csökkent, miközben az antidepresszívumok forgalmazása, amelyről tudjuk, hogy a depressziók kezelésének távoli – de a hosszú távú trendek elemzése szempontjából megbízható – markere 2,5 DDD/1000 fő/napról 27,6 DDD/1000 fő/napra (tehát tizenegyszeresére) nőtt (6,10), (1. ábra). Elfogultság nélkül állíthatjuk tehát, hogy a hazai szuicid halálozásban bekövetkezett ezen nagy csökkenés egyik fő (de korántsem kizárólagos) oka a hazai pszichiátriai szemlélet és gyakorlat jelentős fejlődése.

Azt a tényt, miszerint a hazai öngyilkossági halálozás eme nagy csökkenésében a pszichiátriának döntő szerepe van, sajnos a társadalmi-politikai vezetőkben eddig még nem sikerült tudatosítanunk. Azt mindenki könnyen elfogadja, hogy a hazai kardiológiai ellátás minőségi és mennyiségi fejlődése a legfontosabb oka annak, hogy Magyarországon az utóbbi évtizedben markánsan csökkent a kardiovaszkuláris halálozás. Ha az itt (de másutt részletesebben [6,7,10]) kifejtett depressziókezelés  $x$  öngyilkosság-megelőzés kapcsolat a nem szakember számára első pillanatban talán nem is ilyen nyilvánvaló, a nemzetközi szakirodalommal egybehangzó, tényeken alapuló tudományos érvelés mindenkit meg kell, hogy győzzön. Lehet, hogy a pszichiátriának a társadalom minden rétegében élő, az indokoltnál jóval alacsonyabb presztízsének kialakulásában annak is szerepe van, hogy az

itt vázolt tudományos-klinikai eredményeinket elsősorban (bár nem kizárólag) hazai és nemzetközi szakmai fórumokon publikáltuk, és viszonylag kevés figyelmet fordítottunk az eredmények népszerűsítésére. A rendkívül nagy, hazai öngyilkosság-csökkenés ellenére még van mit tenni e téren, hiszen az Európai Unióban e tekintetben, a 2012-es adatok alapján Litvánia mögött a második helyet foglaljuk el. Bár az öngyilkossági veszélyt mutató betegeket kivétel nélkül pszichiáterhez irányítják, az öngyilkosság-megelőzés nemcsak pszichiátriái, hanem ösztársadalmi feladat. A súlyos következményekkel járó népbetegségek (ilyen a major depresszió, illetve az öngyilkosság problémája is) korai felismerése és kezelése mindenütt prioritást élvez; ezt az Európai Unió már évekkel ezelőtt hivatalosan is deklarálta, és a fejlett egészségügyi ellátással rendelkező országok többségében már régóta kormány szintű nemzeti szuicid prevenciók programok léteznek. A hazai helyzet további javulásához a pszichiátria szakmai vezetői által deklarált szükséges, európai színvonalú ellátás anyagi hátterének és társadalmi támogatottságának biztosítása elengedhetetlen.

### Irodalmi hivatkozások

1. Paykel E. S., Brugha T., Fryers T.: Size and burden of depressive disorders in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2005;15:411–423.
2. Szádóczy E., Papp Z., Vitrai J. és mtsai.: A hangulat és szorongásos zavarok előfordulása a felnőtt magyar lakosság körében. *Orv Hetil.* 2000;141:17–22.
3. Möller H. J., Bitter I., Bobes J. és mtsai.: Position statement of the European Psychiatric Association (EPA) on the value of antidepressants in the treatment of unipolar depression. *Eur Psychiatry.* 2012;27:114–128.
4. Hawton K., van Heeringen K.: Suicide. *Lancet.* 2009;373:1372–1381.
5. Rihmer Z.: Suicide risk in mood disorders. *Curr Opin Psychiat.* 2007;20:17–22.
6. Rihmer Z., Gonda X., Kapitány B. és mtsai.: Suicide in Hungary. *Epidemiological and clinical perspectives.* *Ann Gen Psychiat.* 2013;12:21.
7. Rihmer Z., Gonda X.: Pharmacological prevention of suicide in patients with major mood disorders. *Neurosci Biobehav Rev.* 2013;37:2398–2403.
8. Gusmao R., Quintao S., McDaid D. és mtsai.: Antidepressant utilization and suicide in Europe: An ecological multi-national study. *PPLoS ONE.* 2013;8(6):e66455. doi:10.1371/journal.pone.0066455.
9. Ludwig J., Marcotte D. E., Norberg K.: Anti-depressants and suicide. *J Health Econ.* 2009;28:659–676.
10. Rihmer Z., Németh A.: A depressziók kezelése és a hazai öngyilkossági halálozás kapcsolata – fókuszban a 2007-es egészségügyi reform hatása. *Neuropsychopharmacologia Hungarica,* 2014
11. ÁSZ jelentés, 2012. Állami Számvevőszék: Jelentés a pszichiátriái betegellátás átalakításának ellenőrzéséről (1286). 2012. június. [www.asz.hu/jelentes/.../jelentes-a-pszichiatriai-betegellatas-atalakitasa](http://www.asz.hu/jelentes/.../jelentes-a-pszichiatriai-betegellatas-atalakitasa)
12. Rihmer Z., Kapitány B., Gonda X. és mtsai.: Economic crisis and suicide: The Hungarian state. *Lancet.* 2013;381:722–723.
13. Rihmer Z.: Az antidepresszívumok forgalomnövekedésének hatása a magyarországi öngyilkossági halálozásra 1982 és 1995 között. *Psychiat. Hung.* 1997;12:276–278.